



**ЗБІРНИК
НАУКОВИХ ПРАЦЬ
АСОЦІАЦІЇ АКУШЕРІВ-
ГІНЕКОЛОГІВ УКРАЇНИ**

ВИПУСК 2 (36) 2015

НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ імені П.Л.ШУПИКА
ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ «АСОЦІАЦІЯ АКУШЕРІВ - ГІНЕКОЛОГІВ УКРАЇНИ»

ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ АСОЦІАЦІЇ АКУШЕРІВ- ГІНЕКОЛОГІВ УКРАЇНИ

Науковий, медичний збірник
Виходить 2 рази на рік
Збірник засновано у березні 1998 р.

Випуск 2 (36) 2015

Київ
ТОВ "Видавництво "ЮСТОН"
2015

<p>МОРФО-ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ЕКСТРАЕМБРІОНАЛЬНИХ СТРУКТУР І МАТКОВО-ПЛАЦЕНТАРНОГО КРОВОТОКУ У ЖІНОК ІЗ ЗАГРОЗОЮ НЕВИНОШУВАННЯ В РАННІ ТЕРМІНИ ГЕСТАЦІЇ <i>КРАВЧЕНКО О.В.</i></p>	139
<p>НЕОПЛАСТИЧНІ ЗМІНИ ШИЙКИ МАТКИ ПРИ ПЕРСИСТУЮЧІЙ ВИСОКО-ОНКОГЕННІЙ ПАПІЛОМАВІРУСНІЙ ІНФЕКЦІЇ <i>КРАВЧУК І.В.</i></p>	144
<p>ДИФФЕРЕНЦІРОВАННИЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕННІ ПАЦІЕНТОК С ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ЭКТОПИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ ПРИ ИНФИЦИРОВАННИИ ВПЧ <i>ЛУКЬЯНЧУК О.В., КУЗЕВА Н.Г., ПАЦКОВ А.А., МОРОЗЮК О.Н.</i></p>	148
<p>РОЛЬ ГЕНЕТИЧНИХ ФАКТОРІВ У РОЗВИТКУ ГЕНІТАЛЬНОГО ЕНДОМЕТРІОЗУ <i>МАЛАНЧУК Л.М., МАРТИНЮК В.М.</i></p>	153
<p>ОСОБЛИВІСТЬ КРОВОПЛИНУ У СУДИННОМУ РУСЛІ ДЕЦИДУАЛЬНОЇ ОБОЛОНКИ У ЖІНОК ПРИ ІДІОПАТИЧНОМУ МАЛО- І БАГАТОВОДДІ <i>МАЛЯР В.В.</i></p>	156
<p>ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОСТЕОПОРОЗА У ЖЕНЩИН ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВОЗРАСТА <i>МАНАСОВА Г.С., ЗЕЛИНСКИЙ А.А., ЧУМАК З.В., МАНАСОВ М.М., КАЗАРЕНКО О.Н.</i></p>	158
<p>СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ МАТКОВИХ КРОВОТЕЧ В ПЕРИМЕНОПАУЗІ <i>МЕРЦАЛОВА О.В., КУРІЧОВА Н.Ю.</i></p>	162
<p>ОСОБЛИВОСТІ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ У ЖІНОК З НИЗЬКИМ ЗРОСТОМ <i>НАЗАРЕНКО Л. Г., ТАРУСІНА О. В., БІЛЯЄВ С. Г., ДУБРОВА Л. Ю.</i></p>	165
<p>КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ СЛАБКОСТІ ПОЛОГОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У РОДІЛЬ З ПАТОЛОГІЧНИМ ПЕРЕБІГОМ ПРЕЛІМІНАРНОГО ПЕРІОДУ <i>НИКОНЮК Т.Р.</i></p>	167
<p>ГІСТОСТРУКТУРНІ ЗМІНИ В МАТЦІ ПРИ СИНДРОМІ ГІПЕРСТИМУЛЯЦІЇ ЯЄЧНИКІВ В ЕКСПЕРИМЕНТІ НА МИШАХ <i>НОСЕНКО О.М., АЙЗЯТУЛОВА Е.М., АЙЗЯТУЛОВА Д.Р.</i></p>	172
<p>ЕФЕКТИВНІСТЬ ЦИКЛІВ ЗАПЛІДНЕННЯ ІН ВІТРО (ЗІВ) У ЖІНОК З РАДІОЛОГІЧНО ВСТАНОВЛЕНИМ ДІАГНОЗОМ АДЕНОМІОЗУ <i>НОСЕНКО О.М., ЗАХАРЕНКО І.Л., КОСЮГА О.М.</i></p>	176
<p>АНАЛІЗ АКУШЕРСЬКИХ ТА ПЕРИНАТАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ЖІНОК З ПАТОЛОГІЧНОЮ ПРИБАВКОЮ МАСИ ТІЛА ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ <i>ОСТАФІЙЧУК С.О.</i></p>	180
<p>ІННОВАЦІЙНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА НЕСПЕЦИФІЧНИЙ САЛЬПІНГОФОРІТ <i>ПАРАЩУК Ю.С., ТЕРТИШНИК А.О.</i></p>	184
<p>ДО ПИТАННЯ РОЛІ ВІТАМІНУ D У ЗАБЕЗПЕЧЕННІ ГЕСТАЦІЙНОГО ПРОЦЕСУ <i>ПИРОГОВА В.І., ЖЕМЕЛА Н.І.</i></p>	189
<p>ГОРМОНАЛЬНА ФУНКЦІЯ ПЛАЦЕНТИ У ЗДОРОВИХ ВАГІТНИХ ЛЬВІВСЬКОГО РЕГІОНУ <i>ПИРОГОВА В.І., ЯРЕМЧУК Т.П., КОРЖИНСЬКА Р.Д., МИХАЙЛІВ О.О.</i></p>	192
<p>ОПТИМИЗАЦІЯ ТАКТИКИ ВЕДЕННЯ НЕДОНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТІ, ОСЛОЖНЕННОЙ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ РАЗРЫВОМ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК <i>ПОСОХОВА С.П., НИТОЧКО Е.А.</i></p>	195
<p>ОСОБЛИВОСТІ КРОВОПОСТАЧАННЯ ЯЄЧНИКІВ У ЖІНОК З ЛЕЙОМІОМОЮ МАТКИ ВЕЛИКИХ РОЗМІРІВ ПІСЛЯ ЕМБОЛІЗАЦІЇ МАТКОВИХ АРТЕРІЙ <i>РЕГЕДА С. І., ВАСИЛЬЧЕНКО Л. А., ШАКАЛО І. М., ДЖУПІН В. О.</i></p>	199

