

Плацентарна дисфункція у жінок з рубцем на матці після кесарева розтину та консервативної міомектомії

В.І. Гузь

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

Мета дослідження: вивчити порівняльні аспекти плацентарної дисфункції (ПД) у жінок з рубцем на матці після кесарева розтину та консервативної міомектомії на підставі оцінювання клініко-лабораторних, гормональних, функціональних і морфологічних особливостей формування та функціонального стану фетоплацентарного комплексу.

Матеріали та методи. Проведене комплексне оцінювання стану фетоплацентарного комплексу у 50 жінок з рубцем на матці після кесарева розтину (1-а група) і у 50 жінок після консервативної міомектомії з приводу лейоміоми матки, виконаної до настання даної вагітності (2-а група). Контрольну групу склали 50 жінок, які народжують уперше, без акушерської і соматичної патології, розроджених через природні пологові шляхи.

Результати. Частота повторного абдомінального розродження у жінок з рубцем на матці після кесарева розтину складає 80,0%, в структурі показань переважають ПД (40,0%), клініко-ехографічні ознаки неспроможності рубця на матці (40,0%) та екстрагенітальна патологія (20,0%). Частота кесарева розтину у жінок з рубцем на матці після консервативної міомектомії складає 40,0%, у структурі показань частіше зустрічаються ПД (50,0%), аномалії пологової діяльності (20,0%), тазове передлежання великого плода (20,0%) та відмова від вагінальних пологів на фоні тривалого безпліддя та використання ДРТ (20,0%). Перинатальні наслідки розродження жінок з рубцем на матці залежать від причин його появи. Для покращення перинатальних наслідків розродження жінок з рубцем на матці слід використовувати індивідуальний підхід з обговоренням можливості розродження жінок через природні пологові шляхи, але тільки у тих випадках, коли це дозволяє стан рубця на матці та функціональний стан фетоплацентарного комплексу.

Ключові слова: плацентарна дисфункція, кесарів розтин, консервативна міомектомія.

Проблема плацентарної дисфункції (ПД) є однією з найбільш актуальних у сучасному акушерстві, що пов'язано з негативним її впливом на плід та збільшенням випадків перинатальної смертності [1, 7]. Серед основних причин такої тенденції зазначають наступні: збільшення частоти екстрагенітальної патології, початкових дисгормональних порушень, хронічне інфікування тощо [5].

Особливу групу ризику щодо розвитку ПД складають жінки з рубцем на матці після кесарева розтину і консервативної міомектомії [4, 6]. Останнім часом у структурі показань до операції кесарева розтину питому вагу має рубець на матці, причому акушерські і перинатальні результати розродження цих жінок свідчать про високу частоту різної патології [3]. Крім того, завдяки широкому впровадженню сучасних ендоскопічних технологій збільшується число консерва-

тивної міомектомії у жінок репродуктивного віку, у тому числі і з безпліддям [2].

У той самий час, у вагітних з рубцем на матці після кесарева розтину і консервативної міомектомії спостерігають високий ризик розвитку різних перинатальних ускладнень, а існуючі лікувально-профілактичні заходи не завжди ефективні.

Незважаючи на значне число наукових публікацій з проблеми ПД у жінок з рубцем на матці не можна вважати її повністю вирішеною, особливо в плані ранньої діагностики ПД, а також ефективності застосування лікувально-профілактичних заходів.

Усе наведене вище розкриває актуальність проведення справжнього наукового дослідження, що дозволяє вирішити важливе наукове завдання сучасного акушерства.

Мета дослідження: вивчення порівняльних аспектів плацентарної дисфункції у жінок з рубцем на матці після кесарева розтину та консервативної міомектомії на підставі оцінювання клініко-лабораторних, гормональних, функціональних і морфологічних особливостей формування та функціонального стану фетоплацентарного комплексу.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до поставленої мети і завдань була розроблена програма досліджень, що передбачає проведення клінічного аналізу, комплексу лабораторних та діагностичних методів дослідження та математичний аналіз отриманих даних.

Дослідження були проведені на базі Київського міського пологового будинку № 5. Ми виконали комплексне оцінювання стану фетоплацентарного комплексу у 50 жінок з рубцем на матці після кесарева розтину (1-а група) і у 50 жінок після консервативної міомектомії з приводу лейоміоми матки, виконаної до настання даної вагітності (2-а група). Контрольну групу склали 50 жінок, які народжують уперше, без акушерської і соматичної патології, розроджених через природні пологові шляхи.

