

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 1 (39) 2017

Рівне
ПП Естерово
2017

..... 6	ОСОБЕННОСТИ ВЛАГАЛИЩНОГО МИКРОБИОЦЕНОЗА У БЕРЕМЕННЫХ С ИНФЕКЦИЯМИ МОЧЕВЫВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ КОРНИЕЦ Н. Г., ТЕРТЫЧНАЯ-ТЕЛЮК С. В.....	89
..... 8	КОРЕКЦІЯ КРОВОТЕЧ В РАННІ ТЕРМІНИ ГЕСТАЦІЇ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТАНУ ЕМБРІОНА ТА ЕКСТРАЕМБІОНАЛЬНИХ СТРУКТУР КРАВЧЕНКО О.В.	95
..... 13	ОЦІНКА СПЕЦИФІЧНИХ БІЛКІВ ВАГІТНОСТІ ДЛЯ ПРОГНОЗУВАННЯ РАННІХ РЕПРОДУКТИВНИХ ВТРАТ У ЖІНОК, ВКЛЮЧЕНИХ У ПРОГРАМУ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ЛИТВИН Н.В.....	99
..... 21	ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ФОНОВИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ШИЙКИ МАТКИ У ЖІНОК ІЗ ДОБРОЯКІСНИМИ ПУХЛИНАМИ ЯЄЧНИКІВ МАТВІЙКІВ Н.І.....	104
..... 26	ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ПІДХІД ДО ПРОФІЛАКТИКИ ГЕСТАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ЖІНОК РІЗНИХ НАЦІОНАЛЬНОСТЕЙ МІЩЕНКО В. П.	109
..... 31	ТРОМБОГЕМОРАГІЧНІ УСКЛАДНЕННЯ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ВАГІТНИХ – СВІТОВИЙ ДОСВІД (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ) САВЧЕНКО С.Є., ГЕРВАЗЮК О.І.....	114
..... 37	ФАКТОРИ РИЗИКУ КОНГЕНІТАЛЬНОГО СИФІЛІСУ ТА ЇХ ПРОФІЛАКТИКА ЯРЕМЧУК Т.П.	123

УДК 618.3:618.14-005.1]-08-085

КРАВЧЕНКО О.В.

Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»,
кафедра акушерства, гінекології та перинатології,
м. Чернівці

КОРЕКЦІЯ КРОВОТЕЧ В РАННІ ТЕРМІНИ ГЕСТАЦІЇ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТАНУ ЕМБРІОНА ТА ЕКСТРАЕМБІОНАЛЬНИХ СТРУКТУР

Проблема втрати вагітності в ранні терміни залишається однією із самих актуальних в сучасному акушерстві.

Метою нашого дослідження було вивчення стану ембріона та екстраембріональних структур при кровотечах, які не пов'язані з відшаруванням хоріону в I триместрі гестації.

Матеріал і методи дослідження. Були обстежені 34 пацієнтки в терміні гестації 6-9 тижнів, у яких кровотеча була обумовлена відшаруванням децидуальної оболонки «вільної» зони ендометрію, яка незайнята плідним яйцем. При ультразвуковому дослідженні оцінювали стан ембріона та екстраембріональних структур.

Результати дослідження показали, що патологічних змін з боку ембріона, жовточного мішка, жовтого тіла та хоріону при даній патології не виявлено.

Висновки. При кровотечах не пов'язаних з відшаруванням хоріону в ранні терміни гестації терапією вибору є призначення антифібринолітичних препаратів без застосування гормонів.

Ключові слова: ранні терміни гестації, корекція кровотеч, стан ембріона та екстраембріональних структур.

