



М. О. Щербина,
О. В. Салтовський,
Н. П. Сухіна

ОСОБЛИВОСТІ ВЕДЕННЯ ПОЛОГІВ ЗА АНОМАЛІЙ РОЗВИТКУ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ

Харківський національний
медичний університет

© Колектив авторів

Резюме. Метою роботи стало узагальнення даних з проблеми перебігу вагітності та пологів у жінок з аномаліями розвитку репродуктивної системи. Проведено аналіз 67 випадків вагітності та розродження у жінок з різними варіантами аномалій розвитку статевих органів. Спільними рисами для всієї групи пацієнток з аномаліями матки є висока частота безпліддя, невиношування вагітності та розвиток різних ускладнень у пологах, що зумовило високу частоту абдомінального розродження в групі — 74,6 % випадків. Враховуючи високу вірогідність ускладнень у пологах доцільним можна вважати проведення у пацієнток з прогностично несприятливими типами вад розвитку внутрішніх статевих органів розродження шляхом операції кесаревого розтину в плановому порядку.

Ключові слова: *матка, аномалії розвитку, вади розвитку, пологи, розродження, ускладнення вагітності.*

Вступ

Однією з найбільш частих і важкореагуючих причин розвитку безпліддя, різної патології вагітності та пологів є аномалії розвитку жіночих статевих органів. Аномалії розвитку органів репродуктивної системи можуть бути пов'язані з хромосомними і генними аномаліями, обумовлені різними тератогенними впливами на плід, гормональними порушеннями в період органогенезу [3, 6].

За даними ряду авторів [3, 13] частота вад матки в популяції досягає 4 %.

За окремих видів аномалій матки, таких як агенезія матки або у разі інших виражених її змін жінка стикається з неможливістю самостійного настання вагітності та на теперішній час змушена вдаватися до допомоги сурогатних матерів або усиновленню дитини.

При вадах розвитку, що пов'язані з порушенням латерального злиття Мюллерова протоку (седлоподібна, дворога матка, внутрішньоматкова перетинка, подвоєння матки і однорога матка) виношування вагітності пов'язане з рядом перинатальних проблем, які виникають, за даними деяких авторів, з частотою від 25 [3] до 80 % [13].

У хворих з симетричними вадами розвитку матки частота зачаття досить висока — до 60 %, але в 80 % випадків вагітність закінчується самовільним викиднем.

За асиметричних вадах частота безпліддя досягає 80 %, у 40 % випадків отримана вагітність переривається.

Загальна частота невиношування вагітності при аномаліях розвитку статевих органів досягає 76 %, а частота передчасних пологів 33 % [1, 7, 11]. У 10–15 % пацієнток, які страждають звичним невиношуванням вагітності зустрі-

чаються аномалії розвитку матки [1, 9]. Більшістю авторів відзначається висока частота загрози переривання вагітності з наявністю кров'яних виділень із статевих шляхів при всіх типах аномалій матки: від 50 до 80 % [1, 4, 7].

Несприятливою прогностичною ознакою для результату вагітності є часткове або повне розташування плаценти на внутрішньоматковій перетинці. Так, вагітності, які не розвиваються, зустрічаються з частотою від 16 до 27 % у вагітних з внутрішньоматковою перетинкою [5, 6, 8].

За даними літератури досить часто — до 30 % випадків [7, 13], вади розвитку матки поєднуються з істміко-цервікаліною недостатністю (ІЦН).

Анатомо-фізіологічна неповноцінність стінки матки при вадах розвитку, недостатнє кровопостачання і неповноцінна секреторна трансформація ендометрію, а також перетинки різного розміру та локалізації створюють суттєві перешкоди на всіх етапах вагітності — від зачаття до пологів. Однак, враховуючи нерідке поєднання аномалій розвитку статевих органів з аномаліями нирок, в першу чергу, а також аноректальними аномаліями, аномаліями скелета та інших органів і систем [3, 12], залишається неясним, чи є ці порушення лише наслідком вади розвитку або вади розвитку поєднуються з морфофункціональною неповноцінністю матки і зміною гормональної функції гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи, а також з порушеннями формування фетоплацентарної системи.