На кожну пацієнтку заповнювали розроблену нами карту обстеження, яка дозволяла враховувати дані анамнезу, результати об'єктивного і додаткових методів дослідження, спосіб розродження, наявність і характер ускладнень в пологах та в післяпологовий період.

Були застосовані наступні методи дослідження: загальноклінічні; клініко-лабораторні (загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, біохімічний аналіз крові); визначення функціонального стану фетоплацентарного комплексу (УЗД, доплерометрія, оцінювання ендокринологічного статусу, вміст плацентарних білків); статистичне оброблення отриманого матеріалу.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Порівняльний аналіз клініко-анамнестичних даних жінок з рубцем на матці після кесарева розтину та консерва-

тивної міомектомії свідчить про достовірні відмінності за наступними параметрами:

- пацієнтки з консервативною міомектомією є більш старшого віку;
- середня частота вагітностей вища у жінок з рубцем після кесарева розтину, у тому числі за рахунок високого рівня артифіційних абортів; завармерлу вагітність частіше мають жінки після консервативної міомектомії;
- запальні захворювання органів репродуктивної системи і спайковий процес малого таза частіше спостерігали у жінок з рубцем на матці після кесарева розтину;
- порушення репродуктивної функції найчастіше діагностували у жінок після консервативної міомектомії.

Під час клінічного оцінювання перебігу вагітності у жінок з рубцем на матці після кесарева розтину у порівнянні з консервативною міомектомією частіше виникає загроза невиношування (22,0% проти 14,0%) та ПД (40,0% проти 18,0%).

Дисгормональні та дисметаболичні порушення починаються у жінок з рубцем на матці після кесарева розтину з 28-го тижня вагітності та характеризуються достовірним зменшенням ($p < 0,05$) рівня естріолу (ЕЗ), прогестерону (Пр), плацентарного лактогену (ПЛ), хоріонічного гонадотропіну (ХГ) та специфічного білка плаценти (SP1) при одночасному підвищенні ($p < 0,05$) концентрації кортизолу (К), фетопротеїну (α -ФП), плацентарного альфа-1-мікроглобуліну (ПАМГ) та альфа-2-мікроглобуліну фертильності (АМГФ). У жінок з рубцем на матці після консервативної міомектомії тільки напередодні розродження рівень ЕЗ достовірно знижується ($p < 0,05$), а всі інші показники залишаються без достовірних змін ($p > 0,05$).

Дисбаланс системного імунітету та цитокинового статусу спостерігається тільки у жінок з рубцем на матці після кесарева розтину, починаючи з II триместра вагітності та характеризується достовірним ($p < 0,05$) зниженням вмісту рецепторів лімфоцитів CD3+; CD4+; CD16+; CD20+, лізоциму, ІЛ-4 та ІФН- γ при одночасному збільшенні ($p < 0,05$) концентрації рівня CD8+; CD23+; ІЛ-1; ІЛ-2; ІЛ-10 та ФП- α .

Частота повторного абдомінального розродження у жінок у рубцем на матці після кесарева розтину складає 80,0%, в структурі показань переважають ПД (40,0%); клініко-ехографічні ознаки неспроможності рубця на матці (40,0%) та екстрагенітальна патологія (20,0%). Кількість операцій кесарева розтину у жінок з рубцем на матці після консервативної міомектомії складає 40,0%, в структурі показань частіше зустрічаються ПД (50,0%), аномалії пологової діяльності (20,0%), тазове передлежання великого плода (20,0%) та відмова від вагінальних пологів на фоні тривалого безпліддя та використання ДРТ (20,0%).

Перинатальні наслідки розродження жінок з рубцем на матці залежать від причин його появи. У дітей, народжених жінками після повторного кесарева розтину, вище частота клінічних ознак дистресу плода (16,0% проти 10,0%); морфологічна незрілість (28,0% проти 14,0%); набряклий синдром (22,0% проти 6,0%); вегетативні неврологічні розлади (8,0% проти 4,0%) та постгіпоксична енцефалопатія (24,0% проти 14,0%).