Проблема втрати вагітності в ранні терміни залишається однією із самих актуальних в сучасному акушерстві [6]. За даними рада авторів, частота невиношування в I триместрі гестації складає 50% [4, 8]. Такий симптом загрози переривання вагітності як кровотеча є найбільш небезпечним саме на ранніх термінах вагітності, коли відбувається інвазія трофобласта та починається формування плаценти. Даний симптом може бути пов'язаний з різними причинами, зокрема низьким розташуванням і передлежанням плаценти, відшаруванням хоріону без утворення та з утворенням ретрохоріальної гематоми, формуванням позаамніотичної гематоми, децидуальною реакцією пустої порожнини при вадах розвитку матки тощо [7].

Нашу особливу увагу привертають кровотечі в ранніх термінах вагітності з так званої «вільної» зони ендометрію, яка незайнята плідним яйцем. В процесі імплантації та на ранніх етапах розвитку плідне яйце займає лише частину і тільки з 14-16 тижня виповнює всю порожнину матки. У «вільному» ендометрії також відбуваються децидуальні перетворення характерні для вагітності, гіперплазований ендометрій може некротезуватися

та відшаровуватися, що призводить до появи кров'янистих виділень [5]. Хоча ці процесами безпосередньо на плідне яйце не впливають, кров, яка накопичується в порожнині матки, сприяє підвищенню тонуусу міометрію. В свою чергу, надмірна збудливість матки порушує процесами інвазії трофобласта, формування матково-плацентарного кровотоку, що негативно впливає на подальший перебіг вагітності [2, 3].

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Вивчення стану ембріона та екстраембріональних структур при кровотечах, які не пов'язані з відшаруванням хоріону в I триместрі гестації.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ОБСТЕЖЕННЯ

Були обстежені 34 пацієнтки в терміні гестації 6-9 тижнів (основна група) з кров'янистими виділеннями із статевих шляхів, у яких при первинному ультразвуковому обстеженні не було діагностовано відшарування хоріону. Критерієм виключення з дослідження були: вагітність, що настала після допоміжних репродуктивних технологій, багатоплідна вагітність, аномалії розвитку жіночих статевих

органів, наявність вроджених аномалій плода, передлежання хоріону, важка екстрагенітальна патологія, гіперандрогенія яєчникового і наднирничкового генезу.

Визначення гестаційного терміну проводилось по даті останньої менструації.

Всі вагітні були скеровані в стаціонар з діагнозом загроза абортів з кровотечею. При поступленні в стаціонар пацієнтки основної групи скаржились на кров'янисті виділення із статевих шляхів незначної інтенсивності. У 73,2% вагітних відмічалися тягучі болі по низу черева та відчуття дискомфорту, які, як правило, з'являлися після появи кров'янистих виділень. По даних ультразвукового дослідження підвищення тону м'язів міометрію в основній групі було констатовано в 82,4% випадків, відшарування хоріону не було знайдено в жодному випадку. Контрольну групу склали 30 жінок з неускладненим перебігом I триместру гестації.

Середній вік вагітних основної групи становив $25,3 \pm 3,1$ рока, контрольної групи $26,4 \pm 4,3$ рока.

Всім жінкам було проведено стандартне клініко-лабораторне обстеження. При ультразвуковому дослідженні оцінювали куприково-тім'яний розмір (КТР) ембріона, середньо внутрішній діаметр жовточного мішка, об'єм жовтого тіла та його васкуляризацію, особливості будови стінок матки. При трансвагінальному ультразвуковому дослідженні за допомогою спеціальної трьохмірної програми VOCAL проводився підрахунок об'єму хоріону, оцінка його судинної системи. Для статистичної обробки використовували комп'ютерні програми Microsoft Excel 2012 і Statistica.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

При аналізі соматичного анамнезу, медико-соціальних характеристик достовірних розбіжностей в групах порівняння не виявлено. Частота зустрічаємості хронічного пієлонефриту, хронічного гастриту, артеріальної гіпертензії, хронічного тонзиліту в досліджених групах була відмічена в рівному відсотку випадків.

