

з волокон (колагенові, еластинові) і позаклітинних речовин (фібрилін, еластин, тенаксин, глікопротеїни і протеоглікани). Проведене нами гістологічне дослідження тканини шийки матки при ІЦН виявило зниження вмісту СТ до 40%. Останнє під час вагітності призводить до раннього вкорочення і розм'якшення шийки матки, розвитку її функціональної недостатності. При збільшенні внутрішньо-маткового тиску в міру розвитку вагітності плодової оболонки випинаються у розширений цервікальний канал, інфікуються і розриваються.

Наявні всі підстави розглядати зазначене порушення спроможності шийки матки як прояв недиференційованої дисплазії СТ (НДСТ). На думку більшості дослідників, НДСТ – це патологія мультифакторіальної природи з прогредієнтним перебігом, в основі якої лежать, в першу чергу, порушення синтезу колагену, надмірна його деградація, утворення патологічних форм колагену, розлади структури колагенових волокон та морфогенезу компонентів позаклітинного матриксу, що виникають в осіб з певною генетичною схильністю під дією несприятливих факторів зовнішнього середовища.

Наявність причетності НДСТ до формування ІЦН обумовлює актуальність пошуку патогенетичних методів профілактики та терапії невиношування вагітності, обумовленої некомпетентністю шийки матки.

СТАН ФЕТО-ПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ У ЖІНОК З КЕСАРЕВИМ РОЗТИНОМ В АНАМНЕЗІ

НАЗАРЕНКО Л.Г., НЕДОРЕЗОВА К.М., ДУБРОВА Л.

м. Харків

«Зворотною стороною» процесу росту частоти кесарева розтину [КР] в останні десятиріччя (пояснюваного, насамперед, прагненням зниження перинатальної смертності й захворюваності новонароджених) є збільшення числа жінок з рубцем на матці в сучасній репродуктивній когорті. В переліку проблемних питань, пов'язаних з цим явищем, особливої уваги заслуговують віддаленні наслідки абдомінального розродження [1,4].

Ще у 1961 р. А.Б. Гілерсон увів дефініцію «хвороба оперованої матки», клінічний зміст і патофізіологічні основи якої найбільш повно було розкрито Л.В.Тимошенком. Являючи собою специфічний варіант порушень репродуктивного здоров'я у жінок, які перенесли КР, ця «хвороба» відображує як місцеві запальні зміни в ділянці малого тазу, так і розлади імунної та ендокринної систем [3]. Основними клінічними проявами її є порушення менструального циклу (альго- і поліменорея у 8-13% жінок протягом декількох років після операції), виразний больовий синдром, нейроендокринна симптоматика, гормональні порушення. Морфологічним субстратом цих порушень за наявності рубця на матці виступають зміни гормонально-рецепторного апарату, які є визначальними факторами розбалансування функцій вісі яєчники-гіпоталамус-гіпофіз-наднирникові залози. На такому фоні у жінок з рубцем на матці, які мають наміри до наступних вагітностей, складаються передумови підвищеної вірогідності невиношування й недоношування, аномалій скоротливої діяльності, порушень умов росту й розвитку фето-плацентарного комплексу [ФПК]. Стан ФПК має також безпосереднє відношення до перспективи вагінальних пологів, зважаючи на тригерну роль в запуску скоротливої діяльності матки.

Мета даного дослідження - уточнення характеристики ФПК у жінок з КР в анамнезі, у взаємозв'язку з особливостями перебігу гестаційного процесу і способом розродження.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження проведено на матеріалі вибірових груп, підібраних за принципом «випадок-контроль». Основну (I) групу склали 40 повторно народжуючих жінок з КР в анамнезі, доношеною вагітністю одним плодом без вад розвитку. Групу порівняння (II) склали 40 повторно народжуючих жінок з пологами природнім шляхом в минулому. Віковий діапазон жінок був 22-45 роки, за соціально-демографічними характеристиками, ме-

дичними і немедичними факторами ризику групи були однорідними. Проте, основну групу відрізняв високий і вкрай високий ризик на момент даної вагітності, на що визначальний вплив надав саме фактор «КР в анамнезі».

В I групі ретроспективно проведено розподіл на підгрупи залежно від способу розродження: IA - успішна спроба пологів природнім шляхом (19 випадків – 47,5%), IB - спостереження безуспішної спроби вагінальних пологів, в яких потребувався ургентний КР (11 – 27,5, в тому числі 5 випадків з появою ознак функціональної неспроможності рубця на фоні скоротливої діяльності матки, 2 – гіпотонічної дисфункції матки, 2 - інтранатального дистресу плода, 1 – передчасного відшарування нормально розташованої плаценти), IB – плановий КР за вибором жінки та наявністю медичних факторів (10 жінок – 25%).

Аналізу підлягали перебіг даної вагітності, передусім, частота ускладнень загрозою переривання, ознак плацентарної дисфункції із затримкою росту плода, аномальним прикріпленням плаценти, а також перинатальні результати.