Для практичної охорони здоров'я ми можемо рекомендувати наступні моменти:

- тактика ведення жінок з рубцем на матці залежить від причин його появи;
- у жінок з рубцем на матці після кесарева розтину необхідна комплексна рання діагностика (з 28-го тижня вагітності) ПД з використанням клініко-функціональних та лабораторних методів дослідження, а також використання медикаментозної корекції відповідно до отриманих результатів додаткових методів дослідження;

– при наявності рубця на матці після консервативної міомектомії комплексне обстеження функціонального стану фетоплацентарного комплексу необхідно проводити безпосередньо перед розродженням, а метод розродження слід визначити з урахуванням отриманих даних;

– при проведенні вагінальних пологів у жінок з рубцем на матці після кесарева розтину та консервативної міомектомії треба враховувати стан рубця на матці та комплексне оцінювання стану плода з використанням його біофізичного профілю;

– розродження жінок з рубцем на матці через природні пологові шляхи дозволяє зменшити рівень ускладнень у матері, а також поліпшити постнатальну адаптацію новонароджених.

ВИСНОВКИ

Отримані дані свідчать про те, що рубець на матці після консервативної міомектомії є більш сприятливим фактором для функціонального стану фетоплацентарного комплексу, що дозволяє забезпечити високу частоту розродження через природні пологові шляхи в порівнянні з рубцем на матці після кесарева розтину. Для покращення перинатальних наслідків розродження жінок з рубцем на матці слід використовувати індивідуальний підхід з обговоренням можливості розродження жінок через природні пологові шляхи, але тільки у тих випадках, коли це дозволяє стан рубця на матці та функціональний стан фетоплацентарного комплексу.

Плацентарная дисфункция у женщин с рубцом на матке после кесарева сечения и консервативной миомэктомии В.И. Гузь

Цель исследования: изучить сравнительные аспекты плацентарной дисфункции (ПД) у женщин с рубцом на матке после кесарева сечения и консервативной миомэктомии на основе оценки клинико-лабораторных, гормональных, функциональных и морфологических особенностей формирования и функционального состояния фетоплацентарного комплекса.

Материалы и методы. Проведена комплексная оценка состояния фетоплацентарного комплекса у 50 женщин с рубцом на матке после кесарева сечения (1-я группа) и у 50 женщин после консервативной миомэктомии по поводу миомы матки, выполненной до наступления данной беременности (2-я группа). Контрольную группу составили 50 первородящих без акушерской и соматической патологии, родоразрешенных через естественные родовые пути.

Результаты. Частота повторного абдомінального родоразрешения у женщин с рубцом на матке после кесарева сечения составила 80,0%, а в структуре показаний преобладали плацентарная дисфункция (40,0%), клинико-ехографические признаки несостоятельности рубца на матке (40,0%) и экстрагенитальная патология (20,0%). Уровень кесарева сечения у женщин с рубцом на матке после консервативной миомэктомии составил 40,0%, а в структуре показаний чаще встречались ПД (50,0%), аномалии родовой деятельности (20,0%), тазовое предлежание крупного плода (20,0%) и отказ от влагалищных родов на фоне длительного бесплодия и использования вспомогательных репродуктивных технологий (20,0%). Перинатальные исходы родоразрешения женщин с рубцом на матке зависят от причин возникновения рубца. Для покращення перинатальних наслідків розродження жінок з рубцем на матці слід використовувати індивідуальний підхід з обговоренням можливості розродження жінок через природні пологові шляхи, але тільки у тих випадках, коли це дозволяє стан рубця на матці та функціональний стан фетоплацентарного комплексу.

Ключевые слова: плацентарная дисфункция, кесарево сечение, консервативная миомэктомия.

Placental dysfunction at women with hem on uterus after Cesarean section and conservative myomectomy
V.I. Guz

Research objective: to study comparative aspects of placental dysfunction at women with hem on uterus after Cesarean section and conservative myomectomy on the basis of an estimation of clinical-laboratory, hormonal, functional and morphological features of formation and functional condition fetoplacental complex.

Material and research methods. The complex estimation condition of fetoplacental complex at 50 women with hem on uterus after Cesarean section (1 group) and at 50 women after conservative myomectomy, concerning a myoma of the uterus executed before given pregnancy (2 group) is spent. Control group have made 50 first-labours women without obstetrical and somatic pathology, with natural delivery.

