

УДК 618.36–618.5

ВЗАИМОСВЯЗЬ АНОМАЛИЙ РАСПОЛОЖЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ С ФАКТОРАМИ ИНФЕКЦИОННОГО ГЕНЕЗА

Колчина В.В., Азарова Л.В.

*¹ГБОУ ВПО ВГМА им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж,
e-mail: koltschina@yandex.ru*

Аномальное расположение плаценты представляет серьезные риски перинатальной и материнской смертности. Факторы, влияющие на миграцию плаценты, исследованы в большом количестве научных работ, однако сведения, определяющие долю вклада каждого из патогенетических факторов: гормональных нарушений, инфекций половых путей, отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза, – практически отсутствуют. Объектом исследования послужили истории болезней, индивидуальные, обменные карты и результаты наблюдений за 117 пациентками, поставленными на учет по беременности и родам в период до 12 недель гестации с диагнозом аномальное расположение хориона. Установлено, что частота встречаемости экстрагенитальной и гинекологической патологии в группе исследования сопоставима с результатами, полученными в других работах. С использованием корреляционного анализа установлено, что аномально низкое расположение плаценты зависит в большей степени от наличия бактериальных и вирусных агентов, в меньшей степени от наличия гинекологических и экстрагенитальных заболеваний. Наибольшую взаимосвязь с уровнем расположения плаценты относительно зева имеют наличие лептотрихоза (коэффициент корреляции в первом триместре -0,395; в третьем триместре -0,985). Наличие бактериальной инфекции и вирусных агентов в цервикальном канале и влагалище, выявленные при первичном осмотре беременных, несмотря на проведенное лечение и устранение на более поздних сроках беременности, являются значимыми факторами, влияющими на скорость миграции аномально низко расположенной плаценты. Показатели акушерского и гинекологического анамнеза имеют менее выраженные взаимосвязи со скоростью миграции плаценты у беременных с аномальной плацентацией.

Ключевые слова: плацентация, миграция плаценты, инфекции.

ABNORMAL PLACENTATION AND FACTORS OF THE INFECTIOUS GENESIS CORRELATION

Kolchina V.V., Azarova L.V.

Voronezh State Medical Academy, Voronezh, e-mail: koltschina@yandex.ru

The abnormal location of the placenta poses serious risk of perinatal and maternal mortality. While factors influencing placenta migration have been researched in numerous scientific studies, information on specific contribution of each of pathogenetic mechanisms – hormonal disorders, genital infections, aggravated obstetric and gynecological anamnesis – is virtually absent. The research is based on medical history files and observations of 117 patients, registered at prenatal clinics in the period up to 12 weeks gestation diagnosed with low-lying placenta. It was found that the frequency of occurrence of extragenital and gynecological pathology within study group is consistent with results of other studies. Correlation analysis showed that the abnormally low-lying placenta is more dependent on bacterial and viral agents, then it is on gynecological and extragynecological diseases. Leptotrichosis was found to have the highest correlation with placenta position relative to the internal orifice (correlation coefficient in the first trimester of -0.395, -0.985 in the third trimester). The presence of bacterial infection and viral agents in the cervical canal and vagina identified in the initial examination of pregnant women, despite the treatment and elimination at a later stage of pregnancy, are important factors affecting the rate of migration of abnormally low located placenta. Indicators of obstetric and gynecological history are less pronounced relationship with the speed of migration of the placenta in pregnant women with abnormal placentation.

Keywords: placentation, migration of placenta, infections.

Предлежание и низкое расположение плаценты сопряжено с существенным риском перинатальной и материнской смертности. По данным литературы, частота предлежания плаценты встречается от 0,3 % до 1,04 %, низкой плацентации – до 9,1 % беременностей.

Перинатальная смертность при аномально расположенной плаценте (АРП) составляет 22,2 % – 41,7 %, материнская смертность при предлежании плаценты составляет от 2,3 % до 10,1 % (Медяникова И.В., 2007).

Известно, что миграция плаценты в первом-втором триместрах беременности происходит у достаточно большого числа паци-

ентов. Так, полное предлежание плаценты в сроки беременности 12-13 недель имеет место не менее чем в 10 % случаев, тогда как к сроку родоразрешения полное предлежание плаценты сохраняется не более чем в 0,5 % случаев (Мяделец И.А., 2012).

Этиологические факторы АРП исследованы в большом количестве научных работ, однако определение доли вклада каждого из значимых патогенетических звеньев (гормональные нарушения, инфекции половых путей, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез) не установлена. На сегодняшний день нет четко прописанных рекомендаций по ведению беременных с предлежанием плаценты.

На основании вышеизложенного в исследовании поставлена **цель** – разработка индивидуальной тактики ведения беременных с низкой плацентацией в ранние сроки гестации.

