

Плацентарна дисфункція у жінок з позаматковою вагітністю в анамнезі

В.П. Волосовський

Івано-Франківський національний медичний університет МОЗ України

Результати проведених наукових досліджень свідчать, що вагітність і пологи у жінок, які перенесли позаматкову вагітність, є досить актуальним науковим завданням. При цьому у вагітних цієї групи, особливо після допоміжних репродуктивних технологій, розвивається плацентарна недостатність поєднаного генезу (порушення мікроциркуляції, ендокринна недостатність і високий рівень мікробного обмінення), основні ехографічні прояви якої починаються з 18–20 тиж і прогресивно наростають аж до розродження. Високий рівень акушерської і перинатальної патології зумовлений в першу чергу порушеннями в системі мати–плацента–плід, що є причиною високої частоти абдомінального розродження.

Ключові слова: плацентарна дисфункція, позаматкова вагітність.

Актуальними проблемами сучасного акушерства і гінекології є відновлення репродуктивної функції жінок з різними порушеннями цієї функції і зниження високого рівня перинатальних втрат [1–5]. У цих ускладненнях велику роль відіграє перенесена в анамнезі позаматкова вагітність (ПВ), частота якої серед жінок репродуктивного віку досягає 5–10%, а серед пацієнток з хронічними запальними процесами репродуктивної системи – 15% [2, 3].

На жаль, останніми роками частота ПВ, у тому числі і після використання допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ), продовжує зростати, що пов'язане не лише з науково-технічним прогресом, але і підвищенням рівня інфікованості уrogenітальної системи, починаючи з пубертатного періоду. Усе це спричиняє стан «хронічного стресу» під час справжньої вагітності, частота ускладнень якої вище в порівнянні із загальною популяцією [4, 5].

Незважаючи на значне число наукових повідомлень з проблеми вагітності і пологів у жінок з обтяженим репродуктивним анамнезом ціла низка наукових завдань далекі від розв'язання. На нашу думку, одним з таких завдань є зниження акушерської і перинатальної патології у жінок з ПВ в анамнезі. Публікації з даного напрямку є поодинокими, несистематизованими і носять фрагментарний характер, що не дозволяє ефективно вирішувати дану наукову проблему. Усе це в сукупності свідчить про актуальність вибраної тематики для проведення наукових досліджень, особливо в аспекті вивчення функціонального стану фетоплацентарного комплексу.

Мета дослідження: вивчення плацентарної дисфункції у жінок з ПВ в анамнезі.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для досягнення поставленої мети було проведено клініко-функціональне і лабораторне обстеження 50 пацієнток, які завагітніли після ПВ, причому 25 – самостійно (підгрупа А) і 25 – унаслідок використання ДРТ. Контрольну групу склали 30 акушерські і соматично здорових першороділей, розроджених через природні пологові шляхи.

Окрім загальноклінічного обстеження (збор анамнезу, загальний і гінекологічний огляд, лабораторні аналізи, ЕКГ, консультації за необхідності хірурга або терапевта), хворим проводили і додаткові методи дослідження – УЗД за допомогою вагінального датчика, кульдоцентез, вишкрібання порожнини матки, гормональна кільцито-логія, вимірювання базальної температури, визначення хоріонічного гонадотропіну людини (ХГЛ), діагностичну і лікувальну лапароскопію (ЛС). Крім того, в частини пацієнток з метою уточнення етіологічного чинника ПВ вивчали первинну документацію з аналізом попередніх клініко-анамнестических даних, результатів гормонального лікування, гістеросальпінгографію (ГСГ), ЛС і результати попередніх мікробіологічних досліджень (хламідії, вірус простого герпесу, мікоплазми, уреоплазми та кандиди).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що клінічний перебіг гестаційного періоду у жінок з ПВ в анамнезі залежить від методу лікування порушень репродуктивної функції, причому після ДРТ має місце вища частота основних ускладнень: загроза переривання вагітності (32,0% і 60,0%); плацентарна дисфункція (56,0% і 72,0%); гестаційна анемія (56,0% і 60,0%); загострення хронічної уrogenітальної інфекції (24,0% і 36,0%) і порушення мікробіоценозу статевих шляхів (20,0% і 32,0%).

Основним методом розродження жінок з ПВ в анамнезі є кесарів розтин, частота якого складає 100,0% після ДРТ, а в разі останніх варіантів настання вагітності – 60,0%, причому в структурі свідчень переважають високий ступінь перинатального ризику (40,0%), дистрес плода (16,0%) і аномалії пологової діяльності (4,0%).

