

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГЕСТАЦІЙНОГО ПРОЦЕСУ ТА ЇХ ДІАГНОСТИКА У ЖІНОК ІЗ ПАТОЛОГІЧНИМ ПЕРЕБІГОМ ПУБЕРТАТУ

Л.Ю.Зобіна

Харківський національний медичний університет

Реалізація репродуктивного потенціалу жіночого організму знаходиться під впливом багатьох факторів, в тому числі тих, які діють на нього в процесі формування та становлення статевих системи - у періодах дитинства та статевого дозрівання [1, 2]. Ретроспективні дослідження показують значну частоту патологічних станів репродуктивної системи, які були відмічені з пубертатного віку, у жінок з безплідністю, стійким не виношуванням вагітності, з гінекологічними захворюваннями [3].

Результати досліджень останніх років свідчать, що патологія системи репродукції досить часто формується в пубертаті, в процесі важливої перебудови дівчинки, наслідком якої є змінення функціонування гіпоталамо-гіпофізарно-гонадного комплексу, які в подальшому можуть стати підґрунтям для ускладнень гестаційного процесу, пологів, стану плода і новонародженого [2–5].

Згідно сучасним поглядам, провідну роль у патологічному функціонуванні системи мати-плацента-плід відіграють зміни, що призводять до порушень матково-плацентарного кровообігу, проникливості плаценти, стражданню внутрішньоутробного плода, наслідками чого є плацентарна недостатність або плацентарна дисфункція (ПД) [6, 7]. Поняття плацентарної дисфункції включає комплекс порушень трофічної, транспортної, ендокринної та метаболічної функцій плаценти, які призводять до патології плода та новонародженого. Клінічними проявами ПД є гіпоксія та гіпотрофія плода або їх сполучення [6–8].

Вираженість клінічних проявів ПД визначають дві обставини: недостатня інвазія трофобласту в спіральні артерії матки, внаслідок чого менша кількість материнських судин залучається до плацентарного кровообігу та порушення продукції факторів, що забезпечують дилатацію плацентарних судин. Зниження біосинтезу простагліну та оксиду азота в матковому, плодово-плацентарному кровообігу супроводжується спазмом судин у цьому регіоні та «відокремленням» материнського кровотоку від фетального. Інтенсивність матково-плацентарного кровотоку є основним фактором, що визначає надходження кисню до плода. У разі недостатнього постачання оксигенованою кров'ю у трофобласті порушується перебіг метаболічних процесів. В

умовах, коли кров, що омиває міжворсинчастий простір, недостатньо насичена киснем, трофобласт компенсує власні метаболічні потреби за рахунок збільшення площі капілярної сітки плодової частини плаценти [9].

Змінення та процеси, які відбуваються в плаценті, супроводжуються певними зсувами в організмі матері і плода. Деякі з них мають специфічний характер (особливості росту и дозрівання плаценти, стан судин матково-плацентарної і фетоплацентарної систем та інші). Поряд з цим існують неспецифічні ознаки ПД (біохімічні, гормональні, імунологічні, реологічні та інші зміни) які вивчені недостатньо. Це особливо стосується ранніх клінічних проявів патології, і дуже важливо для визначення груп ризику та ранньої діагностики материнських і перинатальних ускладнень, що й обумовлює актуальність даного дослідження.

Мета дослідження

Вивчення клінічних особливостей гестаційного процесу та удосконалення ранньої діагностики змін у фетоплацентарному комплексі у вагітних жінок із патологічним перебігом пубертату.

Матеріал і методи дослідження

Робота виконана на кафедрі акушерства та гінекології № 2 Харківського національного медичного університету, клінічними базами якого є Обласна клінічна лікарня Управління охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації та пологовий будинок № 1 м. Харкова.

Під спостереженням знаходилося 156 вагітних жінок репродуктивного віку (19-35 років), у 126 з котрих у підлітковому віці були порушення статевих розвитку та менструальної функції. Методологія обстеження була етапною. Згідно з метою, на I етапі у всіх пацієнток було вивчено частоту та характер гінекологічних порушень, які мали місце в періоді статевих дозрівання, що дозволило сформувати відповідні групи. На II етапі була дана клініко-лабораторна характеристика особливостей перебігу вагітності і пологів у жінок відповідних груп, в залежності від характеру пубертатогенезу з урахуванням преморбідного тла і соматичної патології. На III етапі вивчалась ефективність втілен-

ня розроблених діагностичних підходів в процесі надання акушерської допомоги обстеженому контингенту вагітних. При виконанні роботи керувались відповідними клінічними протоколами, затвердженими МОЗ України.