Results of researches. Frequency repeated abdominal delivery at

women with hem on uterus after Cesarean section has made 80,0%, and in structure of indications prevailed placental dysfunction (40,0%); clinical-ehografical signs of inconsistency of hem on uterus (40,0%) and extragenital pathology (20,0%). Level of cesarean sections at women with hem on uterus after conservative myomectomy has made 40,0%, and in structure of indications met placental dysfunction (50,0%) is more often; anomalies of patrimonial activity (20,0%); pelvic prelying of large fetus (20,0%) and refusal from vaginal labours sorts against long barrenness and use auxiliary reproductive technologies (20,0%). Perinatalnye outcomes of deliveries women with a hem on uterus depend on the reasons of presence of hem. To improve perinatal outcomes delivery of women with uterine scar should use individual approach with a discussion of the possibility of delivery of women through vaginal tract, but only when it allows the state of the uterine scar and functional status placenta .

Key words: placental dysfunction, cesarean section, conservative myomectomy.

Сведения об авторе

Гузь Владимир Игоревич – Родильный дом № 5, 03118, г. Киев, Краснозвездный проспект, 2

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Венцівський Б.М. Стан імунного та гормонального статусу фетоплацентарного комплексу при недоношуванні вагітності // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2010. – № 3. – С. 40–43.
 2. Дубоссарская З.М., Мазорчук Б.Ф. Актуальные проблемы бесплодного брака. – Винница: ВНМУ: 20–23.
 3. Радзинский В.Е. Плацентарная недостаточность у женщин с рубцом на матке //Акушерство и гинекология. – 2010. – № 1. – С. 11–16.
 4. Сидорова И.С., Макаров И.О. Фе-

топлацентарная недостаточность / Клинико-диагностические аспекты. – М.: Знание. – С. 126.
 5. Чайка В.К. Основы репродуктивной медицины: практическое руководство. – Донецк: Альмагедо, 2011. – С. 275–321.
 6. Чернуха Е.А., Комиссарова Л.М. Современные аспекты операций кесарева сечения (обзорная информация) – М., 2013. – С. 64.
 7. Bogatti P. Feto-placentaal haemodynamics in growth retardation: A pulsed Doppler study / Europ. J. Obstet. Gynecol., 2013;31:3:213–219.

Статья поступила в редакцию 08.02.2016

**СТАТЬИ В ЖУРНАЛЕ «ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ»
 ТЕПЕРЬ ИМЕЮТ ВОЗМОЖНОСТЬ ПОЛУЧАТЬ**

**УНИВЕРСАЛЬНЫЙ ИДЕНТИФИКАТОР ЦИФРОВОГО ОБЪЕКТА
 DIGITAL OBJECT IDENTIFIER (DOI)
 СИСТЕМЫ БИБЛИОГРАФИЧЕСКИХ ССЫЛОК CROSSREF**

CrossRef объединяет издательские организации со всего мира, представляющие 20 тыс. научных изданий и 1500 библиотек, обеспечивая перекрестную связь между публикациями в научных журналах более чем 2800 издательств с помощью цифровой идентификации объектов.

Использование DOI позволит представить отечественные научные достижения мировой науке, улучшит обмен научной информацией между учеными, будет способствовать повышению рейтинга и индекса цитирования ученых Украины за рубежом, позволит вывести отечественные журналы в международное информационное поле.

Внедрение системы DOI в издательскую деятельность повышает публикационную активность изданий, увеличивает доступность научных публикаций за пределами Украины и дает возможность авторам быть представленными в известных наукометрических базах данных. Ценность идентификатора DOI для авторов заключается в том, что его использование в любое время обеспечивает быстрый поиск научной статьи, книги и другой печатной продукции без необходимости проведения поиска на сайтах журналов или поисковых систем.

Идентификатор цифровых объектов DOI является необходимым звеном доступности для анализа научной продукции, который осуществляется информационно-аналитическими системами наукометрических баз данных.

Адрес для переписки: ООО «Эксперт ЛТД», а/я 32, г. Киев, 04210, Украина;
контактный телефон редакции +38 044 2302719; +38 044 4637019
сайт www.medexpert.com.ua
e-mail: pediatr@medexpert.com.ua
контактное лицо: Шейко Ирина Александровна