

Оцінювання стану системи мати–плацента–плід у вагітних з лейоміомою та патологією шийки матки в анамнезі

М.В. Лянна

ДВНЗ «Ужгородський Національний Університет»
Ужгородський Міський Перинатальний Центр

У статті викладені основні особливості перебігу вагітності, пологів, стан плода та фетоплацентарного комплексу у жінок з лейоміомою та патологією шийки матки в анамнезі.

Ключові слова: вагітність, пологи, плід, плацента, лейоміома, патологія шийки матки.

Протягом останніх років підвищилась частота поєднання вагітності, лейоміоми матки та патології шийки матки у жінок репродуктивного віку. Ці вагітні входять до групи високого ризику щодо ускладненого перебігу гестації, пологів, післяпологового періоду, збільшення частоти оперативних втручань [1, 2].

Комплексне лікування доцільно починати з ранніх термінів гестації, коли запускаються гормональні зміни в організмі і формується плацента, яка і визначає в подальшому стан плода. Згідно з даними літератури, у вагітних з лейоміомою та патологією шийки матки у I–II триместрах вагітності спостерігається гіпопрогестеронемія, що зумовлює у 73% вагітних клінічні прояви загрози переривання вагітності [3].

Частота поєднання вагітності з лейоміомою та патологією шийки матки за останні роки значно зросла за рахунок числа першовагітних віком старше 30 років та, за даними літератури, складає 0,4–3,9% [2]. При цьому, вже з I триместра у таких вагітних спостерігається зниження кровотоку на тлі підвищення судинного тону та утруднення венозного відтоку, що є особливо вираженим у ділянці лейоматозних вузлів [3]. З початком вагітності в патологічно зміненому міометрії починається неангіогенез, оптимізується процес гіпертрофії м'язів матки.

Розлад матково-плацентарного кровотоку характеризується такими факторами: порушення артеріального притоку крові в міжворсинчастий простір, утруднення венозного відтоку із міжворсинчастого простору, зміни реологічних і коагуляційних властивостей крові матері і плода (гіперкоагуляція, гіперагрегація, підвищення в'язкості крові), зниження капілярного кровотоку у ворсинах хоріона [4].

Найважливішою причиною зниження притоку крові в міжворсинчастий простір є недостатність другої хвилі інвазії цитотрофобласта в міометральні сегменти спіральних артерій, що починається на 16–18-у тижні вагітності [4]. Стінка спіралеподібних артерій міометрія зберігає еластичном'язові компоненти, що веде до недостатньої їхньої дилатації і зберігається чутливість до вазоактивних речовин. Наслідком цього є спазм спіралеподібних артерій та відповідно зниження притоку крові до міжворсинчастого простору, а ворсини хоріона підлягають ішемії. Уповільнення кровотоку в спіралеподібних артеріях і міжворсинчастому просторі обов'язково призведе до зниження газообміну між кров'ю матері та плода [5].

Зниження швидкості кровотоку в міжворсинчастому просторі у поєднанні з порушеннями синтезу і балансу простагландинів (збільшення простагландину E2, F2, тромбоксану) призводить до спазму та мікроангіопатичних змін судин в області плаценти, виходу плацентарного тромбoplastину і надходження його в материнський кровотік, де він спричинює агрегацію тромбоцитів. Це призводить до гіперкоагуляції та тромбоутворення. При гіперкоа-

гуляції виникає підвищення в'язкості крові та зниження швидкості кровотоку в міжворсинчастому просторі [6].

При довготривалому і надмірному тромбоутворенні в місцях агрегації тромбоцитів утворюється фібринова сітка, що перекриває просвіт маткових артерій і виникає утруднене проходження еритроцитів по них.

Таким чином, порушення відтоку і притоку крові зумовлює різке зниження гемоциркуляції в міжворсинчастому просторі і зниження газообміну між кров'ю матері і плода [5].

На сьогодні найбільш інформативним, неінвазивним методом, який дозволяє адекватно в динаміці оцінити перебіг гестації, стан плода, фетоплацентарного комплексу, визначити локалізацію, величину, кількість та стан вузлів лейоміоми матки як під час вагітності, так і після пологів, є ультразвукова діагностика. Ефект Доплера дозволяє об'єктивно оцінити кровотік в усіх ланках функціональної системи мати–плацента–плід та провести якісний його аналіз [6].