В процесі виконання I-го етапу обстеження 156 вагітних 19-35 років були розподілені на 2 групи. В I групу (контрольна) увійшли вагітні жінки (30) без гінекологічної патології в періоді статевого дозрівання. У II групу (основна) було включено 126 вагітних жінок, які мали в пубертатному періоді порушення статевого розвитку та менструальної функції. II-A групу склали 38 пацієток із гіпоменструальним синдромом (ГС) в пубертаті (вторинна аменорея, опсоменорея); II-B групу склали 40 пацієток з гіперменструальним синдромом (ГМС) - пубертатна маткова кровотеча - ПМК, гіперполіменорея, - в пубертаті; II-C групу склали 48 жінок з синдромом дисменореї (ДМ) в пубертаті. Всім пацієнткам проведено комплексне клініко-лабораторне обстеження. Глибоке вивчення анамнезу включало дані про стан соматичного здоров'я, перебіг вагітності і пологів у матерів, соматичні та гінекологічні хвороби матері, спадковість, умови праці, побуту, наявність шкідливих звичок, тощо. Оцінювався характер перебігу пубертату із включенням терміну і послідовності появи вторинних статевих ознак та урахуванням особливостей фізичного та статевого розвитку. Вивчалось становлення менструальної функції (МФ), вік менархе (ВМ), менструальний вік (МВ), порушення менструальної функції (ПМФ), гінекологічний та акушерський анамнез. Проводилось клініко-лабораторне, акушерське та гінекологічне обстеження, визначення стану фетоплацентарного комплексу шляхом проведення комплексного ультразвукового дослідження (УЗД). Здійснювалось комплексне доплерографічне обстеження (кольорове доплерівське картування) кровотоку в матковій, пуповинній та середньо-мозковій артерії плода, вивчення гормонального профілю, оцінка загально соматичного стану здоров'я вагітних. Вивчався біофізичний профіль плода (БПП).

Результати та їх обговорення

Встановлено, що середній вік менархе в цілому по основній групі склав 12 років 4 місяці \pm 6 місяців, не відрізняючись від контролю (13 років 2 місяці \pm 3 місяці). Однак, індивідуальний аналіз показав вірогідне перевищення частоти пізнього менархе у жінок II-ї А групи в анамнезі та раннього менархе у жінок II-ї В групи у порівнянні з пацієнтками контрольної групи ($p < 0,05$). «Менструальний вік» до моменту запліднення у жінок з ПМК в анамнезі був найбільшим серед усіх вагітних основної групи і в порівнянні із контролем ($p < 0,05$).

В процесі клініко-лабораторного обстеження та консультацій терапевта, невропатолога й інших фахівців встановлено, що у 84,5 % жінок основної групи (проти 30 % - контрольної групи), вагітність перебігала на фоні екстрагенітальної патології, що стало обтяжуючим фактором для перебігу гестаційного процесу й пологів. Найчастіше діагностована серцево-судинна патологія, захворювання сечовидільної системи, верхніх дихальних шляхів, нервової та ендокринної систем. Слід відмітити, що у 76,2 % вагітних виявлена залізодефіцитна анемія (частіше I та II ступеня тяжкості), причому у половини з них - у поєднанні із захворюваннями серцево-судинної, сечовидільної систем та іншими соматичними патологічними станами. Оцінка даних соціального статусу жінок свідчила про те, що вагітність у даного контингенту у більшості випадків бажана. Середній термін статевого дебюту склав 17 років \pm 3 місяці. Обстежені вагітні, в основному, планували дану вагітність, не часто користувались засобами контрацепції, брак, як правило, був зареєстрованим. Слід відмітити, що жінки, які звертались в періоді статевого розвитку по допомогу до дитячого гінеколога, рано були взяті на диспансерний облік з приводу вагітності, на відміну від тих жінок, які не отримували спеціалізовану гінекологічну допомогу в підлітковому періоді.

Аналіз перебігу вагітності показав, що її ускладнення зафіксовані у більшості обстежених. Встановлено, що вагітність у них перебігала з ускладненнями, які виявлялись вірогідно частіше, ніж у вагітних з фізіологічним перебігом пубертату (86,4 % проти 35 %, - $p < 0,05$). Акушерські ускладнення виникали на фоні обтяженої спадковості з порушень репродуктивної системи, обтяженого гінекологічного анамнезу, несприятливого преморбідного тла, характеризувались високою частотою поєднання декількох ускладнень в одній вагітній. Залізодефіцитна анемія, частота якої вказана вище, нерідко виявлялась у поєднанні з не виношуванням вагітності, яке зареєстровано у 64,5 % жінок, плацентарна дисфункція діагностована - у 47,7 %, гестози вагітності - у 48,7 % пацієток. Клінічні прояви не виношування виникали у обстежених вагітних частіше у першому і третьому триместрах гестації. Основними симптомами порушення стану були: біль з іррадіацією у поперекову область, почуття напруження внизу живота, не рясні кров'яні виділення зі статевих шляхів (в ранні строки). Загроза переривання вагітності підтверджувалась ультразвуковим динамічним обстеженням. Встановлено, що перераховані клінічні симптоми супроводжувались характерною ехографічною картиною: локальним потовщенням міометрію, на ступінь виразності загрози переривання вагітності вказувало відно-