УДК 611.013.6/.8:618.214:612.1

КРАВЧЕНКО О.В.

Буковинський державний медичний університет,
кафедра акушерства, гінекології та перинатології, м. Чернівці

МОРФО-ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ЕКСТРАЕМБРІОНАЛЬНИХ СТРУКТУР І МАТКОВО-ПЛАЦЕНТАРНОГО КРОВОТОКУ У ЖІНОК ІЗ ЗАГРОЗОЮ НЕВИНОШУВАННЯ В РАННІ ТЕРМІНИ ГЕСТАЦІЇ

Проведено ультразвукове та доплерометричне обстеження 40 жінок в терміні гестації 7-9 тижнів із загрозою невиношування без обтяженого акушерського анамнезу, які знаходились на негормональній симптоматичній терапії (I група - контрольна) та 30 жінок, в тому ж гестаційному терміні (II група - основна) із загрозою переривання вагітності та обтяженим акушерським анамнезом, які отримували мікроіонізований прогестерон Лютеїна у вигляді вагінальних таблеток по 50 мг 2-3 рази на добу.

Застосування мікроіонізованого прогестерону Лютеїни при загрозі невиношування в I триместрі призводить до зниження індексів резистентності в спіральних артеріях та підвищення швидкості кровотоку, а також забезпечує випереджуючий ріст екстраембріональних структур, що покращує прогноз вагітності.

Ключові слова: загроза невиношування, I триместр вагітності, трьохмірна ультразвукова доплерометрія.

В структурі акушерських ускладнень невиношування вагітності займає 2 місце, біля 20% клінічно підтверджених вагітностей закінчується спонтанним перериванням, з них 75-80% - в I триместрі [5]. Здоров'я новонароджених в значній мірі визначається його внутрішньоутробним періодом. Довготривала загроза переривання вагітності призводить в 50-77% випадках до розвитку плацентарної дисфункції і є однією з основних причин перинатальної захворюваності і смертності [6, 7].

