

Развитие акушерских осложнений у беременных с аденомиозом



Проф. Говоруха И.Т., доц. Белоусов О.Г., доц. Зоркова Е.В.

ФГБОУ ГО ДОНГМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО

Актуальность

Аденомиоз - это это дисгормональное, иммунозависимое, генетически обусловленное заболевание, которое проявляется доброкачественным разрастанием ткани по морфологическому строению сходной с эндометрием в подлежащие слои маточной стенки.

Развитие аденомиоза, как одной из форм эндометриоза, связывают с синдромом хронической тазовой боли и бесплодием.

Адамян Л.В., 2022; Goncalves M.O., 2022.

Актуальность

Эндометриозом во всём мире страдают 190 млн. женщин, в основном репродуктивного возраста.

В структуре гинекологической заболеваемости эндометриоз занимает третье место после воспалительных процессов и миомы матки.

В последнее время появляются данные, подтверждающие влияние эндометриоза не только на снижение фертильности, но и на исход беременности и родов.

J. Horton et al., 2019.

Предполагаемые патогенетические механизмы влияния эндометриоза на беременность

При нормальной беременности (по данным доплерометрии) с увеличением срока гестации пульсационный индекс (ПИ) в маточных артериях прогрессивно уменьшается. Это отражает основной процесс плацентации и преобразование спиральных артерий в маточно-плацентарные артерии.

Предполагают, что при эндометриозе снижается ремоделирование спиральных артерий функциональной зоны миометрия с момента начала децидуализации, соответственно повышается сосудистое сопротивление и увеличивается риск дефектной глубокой плацентации, что является причиной развития больших акушерских синдромов.

Цель

Изучить влияние аденомиоза на маточно-плацентарный кровоток у беременных и развитие акушерской патологии



Материалы и методы

Обследовано, проведено наблюдение, медицинское сопровождение и родоразрешение 89 беременных, у которых до зачатия был установлен эхографический и/или гистологический диагноз диффузный аденомиоз (ОГ). Контрольную группу (КГ) составили 70 условно здоровых беременных без эндометриоза.

Материалы и методы

Диагноз аденомиоз ставился при помощи модели прогнозирования вероятности наличия аденомиоза матки на этапе планирования беременности (Патент UA 95080U, 2014).

По результатам ультразвукового исследования у пациентки определяли Y (по формуле, предложенной авторами) и сравнивали это значение с пороговым индексом ($Y_{crit} = 0,47$). Если Y был больше Y_{crit} – в модели прогнозировалось наличие аденомиоза, при Y меньше Y_{crit} – прогнозировалось отсутствие аденомиоза.

Материалы и методы

Беременности датировали по последней менструации в случае спонтанного зачатия.

Срок гестации уточняли: путем измерения КТР в I триместре с помощью УЗД в соответствии с рекомендациями.

Уровни PAPP-A, ХГч определяли во время рутинного комбинированного скринингового теста на выявление хромосомных аномалий в I триместре беременности на сроке 11-13(+6) недель.

Материалы и методы

Кровоток в маточных артериях оценивали с помощью доплерографии на 11-13(+6), 18-22 и 28-32 неделях гестации в соответствии с рекомендациями FMF.

Выполняли фетометрию, для оценки соответствия размеров плодов сроку гестации.

Результаты исследования

Клиническо-anamнестические характеристики пациенток в группах

Признаки	ОГ, n=89	КГ, n=70	P
Возраст (лет)	34,1±3,1	27,7±3,1	<0,001
Курение	9 (10,1%)	8 (11,4%)	0,685
Индекс массы тела	21,06±2,4	23,7±2,9	0,001
Раннее менархе	41 (46,1%)	19 (27,1%)	0,023
Длительные обильные менструации	49 (55,1%)	28 (40,0%)	<0,001