шення між товщиною даної ділянки міометрія та товщиною протилежної стінки матки. Встановлено залежність між частотою загрози переривання вагітності і характером порушень менструальної функції у пубертаті. У пацієнток із ГС загроза переривання спостерігалась частіше, ніж у дівчат із ДМ при регулярному менструальному циклі ($p < 0,05$).

Ускладнення вагітності, що виявлені в процесі обстеження, виникали у вагітних з патологією пубертату в анамнезі на фоні відхилень у стані фето-плацентарного комплексу. Встановлені ознаки плацентарної дисфункції проявлялись зниженням показників біофізичного профілю плода більше, ніж у половини жінок, зміненнями матково-плацентарно-плодової гемодинаміки у 77,7 % вагітних, що підтверджувалось даними доплерівського картування у вигляді помірних та значних змін кровообігу у судинах, що досліджувались. Гемодинамічні характеристики взаємовідносин в системі «матиплацента-плід» й функціональний стан її окремих ланок, які досліджено в нашій роботі шляхом ультразвукової доплерографії показали, що частіше ПД розвивалась в основній групі при низькій плацентазії або локалізації плаценти на передній стінці матки. Характерними ознаками ПД було уповільнення темпів росту товщини плаценти, тобто, невідповідність ступеня дозрівання плаценти гестаційному терміну, наявність петрифікатів та інших ультразвукових ознак її патологічних змін, наявність маловоддя.

Пологи у більшості обстежених також перебігали з ускладненнями. Спостерігався високий відсоток операції кесарського розтину, слабкість пологової діяльності, гіпотонічні кровотечі. Патологічний перебіг вагітності та пологів визначався на фоні гормонального дисбалансу: гіпоестрогенії, гіпопрогестеронемії, зниженні рівня плацентарного лактогену.

Враховуючи, що у більшості вагітних із патологією пубертату в анамнезі виявлялись не виношування, плацентарна дисфункція, анемія та гормональна недостатність, цим жінкам була проведена комплексна терапія для профілактики тяжких перинатальних ускладнень і втрат. Отримані дані клінічного обстеження та оцінка гормонального фону були підставою для включення в комплексне лікування адекватної корекції гормонального та залізодефіцитного стану, терапії плацентарної недостатності. Застосовувались гіпербарична оксигенація, дидрогестерон (Дуфастон), препарати, що покращують судинний кровообіг та антианемічної дії. Паралельно призначалось лікування соматичної патології за показаннями.

Використання розробленого комплексу обумовило позитивний клінічний ефект (85 %) у вигляді зупинки кровотечі на 2-3 добу, зни-

ження інтенсивності або повного припинення больового синдрому на 2-7 добу. Проведене лікування не супроводжувалось побічними реакціями та ускладненнями. Позитивна клінічна динаміка супроводжувалась покращенням стану плацентарного комплексу, згідно даних УЗД, супроводжувалось зниженням ступеня анемізації вагітних, значним покращенням загального стану здоров'я майбутніх матерів.

Висновки

Більшість жінок з патологічним пубертатогенезом мають ускладнений перебіг гестації та пологів, що обумовлює необхідність раннього виявлення та лікування гінекологічних розладів у періоді статевого дозрівання. Вказане буде профілактикою тяжких акушерських та перинатальних ускладнень у цього контингенту в майбутньому.

Гестаційний процес у жінок з патологією пубертата характеризується високою частотою не виношування вагітності, плацентарної дисфункції, анемії. Частота загрози переривання вагітності вище у жінок, які страждали в підлітковому періоді на гіпоменструальний синдром.

Найбільш інформативним в процесі ранньої діагностики змін у фето-плацентарному комплексі є методологія динамічного доплерівського моніторингу в комплексі з визначенням гормонального профіля.

У вагітних із порушеннями пубертатогенезу в анамнезі виявляється гормональний дисбаланс. Спостерігається гіпоестрогенія, прогестеронова недостатність та зниження продукції плацентарного лактогену.

Етіологія вагітності з ускладненнями, у тому числі гіпоестрогенія, гіпопрогестеронемія, зниженні рівня плацентарного лактогену.