Становлення багаточисельних функцій плаценти тісно пов'язано з її структурою на різних етапах розвитку (імплантація, плацентация і феталізація плаценти) [4]. Логічно припустити, що основи формування внутрішньоутробного плода закладаються в ранні терміни гестації, і до закінчення періоду плацентация вагітність найбільш вразлива для дії пошкоджуючих чинників [1, 2].

При фізіологічній вагітності спіральні артерії зазнають гестаційної перебудови: втрачають гладком'язеві елементи і стають нечутливими до дії пресорних агентів, що перетворює їх в судини з низькою резистентністю. Основною причиною зниження притоку крові у міжворсинчастий простір є відсутність чи недостатність гестаційної перебудови міометральних сегментів спіральних артерій [3]. Загроза переривання вагітності в I триместрі несе в собі потенційну

небезпеку порушень нормального розвитку екстраембріональних структур і процесів інвазії трофобласта, гестаційної перебудови спіральних артерій і формування плодово-плацентарного і матково-плацентарного кровообігу.

Відсутність чіткої систематизації даних щодо особливостей патологічних процесів при загрозі невиношування вагітності і плацентарній дисфункції обумовлює необхідність подальшого поглибленого вивчення деяких ланок патогенезу цих ускладнень вагітності.

Метою нашої роботи було оцінити морфо-функціональний стан екстраембріональних структур і матково-плацентарного кровотоку у жінок із загрозою невиношування в ранні терміни гестації.

Матеріал і методи дослідження

Нами проведено обстеження 40 жінок в терміні гестації 7-9 тижнів із загрозою невиношування без обтяженого акушерського анамнезу (I група - контрольна) і 30 жінок в тому ж гестаційному терміні (II група - основна) із загрозою переривання вагітності та обтяженим акушерським анамнезом.

Вагітні I групи отримували негормональну симптоматичну терапію. Всім вагітним II групи з ранніх термінів гестації був призначений мікроіонізований прогестерон Лютеїна у вигляді вагінальних таблеток по 50 мг 2-3 рази на добу.

Дослідженим пацієнтам проводилось повне клініко-лабораторне обстеження, ультразвукове і доплерометричне дослідження. Отримані результати оброблялись з використання спеціалізованої програми Statistica 6.0, розраховувалось середнє арифметичне, стандартне відхилення з визначенням вірогідності статистично значущої різниці порівнювальних величин.

Результати дослідження та їх обговорення

Групи обстежених вагітних були репрезентативні за віком, соціальним статусом та місцем проживання. Першовагітні в основній групі досліджених становили 35%, в контролі – 53,3%, повторновагітні відповідно по групах 65% і 46,7%. Аналізуючи вище наведені дані можна зробити висновок, що у першовагітних жінок загроза невиношування зустрічається в 1,5 разів рідше, ніж у повторновагітних.

Із даних акушерсько-гінекологічного анамнезу видно, що у жінок II групи в анамнезі відмічались самовільні викидні - 17,5%, викидні, що не відбулися - 15%, тоді як у вагітних I групи репродуктивний анамнез не був обтяжений. Штучні переривання вагітності у жінок, що отримували гормонотерапію в анамнезі становили 37,5% (в контролі – 30%). Однак достовірної різниці даного показника між групами нами виявлено не було.

Слід відзначити, що хронічні запальні процеси додатків матки, ерозії шийки матки, доброякісні пухлини матки і додатків до вагітності в обох групах зустрічались з однаковою частотою. Лише аденоміоз і патологія ендометрія у жінок II групи в порівнянні з контролем була достовірно вищою - 32,5% і 13,3%. Імовірно, виражена патологія ендометрія, про що свідчить обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез у жінок II групи, може сприяти перешкодженню децидуальної трансформації ендометрія з наступним порушенням нормального формування ворсинчастого хоріону.

Аналіз частоти зустрічаємості екстрагенітальної патології в групах обстежених показав, що у жінок з невиношуванням і ОАА соматичні захворювання зустрічались майже в 2 рази частіше - 57,5%, в контролі - 30%.

