

УДК 618.2-082+618.4+618.53+616-005.6

ДОЛА Л.Л.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»,
медичний факультет, м. Івано-Франківськ

ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ЖІНОК ІЗ СИНДРОМОМ ВТРАТИ ПЛОДА НА ФОНІ ТРОМБОФІЛІЇ

Мета дослідження - вивчити особливості перебігу вагітності та пологів у жінок із синдромом втрати плода на фоні тромбофілії.

Матеріал та методи дослідження. Обстежено 60 вагітних із синдромом втрати плода на фоні тромбофілії та 30 здорових вагітних без втрат плода в анамнезі. Усіх вагітних обстежували загальноклінічними та лабораторними методами.

Результати дослідження та їх обговорення. У пацієнток з тромбофіліями виявлені гестаційні ускладнення у вигляді загрози переривання вагітності, плацентарної дисфункції, затримки розвитку плода, гестозу, самовільних викиднів та передчасних пологів.

Висновки. Оскільки в патогенезі ускладнень вагітності визначальними є порушення імунологічної толерантності, ендотеліопатія і тромбоз судин трофобласту/плаценти, дослідження системи імунітету та гемостазу у жінок із тромбофіліями має важливе значення для прогнозування наслідків вагітності.

Ключові слова: вагітність, пологи, ускладнення, синдром втрати плода, тромбофілія.

Прогнозування і профілактика ускладнень вагітності у жінок із синдромом втрати плода є актуальною проблемою акушерства. Частота синдрому втрати плода є досить високою і коливається від 10 % до 25 % від загальної кількості вагітностей [1, 2]. Серед причин звичного невиношування вагітності близько 7 % припадає на хромосомні аномалії, 10 % на анатомічні та 15 % на гормональні порушення, 6 % - нез'ясованого генезу і близько 55-62 % зумовлені дефектами коагуляційних протеїнів або тромбоцитів [3].

Вивчення антифосфоліпідного синдрому (АФС) і генетичних форм тромбофілії зумовило появу нових поглядів на причини і патогенез репродуктивних втрат. На сьогодні тромбофілію розглядають як інтегральний етіопатогенетичний чинник широкого спектру ускладнень в акушерсько-гінекологічній практиці [3, 4]. Тромботичні тенденції порушують процес імплантації, інвазії трофобласта і подальше функціонування плаценти, що дозволяє розглядати тромбофілію як причину невиношування вагітності [2].

На фоні АФС і генетичних тромбофілій вагітність має ускладнений перебіг [5, 6]. Найчастіше спостерігаються дефекти імплантації, які в I триместрі призводять до ранніх викиднів, невдач екстракорпорального запліднення, вагітності, яка не розвивається; дефекти інвазії трофобласта і плацентарної, які в II триместрі призводять до пізніх

викиднів, затримки розвитку плода (ЗРП), гестозу; тромбоз матково-плацентарних судин і зниження перфузії плаценти [2, 7].

У вагітних з тромбофіліями плацентарна недостатність і синдром втрати плода розвиваються внаслідок порушення імунологічної толерантності, активації системи комплемента, синтезу антифосфоліпідних і антифосфоліпідно-кофакторних антитіл з розвитком генералізованої ендотеліопатії із захопленням мікроциркуляторного русла хоріона/плаценти з ранніх термінів вагітності [6].

Тому питання клінічного прогнозування розвитку ускладнень у вагітних із синдромом втрати плода на фоні тромбофілії вимагає подальшого дослідження.

Мета дослідження - вивчити особливості перебігу вагітності та пологів у жінок із синдромом втрати плода на фоні тромбофілії.

Матеріал та методи дослідження

Проведено проспективне дослідження перебігу вагітності, пологів, у 60 пацієнток із синдромом втрати плода на фоні тромбофілії. До I групи увійшли 30 жінок із синдромом втрати плода та вродженими тромбофіліями, до II групи – 30 жінок із синдромом втрати плода та АФС. Контрольну групу (III група) склали 30 здорових вагітних жінок, які не мали тромбофілії та втрат плода в анамнезі.

Синдром втрати плода виставляли за наявності в анамнезі: одного або більше мимовільних викиднів у терміні 10 тижнів і більше (включаючи вагітність, що не розвивалася); мертвородження; неонатальної смерті, як ускладнення передчасних пологів, тяжкої прееклампсії або плацентарної дисфункції; трьох або більше мимовільних викиднів на преембріональній або ранній ембріональній стадії, за відсутності анатомічних, генетичних та гормональних причин невиношування.