Проведені дослідження показали, що 67,6% пацієнтів основної групи були повторно вагітні, першородячі становили – 52,9%. Серед пацієток контрольної групи першовагітних було 24 (80%), повторно вагітних – 6

(20%), при чому попередня вагітність і пологи в усіх жінок були фізіологічними.

Аналіз менструального анамнезу встановив, що середній вік настання менархе в групах був відповідно $13,2 \pm 1,2$ року та $13,9 \pm 1,3$ року, час становлення менструального циклу в основній групі в середньому складав 0,8 року, в контрольній групі 1,0 року. За тривалістю місячних та об'єму крові, що втрачається, достовірної різниці між групами не встановлено. В дослідженій групі частіше зустрічалось порушення менструального циклу – 11,8% (4 пацієнтки), в контрольній групі цей показник був 6,7% (2 жінок). За віком початку статевого життя групи також були репрезентативними. Діагноз первинного непліддя в основній групі був верифікований у 2 (5,9%) пацієток, в контролі вагітність у всіх обстежених настала протягом року при невикористанні контрацептивних засобів. Серед жінок основної групи 9 (26,5%) в анамнезі мали запальні захворювання репродуктивних органів, в контрольній групі цей показник становив 23,3% (7 жінок). Ерозія шийки матки була діагностована в обох групах пацієток приблизно з однаковою частотою 17,6% (6 пацієток) і 20% (6 жінок) відповідно. Ендометріоз, пухлинні захворювання матки та додатків в обстежених групах не були діагностовані.

При лабораторному обстеженні вагітних обох груп, як з боку загального аналізу крові, так і коагулограми патологічних зсувів не виявлено.

Основною ехографічною ознакою, яка супроводжує фізіологічний перебіг вагітності в I триместрі є візуалізація ембріона в середині плідного яйця. Куприково-тім'яний розмір залишається основним орієнтиром для оцінки гестаційного віку в ранні терміни гестації. При проведенні біометрії ембріона в групах досліджених нами було виявлено, що відставання КТР від терміну вагітності більше 7 днів спостерігалось у 2 (5,9%) жінок основної групи та 1 (3,3%) вагітної контрольної групи.

При дослідженні жовточного мішка встановлено, що середньо-внутрішній його діаметр у жінок з кровотечею в I триместрі гестації без відшарування хоріону достовірно не відрізнявся від розмірів в контрольній групі, відповідно $4,3 \pm 0,9$ мм та $4,4 \pm 1,0$ мм ($p > 0,05$).

З метою визначення прогностично неблагоприятних маркерів розвитку вагітності в I триместрі у пацієток з кровотечею нами був

також визначений об'єм жовтого тіла та проведена оцінка його васкуляризації. Ехографічна картина жовтого тіла представлена однокамерним утворенням округлої форми, стінка якого чітко візуалізувалася у всіх спостерігаємих пацієнток. Об'єм жовтого тіла в досліджуваних групах суттєво не відрізнявся, а саме в основній групі він становив $4,8 \pm 0,8$ см³, в контролі $5,1 \pm 0,65$ см³, $p > 0,05$. При оцінці васкуляризації жовтого тіла у пацієнток з кров'янистими виділеннями в I триместрі гестації без відшарування хоріону встановлено, що індекс резистентності (ІР) артерії жовтого тіла дорівнював $0,55 \pm 0,04$, в контролі даний показник був $0,48 \pm 0,08$, пульсаційні індекси (ПІ) артерії жовтого тіла також були майже однаковими відповідно $0,71 \pm 0,03$ та $0,68 \pm 0,04$ ($p > 0,05$). При вивченні кровотока в яєчникових артеріях не встановлено достовірних розбіжностей у показниках пацієнток основної та групи жінок з фізіологічною вагітністю, так ІР яєчничкової артерії в основній групі становив $0,42 \pm 0,1$, в контролі – $0,41 \pm 0,08$, пульсаційний індекс яєчничкової артерії відповідно $0,1 \pm 0,04$ та $0,99 \pm 0,06$ ($p > 0,05$).