На нашу думку, несприятливий екстрагенітальний фон призводить до пору-

шення нормального перебігу вагітності і є додатковим фактором ризику загрози невиношування.

Щодо частоти інфекційних ускладнень в I триместрі вагітності в групі жінок із загрозою переривання і ОАА в порівнянні з I групою обстежених достовірно частіше відмічалось порушення піхвового мікробіоценозу у вигляді гарднерельозу (22,5% і 6,7%), кандидозного кольпіту (20% і 3,3%), а також уrogenітальних інфекцій (15% і 0%) (хламідіоз, уреоплазмоз, мікоплазмоз).

Всім вагітним проводилась санація вогнищ інфекції: в I триместрі гестації - місцева терапія, системне лікування - після закінчення процесів плацентация.

При ультразвуковому дослідженні в 7-9 тижнів гестації вивчались наступні параметри: об'єм плідного яйця і порожнини амніону, їх співвідношення, відповідність куприково-тім'яного розміру гестаційному терміну, частота серцебиття ембріона, локалізація ворсинчастого хоріону, локалізація і розміри жовтого тіла яєчника.

Куприково-тім'яний розмір ембріона у всіх обстежених відповідав терміну гестації, частота серцевих скорочень ембріона в обох групах коливалась в одних і тих самих межах ($158,7 \pm 19,8$ – $179,0 \pm 22,1$).



Рис.1. Стан ембріональних структур в I триместрі гестації (7-9 тижнів).

З даних, представлених на рис.1 видно, що об'єми амніотичної порожнини у жінок досліджених груп достовірно не розрізнялись, але об'єм порожнини плідного яйця був достовірно меншим при загрозі невиношування вагітності та ОАА в порівнянні з I групою обстежених. В той же час співвідно-

шення об'ємів порожнини хоріону і амніону в II групі обстежених було достовірно вищим в порівнянні з контрольними даними. Імовірно, зменшення об'єму плідного яйця у жінок I групи обумовлене підвищеним тиском міометрія, внаслідок якого плідне яйце зазнає підвищеного тиску ззовні.

За даними нашого дослідження ворсинчастий хоріон розташовувався по правій стінці матки в більшості випадків як в I групі – 50%, так і в II – 70%. В ділянці внутрішнього вічка хоріон візуалізувався у групі жінок з невиношуванням та ОАА у 32,5% випадках, тоді як в I групі лише в 6,7%. Така розбіжність в показниках, можливо, на нашу думку, пов'язана з обтяженим акушерсько-гінекологічним анамнезом. Передлежання ворсинчастого хоріону може вважатися несприятливим фактором для подальшого перебігу вагітності і потребує динамічного спостереження.

Жовте тіло вагітності визначалося в правому яєчнику у 55% випадках обстежених I групи і у 50% - II групи. У той же час, не було відмічено достовірної різниці в діаметрі жовтого тіла яєчника між обстеженими (відповідно, $16,9 \pm 4,4$ мм та $17,0 \pm 3,8$ мм). При оцінці кровотоку в жовтому тілі яєчника нами встановлено, що у I групі майже в 2 рази рідше (45%), ніж в II групі (83,3%) реєструвався кровоплин у вигляді суцільного судинного кільця, тоді як у вигляді окремих кольорових локусів в 55% випадках, у вагітних, що отримували гормональну терапію, лише у 16,7%. Візуалізація кровотоку в жовтому тілі яєчника у вигляді суцільного периферичного судинного кільця за даними

різних авторів можна розцінювати як наявність нормального кровопостачання гормонально активної структури, важливішою функцією якої в I триместрі вагітності є підтримка достатнього для її прогресування рівня гормонів.

За допомогою доплерометричних досліджень були отримані спектри кривих швидкості кровотоку в маткових артеріях, спіральних артеріях, артеріях жовтого тіла, розраховувались систоло-діастолічне співвідношення (СДС), індекс резистентності (ІР), пульсаційний індекс (ПІ), а також пульсова систолічна швидкість (ПСШ), кінцева діастолічна швидкість (КДШ), середня діастолічна швидкість (СДШ), пікова швидкість усереднена за часом (ПШУЧ).

Як показали наші дослідження, індекси судинного опору в матковій артерії на боці локалізації ворсинчастого хоріону у групі жінок, які отримували Лютеїну, була нижче порівняно з протилежною стороною, лише в 19 випадках (47,5%), в групі контролю у 27 випадках (90,1%), $p < 0,05$.