Результаты исследования

Нарушения репродуктивной функции у пациенток в группах

Репродуктивные нарушения	ОГ, n=89	КГ, n=70	P
Искусственные аборт	50 (56,2%)	27 (38,6%)	0,001
Самопроизвольные аборт	23 (25,8%)	8 (11,4%)	<0,0001
Бесплодие	36 (40,4%)	4 (5,7%)	<0,0001
Длительность бесплодия	4,1±1,9	0,9±0,5	<0,0001
Спонтанная беременность	56 (63,9%)	64 (91,4%)	<0,0001
ВРТ	33 (37,1%)	6 (8,6%)	

Результаты исследования

Показатели состояния плода у беременных в группах

Показатели	ОГ, n=89	КГ, n=70	P
I триместр			
КТР (мм)	59,4 ± 6,31	60,47 ± 7,82	0,488
свободный ХГЧ (МоМ)	1,18 ± 0,56	1,08 ± 0,49	0,678
РАРР-А (МоМ)	0,67 ± 0,11	1,29 ± 0,13	<0,0001
средний ПИ маточных артерий	2,24 ± 0,56	1,51 ± 0,43	<0,0001
II триместр			
средний ПИ маточных артерий	1,22 ± 0,23	0,94 ± 0,27	0,002
III триместр			
средний ПИ маточных артерий	0,98 ± 0,09	0,82 ± 0,06	<0,0001
ЗРП	9 (10,1%)	3 (4,3%)	<0,0001

Результаты исследования

Установлено, что у беременных на фоне аденомиоза (ОГ) в I триместре отмечалось уменьшение PAPP-A и увеличение среднего ПИ маточных артерий. Увеличенный средний ПИ маточных артерий в ОГ сохранялся при доплерографии во II и III триместрах беременности.

Такая динамика показателей маточного кровотока и биохимических параметров у беременных с аденомиозом позволяет заподозрить формирование плацентарной дисфункции на ранних сроках беременности, которая прогрессировала при увеличении срока гестации.

Результаты исследования

Полученные результаты позволяют предположить, что патогенез акушерских осложнений у беременных с аденомиозом определяется наличием у них нарушений гомонально-воспалительного характера, которые обуславливают развитие дефектной плацентации.

Вследствие этих патологических процессов в процессе беременности развивается патология маточно-плацентарного кровотока и плацентарная дисфункция.

Патогенетический механизм развития осложнений во время беременности при аденомиозе формирует большие акушерские синдромы, что подтверждают наши исследования в группах.

Результаты исследования

Осложнения во время гестации у пациенток в группах

Осложнения	ОГ, n=89	КГ, n=70	P
Преждевременные роды <37 нед	19 (21,3%)	4 (5,7%)	<0,001
Предлежание плаценты	10(11,2%)	1 (1,4%)	<0,001
Отслойка плаценты	6 (6,7%)	1 (1,4%)	0,032
ЗРП	15 (16,8%)	4 (5,7%)	<0,001
Кесарево сечение	41 (46,1%)	7 (10%)	<0,001

Выводы

1. Патогенез акушерских осложнений у беременных с аденомиозом определяется наличием у таких пациенток нарушений гормонально-воспалительного характера и развитием дефектной плацентации, что обуславливает патологию маточного кровотока на ранних сроках гестации.

2. Ранние нарушения маточно-плацентарного кровотока (начиная с I триместра гестации) у беременных с наличием аденомиоза проявляются значимым повышением среднего пульсационного индекса маточных артерий и повышенными показателями сосудистого сопротивления в маточных артериях, которые сохраняются на протяжении II и III триместров беременности.

Выводы

3. При беременности на фоне аденомиоза чаще развивались акушерские осложнения: предлежание плаценты в 8 раз, отслойка плаценты в 5,2 раза, преждевременные роды в 3,7 раза, задержка роста плода в 3 раза, чем у пациенток без выявленной патологии. Абдоминальным родоразрешением путём кесаревым сечением завершились роды у 41 беременной с аденомиозом, что было в 4,6 раза чаще, чем в группе условно здоровых пациенток.

Спасибо за внимание