Таким чином, проведені дослідження показали, що прогностичні маркери неблагоприємного розвитку ембріона на ранніх стадіях вагітності при кровотечах не пов'язаних з відшаруванням хоріону нами не виявлені. Все вище означене дає можливість коригувати кровотечі, використовуючи лише симптоматичну терапію, виключаючи гормональні засоби.

З метою гемостазу вагітним основної групи призначались препарати транексамової кислоти по 0,25 мг 3-4 рази на день протягом 3 днів. Транексам – антифібринолітичний засіб, здатний блокувати не тільки плазминоген, але і плазмин, що вже утворився. Він також стимулює синтез колагену, завдяки якому збільшується еластичність фібринового згортку.

Вагітні обох груп отримували також вітамін Е по 1 капсулі в день, препарати магнію Магнікум по 1 таблетці 3 рази на день, фолієва кислота по 400 мкг на добу.

Оцінюючи клінічні ознаки перебігу захворювання в динаміці лікування, слід відмітити, що гемостаз в основній групі був досягнутий в середньому на $2,3 \pm 0,7$ день.

Больовий синдром був купований в основній групі на першу добу у 11 (32,4%) вагітних, відповідно на другий день у 20 (58,8%) вагітних, на третій день у 27 (79,4%) випад-

ках. За даними ультразвукового дослідження на п'ятий день у всіх вагітних були відсутні ознаки підвищеного тону мати, що, в свою чергу, забезпечує фізіологічну плацентацию, яка пов'язана з трансформацією спіральних артерій, їх ділятацією, формуванням трофобластичних «пробок», які перекривають просвіт цих судин і поступово зникаючи до 12 тижня вагітності обумовлюючи своєчасний початок маткового кровотоку у міжворсинчатому просторі плаценти [1].

Ефективність проведеного лікування оцінювали не тільки за клінічними даними. Так, при ехографічному дослідженні в 12-14 тижнів після проведеної терапії, патології плодів в обох групах виявлено не було, а їх розвиток відповідав гестаційному терміну. Випереджуючий ріст провізорних органів є запорукою подальшого неускладненого перебігу гестаційного періоду, у зв'язку з цим, після проведеного лікування нами визначений об'єм хоріону у жінок досліджуваних груп. В основній групі даний показник становив $58,08 \pm 3,4$ см³, в контролі він сягав $62,1 \pm 3,6$ см³ ($p > 0,05$). Індекс васкуляризації в досліджених групах також не виявив достовірної різниці, відповідно $12,3 \pm 1,7$ та $13,4 \pm 1,2$ ($p > 0,05$).

Таким чином, у жінок з кровотечами в I триместрі гестації не пов'язаними з відшаруванням хоріону, в наслідок проведеної гемостатичної терапії, стан екстраембріональних структур цілком відповідав нормативам фізіологічної вагітності.

ВИСНОВКИ:

