

Рациональное ведение беременности у женщин с трубно-перитонеальным бесплодием в анамнезе

Т. С. КАЧАЛИНА, Т. В. ПАНОВА

г. Нижний Новгород, Нижегородская государственная медицинская академия

Известно, что беременность, наступившая в результате лечения бесплодия, осложняется в 80-100 % случаев. Основными осложнениями являются: невынашивание беременности, преждевременные роды, фетоплацентарная недостаточность, гестозы, внутриутробная гипотрофия и гипоксия плода, аномалии родовой деятельности. Результатом осложненного течения беременности и родов может быть высокая заболеваемость новорожденных, которая достигает 60-90 % случаев в основном за счет перинатального поражения ЦНС, внутриутробного инфицирования и проблем, связанных с недоношенностью. В последнее время в отечественной и зарубежной литературе уделяется большое внимание профилактике и коррекции осложнений беременности, полученной с помощью методов вспомогательной репродукции. Известно, однако, что лишь 1/3 женщин, нуждающихся в ЭКО и его модификациях, подвергаются ему, остальные пациентки добиваются излечения от бесплодия традиционными методами: консервативная антибактериальная и физиотерапия, лапароскопия и микрохирургия. До настоящего времени не было предложено алгоритма ведения пациенток после трубно-перитонеального бесплодия (ТПБ), преодоленного традиционными методами.

Проведенное нами исследование позволило разработать алгоритм ведения беременности и родов у пациенток с ТПБ в анамнезе, который успешно внедрен в практику работы акушерско-гинекологических учреждений города Нижнего Новгорода.

В первом триместре беременности всем пациенткам с ТПБ в анамнезе в дополнение к обязательным исследованиям необходимо назначить следующий объем обследования:

- контроль уровня прогестерона в крови каждые 3-4 недели;
- коагулограмма с выявлением антител к ХГЧ и маркеров антифосфолипидного синдрома;
- иммунограмма с определением параметров клеточного и гуморального иммунитета, а также уровней провоспалительных цитокинов — ИЛ-1β и ФНО;
- обследование на носительство хламидиоза, микоплазмоза, цитомегаловирусной инфекции, вируса простого герпеса методами ПЦР содержимого цервикального канала и ИФА крови;
- для исключения врожденных пороков развития плода в 12-14 недель следует провести УЗИ.

Во втором и третьем триместрах беременности следует повторить указанные исследования. Так, всем пациенткам должна быть назначена коагулограмма в сроке 20-22 и 34-36 недель, УЗИ плода и доплерометрия в 22-24 и 36-38 недель, а также исследование уровня провоспалительных цитокинов в крови в 24-26 недель беременности.

Следует отметить, что с самых ранних сроков беременности пациенткам с бесплодием в анамнезе рекомендуется назначать превентивную терапию гестагенами в средней терапевтической дозе (в большинстве случаев используется дюфастон и утрожестан). Необходимо отметить, что большое значение имеет выбор гестагенного препарата у беременных с ТПБ, особенно обусловленным наружным генитальным эндометриозом, так как более половины из них страдают гиперандрогемией и антифосфолипидным синдромом, что обуславливает необходимость использования глюкокортикоидов с целью сохранения беременности. Большинство синтетических аналогов прогестерона обладает

андрогенным эффектом и противопоказаны при использовании глюкокортикоидов. Препаратом выбора в этом случае может быть утрожестан. Следует также помнить, что даже при нормальных уровнях прогестерона в крови отменять препараты гестагенов следует лишь после 18 недель беременности.

Лечение беременных с патологическими отклонениями в анализах должно начинаться как можно раньше, не позднее 12-16 недели гестации. При повышении свертывания крови коррекция будет зависеть от вида нарушения. Так, при повышении агрегации тромбоцитов следует назначить курантил в дозе 75-150 мг/сутки курсами по 3-4 недели с перерывами на 3-4 недели в течение всей беременности. Если у пациентки уровень фибриногена выше 4,5 г/л в первом триместре беременности, то это является показанием к инфузионной терапии реополиглюкином по 400 мл в/в 3-5 инфузий через день. Наиболее опасным в плане развития осложнений у женщины и плода является обнаружение в крови маркеров ДВС-синдрома. В этом случае препаратом выбора является низкомолекулярный гепарин, который должен использоваться в течение нескольких дней, а иногда и недель. В особо тяжелых случаях (упорная гиперкоагуляция) указанная терапия может быть продолжена в течение всей беременности.

