



Південна  
Фундація  
Медицини

**МІЖНАРОДНА  
НАУКОВО-ПРАКТИЧНА  
КОНФЕРЕНЦІЯ**

**«МІСЦЕ ТА РОЛЬ  
МЕДИЦИНИ В ХХІ СТ.»**

**м. Одеса, 30-31 березня 2012**

**Одеса 2012**

2. Васильев В.В. Хирургическая реабилитация больных с временными колостомами: автореф. диссерт. к.мед.н.: спец. 14.00.27 «Хирургия» / Васильев В.В.- С-Петербург, 2008. - 21с.
3. Гордійчук П.І. Об'єм невідкладного хірургічного втручання при обтураційній товстокишкової непрохідності / Гордійчук П.І. // Збірн. наук. праць співроб. КМАПО ім. П.Л. Шупика. – Київ. – 2001. – Випуск 10. (Том 3). – С.351-357.
4. Гюльмамедов Ф.И. Выбор метода восстановления кишечной непрерывности после операции Гартмана / Гюльмамедов Ф.И., Полуниин Г.Е., Макиенко Е.Г. - Український журнал хірургії. - 2009. - № 2. - С. - 53-54.
5. Качество жизни больных, оперированных по поводу рака толстой кишки / [Пойда А.И., Мельник В.М., Заверный Л.Г., Абу Шамсия Р.Н.].- Клиническая онкология, специальный выпуск I.- 2011.-С.47-52.
6. Косован В.М. Місце та роль ентеро- і колостомії в структурі екстрених хірургічних втручань на товстій кишці / Косован В.М. - Харків.медична школа.-2010.-№6.-С.15-19.
7. Реконструктивно-восстановительные операции после обструктивных резекций толстой кишки / [Бондарь Г.В., Башеев В.Х., Думанский Ю.В. и др.]; Новоутворення.-№3-4.-С.85-91.

**Кравченко О. В.**

*д. мед. н., професор*

**Ясніковська С. М.**

*к. мед. н., доцент*

*Буковинського державного медичного університету  
м. Чернівці, Україна*

#### **ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ПЕРВИННОЇ ПЛАЦЕНТАРНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ПРИ КРОВОТЕЧІ В РАННІХ ТЕРМІНАХ ВАГІТНОСТІ**

В сучасному акушерстві та перинатології актуальними є питання, пов'язані з гестаційними ускладненнями, в основі яких є порушення фізіологічної взаємодії між материнським, плацентарним і плодовим компонентами фетоплацентарної системи. Розвиток плацентарної дисфункції (ПД), обумовлений морфофункціональними змінами в плаценті, супроводжується дистресом плода, затримкою росту та розвитку плода і є одною із основних причин перинатальної захворюваності та смертності (20% випадків перинатальної смертності безпосередньо пов'язано з патологією плаценти). Частота ПД коливається від 20 до 50% в залежності від факторів, які обтяжують вагітність [1, с. 227-229; 3, 159с.].

Прогностично несприятливими в плані розвитку первинної плацентарної дисфункції (ППД) є такі ознаки як низька імплантація плодового яйця; відставання його розмірів від гестаційного терміну; нечітка візуалізація ембріона; наявність ділянок відшарування хоріону, які, як правило визначаються на малих термінах вагітності та супроводжують загрозу її переривання [2, 23с.].

Метою роботи було удосконалення способу лікування первинної дисфункції плаценти у жінок з кровотечею на малих термінах вагітності для попередження прогресування ПД та зниження рівня ускладнень в перинатальному та ранньому неонатальному періодах.

Вагітним при загрозі переривання вагітності з кровотечею в I триместрі, зумовленою передлежанням хоріону призначали гемостатичну терапію (транексам 200-500 мг в/в 2-3 рази на добу; або діцинон чи амбен 2,0 в/м або в таблетках). При наростанні тромбофілічних порушень: антикоагулянти (клексан 0,2 мл 1 – 2 рази на день) та антиагреганти (тромбоасс по 1 табл. 2- 3 рази на день чи курантіл 1 табл. 2 – 3 рази на день під контролем агрегації тромбоцитів).

Вагітним при загрозі переривання вагітності з кровотечею в I триместрі, зумовленою відшаруванням хоріону рекомендували гемостатичну терапію (транексам 200-500 мг в/в 2-3 рази на добу; діцинон 2,0 в/м або в таблетках). При організації гематоми - ензимотерапію: вобензим 3 драже 3 рази в день 2 тижні під контролем УЗД. При наростанні тромбофілічних ускладнень - антикоагулянти та антиагреганти, як зазначено вище.

Ефективність запропонованого методу лікування ППІД нами проаналізовано у 24 жінок з кровотечею в I триместрі вагітності (основна група). Контрольну групу склали 26 жінок з невиношуванням в малих термінах, які отримували загальноприйнятту терапію. Групи були статистично однорідними.

Дослідження, проведені після лікування, переконливо показали, що у вагітних основної групи значно раніше спостерігалось покращення стану, про що свідчило зниження у 90,6% пацієнток симптомів загрози переривання вагітності. Негативних ефектів від запропонованої терапії в жодному випадку не спостерігалось. Слід відмітити позитивну динаміку у лікуванні загрози переривання вагітності, затримки внутрішньоутробного розвитку плода (ЗВУР), частота яких знизилась і склала відповідно 18,8% та 3,1% проти 25,7% та 5,2% відповідно у контрольній групі ( $p < 0,05$ ). Подальші спостереження за вагітними показали, що під впливом запропонованої терапії у пацієнток основної групи значно менше виявлялися УЗ-ознаки плацентарної дисфункції (9,5% проти 47,8%,  $p < 0,05$ ), покращилися кардіотокографічні показники серцебиття плоду, які свідчили про зменшення, а в деяких випадках – зникнення хронічної внутрішньоутробної гіпоксії плоду. Частота народження дітей у стані асфіксії була в 2,6 разів меншою у порівнянні із такою у групі контролю. До того ж протікання періоду адаптації у 97,1% новонароджених було фізіологічним.

На основі виявлених позитивних ефектів запропонованої нами комплексної терапії можна зробити висновок, що метод є високоефективним і економічно вигідним методом лікування, в якого немає побічних ефектів. В результаті використання запропонованого нами комплексу знижується відсоток ускладнень під час вагітності, частота народження дітей у стані асфіксії, а протікання періоду адаптації у переважній більшості новонароджених стає фізіологічним.

#### Література:

1. Беседін В.М., Дорошенко-Кравчик М.В. Стан гормональної функції плаценти у немолодих першородячих. Можливості комплексної терапії фетоплацентарної недостатності // Вісник наукових досліджень. — № 2. 2004 року. — С. 227 — 229.
2. Венцківський Б.М., Запорожан В.М., Заболотна А.В., Москаленко Т.Я., Сенчук А.Я., Тітов О.В. Діагностика та лікування плацентарної недостатності.- Методичні рекомендації.- Київ, 2004.- 23с.
3. Филиппов О.С. Плацентарная недостаточность. Москва: «МЕД пресс-информ». - 2009. - С.159.