1. Проведені дослідження показали, що при кровотечах в ранні терміни гестації склад та об'єм коригуючої гемостатичної терапії повинен бути тісно пов'язаний з верифікацією стану ембріона та екстраембріональних структур.
2. При нормальних показниках КТР, розмірах жовточного мішка, жовтого тіла та його васкуляризації гемостатичною терапією вибору є призначення антифібринолітичних препаратів без застосування гормонів.
3. При кровотечах не пов'язаних з відшаруванням хоріону в ранні терміни гестації, використання Транексаму забезпечує швидкий стовідсотковий гемостаз, що, в свою чергу, сприяє нормалізації тону мати та фізіологічному перебігу плацентации.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Александрова Н.В. Ранние этапы становления системы мать-плацента-плод / Н.В. Александрова, О.Р. Баев // Акушерство и гинекология. – 2001. – № 8. – С 4-10.
2. Клинико-лабораторная и ультразвуковая оценка, тактика ведения беременности при различных формах патологии хориона в I триместре / П.А. Кирющенков, Д.М. Белоусов, О.С. Александрина, М.С. Алексеева // Акушерство и гинекология. – 2010. – № 1. – С. 19-23.
3. Милованов А.П. Цитотрофобластическая инвазия – ключевой механизм развития нормальной и осложненной беременности / А.П. Милованов, А.К. Кириченко. – Красноярск, 2009.
4. Ранние сроки беременности / под ред. В.Е. Радзинского, А.А. Оразмурадова. - [изд. 2-е, испр. и доп.]. - Медиабюро Статус презенс, 2009. – 448 с.
5. Сидельникова В.М. Гемостаз и беременность / В.М. Сидельникова, П.А. Кирющенков. – М., 2004. – С. 179-187.
6. Сидельникова В.М. Невынашивание беременности. Руководство / В.М. Сидельникова, Г.Т. Сухих. – М.: МИА, 2011. – 536 с.
7. Стрижаков А.Н. Потеря беременности / А.Н. Стрижаков, И.В. Игнатко – М., 2007. – С. 145-146.
8. Hill J.A. Maternal immunological aspects of pregnancy success and failure / J.A. Hill, B.C. Choi // J. Reprod. Fertil. – 2000. – Vol. 55. – P. 91-97.

Отримано 4.04.2017

РЕЗЮМЕ

КОРРЕКЦІЯ КРОВОТЕЧЕНЬ В РАННІЕ СРОКИ ГЕСТАЦІЇ В ЗАВИСИМОСТІ ОТ СОСТОЯННЯ ЭМБРИОНА И ЭКСТРАЕМБИОНАЛЬНЫХ СТРУКТУР

КРАВЧЕНКО Е.В.

Проблема потери беременности в ранние сроки остается одной из самых актуальных в современном акушерстве.

Целью нашего исследования было изучение состояния эмбриона и экстраэмбриональных структур при кровотечениях, которые не связаны с отслойкой хориона в I триместре беременности.

Материал и методы исследования. Были обследованы 34 пациентки в сроке гестации 6-9 недель, у которых кровотечение было обусловлено отслойкой децидуальной оболочки «свободной» зоны эндометрия, не занятой

плодным яйцом. При ультразвуковом исследовании оценивали состояние эмбриона и экстраэмбриональных структур.

Результаты исследования показали, что патологических изменений со стороны эмбриона, желточного мешка, желтого тела и хориона при данной патологии не выявлено.

Выводы. При кровотечениях не связанных с отслойкой хориона в ранние сроки беременности терапией выбора является назначение антифибринолитических препаратов без применения гормонов.

Ключевые слова: ранние сроки гестации, коррекция кровотечений, состояние эмбриона и экстраэмбриональных структур.

SUMMARY

CORRECTION OF BLEEDING IN THE EARLY STAGES OF GESTATION DEPENDING ON THE STATUS OF THE EMBRYO AND EXTREMELY STRUCTURES

KRAVCHENKO O.V.

The problem of loss of pregnancy in early terms remains one of the most important in modern obstetrics.

The aim of our study was to investigate the status of the embryo and extraembryonic structures for bleeding that is not associated with the detachment of the chorion in the first trimester of gestation.

Material and methods. Were examined 34 patients in the gestational age 6-9 weeks, in which the bleeding was due to the detachment of decidua «free» zone of the endometrium, which unoccupied fertile egg. Ultrasound examination assessed the condition of the embryo and extraembryonic structures.

The results of the study showed that the pathological changes in the embryo, yolk-bag, yellow body and chorion in this pathology it is not revealed. Conclusions. If bleeding is not associated with the detachment of the chorion in the early stages of gestation treatment of choice is the appointment of antifibrinolytic drugs without the use of hormones.

Key words: early gestation, correction of bleeding, condition of the embryo and extraembryonic structures.