

Особливості функціонального стану фетоплацентарного комплексу у жінок з позаматковою вагітністю в анамнезі

П.Р. Волосовський

Івано-Франківський національний медичний університет МОЗ України

Мета дослідження: вивчення функціонального стану фетоплацентарного комплексу у жінок з позаматковою вагітністю (ПВ) в анамнезі.

Матеріали та методи. Проведено клініко-функціональне і лабораторне обстеження 50 пацієнток, які завагітніли після ПВ, причому 25 – самостійно і 25 – унаслідок використання допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ). Контрольну групу склали 30 акушерські і соматично здорових першороділей, розроджених через природні пологи шляхи.

Результати. Вагітність і пологи у жінок, що перенесли ПВ, є досить актуальним науковим завданням. При цьому у вагітних цієї групи, особливо після застосування ДРТ, розвивається плацентарна дисфункція 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.

Заключення. Високий рівень акушерської і перинатальної патології зумовлений, у першу чергу, порушеннями в системі мати–плацента–плід, що є причиною високої частоти абдомінального розродження.

Ключові слова: функціональний стан фетоплацентарного комплексу, позаматкова вагітність.

Однією з актуальних проблем сучасного акушерства і гінекології є відновлення репродуктивної функції у жінок з її порушеннями і високий рівень перинатальних втрат [1–5]. У всіх 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 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 зумовлює стан «хронічного стресу» під час справжньої вагітності, частота ускладнень якої вище у порівнянні із загальною популяцією [4–7].

Незважаючи на велику кількість наукових повідомлень з проблеми вагітності і пологів у жінок з обтяженим репродуктивним анамнезом ціла низка наукових завдань далекі від вирішення. На нашу думку, одним з таких завдань є зниження акушерської і перинатальної патології у жінок з ПВ в анамнезі. Публікації у даному напрямі є одиничними, несистематизованими і мають фрагментарний характер, що не дозволяє досить ефективно вирішувати дане наукове завдання. Усе це у сукупності свідчить про актуальність вибраної тематики для проведення наукових досліджень, особливо в аспекті вивчення функціонального стану фетоплацентарного комплексу.

Мета дослідження: вивчення функціонального стану фетоплацентарного комплексу у жінок з ПВ в анамнезі.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

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

Окрім загальноклінічного обстеження (збір анамнезу, загальний і гінекологічний огляд, лабораторні аналізи, ЕКГ, консультації за необхідності хірурга або терапевта), хворим проводили і додаткові дослідження – УЗД за допомогою вагінального датчика, кульдоцентез, вишкрібання порожнини матки, гормональну кольпоцитологію, вимірювання базальної температури, визначення хоріонічного гонадотропіну людини (ХГЛ), діагностичну і лікувальну лапароскопію (ЛС). Крім того, у частини пацієнток з метою уточнення етіологічного чинника ПВ вивчали первинну документацію з аналізом попередніх клініко-анамнестичних даних, результатів гормонального лікування, гістеросальпінгографію (ГСГ), ЛС і результати попередніх мікробіологічних досліджень (хламідії, вірус простого герпесу, мікоплазми, уреоплазми і 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 преривання вагітності (32,0% і 60,0% відповідно); 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 за інших варіантів настання вагітності – 60,0%, причому у 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 у задовільному стані (76,0% і 80,0%). У той самий час, у жінок після ДРТ трохи вище частота інтраамніального інфікування (12,0% і 16,0% відповідно) і затримки внутрішньоутробного розвитку (24,0% і 36,0%).

Серед всіх 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 у II–III триместрах вагітності.

Під час оцінювання функціонального стану ФПК під час вагітності були вивчені основні клініко-лабораторні і функціональні показники у 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 у 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 у пацієнток підгрупи Б у 4,0% спостережень відзначені субкомпенсовані (1 або більше епізодів тривалістю 30–59 с; нормальна форма і частота – у межах 45–60 на хвилину) дихальні рухи плода.

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

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

Отже, під час оцінювання функціонального стану ФПК вже у 18–20 тиж спостерігаються перші ознаки компенсованих порушень стану плода, плаценти і навколоплідних вод.

Відомо, що вже у передімплантаційний період, на стадії бластоцисти клітини зародка секретують прогестерон (ПГ), естрадіол (E_2) та хоріонічний гонадотропін (ХГ), що має велике значення для піддації. У процесі органогенезу гормональна активність плаценти зростає. Згідно із сучасним уявленням фізіологічний перебіг вагітності і нормальний розвиток плода забезпечується комплексом гормональних змін, які розвиваються у системі мати–плацента–плід, що формуються під час вагітності.

Кількісне визначення гормонів цієї системи є основним для виявлення порушень 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 починаючи з 18 тиж відзначали достовірне зниження секретії естріолу і прогестерону ($p < 0,05$). Клінічно це проявлялось у симптомах загрози переривання вагітності. Синхронне зниження рівня цих двох показників спостерігалось у разі загрози переривання вагітності на тлі 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 у 28–30 тиж частота асиметричної форми затримки внутрішньоутробного розвитку плода зростає (підгрупа А – 12,0% і підгрупа Б – 20,0%); порушення серцевої діяльності плода виявляли у 16,0% спостережень у підгрупі Б і у 8,0% – у підгрупі А, як і субкомпенсовані форми порушень дихальних рухів плода (підгрупа А – 4,0% і підгрупа Б – 12,0%), його рухової активності (підгрупа А – 4,0% і підгрупа Б – 12,0%) і тонусу (підгрупа А – 4,0% і підгрупа Б – 8,0%). Дуже показовим є те, що у цих жінок відбулися передчасні пологи у 32–33 тиж макроскопічно інфікованим плодом.