Неповноцінність міометрію, витончення гіллястого хоріона з подальшою гіпоплазією плаценти, виражені судинні зміни з ділянками відшарування в місці плацентациї при-



зводять до несприятливого перебігу і результату вагітності. За наявності у матері аномалій розвитку матки до 20 % новонароджених народжуються з малою вагою, у 30 % плодів внутрішньоутробно виявляється гіпотрофія, у 40 % — виявляється хронічна гіпоксія, у 10 % — гостра гіпоксія плода з порушенням мозкового кровообігу. Відзначена також висока частота оперативного розродження у таких жінок — до 50 %, переважно у зв'язку з неправильним положенням плоду — до 25 %, первинної слабкістю пологової діяльності — до 18 %, виникненням передчасного відшарування плаценти і кровотечі — до 13 %, гострого дистресу плода — до 10 % [1, 7, 9].

Як видно, у жінок з аномаліями матки відзначається висока частота перинатальної патології. За останні роки більшість робіт присвячено розробці способів діагностики аномалій матки, методів корекції аномалій розвитку або є ретроспективними дослідженнями, спрямованими на виявлення поширеності аномалій матки серед жінок. Проте недостатньо висвітлені питання розродження таких пацієнток, немає єдиних протоколів розродження вагітних з аномаліями розвитку статевих органів.

Мета роботи

Узагальнення даних літератури та результатів власних спостережень з проблеми перебігу пологів у жінок з аномаліями розвитку репродуктивної системи, розробка оптимальних підходів до розродження вагітних даної категорії.

Матеріали та методи досліджень

Проведено аналіз 67 випадків вагітності та розродження у жінок з різними варіантами аномалій розвитку статевих органів, отримані результати порівнювалися з контрольною групою — 57 вагітних з нормальним розвитком і положенням статевих органів.

Залежно від виду аномалій вагітні при аналізі були розділені на наступні підгрупи: седлоподібна матка діагностована у 27 пацієнток (40,3 %), внутрішньоматкова перетинка — у 14 (20,9 %), двоорога матка — у 12 (17,9 %) , подвоєння матки — у 6 (8,9 %), одноорога матка — у 1 (1,5 %), матка після оперативної корекції аномалій (гістерорезектоскопії) — у 7 (10,4 %).

У обстежуваних вагітних збирався акушерський анамнез, визначалися особливості розвитку фетоплацентарної системи, оцінювався стан шийки матки протягом вагітності.

Результати досліджень та їх обговорення

Виявлено, що обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез у жінок з аномаліями

розвитку матки відзначався в 84 проти 7,4 % в контрольній групі, тобто, в 7 разів частіше. В анамнезі безпліддя мали 56 пацієнток досліджуваної групи, у 38 — раніше спостерігалися випадки самовільних абортів і передчасних пологів, у 9 — відзначалася антенатальна загибель плодів, у 3 — важкий гестоз, крім того, у 5 пацієнток раніше були випадки позаматкової вагітності, у 42 — відзначалися різні види порушень оваріально-менструального циклу.

У 46 пацієнток за час останньої вагітності відзначалися явища загрози переривання: стійкий больовий синдром, кровомазання, що достовірно вище, ніж у контрольній групі — 68,7 проти 12 % ($p < 0,005$). Дані прояви можуть свідчити про схильність до патологічного прикріплення плодового яйця у пацієнток з аномаліями матки що є причиною формування фетоплацентарної недостатності.

У 45 жінок (67,2 %) за результатами динамічного доплерометричного дослідження зареєстровано порушення матково-плацентарного кровотоку (підвищення індексу резистентності кровотоку в одній маткової артерії). Особливо дані зміни були характерні для вад матки, де вагітність розвивалася ізольовано в похідному одного з Мюллерова протоку: у матці з одним рігом, у одній з подвоєних маток, у матці з повною перетинкою і матці з двома рогами зі злиттям маткових рогів у нижній третині. Підвищення резистентності кровотоку в матковій артерії на контрлатеральному боці, ймовірно, є нормою, а на боці локалізації плаценти — патологією, що відповідало ступеню затримки розвитку плода.

Фетоплацентарна недостатність діагностувалася у жінок з аномаліями матки в 67,2 % (у контролі 26,4 %). Результатом ФПН було формування синдрому затримки розвитку плода (СЗРП) у 22,7 % випадків (проти 6 % у контролі).