Всіх вагітних обстежували загальноклінічними і лабораторними методами. Антифосфоліпідний синдром встановлювали жінкам, у яких згідно з результатами обстеження було виявлено вовчаковий антикоагулянт, антитіла до кардіоліпіну (імуноглобуліни класів М та G), антитіла до глікопротеїну (класів М та G).

Результати ультразвукової фетометрії (УЗД) співставляли з нормативними значеннями з урахуванням терміну вагітності. Висновки про ЗРП робили при виявленні розміру плода менше 10 перцентилу нормограми. Ультразвукова плацентографія полягала у визначенні локалізації плаценти, виміру товщини, ступеня зрілості та оцінку структурних змін. Ступінь зрілості плаценти визначали згідно класифікації P. Grannum, (1979). Кількість навколоплідних вод оцінювали за амніотичним індексом.

Результати дослідження та їх обговорення

Середній вік жінок склав $31,8 \pm 6,0$ років у I групі, $29,6 \pm 4,0$ років у II групі та $27,4 \pm 4,8$ років у III групі.

У 26,7 % (8) жінок I групи та у 30,0 % (9) жінок II групи відзначався обтяжений сімейний анамнез: наявність спонтанних абортів, непліддя, вроджені вади розвитку, мертвородження серед родичів I ступеня споріднення.

Під час аналізу екстрагенітальної патології в групах обстежених найчастіше спостерігалася серцево-судинна патологія. Серед захворювань серцево-судинної системи виявлені: гіпертонічна хвороба у I групі - 16,7 % (5), у II - 13,3 % (4) та у III - 3,3 % (1) осіб; варикозна хвороба у I групі - 10,0 % (3), у II - 13,3 % (4) та у III - 3,3 % (1) жінок. Майже у кожній третій пацієнтки основних груп (26,7 % (8) у I групі та 30,0 % (9) у II групі) в анамнезі відзначалися різ-

ні тромбоемболічні ускладнення: неодноразові гострі тромбози і тромбофлебії глибоких вен нижніх кінцівок, ілеофеморальний тромбоз. Захворювання печінки та жовчовивідних шляхів спостерігалися у I групі - 16,7 % (5), у II - 13,3 % (4) та у III - 6,7 % (2) жінок, захворювання щитовидної залози - у 13,3 % (4); 16,7 % (5) та 3,3 % (1) осіб відповідно. Поєднана екстрагенітальна патологія мала місце у I групі у 46,7 % (14) жінок, у II - 33,3 % (10) та у III - 16,7 % (5) жінок.

Аналіз репродуктивного анамнезу виявив, що штучні аборти спостерігались у I групі у 26,7 % (8), у II - 23,3 % (7), у III - 10,0 % (3) жінок, позаматкова вагітність - у 10,0 % (3), 16,7 % (5) та 3,3 % (1) осіб відповідно. Несприятливі перинатальні наслідки в анамнезі мала кожна жінка, віднесена до основних груп (100,0 %), тоді як у контрольній групі таких не було, що пояснюється підбором вагітних у групи. Для 10 (33,3 %) пацієнток I групи та 9 (30,0 %) жінок II групи це був перший епізод втрати плоду, для 11 (36,7 %) осіб I групи та 13 (43,3 %) жінок II групи - другий епізод. У 9 (30,0 %) пацієнток I групи та 8 (26,7 %) осіб II групи в анамнезі було три і більше епізодів втрати плоду. У 20 жінок (66,7 %) I групи та 21 (70,0 %) пацієнтки II групи було первинне невиношування вагітності. Середній вік настання першої вагітності у пацієнток I та II груп становив $23,5 \pm 1,3$ років.

Відповідно даних анамнезу, жінки основних груп мали мимовільні викидні (33,3 % у I групі та 30,0 % у II групі), народження дітей з низькою масою тіла (26,7 % у I групі та 23,3 % у II групі), передчасні пологи (16,7 % у I групі та 13,3 % у II групі), мертвородження (3,3 % у I групі та 3,3 % у II групі), ранню неонатальну смерть (3,3 % у I групі та 6,7 % у II групі). У більшості обстежених пацієнток (I група - 73,3 %, II група - 63,3 %) мимовільний викидень стався в терміні до 10 тижнів вагітності.