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

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

Розглядаючи ендокринологічні зміни у 28–30 тиж вагітності, треба зазначити, що незалежно від варіанта настання вагітності у пацієнток обох груп відзначено достовірне зниження вмісту E_3 ($p < 0,05$) і ПГ ($p < 0,05$). Решта показників ендокринологічного статусу була достовірно змінена лише у підгрупі Б у вигляді зниження рівнів ХГ ($p < 0,05$) і плацентарного лактогену ($p < 0,05$) при одночасному збільшенні вмісту кортизолу ($p < 0,05$).

Зміни функціонального стану ФПК у 28–30 тиж мають 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 появою гемодинамічних порушень.

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

Під час оцінювання основних змін з боку плаценти і об'єму навколоплідних вод варто зазначити збільшення частоти передчасного дозрівання плаценти з одночасною патологією міометрія у зоні плацентарної (підгрупа А – 16,0% і підгрупа Б – 24,0%) і поєднання виснаження плаценти з випередженням дозрівання (підгрупа А – 4,0% і підгрупа Б – 12,0%) та високого рівня мало- (підгрупа А – 12,0% і підгрупа Б – 20,0%) і багатоводдя (підгрупа А – 8,0% і підгрупа Б – 12,0%).

Одночасно з цими змінами у пацієнток 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 мали достовірний, але не такий виражений характер ($p < 0,05$).

Отримані дані свідчать, що характер ендокринологічних порушень у пацієнток після ПВ і ДРТ також змінився у бік прогресивного зниження рівня E_3 ($p < 0,01$) і ХГ ($p < 0,01$) та 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 і об'єму навколоплідних вод на тлі виражених гемодинамічних і ендокринологічних порушень, в основному субкомпенсованого характеру, але у низці випадків – і декомпенсованими змінами, що призводить до високої частоти оперативного розродження у цій групі.

ВИСНОВКИ

Отже, 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 ДРТ, розвивається плацентарна дисфункція поєданого генезу (порушення мікроциркуляції, ендокринна недо-

статність і високий рівень мікробного обсіменіння), основні ехографічні прояви якої починаються з 18–20 тиж і прогресивно нарастають аж до розродження. Високий рівень акушерської і перинатальної патології зумовлений, в першу чергу, порушеннями у системі мати–плацента–плід, що є причиною високої частоти абдомінального розродження.

Особенности функционального состояния фетоплацентарного комплекса у женщин с внематочной беременностью в анамнезе
П.Р. Волоsovский

Цель исследования: изучение функционального состояния фетоплацентарного комплекса у женщин с внематочной беременностью (ВБ) в анамнезе.

Материалы и методы. Проведено клинично-функциональное и лабораторное обследование 50 пациенток, которые забеременели после ВБ, причем 25 – самостоятельно и 25 – вследствие использования вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). Контрольную группу составили 30 акушерски и соматически здоровых первородящих, родоразрешенных через естественные родовые пути.

Результаты. Беременность и роды у женщин, перенесших ВБ, является достаточно актуальной научной задачей. При этом у беременных этой группы, особенно после применения ВРТ, развивается плацентарная дисфункция 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.

Заключение. Высокий уровень акушерской и перинатальной патологии обусловлен, в первую очередь, нарушениями в системе мати–плацента–плод, что является причиной высокой частоты абдомінального родоразрешения.

Ключевые слова: функциональное состояние фетоплацентарного комплекса, внематочная беременность.

Features of a functional condition fetoplacental complex at women with extra-uterine pregnancy in anamnesis
P.R. Volosovsky

The objective: studying of a functional condition fetoplacental complex at women with extra-uterine pregnancy in anamnesis.

Patients and methods. Clinical-functional and laboratory investigation of 50 patients which pregnancy after extra-uterine pregnancy, and 25 – it is independent and 25 – owing to use of auxiliary reproductive technologies is carried. Control group have made 30 obstetrical and somatical women first-labours, delivery through natural patrimonial ways.

Results. Pregnancy and childbirth at 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 insufficiency mixed genesis (microcirculation infringements, endocrinological insufficiency and high level microbic), the basic ehographical which displays begin from 18–20 weeks and progressively accrue up to delivery.

Conclusion. High level obstetrical and perinatal pathologies caused, first of all, infringements in system mother-placenta-fetus that is the reason of high frequency abdominal delivery.

Key words: fetoplacental complex, extra-uterine pregnancy.

Сведения об авторе

Волоsovский Павел Романович – Ивано-Франковский национальный медицинский университет, 76018, г. Ивано-Франковск, ул. Галицкая, 2

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

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 Российского университета дружбы народов. – М.: Изд-во РУДГ, 2012. – № 1. – С. 255–262.
3. Жук С.І. Консервативне лікування прогресуючої трубної вагітності в практиці лікарів: зб. наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: «ТМК», 2013. – С. 270–271.
4. Запорожан В.М. Основні компоненти мультифакторіальної безплідності у жінок // Педіатрія, акушерство

та гінекологія. – 2013. – № 1. – С. 101–103.

5. 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.
6. Семко А.Ф. Трубная беременность

после вспомогательных репродуктивных технологий: диагностика, лечение и реабилитация // Репродуктивное здоровье женщины. – 2006. – № 2 (часть 1). – С. 135–137.

7. 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 18.07.2016