Ультразвукове дослідження (УЗД) проводилося на сканерах «SonoAce-8000» («Medison», Корея), Phillips HD 11XE (Австрія), включало, поряд з традиційними параметрами, оцінку нижнього сегменту, доплерометрію параметрів кровоплину у системі мати-плацента-плід із застосуванням пульсуючої доплерівської хвилі частотою 2,4 МГц, що дозволило охарактеризувати стан судинної резистентності у матковій артерії, судинах нижнього сегменту матки, артерії пуповини, середній мозковій артерії плода. Зовнішню токографію і кардіотокографію плода виконували на апаратах Fetalcare FC-700 (Bionet, Корея), Sonicaid Team Care (Oxford Medical).

Реактивність матки й адаптаційні можливості плода визначалися шляхом проведення стресового тесту у власній модифікації [2], що дозволяло сформулювати прогноз спроби проведення вагінальних пологів, а також завчасно передбачити вірогідність дистресу плода, з обґрунтуванням обмежень до пологів і конкретизацією показів до абдомінального розродження.

При обробці даних використовувалися методи статистичної обробки даних клінічних досліджень – варіаційний, t-критерій Стьюдента, ліцензійні програмні продукти для IBM PC Intel CeleronM.

Результати дослідження та їх обговорення

Майже типовим явищем в групі жінок з КР в анамнезі було загроза переривання вагітності (32 випадки – 80%, на відміну від 8 – 20% в II групі), у більшості з «хронічним» перебігом, виразними клінічними симптомами або субклінічними ознаками. Із особливостей патології даної вагітності також слід відзначити, як найбільш розповсюджене ускладнення у жінок I групи, порівняно з пацієнтками II групи, констатацію ознак плацентарної дисфункції, основними із яких були маловоддя і маркери затримки внутрішньоутробного росту [ЗВРП] (30 спостережень – 75%). ЗВРП в кожному другому випадку відповідала I ст., асиметричній формі (фетометричні показники у межах 10-25 процентильних кривих), що не вважається, за сучасними уявленнями, ознакою плацентарної дисфункції, але є свідченням дещо зниженого потенціалу росту плода. Отже, маємо констатувати, що на фоні оперованої матки умови внутрішньоутробного росту й розвитку зазнають певного дефіциту. Клінічно яскраво виразна плацентарна дисфункція в I групі зустрічалася в 5% випадків, супроводжувалася «стійкими» порушеннями плодово-плацентарного, плодового кровообігу, які не змінювалися під впливом комплексної терапії препаратами судинної, реологічної дії. Патологічні доплерометричні показники плодового кровообігу (нульовий та реверсний) спостерігалися частіше при локалізації плаценти по передній стінці матки. Поодинокі випадки характеризувалися ультразвуковими ознаками аномальної плацентації (прирощення плаценти, поза ділянкою післяопераційного рубця). Подібних варіантів серед жінок II групи не було. Передлежання плаценти мало місце в 10% спостережень I групи і в жодному – у II.

Для оцінки ступеня васкуляризації нижнього сегменту, особливостей рубця нами проведено доплерометричні дослідження. Виявлення при кольоровому доплерівському картуванні добре розвинених і відносно рівномірно розподілених судин в області нижнього сегмента, за загально прийнятою думкою, свідчить про більш високі еластичні можливості міометрія цієї зони, що вкрай важливо для органа, що скорочується.

Результати дослідження гемодинаміки показали зниження матково-плацентарної циркуляції в половині спостережень основної групи, на відміну від 17,5% - порівняльної. Ознаки порушення кровообігу в матково-плацентарному й плодово-плацентарному контурі в межах I і II ступеня в основній групі мали місце навпіл: по 25% спостережень, при чому в абсолютній більшості порушень I ступеня - вони стосувалися тільки матково-плацентарного кровообігу, що характерно для IA ступеню. В порівняльній групі у 10% стан гемодинаміки відповідав порушенням кровообігу IA, у 7,5% - IB ступеню. Отже, ознаки матково-плацентарної дисфункції нами визначено в 3 разів частіше у повторно народжуючих жінок з рубцем на матці.

При дослідженні можливої ролі недиференційованої дисплазії сполучної тканини (НДСТ) при вагітності та пологах у жінок з рубцем на матці нами встановлено, що, за однакової поширеності НДСТ-фенотипу у жінок в основній і порівняльній групах, ознаки варикозного процесу, як однієї із найбільш вагомих складових «судинного синдрому», мають місце у осіб з КР в анамнезі в 2,5 рази частіше. Дослідження будови судин малого тазу при доношеній вагітності дозволило встановити ознаки варикозного процесу в 70% спостережень в I і в 25% – II групи, що сполучалось з НДСТ-фенотипом. Таким чином, значно більша розповсюдженість варикозного процесу в судинах оперованої матки, за наявності однакової поширеності НДСТ-фенотипу в досліджуваних групах, дозволяє припустити, що варикозні трансформації венозної ланки судин матково-плацентарного контуру не є первинними порушеннями, а скоріше за все являють собою наслідок перенесеного оперативного втручання. Такі зміни судин, як відомо, супроводжуються стійкою реперфузією, з напруженістю гемодинамічних компенсаторних реакцій ФПК, що стає передумовою схильності до порушень стану плаценти й плода.