Частота гестозу у пацієнток з аномаліями матки 65,7 % (проти 22 % у групі контролю), причому важкі форми відзначені в 9 %. Можливою причиною цього є порушення другої хвилі інвазії трофобласта, пов'язане з анатомо-фізіологічною неповноцінністю матки.

У 9 вагітних (13,4 %) спостерігалось формування істміко-цервікальної недостатності (у контролі 2 %), тобто в 6,7 разів частіше, ніж у жінок з нормально сформованою маткою.

У 27 жінок вагітність ускладнилася неправильним положенням та/або передлежанням плода в аномальній матці (40,3% проти 4%), причому в більшості випадків реєструвалося тазове передлежання, а в 5,3 % — косе або поперечне положення.



У 17 жінок (25,4 %) вагітність ускладнилася передчасним відшаруванням плаценти з кровотечею різної інтенсивності.

У 19 жінок (28,4 %) пологи почалися передчасно.

У 18 жінок (26,9 %) пологи ускладнилися розвитком слабкості і дискоординації пологової діяльності.

У 8 жінок (26,9 %) у пологах був патологічний перебіг III періоду.

Найбільш питому вагу в структурі ускладнень серед групи, що досліджувалася, мали пацієнтки з дворогою маткою 43,3 % і з перетинкою в матці 37,3 %, у тому числі з хірургічно видаленою раніше, відносно меншу кількість ускладнень мали пацієнтки з сідлоподібною маткою 14,9 %.

Таким чином, перераховані вище причини зумовили високу частоту абдомінального розродження — 74,6 % випадків.

Висновки

Таким чином, спільними рисами для всієї групи пацієнток з аномаліями матки є висока частота безпліддя, невиношування вагітності та розвитку різних ускладнень у пологах. Прогностично несприятливими є випадки дворогої матки, внутрішньоматкової перетинки, однорогої матки.

Становлення і розвиток фетоплацентарної системи у вагітних з аномаліями матки відбувається в умовах деформації внутрішньоматкової порожнини, при цьому формуються компенсаторні механізми у вигляді міграції хоріона в сприятливому з точки зору трофіки напрямку, що забезпечує внутрішньоутробний розвиток плоду.

У зв'язку з високим ризиком розвитку непрогнозованих важких ускладнень, зумовлених структурною неповноцінністю стінки матки і анатомо-фізіологічними особливостями прикріплення та функціонування плаценти, вагітних з аномаліями розвитку статевих органів необхідно віднести до групи високого ризику по розвитку перинатальної та материнської патології під час вагітності й особливо в пологах. У терміні гестації 36–37 тижнів показана госпіталізація з метою профілактики перинатальних ускладнень та визначення плану ведення пологів.

Враховуючи високу ймовірність ускладнень у вигляді передчасного відшарування плаценти і загибелі внаслідок кровотечі плода і матері, розвитку аномалій пологової діяльності, порушення плацентарного кровообігу, розриву аномально розвиненої матки в пологах доцільним можна вважати проведення у пацієнток з прогностично несприятливими типами вад внутрішніх статевих органів (однорога матка, внутрішньоматкова перетинка, дворогога матка зі злиттям рогів у середній та нижній третині) розродження шляхом планової операції кесаревого розтину, що дозволить мінімізувати кількість ургентних операцій тим самим знизивши частоту післяопераційних ускладнень з боку матері та плоду. Неможливість точної діагностики до операції виду аномалії розвитку матки, її локалізації та анатомо-структурних особливостей розвитку робить виправданим в даному випадку проведення корпорального або істміко-корпорального розрізу на матці, що більш дбайливо для плода і безпечніше для вагітної.