Ряд авторів відзначає, що при сприятливому перебігу вагітності відмічаються більш низькі значення індексів судинного опору на стороні прикріплення плаценти, і пов'язують це з найбільш високим рівнем васкуляризації цієї ділянки [8, 9]. Тому реєстрація підвищених індексів резистентності в матковій артерії на стороні розташування ворсинчастого хоріону в порівнянні з протилежною стороною можна вважати достовірною ознакою загрози невиношування вагітності і прогностичним критерієм розвитку плацентарної дисфункції.

Таблиця 1

Кількісна характеристика кровоплину в спіральних артеріях і артеріях жовтого тіла I триместр гестації (7-9 тижнів)

	Досліджувані показники	I група (n=40), M±m	II група (n=30), M±m
Спіральні артерії	СДС	2,7±0,9 *	2,5±0,9
	ІР	0,6±0,1 *	0,5±0,1
	ПІ	1,2±0,4 *	0,9±0,3
	Пульсова сист. шв. (ПСШ), см/с	34,6±22,8	40,7±23,4
	Кінцева діаст. шв. (КДШ), см/с	15,0±14,1	18,8±12,8
	Середня діаст. шв. (СДШ), см/с	13,1±10,8	17,5±12,2
	Пікова шв. усеред. за часом (ПШУЧ), см/с	21,3±15,2 *	32,6±24,1

Продовження табл. 1

	Досліджувані показники	I група (n=40), M±m	II група (n=30), M±m
Артерії ЖТ	СДС	4,1±1,1	2,6±0,9
	ІР	0,6±0,1	0,6±0,1
	ПІ	1,1±0,4	1,1±0,5
	Пульсова сист. шв. (ПСШ), см/с	25,8±13,7	29,7±19,9
	Кінцева діаст. шв. (КДШ), см/с	10,2±5,5	12,1±8,2
	Середня діаст. шв. (СДШ), см/с	9,1±5,3	11,4±8,2
	Пікова шв. усеред. за часом (ПШСЧ), см/с	15,5±7,9	18,2±12,1

Як видно з таблиці 1, в спіральних артеріях всі індекси резистентності (СДС, ІР, ПІ) у жінок з загрозою невиношування, які не отримували гормональну терапію, були вище, а швидкості кровотоку – нижче в порівнянні з основною групою (статистична достовірна різниця ПШСЧ, $p < 0,05$), що може свідчити про неповноцінну трансформацію стінок спіральних артерій при загрозі переривання вагітності і порушення кровообігу плацентарного ложа, що формується.

Зміни гемодинаміки в жовтому тілі яєчника, можливо, теж є однією з ланок розвитку патологічного процесу при невиношуванні вагітності і відіграють роль в порушенні перебігу вагітності ранніх терміні гестації.

Висновки

- Критеріями загрози невиношування та формування плацентарної дисфункції в I триместрі гестації можна вважати:
 - підвищення індексів резистентності у спіральних артеріях в поєднанні зі зниженням швидкості кровотоку, що свідчить про неповноцінну трансформацію стінок спіральних артерій і порушення кровообігу плацентарного ложа, що формується;
 - підвищення індексів резистентності в матковій артерії на стороні розташування ворсинчастого хоріону в порівнянні з індексами резистентності в матковій артерії на протилежній стороні;
 - зменшення об'єму плідного яйця;
 - реєстрація кровотоку в жовтому тілі яєчників у вигляді окремих локусів.
- Застосування мікроіонізованого прогестерону Лютеїни при загрозі невиношу-

вання в I триместрі призводить до зниження індексів резистентності в спіральних артеріях та підвищення швидкості кровотоку, а також забезпечує випереджаючий ріст екстраембріональних структур що покращує прогноз вагітності прогноз вагітності.

