

К. В. Климова, Н. А. Чикалина, 6 курс, лечебный факультет  
ГБОУ ВПО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра акушерства и гинекологии с курсом акушерства и гинекологии ФПДО  
Научный руководитель: асс. С. Ю. Досова

## **ВЫЯВЛЕНИЕ НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫХ ФАКТОРОВ, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИХ К РАЗВИТИЮ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕДОВОГО ПЕРИОДА РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА**

При нормальном развитии беременности из поверхностного слоя децидуальной оболочки и цитотрофобласта ворсин формируется базальная пластина плаценты, которая покрывает всю ее материнскую часть и образует перегородки между долями. Только отдельные ворсины хориона прикрепляются к губчатому слою децидуальной оболочки. При физиологическом течении третьего периода родов плацента отделяется от губчатого слоя децидуальной оболочки и выделяется вместе с оболочками [1].

К патологическому прикреплению плаценты относят:

- плотное приращение плаценты (*placenta adhaerens*);
- приращение плаценты к мышечному слою [1].

При плотном прикреплении нарушен процесс отделения плаценты либо по всей поверхности плацентарной площадки (полное плотное приращение), либо только на отдельных ее участках (частичное плотное приращение плаценты) [3].

При приращении плаценты ворсины хориона проникают в миометрий. В зависимости от глубины проникновения различают:

- приращение плаценты (*placenta accreta*) — губчатый слой атрофирован, ворсины контактируют с миометрием, не внедряясь в него и не нарушая его структуру;
- врастание плаценты (*placenta increta*) — ворсины хориона проникают в миометрий, нарушая его структуру.

Прорастание ворсинами всей толщи матки (*placenta percreta*) — ворсины врастают в миометрий, вплоть до висцеральной брюшины, иногда с распространением на мочевой пузырь, прямую кишку, сосуды таза и другие органы [4].

Термин «*placenta accreta*» многими авторами используется как для обозначения наличия патологически прикрепленной плаценты в целом, так и для 1-го ее варианта [2]. К факторам риска развития аномалий прикрепления плаценты относят:

- предлежание плаценты;
- хирургические вмешательства на матке;
- подслизистую миому матки;
- синдром Ашермана;
- трофобластическую болезнь в анамнезе;
- большое число родов в анамнезе;
- выскабливание стенок полости матки;
- возраст матери 35 лет и старше [5].

На практике часто встречаются случаи, когда в третьем периоде родов положительны признаки отделения плаценты, послед выделяется, но в послеродовом периоде развивается такое осложнение, как лохиометра [4]. Лохиометра — послеродовое осложнение, развивающееся в результате задержки в полости матки лохий — физиологического раневого секрета, состоящего из крови, слизи, перерожденных и распавшихся органических элементов, вплоть до остатков плацентарной ткани. Если после ликвидации лохиометры сохраняется болезненность матки, ее плохое сокращение, гипертермия, следует думать о развитии послеродового метроэндометрита. На этом фоне отмечается переход лохиометры в пиометру.

Аномалии прикрепления плаценты по-прежнему остаются одной из наиболее сложных проблем в современном акушерстве. Данная патология встречается относительно редко (0,001-0,31 % родов), но всегда сопровождается высокой материнской

заболеваемостью и смертностью, которая достигает 9,5-10 % [1]. В последние годы частота вставания плаценты возросла в связи с эпидемией кесарева сечения [2]. Типичными осложнениями аномалий прикрепления плаценты являются массивное кровотечение, геморрагический шок, ДВС-синдром, приводящие к дыхательной и почечной недостаточности [1].

**Цель исследования:** выявление основных факторов, предрасполагающих к развитию осложнений последового и послеродового периодов в виде различных вариантов аномалий прикрепления плаценты и лохиометры соответственно.

**Материалы и методы:** проводился ретроспективный анализ 785 историй самопроизвольных родов в ГБУЗ «Областной родильный дом» г. Твери, прошедших в период с января 2014 по январь 2015 года. Было выделено 3 группы исследуемых женщин:

1 группа — с аномалиями прикрепления плаценты (22 случая, 20 % в общей структуре изучаемой патологии: 9 случаев полного плотного прикрепления плаценты (8 %), 13 случаев частичного плотного прикрепления плаценты (12 %));

2 группа — с лохиометрой (88 случаев, 80 %);

3 группа — пациентки без осложнений последового и послеродового периода (675 случаев, 86 % от общего числа исследуемых женщин).

Средний возраст исследуемых пациенток составил 28 лет. Средний срок беременности на момент родов составлял 38-41 неделю.