ЛІТЕРАТУРА

1. Афанасьєва Н. В. Исходы беременности и родов при фетоплацентарной недостаточности различной степени тяжести / Н. В. Афанасьєва, А. Н. Стрижаков // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2004. — № 2. — С. 7-13.
2. Быстрицкая Т. С. Плацентарная недостаточность / В. П. Луценко, Д. С. Лысяк, В. П. Колосов // Благовещенск, 2010. — 136 с.
3. Внутриутробное развитие человека : рук-во для врачей / Под ред. А. П. Милованова. — М. : МДВ, 2006. — 384 с.
4. Демидов В. Н. Ультразвуковая диагностика однорогой матки / В. Н. Демидов, В. И. Олейник // Sono Ace International. — 2003. — № 12. — С. 43-47.
5. Сидорова И. С. Фетоплацентарная недостаточность. Клинико-диагностические аспекты / И. С. Сидорова, И. О. Макаров. — М. : Знание - М». — 2000. — 127 с.
6. Сидорова И. С. Фетоплацентарна недостатність. Клініко-діагностичні аспекти / І. С. Сидорова, І. О. Макаров. — М. : Знание - М». — 2000. — 127 с.
7. Acien P. Complex malformations of the female genital tract. New types and revision of classification / P. Acien, M. Acien // Hum. Reprod. — 2004. — Vol. 19, № 10. — P. 2377-2384.
8. Devi Wold A. S. Anatomic factors in recurrent pregnancy loss / A. S. Devi Wold, N. Pfam, A. Arici // Semin. Reprod. Med. — 2006. — Vol. 24, N 1. — P. 25-32.
9. Jauniaux E. Evidence-based guidelines for the investigation and medical treatment of recurrent miscarriage / E. Jauniaux, G. Roy, K. Farquharson // Human Reproduction. — 2006. — Vol. 21, N 9. — P. 2216-2222.
10. Lin P. C. Reproductive outcomes in women with uterine anomalies / P. C. Lin // J. Women. Health. — 2004. — Vol. 13, N 1. — P. 33-39.
11. Nahum G. G. Uterine anomalies, induction of labor, and uterine rupture / G. G. Nahum // Obstet. Gynecol. — 2005. — Vol. 106, N 5. — P. 1150-1152.
12. Pabuccu R. Reproductive outcome after hysteroscopic metroplasty in women with septate uterus and otherwise unexplained infertility / R. Pabuccu, V. Gomel // Fertil. Steril. — 2004. — Vol. 81, N 6. — P. 1675-1678.
13. Rackow B. W. Reproductive performance of women with müllerian anomalies / B. W. Rackow // Curr. Opin. Obstet. Gynecol. — 2007. — Vol. 19, N 3. — P. 229-237.



14. Saygili-Yilmaz E. Septate uterus with a double cervix and longitudinal vaginal septum / E. Saygili-Yilmaz, M. Erman-Akar // J. Reprod. Med. — 2004. — Vol. 49, N 10. — P. 833-836.
15. Weissman A. Successful twin pregnancy in a patient with complete uterine septum corrected during cesarean section. // J. Eldar, G. Malingep, O. Sadan [et al.] // Fertil. Steril. — 2006. — Vol. 85, № 2. — P.11-14.

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ РОДОВ ПРИ АНОМАЛИЯХ РАЗВИТИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

*Н. А. Щербина,
А. В. Салтовский,
Н. П. Сухина*

Резюме. Целью работы явилось обобщение данных по проблеме течения беременности и родов у женщин с аномалиями развития репродуктивной системы. Проведен анализ 67 случаев беременности и родоразрешения у женщин с различными вариантами аномалий развития половых органов. Общими чертами для всей группы пациенток с аномалиями матки являются высокая частота бесплодия, невынашивания беременности и развития различных осложнений в родах, что обусловило высокую частоту абдоминального родоразрешения в наблюдаемой группе — 74,6 % случаев. Учитывая высокую вероятность осложнений в родах целесообразным можно считать проведение у пациенток с прогностически неблагоприятными типами пороков развития внутренних половых органов родоразрешения путем операции кесарева сечения в плановом порядке.

Ключевые слова: *матка, аномалии развития, пороки развития, роды, родоразрешение, осложнения беременности.*

FEATURES OF LABOR MANAGEMENT WITH GENITALIA ANOMALIES

*M. O. Sherbina,
O. V. Saltovsky,
N. P. Sukhina*

Summary. The aim of the work was a generalization of data on the course of pregnancy and childbirth in women with abnormalities of the reproductive system. An analysis of 67 cases of pregnancy and delivery in women with different variants of anomalies of genital organs was performed. The common features for the entire group of patients with abnormalities of the uterus are the high incidence of infertility, miscarriage and development of various complications in childbirth, which led to a high incidence of abdominal delivery in the observed group — 74.6 % of cases. Given the high probability of complications in childbirth may be considered appropriate conduct in patients with prognostically unfavorable types of malformations of the internal genitalia of delivery by cesarean section in a planned manner.

Key words: *uterus, malformations, congenital malformations, birth, delivery, pregnancy complications.*