Перинатальні результати розродження жінок з ПВ в анамнезі менше залежать від методики настання вагітності: більшість дітей народжуються в задовільному стані (76,0% і 80,0%). У той самий час, у жінок після ДРТ трохи вища частота інтраамніального інфікування (12,0% і 16,0%) і затримки внутрішньоутробного розвитку (24,0% і 36,0%).

Серед усіх біофізичних методів дослідження найбільш інформативним з ранніх термінів вагітності є ультразвукова діагностика (УЗД). Дослідження, присвячені вивченню сонографічних особливостей фетоплацентарного комплексу (ФПК) у жінок після ПВ, проводили в II–III триместрах вагітності.

Під час оцінювання функціонального стану ФПК при вагітності були вивчені основні клініко-лабораторні і функціональні показники в такі терміни: 18–20; 28–30 і 38–40 тиж. Ці терміни були визначені у зв'язку з особливостями функціонального стану ФПК, що мають місце після перенесеної ПВ.

Згідно з отриманими даними у жінок основних підгруп вже в 18–20 тиж в поодиноких випадках діагностована асиметрична форма затримки внутрішньоутробного розвитку

(4,0%); бради- (4,0%) і тахікардія (4,0%). Показовим є те, що до цього самого терміну в пацієнок підгрупи Б в 4,0% спостережень відзначені субкомпенсовані (1 або більше епізодів тривалістю 30–59 с; нормальна форма і частота в межах 45–60 за 1 хв) дихальні рухи плода.

При вивченні основних показників плацентографії і кількості навколоплодових вод у цей самий гестаційний термін відзначено в 12,0% спостережень випередження дозрівання плаценти на 1 позицію терміну гестації і патологію міометрія в зоні плацентації у пацієнок після ДРТ, а в підгрупі А – тільки в 4,0% випадків. Крім того, мало місце по одному випадку (4,0%) багато- і маловоддя в підгрупі Б.

Достовірні розбіжності з боку гемодинамічних до цього терміну вагітності були відсутні ($p > 0,05$).

Отже, при оцінюванні функціонального стану ФПК вже в 18–20 тиж спостерігаються перші ознаки компенсованих порушень стану плода, плаценти і навколоплодових вод.

Відомо, що вже в передімплантаційний період, на стадії бластоцисти клітини зародка секретують прогестерон (ПГ), естрадіол (Е2) та хоріонічний гонадотропін (ХГ), що має велике значення для нідації. У процесі органогенезу гормональна активність плаценти зростає. Згідно з сучасними уявленнями, фізіологічний перебіг вагітності і нормальний розвиток плода забезпечується комплексом гормональних змін, які розвиваються в системі мати–плацента–плід, що формується під час прогресивної вагітності.

Кількісне визначення гормонів цієї системи є основою для виявлення порушення функції ФПК і стану плода. У зв'язку з наведеним вище викликають інтерес дані про гормональні зміни у вагітних після ПВ.

Згідно з отриманими даними у вагітних після ПВ і ДРТ, розпочинаючи з 18-го тижня відзначалось достовірне зниження секреції естріолу і ПГ ($p < 0,05$). Клінічно це проявлялось у симптомах загрози переривання вагітності. Синхронне зниження рівня цих двох показників спостерігалось при зазгоді переривання вагітності на фоні кров'янистих виділень.

Це дає підстави відносити вагітних після ПВ і ДРТ до груп ризику розвитку плацентарної недостатності. У зв'язку з цим, гормонодіагностика функціонального стану ФПК повинна бути рекомендована всім вагітним після ПВ, особливо при використанні ДРТ.

Аналізуючи отримані дані, треба зазначити, що в 28–30 тиж частота асиметричної форми затримки внутрішньоутробного розвитку плода зростає (А – 12,0% і Б – 20,0%); порушення серцевої діяльності плода зустрічалися в 16,0% спостережень в підгрупі Б і в 8,0% – в підгрупі А, так само як і субкомпенсовані форми порушень дихальних рухів плода (А – 4,0% і Б – 12,0%), його рухової активності (А – 4,0% і Б – 12,0%) і тонусу (А – 4,0% і Б – 8,0%). Дуже показовим є те, що в цих жінок відбулися передчасні пологи в 32–33 тиж макроскопічно інфікованим плодом.