Материал и методы

Материалом для исследования послужили результаты наблюдения 117 беременных женщин, у которых в сроки 11-14 недель было выявлено аномальное расположение хориона: низкое расположение хориона – расстояние между нижним краем хориона и внутренним зевом шейки матки менее 2 см, краевое и центральное предлежание хориона – нижний край хориона находится в области внутреннего зева или перекрывает его соответственно. Обязательным критерием включения в исследование была ранняя явка беременной в женскую консультацию для постановки на учет до 12 недель гестации. Критерий исключения – аномалии развития гениталий.

У женщин регистрировали данные соматического, гинекологического, акушерского анамнеза, проводили акушерский осмотр и общеклинические исследования. На протяжении беременности трижды проводили ультразвуковое скрининговые исследования, выполняли исследование биохимических показателей крови, показателей системы регуляции агрегатного состояния крови, бактериологическое исследование мазка из цервикального канала, влагалища. С использованием полимеразной цепной реакции (ПЦР)

выполняли диагностику инфекций, передаваемых половым путем и TORCH-инфекций.

В обязательном порядке регистрировали данные ультразвукового исследования плода и околоплодных оболочек, отмечали особенности течения беременности, схему антибактериального и противовирусного лечения, особенности течения родов. Для оценки состояния новорожденных использовали следующие показатели: данные по Апгар на 1-й и 5-й минуте, наличие родовой травмы, признаков поражения ЦНС, синдрома гипервозбудимости, реализованной внутриутробной инфекции. Данные обработаны с использованием методов вариационной статистики и корреляционного анализа.

Результаты и обсуждение

Установлено, что частота встречаемости генитальной патологии среди исследованных женщин была сопоставима со средними значениями в популяции (табл. 1). Частота встречаемости экстрагенитальной патологии по данным наших исследований, составила: 65 % беременных с АРП в анамнезе вегетососудистая дистония, у 27,4 % заболевания дыхательной системы, более чем у 22 % эндокринные нарушения. Заболевания других органов и систем отмечены у 24,8 % обследованных женщин (рис. 1).



Рис. 1. Частота встречаемости экстрагенитальной патологии у беременных с аномальным расположением хориона

Таблица 1

Частота встречаемости гинекологических заболеваний (n=117)

Вид патологии	Исследованная группа		По данным литературы
	абс.	%	
Хронические воспалительные заболевания гениталий	44	37,6	19-29 % (Зароченцева Н.В.; 2009)
Гормональные нарушения менструального цикла	18	15,4	9-47 % (Киракосян К.Э., 2013)
Заболевания шейки матки	26	22,2	до 69 % (Коломеец Е.В., 2012)
Миома матки, аденомиоз	18	15,4	25,4 – 60,4 % (Киракосян К.Э., 2013)
Гинекологические оперативные вмешательства	12	10,3	8-69 % (Мусяенко Е.В., 2011)

Выявленная у исследованного нами контингента частота встречаемости гинекологических заболеваний была сопоставима с результатами, полученными в других исследованиях (табл. 1).

Среди осложнений беременности у пациенток выявили угрозу прерывания беременности в первом триместре у 54,7 %, во втором триместре у 42,7 %, в третьем триместре 22,2 %. Фето-плацентарная недостаточность отмечена у 86,3 % (101 беременная) обследованных, причем IA степени у 63,2 % (74 беременных), IB степени у 23,1 % (27 беременных).

Урогенитальная инфекция встречалась у 61% пациенток, из них микоплазма гениталис высеяна у 3 пациенток, микоплазма хоминис у 9, уреоплазма уреалитикум у 32 беременных, хламидия трахоматис у 18, вирус папилломы человека (ВПЧ) штамм 16,18 у 6 пациенток, герпес симплекс 1,2 типа у 3 беременных. Распределение частоты встречаемости в процентах представлено на рис. 2.

ты встречаемости в процентах представлено на рис. 2.

Бактериологический посев из цервикального канала не дал роста только у 44 беременных (38 %), наиболее часто высеяли E. Coli – у 27 % (32 женщины) и Enterococcus – 20 % (23 беременных) (см. рис. 3).

Поскольку частота встречаемости того или иного признака в исследуемой популяции беременных может оказаться фактором, не имеющим выраженных взаимосвязей со скоростью миграции плаценты, мы провели исследование влияния различных анамнестических данных и показателей бактериальной обсемененности наружных половых органов с использованием корреляционного анализа.

Корреляционный анализ взаимосвязей высоты прикрепления хориона и величины последующей миграции плаценты позволил установить, что эти показатели связаны с возрастом беременной, менархе и началом половой жизни (табл. 2).