Мета дослідження: вивчити особливості функціонування фетоплацентарного комплексу у вагітних з лейоміомою матки та патологією шийки матки в анамнезі.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Нами був проведений клініко-статистичний аналіз 100 індивідуальних карток та історій пологів у пацієнток з лейоміомою та патологією шийки матки в анамнезі. Усім вагітним поряд із загальноприйнятим клініко-лабораторним обстеженням проводили ультразвукове дослідження (УЗД), яке є головним методом діагностики та контролю перебігу вагітності при лейоміомі матки.

Для вивчення матково-плодово-плацентарної гемоциркуляції реєстрували спектр кровотоку в маткових артеріях, судинах плаценти, пупкового канатика, аорті, середньомозковій артерії плода. Для якісного аналізу стану кровотоку обчислювали індекс резистентності та пульсаційний індекс, систоло-діастолічне відношення.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

За нашими даними, середній вік вагітних склав 28,2±1,2 року. Щодо соціального статусу, привертає увагу значна поширеність даної патології серед мешканок міста (75%) з вищою освітою (60%), стресовим перевантаженням (72%). При вивченні менструального анамнезу переважання пізнього менархе (у 15–17 років) – 63% випадків, нерегулярного циклу – 51%, рясних місячних – 72%.

У 85% вагітних був обтяжений акушерський анамнез. Так, невиношування – у 38% жінок, штучні аборти в анамнезі – 35% обстежених, завмерлі вагітності – 12%.

Щодо локалізації лейоміоматозних вузлів, то при ультразвуковій ехографії інтрамуральні вузли виявлено у 41% жінок, субсерозні – у 29% жінок, підслизові – у 3%, змішану локалізацію діагностовано у 27% жінок.

Поодинокі вузли діагностовано у 65% вагітних, множинні – у 35% жінок.

Щодо розмірів пухлини, то вузли до 5 см в діаметрі візуалізувались у 93% вагітних, від 6 до 10 см – у 6%, більше 10 см – у 1% вагітних. Таким чином, у більшості обстежених вагітних лейоматозні вузли були невеликих розмірів, переважно розташовані інтрамурально.

Перша половина вагітності – найбільш відповідальний період, період органогенезу та плацентатції. Так, ехографічні ознаки загрози переривання вагітності виявлено у 72% вагітних з лейоміомою матки та патологією шийки матки. При розташуванні лейоматозних вузлів в зоні проекції хоріона загроза переривання вагітності спостерігалась у 100% обстежених вагітних. Ультразвукові ознаки збільшення розмірів вузлів діагностовано у 16% обстежених у порівнянні з їх розмірами до вагітності.

У другій половині вагітності за даними УЗД плацента була частково або повністю розташована в зоні проекції лейоматозних вузлів у 63% вагітних, при цьому у 51% з цих вагітних вузли локалізувались інтрамурально, що клінічно проявилось загрозою передчасних пологів у 70% вагітних. Збільшення розмірів пухлини у порівнянні з першою половиною вагітності відбувалось у 57% обстежених, із них у 42% за рахунок набряку вузла.

УЗД у другій половині вагітності включало фетометрію, плацентографію та оцінювання навколоплодових вод. Так, плацентарну дисфункцію у другій половині вагітності за даними УЗД виявлено у 48% обстежених. Товщина плаценти відповідала нормативним показникам для даного терміну вагітності у 21% вагітних. Гіперплазію плаценти діагностовано у 43% вагітних, однак при цьому дистресу плода не виявлено. Отримані дані свідчать про те, що гіперплазія плаценти є одним з компенсаторно-приспосувальних механізмів для виношування вагітності та забезпечення кровопостачання плода. У 17% вагітних виявлено гіпоплазію плаценти, яка була розташована переважно, в зоні проекції інтрамуральних лейоматозних вузлів. Вітончення плаценти поєднувалось з передчасним дозріванням та деструктивними змінами в ній.

Ще одним компенсаторно-приспосувальним механізмом для виношування вагітності була «міграція» плаценти протягом гестації відносно лейоматозних вузлів, яка виявлена у 38% обстежених. У 11% вагітних плацента залишалась в зоні проекції вузлів, що в подальшому призвело до розвитку порушень в системі мати–плацента–плід.