Зміни з боку плаценти і навколоплодових вод у вагітних після ПВ носили більш виражений характер у порівнянні з попереднім терміном обстеження: частота передчасного дозрівання плаценти зростає до 16,0% в підгрупі Б і до 8,0% в підгрупі А. У 4,0% спостережень у пацієнок після ПВ і ДРТ з'явилося поєднане виснаження плаценти і випередження дозрівання. Порушення обсягу навколоплодових вод мали місце тільки в підгрупі Б (16,0%).

Гемодинамічні порушення в цей термін гестації характеризувалися тільки в підгрупі Б посиленням кровотоку в артерії пупкового канатика ($p < 0,05$) і в маткових артеріях ($p < 0,05$) на фоні зниження кровотоку в середньомозковій артерії плода ($p < 0,05$).

Розглядаючи ендокринологічні зміни в 28–30 тиж вагітності треба зазначити, що незалежно від варіанта на-

стання вагітності у пацієнок обох груп виявлено достовірне зниження вмісту ЕЗ ($p < 0,05$) і ПГ ($p < 0,05$). Решта показників ендокринологічного статусу була достовірно змінена лише в підгрупі Б у вигляді зниження ХГ ($p < 0,05$) і ПГ ($p < 0,05$) при одночасному збільшенні вмісту кортизолу ($p < 0,05$).

Зміни функціонального стану ФПК в 28–30 тиж носять більш виражений характер, що підтверджується збільшенням частоти асиметричної форми затримки внутрішньоутробного розвитку плода, порушень його дихальної і рухової активності; передчасним дозріванням плаценти, збільшенням гормональної недостатності ФПК і також появою гемодинамічних порушень.

Напередодні розродження показники функціонального стану плода характеризуються високою частотою затримки внутрішньоутробного розвитку плода (А – 24,0% і Б – 36,0%); порушень серцевого ритму (А – 12,0% і Б – 28,0%); суб- і декомпенсованих порушень дихальної (А – 12,0% та Б – 20,0% відповідно) і рухової активності плода (А – 12,0% і Б – 24,0%); а також змінами з боку тонусу плода (А – 8,0% і Б – 20,0%).

При оцінюванні основних змін із боку плаценти і об'єму навколоплодових вод слід зазначити збільшення частоти передчасного дозрівання плаценти з одночасною патологією міометрія в зоні плацентації (А – 16,0% і Б – 24,0%) і поєднання виснаження плаценти з випередженням дозрівання (А – 4,0% і Б – 12,0%) та високого рівня мало- (А – 12,0% і Б – 20,0%) і багатоводдя (А – 8,0% і Б – 12,0%).

Одночасно з описаними вище змінами у пацієнок після ПВ і ДРТ була відзначена подальша зміна матково-плацентарно-плодового кровотоку, що підтверджується зниженням коефіцієнта достовірності з 0,05 у 28–30 тиж до 0,01 – напередодні розродження. Порівняно з цим у жінок, які завагітніли самостійно, зміни гемодинаміки носили достовірний, але не такий виражений характер ($p < 0,05$).

Отримані дані свідчать, що характер ендокринологічних порушень у пацієнок після ПВ і ДРТ також змінився вбік прогресивного зменшення рівня ЕЗ ($p < 0,01$) і ХГ ($p < 0,01$) і збільшення вмісту кортизолу ($p < 0,01$), а решта показників були однаково знижені в обох основних підгрупах ($p < 0,05$).

Отже, функціональний стан ФПК у жінок після ПВ і особливо при використанні ДРТ напередодні розродження характеризується високим рівнем порушень з боку функціонального стану плода, плаценти й об'єму навколоплодових вод на фоні виражених гемодинамічних і ендокринологічних порушень в основному субкомпенсованого характеру, але в низці випадків і декомпенсованими змінами, що призводить до високої частоти оперативного розродження у цій групі.

ВИСНОВКИ

Таким чином, як свідчать результати проведених наукових досліджень, вагітність і пологи у жінок, що перенесли позаматкову вагітність, є досить актуальним науковим завданням. При цьому у вагітних цієї групи, особливо після використання допоміжних репродуктивних технологій, розвивається плацентарна дисфункція поєданого генезу (порушення мікроциркуляції, ендокринна недостатність і високий рівень мікробного обсіменіння), основні ехографічні прояви якої починаються з 18–20 тиж і прогресивно наростають аж до розродження. Високий рівень акушерської і перинатальної патології зумовлений у першу чергу порушеннями в системі мати–плацента–плід, що є причиною високої частоти абдомінального розродження.