У структурі гестаційних ускладнень у жінок з тромбофіліями та синдромом втрати плода найчастіше спостерігалася загроза переривання вагітності (53,3 % у I групі, 56,7 % у II групі, при 13,3 % у III групі), симптоми якої виявлялись у різні терміни вагітності залежно від виду тромбофілій. Зокрема, на фоні вроджених тромбофілій загроза переривання вагітності відмічалася в усіх триместрах вагітності удвічі частіше, ніж у пацієнток з АФС. Слід зазначити, що ретро-

хоріальні гематоми зустрічалися майже у 3 рази частіше у вагітних з тромбофіліями (30,0 % у I групі та 26,7 % у II групі), ніж у жінок групи контролю (6,7 %). Плацентарну дисфункцію діагностовано у 26,7 % (8) вагітних I групи, у 23,3 % (7) - II групи, у 6,7 % (2) - III групи.

Частота виникнення прееклампсії також залежала від виду тромбофілій – 6,7 % (2) у жінок I групи та 16,7 % (5) - II групи.

УЗ-дослідження фетометричних показників плода та антенатальна оцінка структури плаценти дозволили діагностувати синдром ЗРП у 30,0 % (9) вагітних I групи та у 26,7 % (8) пацієнток II групи. Патологічні зміни структури плаценти визначались у 6 (20,0 %) жінок I групи, 5 (16,7 %) пацієнток II групи та 2 (6,7 %) жінок III групи.

У пацієнток з тромбофіліями частота спонтанних пологів склала 76,7 % у I групі, 73,3 % у II групі; кесаревого розтину – 23,3 % та 26,7 % відповідно. У контрольній групі частота кесаревого розтину становила 10,0 %. Основними показаннями до оперативного розродження були дистрес плода в пологах і рубець на матці. Частота передчасних пологів склала у I групі 20,0%, у II групі – 23,3 %. У 2 (6,7 %) пацієнток I групи та 3 (10,0 %) жінок II групи відбулися самовільні викидні у терміні 9-10 тижнів. Відзначено по 1 випадку замерлої вагітності у терміні 6-7 тижнів у жінок I та II груп. У жінок III групи випадків самовільних викиднів і передчасних пологів не було.

Висновки

Особливостями перебігу гестаційного процесу у вагітних з тромбофіліями є висока частота загрози переривання вагітності, плацентарної дисфункції, затримки розвитку плода, гестозу, самовільних викиднів та передчасних пологів.

Тактика ведення вагітних із тромбофіліями повинна базуватися на комплексному динамічному клініко-лабораторно-інструментальному обстеженні з ранніх термінів вагітності, а також динамічному контролю за станом фетоплацентарного комплексу з метою прогнозування наслідків вагітності, призначення та оцінки ефективності патогенетичної терапії.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Романенко О.А. Синдром потери плода, ассоциированный с генитальной герпетической инфекцией: Автореф. дисс... канд. мед. наук. - Челябинск, 2004. - 24 с.
2. Прогнозування невиношування вагітності при поєднанні генетично детермінованої тромбофілії й антифосфоліпідного синдрому / І.Б. Венцківська, О.М. Проценко, О.С. Загородня // *Здоровье женщины*. - 2015. - № 1. - С. 83-86.
3. Дубоссарская З.М. Место тромбофилии в структуре синдрома потери плода / З.М. Дубоссарская, Ю.М. Дука // *Таврический медико-биологический вестник*. - 2011. - Т. 14. - № 3. - С. 75-77.
4. Bura-Riviere A. Thrombophilia and pregnancy. *Rev. Prat.* - 2012. - Vol. 62, № 7. - P. 937-942.
5. Веропотвелян П.Н. Тромбофилии и беременность / П.Н. Веропотвелян, Н.П. Веропотвелян, Ю.С. Погуляй // *Мед. аспекты здоровья женщины*. - 2011. - № 9/10. - С. 30-34.
6. Долгушина Н.В. Патогенез и профилактика плацентарной недостаточности и синдрома потери плода у беременных с вирусными инфекциями: Автореф. дисс... канд. мед. наук. - М., 2009. - 48 с.
7. Kujovich J.L. Thrombophilia and pregnancy complications // *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. - 2004. - V. 191. - P. 412-424.