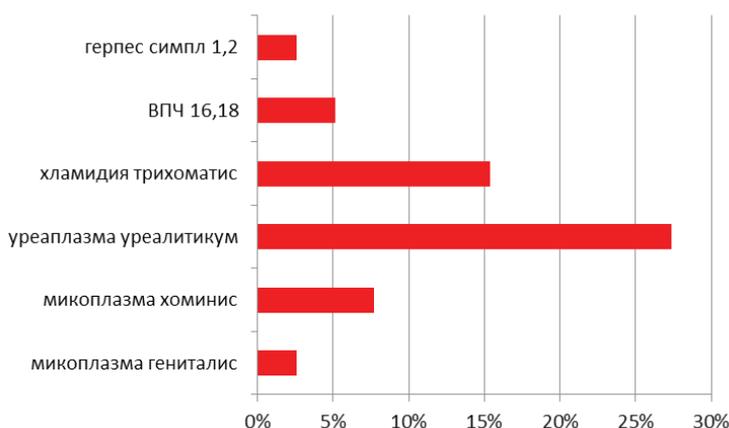


Рис. 2. Видоспецифичность урогенитальной инфекции у исследованного контингента беременных

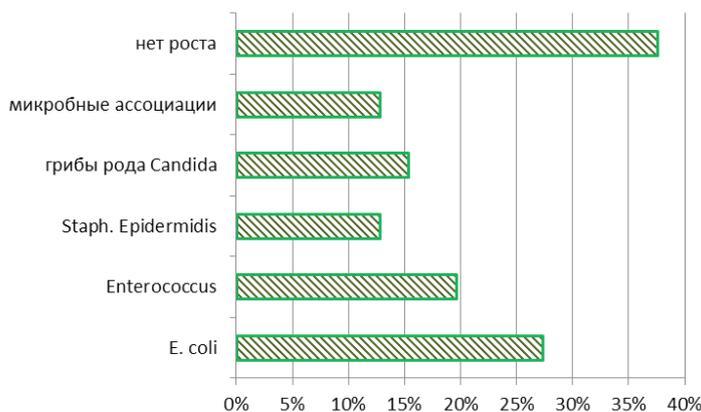


Рис. 3. Результаты бактериологического посева из цервикального канала у исследованного контингента беременных

В частности, значимые корреляционные связи выявлены для возраста беременной и уровня прикрепления хориона – вероятность аномально низкого прикрепления плаценты с возрастом увеличивается ($r=-0,18871$), тенденция взаимосвязи этих показателей сохраняется во все периоды обследования.

Данные акушерского анамнеза образовали следующие значимые корреляционные связи: большее количество предшествующих родов ($r=-0,2595$), аборт ($r=-0,470$), выкидышей ($r=-0,29$) взаимосвязано с наличием низкой плацентации.

Взаимосвязь уровня прикрепления хориона и скорости последующей миграции плаценты, выявленная с использованием корреляционного анализа, представлена в табл. 4.

Из таблицы следует, что наличие бактериальной флоры имеет выраженную корреляционную взаимосвязь с аномально низким уровнем прикрепления плаценты. Причем корреляционные связи, выявленные на

ранних сроках беременности, сохраняются и при исследовании в поздних сроках.

То есть наличие лептотрихоза, бактериального вагиноза, увеличение количества лейкоцитов в мазке из цервикального канала, выявленные при первичной постановке на учет беременной с АРП, имеет значимое влияние на скорость миграции плаценты. Следует отметить, что проведенное после постановки на учет лечение бактериальной инфекции беременных с АРП не может отменить её наличие в ранние сроки беременности, а следовательно, успешный курс лечения не вносит изменений в сложившиеся ранее взаимосвязи показателей. Таким образом, вопрос о предгравидарной подготовке женщин становится более актуальным. Выраженность корреляционных связей, отражающих связь АРП и бактериальных агентов, более сильная, чем взаимосвязь анамнестических данных и аномалий расположения плаценты.

Таблица 2

Взаимосвязи низкой плацентации и анамнестических данных (n=117)

Показатель	Низкая плацентация по данным УЗИ		
	1-й скрининг	2-й скрининг	3-й скрининг
Возраст	-0,18871*	-0,27191*	-0,170369*
Менархе	-0,1905*	0,00789	0,031549
Начало половой жизни	0,155206	0,27497*	0,11927

Примечание: знаком * отмечен значимый коэффициент корреляции ($p<0,05$).

Таблица 3

Взаимосвязи низкой плацентации и данных акушерского анамнеза (n=117)

Показатель	Низкая плацентация по данным УЗИ		
	1-й скрининг	2-й скрининг	3-й скрининг
Роды	-0,259*	-0,321*	-0,134
Аборт	-0,469*	-0,026	0,006
Выкидыш	-0,297*	-0,003	0,023

Примечание: знаком * отмечен значимый коэффициент корреляции ($p<0,05$).