Плацентарная дисфункция у женщин с внематочной беременностью в анамнезе
П.Р. Волосовский

Результаты проведенных научных исследований свидетельствуют, что беременность и роды у женщин, перенесших внематочную беременность, является достаточно актуальной научной задачей. При этом у беременных этой группы, особенно после использования вспомогательных репродуктивных технологий, развивается плацентарная недостаточность сочетанного генеза (нарушения микроциркуляции, эндокринная недостаточность и высокий уровень микробного обсеменения), основные эхографические проявления которой начинаются с 18–20 нед и прогрессивно нарастают вплоть до родоразрешения. Высокий уровень акушерской и перинатальной патологии обусловленный в первую очередь нарушениями в системе мать–плацента–плод, что является причиной высокой частоты абдоминального родоразрешения.

Ключевые слова: плацентарная дисфункция, внематочная беременность.

Placental dysfunction at women with extra-uterine pregnancy in the anamnesis
P.R. Volosovsky

Results of the spent scientific researches testify, that pregnancy and childbirth at the women who have transferred extra-uterine pregnancy is enough an actual scientific problem. Thus at pregnant women of this group, especially after auxiliary reproductive technologies develops placental dysfunction mixed genesis (microcirculation infringements, endocrinological insufficiency and high level microbic), the basic ehografical which displays begin from 18–20 weeks and progressively accrue up to delivery. High level obstetrical and perinatal pathologies caused, first of all, infringements in system mother–placenta–fruit that is the reason of high frequency abdominal delivery.

Key words: placental dysfunction, extra-uterine pregnancy.

Сведения об авторе

Волосовский Павел Романович – кафедра акушерства и гинекологии Ивано-Франковского национального медицинского университета МЗ Украины, 76018, г. Ивано-Франковск, ул. Галицкая, 2. E-mail: pvolosovsky@ukr.net

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ветров В.В., Жемчужина Т.Ю. Эндовидеохирургия в гинекологической практике // Журнал акушерства и женских болезней. – 2009. – № 4. – С. 78–82.
 2. Духин А.О., Каранашева А.Х. Репродуктивное здоровье пациенток после хирургического лечения внематочной беременности // Вестник Рос-

сийского университета дружбы народов. – М.: Изд-во РУДГ, 2012. – № 1. – С. 255–262.
 3. Рутенбург Г.М., Чуйко И.В., Жемчужина Т.Ю. Лечение ненарушенной трубной беременности путем внутритрубногo введения метотрексата

при лапароскопической операции // Современные аспекты медицины и здравоохранения. – 2007. – № 1. – С. 149–153.
 4. Семко А.Ф. Трубная беременность после вспомогательных репродуктивных технологий: диагностика, лечение и реабилитация // Реп-

родуктивное здоровье женщины. – 2006. – № 2 (часть 1). – С. 135–137.
 5. Стрижелецкий В.В., Борнисов А.Б., Рывкин А.Ю. Лапароскопические технологии в неотложной хирургии // Эндоскопическая хирургия. – 2008. – № 1. – С. 51–53.

Статья поступила в редакцию 25.03.2014

Н О В О С Т И М Е Д И Ц И Н Ы

МЛАДЕНЦЫ ЗАПРОГРАММИРОВАНЫ НА ЛИШЕНИЕ РОДИТЕЛЕЙ ИНТИМНОЙ БЛИЗОСТИ

Ученые пояснили, что это биологический механизм природной контрацепции. По этой же причине, если мать кормит ребенка грудью по ночам, у нее продолжается период аменореи - отсутствует менструация. Специалисты считают, что снижая вероятность зачатия второго ребенка, первенец тем самым повышает свои шансы на выживание. Поэтому усталость,

которую испытывает женщина, является частью умной стратегии природы.

Согласно статистике, маленькие перерывы между беременностями связаны с повышенной смертностью детей, особенно в условиях плохого питания и наличия инфекционных заболеваний. А частое и активное кормление грудью, включая ночные эпизоды, как

раз связано с продлением периода временного бесплодия.

Кроме того, перерыв в интимных отношениях супругов позволяет женщине лучше восстановиться после родов и сделать ребенка более независимым. Кстати, японские ученые выяснили: дети способны имитировать плач, чтобы добиться внимания матери.

<http://www.medicinform.net>