Поступила 30.06.2016

РЕЗЮМЕ

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ПОТЕРИ ПЛОДА НА ФОНЕ ТРОМБОФИЛИИ

ДОЛА Л.Л.

Цель исследования - изучить особенности течения беременности и родов у женщин с синдромом потери плода на фоне тромбофилии.

Материал и методы исследования. В статье представлены обследованы 60 беременных из синдромом потери плода на фоне тромбофилии и 30 здоровых беременных без потерь плода в анамнезе. Всех беременных обследовали одноклиническими и лабораторными методами.

Результаты исследования и их обсуждение. У пациенток с тромбофилиями обнаружены гестационные осложнения в виде угрозы прерывания беременности, плацентарной дисфункции, задержки развития плода, гестоза, самопроизвольных выкидышей и преждевременных родов.

Выводы. Поскольку в патогенезе осложненной беременности определяющими являются нарушения иммунологической толерантности, эндотелиопатия и тромбоз сосудов трофобласта/плаценты, исследования системы иммунитета и гемостаза у женщин с тромбофилиями имеет важное значение для прогнозирования исходов беременности.

Ключевые слова: беременность, роды, осложнения, синдром потери плода, тромбофилия.

SUMMARY

THE COURSE OF PREGNANCY AND DELIVERY IN WOMEN WITH FETAL LOSS SYNDROM AND THROMBOPHILIA

DOLA L.L.

THE AIM OF RESEARCH is the study of peculiarities of pregnancy and delivery in women with fetal loss syndrome and thrombophilia

Material and methods. The study involved 60 pregnant women with fetal loss syndrome and thrombophilia and 30 healthy pregnant women without fetal loss in history. All women surveyed general clinical and laboratory methods.

Results. There are gestational complications as threatened abortion, placental insufficiency, fetal growth retardation, preeclampsia, spontaneous abortions and premature births in patients with thrombophilia.

Conclusions. The infractions of immunological tolerance, endotheliopathy and thrombosis of placental vessels are defining in the pathogenesis of pregnancy complications. The study of immunity and hemostasis in women with thrombophilia is important for predicting the outcomes of pregnancy.

Key words: pregnancy, delivery, complications, fetal loss syndrome, thrombophilia.

УДК: 618.1-002-036.12-07-036.2-08-06-036

ДРОНОВА В.Л., ЩЕРБА О.А., БУВЕЙВЕЙ, БОЙЧУК Ю.І.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
кафедра акушерства і гінекології №3, м. Київ

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ У ЖІНОК З ХРОНІЧНОЮ РЕЦИДИВУЮЧОЮ ХЛАМІДІЙНО-ВІРУСНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ НИЖНЬОГО ВІДДІЛУ ГЕНІТАЛІЙ

Хламідіоз і герпес є одними з найбільш розповсюджених інфекцій людини. Останнім часом у поширенні запальних захворювань геніталій негативну роль грають соціальні і поведінкові фактори, що знижують імунний захист від інфекцій і сприяють їх поширенню.

Мета дослідження – визначити рівень якості життя у жінок з хронічним рецидивуючим хламідійно-герпетичним цервіковагінітом для розробки оптимальної лікувально-реабілітаційної тактики.

Матеріал та методи дослідження. Нами обстежено 138 жінок з хламідійно-герпетичним цервіковагінітом та 20 здорових жінок у віці від 18 до 45 років, психоемоційний стан яких вивчався за методиками оцінки якості життя згідно стандартного опитувальника SF-36 та кольоровим тестом Люшера.

Результати дослідження та їх обговорення. У жінок з хронічним рецидивуючим мікст-інфекційним цервіковагінітом авторами статті встановлено зниження показника психосоціальної адаптації (майже на 70%), а також фізичного (73,1±8,9 бали) і психічного (55,2±6,2 бали) компонентів здоров'я якості життя, порівняно з контролем.

Висновки. Аналіз рівня психоемоційного стресу, форми і давності захворювання, ускладнень, які виникають показав, що існує взаємозв'язок між рівнем психоемоційного стресу і хронічними рецидивуючими хламідійно-герпетичним цервіковагінітами у жінок репродуктивного віку.

Ключові слова: хламідіоз, генітальний герпес, якість життя.