Середні показники дослідження гемодинаміки в матці у обстежених жінок представлено в таблиці 1. Із наведених в ній даних видно, що кровообіг в матково-плацентарному судинному контурі в усіх підгрупах жінок з оперованою маткою відрізняється відносно вищою судинною резистентністю маткових артерій, більш значимо вираженою зліва, і в ділянці нижче рубця у жінок з потенційно неспроможною маткою (спостереження підгруп IB і IV).

Чисельність жінок з низьким розташуванням плаценти (тобто, ускладненням, яке має безпосередній зв'язок з функціональним станом матки) була вищою у жінок з КР в анамнезі порівняно з жінками порівняльної групи. При локалізації плаценти по передній стінці матки у жінок групи I міграція не відбулася в жодному випадку, тоді як у жінок групи II міграція плаценти настала в усіх спостереженнях.

Таким чином, отримані дані дозволяють відзначити, що наявність рубця на матці створює додаткові ризики плацентарної дисфункції й дистресу плода, вірогідною першоосновою яких є локальні вторинні судинні аномалії матки, що спричиняють підвищення судинної резистентності, і, в сполученні з варикозною трансформацією венозної ланки, створюють передумови зниження перфузії плаценти.

Таблиця 1

**Показники кровообігу в маткових артеріях і судинах нижнього сегменту
матки у повторно народжуючих жінок з кесаревим розтином
і природними пологами в анамнезі**

Показник		Групи			
		IA (n=19)	IB (n=11)	IV (n=10)	II (n=40)
Права маткова артерія	С/Д	2,04±0,03	2,78±0,06	2,48±0,06	1,85±0,02
	IP	0,65±0,01	0,75±0,02	0,71±0,01	0,62±0,01
Ліва маткова артерія	С/Д	2,42±0,031	2,83±0,08	2,52±0,05	1,92±0,02
	IP	0,71±0,01	0,85±0,01	0,73±0,02	0,68±0,01

Продолжение табл. 1

Показник		Групи			
		IA (n=19)	IB (n=11)	IV (n=10)	II (n=40)
Ділянка вище рубця (проксимальний відділ нижнього сегменту)	С/Д	2,18±0,027	2,45±0,062	2,24±0,04	1,75±0,02
	IP	0,47±0,007	0,63±0,01	0,51±0,01	0,46±0,01
Ділянка нижче рубця (дистальний відділ нижнього сегменту)	С/Д	2,51±0,012	2,94±0,07	2,87±0,08	2,24±0,03
	IP	0,82±0,01	0,93±0,02	0,85±0,01	0,79±0,01

Примітка: 1 - показник достовірності порівняння даних IA і IV підгруп при $p \leq 0,05$;
2 - показник достовірності порівняння даних IB з групою II при $p \leq 0,001$.

Висновки

«Оперована матка» у жінок з КР в анамнезі має вважатися за самостійний перинатально значимий фактор ризику, оскільки асоціюється з підвищеною частотою аномальної плацентації, обмеженням потенціалу внутрішньоутробного росту плода, порушеннями кровообігу в матково-плацентарному судинному контурі. Клінічною маніфестацією цих процесів стає підвищена частота загрози переривання і плацентарної дисфункції.

Одним із факторів, що визначають менш сприятливий перинатальний прогноз на фоні «оперованої матки» є локальні вторинні судинні аномалії, сполучені з варикозною трансформацією, які є наслідком перенесеного в минулому оперативного втручання, мають трактуватися як безпосередній субстрат порушення матково-плацентарної перфузії.

Для оптимізації перинатальних виходів вагітності у жінок з КР в анамнезі необхідним є обґрунтування мір вторинної профілактики на підставі персоналізованої предгравідарної підготовки, поглибленого вивчення морфологічних основ функціонування матково-плацентарного і фето-плацентарного комплексу в умовах «оперованої матки».

ЛІТЕРАТУРА

1. Место абдоминального и влагалищного оперативного родоразрешения в современном акушерстве. Реальность и перспективы / В. И. Краснополяский, Л. С. Логутова, В. А. Петрухин [и др.] // Акушерство и гинекология. — 2012. — № 1. — С. 4–8.
2. Пат. № 77310 України, МПК А61К 38/11 (2006.01) А61В 5/0444 (2006.01). Спосіб оцінки готовності організму до пологів і стану плода при доношеній вагітності / Л.Г.Назаренко, К.М.Недорезова, Н.М.Соловйова [та ін.]; Заявник та патентовласник ХМАПО. - № u2012 08760; заявл. 16.07.2012; опубл. 11.02.2013, Бюл.№3.
3. Тимошенко Л.В. Роль иммунной системы в патогенезе и лечении гнойно-воспалительных заболеваний после кесарева сечения / Л.В.Тимошенко, Ю.П.Вдовиченко // Акушерство и гинекология. — 190. - №1. — С. 9-11.
4. Cesarean delivery for first pregnancy and neonatal morbidity and mortality in second pregnancy / X. Huang, J. Lei, H. Tan.] // European Journal Of Obstetrics, Gynecology And Reproductive Biology. — 2011. — Vol. 158, No. 2. — P. 204–208.