ПЕРЕЛІК ЛІТЕРАТУРИ

- Абдурахманова О.Г. Эффективность энтеральной оксигенации в комплексной профилактике и лечении ранней плацентарной недостаточности при невынашивании / О.Г.Абдурахманова, И.М.Ордянец, В.Е.Радзинский // Русский медицинский журнал. – 2002. - №4. – С. 25-29.
- Гилязутдинова З.Ш. Невынашивание беременности при анатомических и функциональных нарушениях репродуктивной системы / З.Ш.Гилязутдинова, Л.М.Тухватуллина - Казань, 2006.
- Краснопольский В.И. Возможности прогнозирования осложнений беременности при доплерометрии в I триместре гестации / В.И.Краснопольский, В.А.Туманов, Л.И.Титченко // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2003. - №3. – С. 5-9.
- Милованов А.П. Внутриутробное развитие человека / А.П.Милованов, С.В.Савельев // Руководство для врачей. – М.: МДВ, 2006. – 384 с.
- Сидельникова В.М. Невынашивание беременности – современный взгляд на проблему / В.М.Сидельникова // Вестник Российской ассоциации акушер. и гинекол. – 2007. - № 2. – С. 62-64.

6. Сидорова И.С. Клинико-диагностические аспекты ФПН / И.С.Сидорова – М.: МИА, 2005.
7. Стрижаков А.Н. Фетоплацентарная недостаточность: патогенез, диагностика, лечение / А.Н.Стрижаков, Т.Ф.Тимохина, О.Р.Баев // Вопросы гинекологии, акушерства, и перинатологии. – 2003. – Т.2. – № 2. – С. 2-11.
8. Intervillous and uteroplacental circulation in normal early pregnancy and early pregnancy loss assessed by 3-dimensional power Doppler angiography / Merce L.T., Barco M.J., Alcazar J.L. [et. al.] // American Journal of Obstetrics and Gynecology. – 2009/ - Mar. 200(3). – P. 315.
9. First-trimester placental volume and vascularization measured by 3-dimensional power Doppler sonography in pregnancies with low serum pregnancy-associated plasms protein a levels / Rizzo G., Capponi A., Pietrolucci ME [et. al.] // J Ultrasound Med. – 2009. – Dec. 28(12). – P. 1615-1622.

РЕЗЮМЕ

МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЭКСТРАЭМБРИОНАЛЬНЫХ СТРУКТУР И МАТОЧНО- ПЛАЦЕНТАРНОГО КРОВОТОКА У ЖЕНЩИН С УГРОЗОЙ НЕВЫНАШИВАНИЯ В РАННИЕ СРОКИ ГЕСТАЦИИ

КРАВЧЕНКО Е.В.

Проведено ультразвуковое и доплерометрическое обследование 40 женщин в сроке гестации 7-9 недель с угрозой невынашивания без отягощенного акушерского анамнеза, находившихся на негормональной симптоматической терапии (I группа - контрольная) и 30 женщин в

том же гестационном сроке (II группа - основная) с угрозой прерывания беременности и отягощенным акушерским анамнезом, которые получали микроионизированный прогестерон Лютеина в виде вагинальных таблеток по 50 мг 2-3 раза в сутки.

Применение микроионизированного прогестерона Лютеина при угрозе невынашивания в I триместре приводит к снижению индексов резистентности в спиральных артериях и повышению скорости кровотока, а также обеспечивает опережающий рост экстраэмбриональных структур, что улучшает прогноз беременности.

Ключевые слова: угроза невынашивания, I триместр беременности, трехмерная ультразвуковая доплерометрия.

SUMMARY

MORPHO-FUNCTIONAL STATE OF EXTRAEMBRYONIC STRUCTURES AND UTEROPLACENTAL BLOOD FLOW IN WOMEN WITH THREATENED MISCARRIAGE IN THE EARLY STAGES OF GESTATION

KRAVCHENKO E.V.

The ultrasound and dopplerometric investigation in 40 women in the gestation period of 7-9 weeks with the threat of miscarriage without complicated obstetric anamnesis, which were on nonhormonal symptomatic therapy (group I- control) and 30 women in the same gestational period (group II - basic) with a threatened miscarriage and bad obstetric history who received microprogesterone Lutene in the form of vaginal tablets 50 mg 2-3 times a day.

The use of microprogesterone Lutene with the threat of miscarriage in I-st trimester leads to the decrease of the resistance index in the spiral arteries and to increase blood flow, and also provides an advanced growth extraembryonic structures and a more favourable prognosis of pregnancy.

Key words: risk of miscarriage, first trimester, three-dimensional Doppler ultrasonography.