ПАТОЛОГИЯ ПРИКРЕПЛЕНИЯ ПУПОВИНЫ В ЭКСТРАХОРИАЛЬНОЙ ПЛАЦЕНТЕ КАК ПРИЧИНА ОСТРОЙ ГИПОКСИИ ПЛОДА.

© Мельников Андрей Павлович, Аксёнов Анатолий Николаевич, Аксенова Анастасия Александровна, Дзюба Галина Сергеевна, Улятовская Виктория Ивановна

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии» Минздрава Московской области. Адрес: 101000 Москва, ул.Покровка, д.22А.

Ключевые слова: гипоксия плода; плацента, окружённая валиком; рассыпное прикрепление пуповины.

Цель. Определение значения патологии прикрепления пуповины в развитии острой интранатальной гипоксии плода.

Материалы и методы. Послед от первых оперативных родов в сроке 38–39 недель у пациентки К. 39 лет. Макроскопическое описание, гистологическое исследование, клинико-анатомический анализ.

Результаты. Согласно клиническим данным, через 4 часа от начала регулярных схваток по записи кардиотокографии зафиксирован эпизод урежения сердцебиений плода с базального уровня 136 уд/мин до 80–90 ударов в минуту продолжительностью 7,5 мин, с увеличением частоты сердцебиения плода сразу после замедления до 150 уд/мин и последующим восстановлением базального ритма. Произведено экстренное кесарево сечение по Кереру. Излилось умеренное количество околоплодных вод, окрашенных кровью. Извлечена живая доношенная девочка массой 3400г с оценкой состояния по шкале Апгар 5 и 7 баллов. Плацента с низкой массой 378г (16 перцентилей, медиана 480 г) и низким плацентарно-плодовым коэффициентом 0,11 (норма 0,13–0,19), на протяжении 1/3 периметра определялся валик, представленный широким слоем фибриноида с замурованными в нём ворсинами; к периферии — экстрахориальная краевая зона диска шириной до 4см, с кровоизлиянием. Пуповина длиной 70 см была прикреплена в области валика, имела признаки рассыпного прикрепления (furcate cord insertion): разветвление сосудов пуповины с дефицитом вартонова студня вокруг них на протяжении 2 см. В месте прикрепления пуповины определялся щелевидный дефект хориальной пластины с разрывом одного из сосудов. В 4 см выше места прикрепления пуповины обнаружен амниотический тяж в виде фрагмента амниотической оболочки длиной 14 см, противоположным краем прикреплённого к хориальной пластинке в области валика. При гистологическом исследовании строение и васкуляризация ворсинчатого дерева соответствовали сроку беременности; воспалительных изменений в последе не было выявлено.

Обсуждение. При исследовании последа выявлено сочетание нескольких морфологических особенностей строения, в совокупности обусловивших развитие острой гипоксии плода — краевое рассыпное прикрепление пуповины в области валика, наличие амниотического тяжа, соединяющего хориальную пластинку и пуповину, что в процессе родов могло усилить повреждение паренхимы плаценты. По литературным данным (Laberke PJ, Opri F, Sharma N и др.), каждая из выявленных аномалий последа сама по себе является фактором риска по развитию гипоксии и плодово-материнского кровотечения. Кроме того, обвитие пуповины вокруг шеи и туловища плода привело к её относительной короткости, что усугубило клинические проявления гипоксии. Вероятно, разрыв сосуда хориальной пластинки с кровотечением в амниотическую полость произошел незадолго до извлечения плода, о чём свидетельствует отсутствие анемии у новорожденного.

Выводы. Анализ наблюдения подтверждает значимость макроскопического исследования последа с определением локализации, длины и видимых повреждений пуповины, в особенности в месте её прикрепления к хориальной пластине. Необходим постоянный кардиомониторный контроль в родах пациенток группы высокого риска. Родоразрешение в пределах 30 минут после постановки диагноза острой гипоксии, адекватное ведение новорожденного в асфиксии позволяют надеяться на относительно благоприятный исход родов.