Таблица 4

Взаимосвязи низкой плацентации и отклонениях в бактериоскопическом анализе на флору (n=117)

Показатель		Низкая плацентация по данным УЗИ		
		1-й скрининг	2-й скрининг	3-й скрининг
1-й триместр	лептотрихоз	-0,396*	-0,655*	-0,956*
	бактериальный вагиноз	-0,344*	-0,108	-0,332*
	увеличение количества лейкоцитов в мазке	-0,730*	0,038	-0,134
2-й триместр	лептотрихоз	-0,338*	-0,715*	-0,233*
3-й триместр	лептотрихоз	-0,985*	-0,945*	0,189*
	увеличение количества лейкоцитов в мазке	-0,183	0,494*	0,839*

Примечание: знаком * отмечен значимый коэффициент корреляции ($p<0,05$).

Выводы

Аномально низкое расположение плаценты имеет более сильные взаимозависимости с наличием бактериальных и вирусных агентов, в меньшей степени – с показателями акушерского и гинекологического анамнеза.

Список литературы

1. Зароченцева Н.В. Заболевания шейки матки при беременности (современные аспекты диагностики и тактика ведения): автореф. ... дис. д.м.н. 14.00.01. – Москва, 2009. – 32 с.
2. Киракосян К.Э. Бесплодный брак в республике Армения (демографические, этнические и клинические особенности): автореф. ... дис. д.м.н. 14.01.01. – Москва, 2013. – 46 с.
3. Коломеец Е.В. Беременность и заболевания шейки матки: частота, осложнения гестации, материнские и перинатальные исходы: автореф. ... дис. к.м.н. 14.01.01. – Москва, 2012. – 25 с.
4. Мусиенко Е.В. Клинико-патогенетическое обоснование исследования ангиогенных факторов при привычном невынашивании беременности: автореф. ... дис. к.м.н. 14.01.01. – Москва, 2011. – 25 с.
5. Медяникова И.В. Акушерские и перинатальные аспекты аномальной плацентации: автореф. ... дис. к.м.н. 14.01.01. – Пермь, 2007. – 22 с.
6. Мяделец И.А. Роль генитальных, экстрагенитальных заболеваний и тромбогенных полиморфизмов в формировании предлежания плаценты: автореф. ... дис. к.м.н. 14.01.01.; 14.01.21. – Томск, 2012. – 24 с.
7. Clinical outcomes and efficacy of antenatal diagnosis of placenta accreta using ultrasonography and magnetic resonance imaging / E. Koai, A. Hadpawat, J. Gebb, D. Goffman, P. Dar, M. Rosner // *Obstet Gynecol.* – 2014 May; PMID: 24770235.

References

1. Zarochentseva N.V. Diseases of the cervix uteri during pregnancy (modern aspects of diagnostics and tactics): Abstract of Dissertation. MD, 14.00.01, Moscow 2009. 32.

2. Kirakosyan K.E. Sterile marriage in the Republic of Armenia (demographic, ethnic and clinical features): Abstract of Dissertation. MD, 14.01.01, Moscow 2013. 46.

3. Kolomeets E.V. Pregnancy and diseases of the cervix: the frequency of complications of gestational age, maternal and perinatal outcomes: Abstract of Dissertation. MD, 14.01.01, Moscow 2012. 25.

4. Musienko E.V. Clinical and pathogenetic rationale research angiogenic factors in habitual miscarriage: Abstract of Dissertation. MD, 14.01.01, Moscow 2011. 25.

5. Medyannikova I.V. Obstetrical and perinatal aspects of abnormal placentation : Abstract of Dissertation. MD, 14.01.01, Perm, 2007. 22.

6. Medelec I.A. Role of genital, extragenital diseases and thrombogenic polymorphisms in the formation of placenta previa: Abstract of Dissertation. MD, 14.01.01; 14.01.21, Tomsk7, 2012. 24

7. Clinical outcomes and efficacy of antenatal diagnosis of placenta accreta using ultrasonography and magnetic resonance imaging / E. Koai, A. Hadpawat, J. Gebb, D. Goffman, P. Dar, M. Rosner // *Obstet Gynecol.* 2014 May; PMID: 24770235

Рецензенты:

Енькова Е.В., д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии ИДПО ГБОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия имени Н.Н. Бурденко, Минздрава России, главный врач БУЗ ВО «Воронежская городская клиническая больница № 3», г. Воронеж;

Коротких И.Н., д.м.н., профессор заведующая кафедрой акушерства и гинекологии №1, ГБОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия имени Н.Н. Бурденко», Минздрава России, г. Воронеж.

Работа поступила в редакцию 30.06.2014.