Несмотря на проводимые многими авторами исследования общего иммунитета при различных отклонениях во время беременности, до сих пор нет единого мнения о точной интерпретации результатов данного анализа. Однако в настоящее время можно определенно сказать, что иммунологическое исследование может быть использовано для обнаружения обострения хронической инфекции во время беременности и угрозы прерывания беременности. Кроме того, степень выраженности отклонений в иммунограмме будет зависеть от имеющейся гинекологической патологии. Так, признаками обострения хронической инфекции у пациенток с ТПБ воспалительного генеза можно считать:

- снижение концентрации Т-лимфоцитов и особенно Т-хелперов;
- снижение концентрации неспецифического иммуноглобулина G;
- повышение концентрации неспецифических иммуноглобулинов А и М;
- уровень ИЛ-1β более 200 пкг/мл;
- сочетание повышенных титров специфических иммуноглобулинов G и М в крови с обнаружением бактериальных и вирусных агентов в цервикальном канале методом ПЦР (хламидиоз, ЦМВИ, ВПГ).

Для беременных с бесплодием, обусловленным генитальным эндометриозом, степень выраженности будет меньше или может вообще отсутствовать в силу выраженной иммуносупрессии. Выявление признаков обострения хронической урогенитальной инфекции или свежее инфицирование является показанием для проведения патогенетической терапии.

За 7-10 дней до клинических проявлений угрожающего выкидыша в иммунограмме можно обнаружить маркеры данного осложнения: снижение Т-супрессоров, повышение уровня NK-клеток, а также уровень ФНО более 50 пкг/мл. Выявленные отклонения являются показанием для назначения терапии, направленной на сохранение беременности.



Необходимо отметить, что любые патологические изменения в иммунограмме требуют иммунокоррекции, которая может быть проведена с помощью препарата интерферона — виферон по 50-0000 МЕ 2 раза в день ректально в течение 7-10 дней. Кроме того, беременные с наружным генитальным эндометриозом вне зависимости от наличия или отсутствия отклонений в иммунограмме должны пройти курс иммунокоррекции в сроке 16-20 недель для предупреждения невынашивания во втором триместре.

Все беременные с ТПБ в анамнезе должны быть заблаговременно госпитализированы в родильный дом, где будет решен вопрос о методе родоразрешения. Пациенткам с ТПБ воспалительного генеза без иных отягощающих акушерских факторов целесообразно рекомендовать самостоятельные роды, для подготовки

к которым в течение 7-10 дней проводить создание гормонального фона. Отсутствие созревания шейки матки (особенно у беременных с эндометриозом) может быть свидетельством сниженной чувствительности рецептором матки к гормональной стимуляции и является показанием для кесарева сечения. Следует помнить, что пациентки с наружным генитальным эндометриозом склонны к слабости родовой деятельности, а с аденомиозом — к стремительным родам. Роженицы с ТПБ в анамнезе относятся в группу риска по кровотечению в третьем периоде родов, поэтому необходимо проводить профилактику этого осложнения.

Приведенная выше методика обследования и лечения беременных, страдавших ранее ТПБ, позволяет снизить акушерскую патологию до 15-20 %, а перинатальные потери до 0-5 %.

Новый взгляд на ведение беременных с мертвым плодом

И. А. САЛОВ, Н. Ф. ХВОРОСТУХИНА, Ю. В. МИХАЙЛОВА,
И. Е. РОГОЖИНА, Г. С. СУВорова
ГОУ ВПО Саратовский ГМУ Росздрава.
Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета

Проблема неразвивающейся беременности чрезвычайно актуальна как в клиническом, так и в социальном аспектах, ибо частота данной патологии в структуре репродуктивных потерь довольно высока — 10-20% [2,4,8,9]. По литературным источникам, данная патология известна как неразвивающаяся беременность (НБ), missed abortion (несостоявшийся аборт), missed labour (несостоявшиеся роды), в зависимости от того, наступила ли внутриутробная гибель до 28 недель или в более поздний срок. В Международной классификации болезней десятого пересмотра (1995) это состояние выделено под рубрикой О 02.1 — несостоявшийся выкидыш.