В ходе исследования изучался акушерско-гинекологический анамнез женщин и течение данной беременности. Среди факторов, отягощающих акушерско-гинекологический анамнез, наиболее часто встречались предшествующие инфекционно-воспалительные заболевания органов малого таза — уреаплазмоз, хронический сальпингоофорит (41 случай, 37 %). В эту же группу был отнесен перенесенный в I или II половину беременности кандидозный кольпит. Помимо этого, в анамнезе исследованных женщин наиболее часто встречались медикаментозные аборт — 35 случаев (32 %), выскабливания полости матки, в т.ч. медицинские аборт — 8 случаев (7 %).

Далее определялась вероятность воздействия каждого из этих факторов на возникновение осложнений последового и послеродового периода в виде аномалий прикрепления плаценты или лохиометры. Для контроля исследования использовалось сравнение с группой пациенток с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом, но без развития исследуемых осложнений, и группой здоровых пациенток.

Вероятность взаимосвязи предрасполагающих факторов и возникновения исследуемых осложнений оценивалась по показателю X<sup>2</sup>.

**Результаты:** перенесенные инфекционно-воспалительные заболевания среди женщин с аномалиями прикрепления плаценты встречались в 9 случаях (41 %), P1-3>0,05 — сила связи данного фактора и возникшего осложнения последового периода несущественная (таблица 1).

Таблица 1 — Распространенность факторов, предрасполагающих к развитию осложнений последового и послеродового периодов, абс. (%)

Группы Фактор	1 группа, n=22	2 группа, n=88	3 группа, n=675	P
Инфекционно-воспалительные заболевания	9 (41)	32 (36)	250 (37)	P1-3>0,05 P2-3>0,05
Наличие медикаментозного аборта в анамнезе	10 (45)	25 (28)	216 (32)	P1-3>0,05 P2-3>0,05

Выскабливание полости матки (в т.ч. медицинские аборты)	2 (9)	6 (7)	47 (7)	P1-3<0,01 P2-3<0,01
---	-------	-------	--------	------------------------

Предшествующие медикаментозные аборты среди женщин с аномалиями прикрепления плаценты встречались в 10 случаях (45%),  $P1-3 > 0,05$  — сила связи данного фактора и возникшего осложнения послеродового периода несущественная.

Предшествующие выскабливания полости матки (в т.ч. медицинские аборты) среди женщин с аномалиями прикрепления плаценты встречались в 2 случаях (9 %),  $P1-3 < 0,01$  — сила связи данного фактора и возникшего осложнения послеродового периода слабая, что говорит о возможности влияния выскабливания на возникновение различных вариантов аномалий прикрепления плаценты.

Перенесенные инфекционно-воспалительные заболевания среди женщин с лохиометрой встречались в 32 случаях (36 %),  $P2-3 > 0,05$  — сила связи данного фактора и возникшего осложнения послеродового периода несущественная.

Предшествующие медикаментозные аборты среди женщин с лохиометрой встречались в 25 случаях (28 %),  $P2-3 > 0,05$  — сила связи данного фактора и возникшего осложнения послеродового периода несущественная.

Предшествующие выскабливания полости матки (в т.ч. медицинские аборты) среди женщин с лохиометрой встречались в 6 случаях (7 %),  $P2-3 < 0,01$  — сила связи данного фактора и возникшего осложнения послеродового периода слабая, что говорит о возможности влияния выскабливания на возникновение лохиометры.

**Выводы:** наличие выскабливаний полости матки (в т.ч. медицинские аборты) в акушерско-гинекологическом анамнезе женщины является предрасполагающим фактором к развитию различных вариантов аномалий прикрепления плаценты и лохиометры в III периоде родов и послеродовом периоде соответственно.

#### Литература

1. Аномалии прикрепления плаценты /О. Р. Баев// Акушерство и гинекология. — 2009. — №5. — с. 3-6.
2. Вращение предлежащей плаценты (placenta accreta) у пациенток с рубцом на матке после кесарева сечения. Клинико-морфологическое сопоставление/Г. М. Савельева, М. А. Курцер, И.Ю. Бреслав, О. Б. Панина, А. И. Андреев, О. П. Барыкина, О. А. Латышкевич// Акушерство и гинекология. — 2015. — №11. — с. 41-45.
3. Диагностика приращения плаценты: клиническое наблюдение и обзор литературы/И. В. Тихоненко, А. Н. Барсуков, С. В. Пацев, Н. Н. Когаленок// Пренатальная диагностика. — 2007. — Т.6, №2. — с. 123 — 129.
4. Стрижаков А. Н., Старкова Т. Г., Рыбин М. В. Физиология и патология послеродового периода. — М., 2004.
5. Формирование и патология плаценты /Ред. В. И. Краснопольский. — М.: Медицина, 2007. — 108 с.