За нашими даними, порушення у плаценті спостерігались у 30% вагітних з поодинокими вузлами та у 70% з множинними лейоматозними вузлами.

Застосування при УЗД, доплерометрії дозволяє об'єктивно оцінювати матково-плодово-плацентарний кровотік і виявити патологічні стани у плода. Так, при доплерометрії вагітних з множинними лейоматозними вузлами виявлено достовірне підвищення індексу резистентності та пульсаційного індексу в артеріях матки у порівнянні з показниками у здорових вагітних. При цьому збільшувався відсоток дикротичної виразки в маткових артеріях, підвищення швидкості кровотоку у венозній протоці, що можна розцінювати як компенсаторну реакцію плода у вагітних з лейоміомою матки. В інших судинних басейнах патологічних відхилень не виявлено.

Сведения об авторе

Лянна Марьяна Васильевна – Ужгородский перинатальный центр, Закарпатская обл., 88000, г. Ужгород, ул. Генерала Свободы, 7/51; тел.: (099) 257-78-80. E-mail: mary_anna777@mail.ru

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Жабченко І.А., Коломійцева А.І., Яремко Г.Є., Бондаренко О.М., Скрипченко Н.Я. Корекція порушень кровообігу в системі «мати–плацента–плід» у вагітних з лейоміомою матки // Вісник наукових досліджень. – 2005. – № 4. – С. 21–22.
2. Тимошенко Л.В., Соколовская Т.А. Влияние миомы матки на развитие акушерской и перинатальной патологии // Здоровье женщины, 2001. – № 4 (6). – С. 9–13.
3. Сидорова С.И. Миома матки: возможности лечения и профилактики.

Наслідком зазначених вище особливостей гестаційного клінічного перебігу та функціонального стану плацентарного комплексу у жінок з лейоміомою матки та патологією шийки матки в анамнезі є висока частота патологічного перебігу пологів. Ці ускладнення певною мірою залежать від особливостей локалізації, розмірів та кількості лейоматозних вузлів.

До 38 тиж гестації вагітність доносили 69% жінок. Пологи через природні пологові шляхи відбулися у 59% жінок. Перебіг пологів ускладнювався передчасним вилиттям навколоплодових вод – 30% жінок, дистресом плода – 36%, слабкістю пологової діяльності – 9%. Розродження шляхом операції кесарева розтину відбулося у 41% жінок.

Стан новонароджених здебільшого був задовільним, а оцінка за шкалою Апгар 7–9 балів.

ВИСНОВКИ

Аналізуючи отримані нами дані, можна дійти висновку, що порушення перебігу гестації у жінок з лейоміомою матки та патологією шийки матки в анамнезі пов'язані не тільки з наявністю вузлів у матці, їхньою кількістю та локалізацією, але і негативним впливом таких факторів, як розташування плаценти в області проекції лейоматозних вузлів та гормональна дисфункція. Перинатальні втрати у жінок з лейоміомою матки та патологією шийки матки в анамнезі спостерігались головним чином в першій половині вагітності, тому дуже важливою є корекція виявлених порушень вже на ранніх термінах вагітності.

Незважаючи на значний ризик розвитку ускладнень під час вагітності у жінок з лейоміомою матки та патологією шийки матки в анамнезі успішного завершення вагітності можна досягти за умови своєчасного проведення адекватної терапії, спрямованої на корекцію виявлених порушень.

Оценка состояния системы мать–плацента–плод у беременных с лейомиомой и патологией шейки матки в анамнезе

М.В. Лянна

В статье изложены основные особенности течения беременности, родов, состояния плода и фетоплацентарного комплекса у женщин с лейомиомой и патологией шейки матки в анамнезе.

Ключевые слова: беременность, роды, плод, плацента, лейомиома, патология шейки матки.

The Analysis of Phoeeto-placental Complex Status in Pregnants with Leyomyoma and Cervical Pathology in Anamnesis

M.V. Lyanna

In article the main peculiarities of pregnancy labour, phoeetus and phoeeto-placenta complex are analysed in women with leyomyoma and cervical pathology in anamnesis.

Key words: pregnancy, labour, phoeetus, placenta, leyomyoma, cervical pathology.

Статья поступила в редакцию 11.02.2013