Література

1. Охорона репродуктивного здоров'я дівчат-підлітків – основне завдання служби дитячої та підліткової гінекології/ Н.Г. Гойда, І.Б. Вовк, Т.К. Іркіна та ін. // Буковин. мед. вісник. 2000. Т.4, № 2– 3. С. 8–13.
2. Кротин П.Н. Влияние условий и образа жизни девушек-подростков на их репродуктивный потенциал/ П.Н.Кротин, В.К.Юрьев // Современные профилактические, диагностические и терапевтические технологии в клинике детской гинекологии: Сб. науч. тр. М., 2000. С.25– 26.
3. Гуркин Ю.А. Основы ювенильного акушерства / Ю.А.Гуркин, Л.А.Суслопаров, Е.А.Островская. СПб.: Фолиант, 2001. 352 с.
4. Тучкіна І.О. Етапна реабілітація підлітків з гінекологічними захворюваннями та юних вагітних з екстрагенітальною патологією: Автореф. дис... д-ра мед. наук / І.О.Тучкіна. Харків, 2007.— 40 с.
5. Симрок В.В. Особенности течения пубертат-

ного периода у беременных с гестозами/ В.В.Симрок, О.В.Белкина, Д.В.Наталенко // Буковин. мед. вісник. 2004. Т.8, №2. С. 110– 112.

6. Крамаренко О.П. Прогнозування, профілактика та рання терапія фетоплацентарної недостатності // Лік. справа. 2002. №2. С.50-53.

7. Ведение беременности и родов при фетоплацентарной недостаточности // Ю.С.Паращук, О.В. Грищенко, И.В.Ляхно и др. Х.: Торнадо, 2001. 116 с.

8. Гайструк Н.А. Профілактика і лікування порушень фетоплацентарного комплексу при анемії вагітних: Автореф. дис. ...канд. мед. наук: 14.01.01; Вінниц. держ мед. ун-т ім. М.І. Пирогова. Вінниця, 2000. 20 с.

9. Милованов А.П. Патология системы мать-плацента-плод/ А.П.Милованов М.: Медицина, 1999. 446 с.

Поступила в редколлегію 22.12.2009

Клинические особенности гестационного процесса и их диагностика у женщин с патологическим течением пубертата // Л.Ю. Зобина // Медицина и... – 2009.– № 4 (26). – С. 98-101

Харьковский национальный медицинский университет

Представлены результаты изучения течения беременности и родов у женщин репродуктивного возраста, у которых отмечались нарушения менструальной функции и полового развития в пубертате. Установлено, что акушерские и перинатальные осложнения у большинства из них возникают на фоне экстрагенитальной патологии, достоверно чаще, чем у женщин с нормальным пубертатогенезом и сопровождаются акушерскими осложнениями: невынашиванием, плацентарной дисфункцией, анемией, нарушениями гормонального гомеостаза и патологическими гемодинамическими изменениями фетоплацентарного комплекса, чаще встречаются у женщин с гипоменструальным синдромом и пубертатными маточными кровотечениями в анамнезе.

Ключевые слова: гестационный процесс, пубертат, беременные женщины, акушерские осложнения.

Клінічні особливості гестаційного процесу та їх діагностика у жінок із патологічним перебігом пубертату / Л.Ю.Зобіна // Медицина і... – 2009. – № 4 (26). – С. 98-101

Представлені результати вивчення перебігу вагітності і пологів у жінок репродуктивного віку, які мали порушення менструальної функції в пубертаті. Встановлено, що акушерські та перинатальні ускладнення у більшості з них виникають на фоні екстрагенітальної патології, вірогідно частіше, ніж у жінок з нормальним пубертатогенезом та супроводжуються акушерськими ускладненнями: не виношуванням, плацентарною дисфункцією, анемією, порушеннями гормонального гомеостазу і патологічними гемодинамічними змінами у фето-плацентарному комплексі, частіше зустрічаються у жінок з гіпоменструальним синдромом та пубертатними матковими кровотечами в анамнезі.

Ключові слова: гестаційний процес, пубертат, вагітні жінки, акушерські ускладнення.

Clinical peculiarity and diagnostic of hestation process in wimen with pubartal pahology / L.Y. Zobina // Medicine and... – 2009. – № 4 (26). – P. 98-101

This thesis deals with increasing the realization of reproductive potential of women, have got pathology puberty period as abnormalities of sexual development and the menstrual function.

It has been found out that most of pregnant women have extragenital pathology which aggravates the abnormalities of sexual development and the menstrual function as well as has obstetric and perinatology complications.

On the basis of analyzing the results obtained, the pathogenic role of hormone, dopplerographic changes in the development of complications of pregnancy and delivery has been defined frequency in patients with hypomenstrual syndrome and juvenal uterine bleeding in anamnesis.

Key words: hestation process, puberty (period), pregnant women, complications of pregnancy.