Задержка погибшего плода (эмбриона) в матке отрицательно сказывается на последующей репродуктивной функции женщины, угрожает не только ее здоровью, но и жизни за счет возможных гемостазиологических осложнений. Установлено, что внутриутробная задержка погибшего плода (эмбриона) оказывает влияние на материнский организм, вызывая патологическое состояние — синдром мертвого плода, основными проявлениями которого являются угнетение сократительной деятельности матки (СДМ) и гемостазиологическая дисфункция [4,5,7].

В настоящее время появились новые подходы к лечению данной патологии беременности. Имеется много специальных исследований по изучению вопросов этиологии, патогенеза, доклинической диагностики и профилактики осложнений неразвивающейся беременности [1,3,4]. Учитывая актуальность проблемы, авторы сделали попытку обобщить научные достижения в области диагностики и лечения НБ, используя при этом накопившийся опыт акушерско-гинекологической клиники Саратовского государственного медицинского университета.

Целью нашей работы явилось изучение гормонального гомеостаза при НБ и роли пролактина (ПР) в формировании патологической инертности матки у женщин с внутриутробной гибелью плода и его взаимосвязи со стероидными гормонами. Кроме того, был проведен анализ состояния системы гемостаза и иммунологического статуса при НБ.

Под нашим наблюдением находилось 104 женщины с несостоявшимся выкидышем (основная группа) при сроках беременности от 16 до 30 недель, в возрасте от 16 до 48 лет. С учетом

длительности пребывания погибшего плода в полости матки в основной группе обследованных женщин выделено 2 подгруппы: 1 подгруппу составили беременные с задержкой погибшего плода в матке до 3 недель — 63 (60,6%), 2 подгруппу — с задержкой погибшего плода более 3 недель — 41 (39,4%). Контрольную группу составили 39 пациенток с физиологическим течением беременности, а группу сравнения — 43 женщины с клиникой самопроизвольного прерывания беременности.

Клиническое обследование беременных проводилось по специально разработанной карте и включало, прежде всего, тщательный сбор анамнестических данных и результатов объективного исследования. Уровень содержания ПР, эстрадиола (Э), дегидроэпиандростерона сульфата (ДЭАС) в сыворотке крови беременных определяли методом иммуноферментного анализа с использованием коммерческих наборов фирмы «Био-Рад». Для определения содержания в крови прогестерона (П), кортизола (К) использовались коммерческие наборы фирмы «Алкор-Био» (РФ). Учет результатов иммуноферментного определения гормонов проводили на фотометре «Униплан» (фирма «Пикон», РФ). Определение концентрации цитокинов осуществлялось иммуноферментным методом, с помощью коммерческого набора реагентов фирмы «Вектор-Бест», г. Новосибирск-117. Изучение системы гемостаза проводили по общепринятым методикам.

Результаты проведенного гормонального исследования в группах обследуемых женщин показали, что во второй половине физиологически протекающей беременности происходит прогрессирующее увеличение сывороточной концентрации ПР ($P < 0,05$), достоверно коррелирующее с гестационным сроком ($r = 0,585$; $P < 0,02$). При электронно-микроскопическом исследовании плаценты в аналогичные гестационные сроки иммуногистохимически идентифицированы АПУД-клетки, ответственные за синтез и секрецию ПР ($4,04 \pm 0,15$). При несостоявшемся выкидыше (основная группа) отмечено снижение уровня ПР в указанные сроки ($74,28 \pm 8,34$ нг/мл), по сравнению с контрольной группой. При этом разница показателей у пациенток 1 подгруппы недостоверна ($P_k > 0,05$), у пациенток 2 подгруппы достоверна ($P_k < 0,05$), но только в период с 21 до 30 недель. Сохранение и даже заметное уси-