



ЗБІРНИК  
НАУКОВИХ ПРАЦЬ

Асоціації  
акушерів-гінекологів  
України

**Перспективи подальших досліджень.** В умовах підвищеної захворюваності на туберкульоз серед жінок репродуктивного віку проблема порушення репродуктивної функції потребує поглибленого вивчення із застосуванням новітніх методів діагностики.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Глазкова И. В. Факторы риска развития туберкулеза у женщин репродуктивного возраста / И. В. Глазкова, Е. Н. Волкова, Л. Ф. Молчанова // Туберкулез и болезни легких. – 2010. – №4. – С. 14–17.
2. Запорожан В. М. Репродуктивне здоров'я жінок в умовах епідемії туберкульозу / В. М. Запорожан, С. П. Польова, Ю. І. Бажора // Журн. акад. мед. наук України. – 2007. – Т. 13, № 4. – С. 734–742.
3. Жученко О. Г., Радзинский В. В. Репродуктивное здоровье женщин с легочным и урогенитальным туберкулезом // Проблемы туберкулеза и заболевания легких. – 2004. – № 7. – С. 58–62.
4. Олейник А. Н., Баринев В. С. Активный туберкулез женских половых органов с вовлечением в процесс брюшины // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2003. – № 10. – С. 42–43.
5. Кочорова М. Н., Семеновский А. В., Олейник А. Н. Клиническая картина генитального туберкулеза при различных формах возбудителя // Пробл. туберкулеза. – 2002. – № 6. – С. 42–45.
6. Скопин М. С., Батыров Ф. А., Корнилова З. Х. Распространенность туберкулеза органов брюшной полости и особенности его выявления // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2007. – № 1. – С. 22–26.

## РЕАБІЛІТАЦІЯ РЕПРОДУКТИВНОЇ ФУНКЦІЇ У ЖІНОК ПІСЛЯ ВИКИДНЯ, ЩО НЕ ВІДБУВСЯ

*Карлійчук Є. С., Кравченко О. В.*

**м. Чернівці**

Серед багаточисельних аспектів невиношування вагітності одне з провідних місць займає викидень, що не відбувся. В останні роки частота викидня, що не відбувся, серед всіх мимовільних викиднів в ранніх термінах збільшилась з 10–20% до 45–88,6% в останні роки [1, 4]. На жаль, на даному етапі розвитку репродуктології не вдається зупинити цей «спалах». Тому особливе значення набуває доклінічна діагностика порушень розвитку вагітності, розробка

комплексних диференційованих засобів відновлення репродуктивної функції [2, 3, 5].

**Мета** нашої роботи полягала в зниженні рівня репродуктивних втрат, ускладнень вагітності та пологів шляхом розробки диференційованої прегравідарної підготовки, а також комплексної корекції первинної хоріо-трофобластичної дисфункції у жінок з викиднем, що не відбувся в анамнезі.

**Матеріали та методи.** Під спостереженням були 60 жінок з викиднем, що не відбувся. Усім жінкам в післяабортному періоді проводилась антибіотикотерапія протягом 5–7 днів. Ускладнень в даному періоді в жодної пацієнтки не було.

**Результати досліджень та їх обговорення.** Менструальний цикл у всіх жінок відновлювався протягом 1 місяця. Після виписки зі стаціонару, жінки досліджуваної групи були обстежені на наявність сексуально-трансмисивної інфекції, всім проводилось медико-генетичне консультування, патології не виявлено. З метою нормалізації гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи, відновлення гормонорецепції пошкодженого ендометрія проводилась гормонокоригуюча терапія. (КОКи, які використовуються з першого циклу після переривання вагітності не менше 6 місяців).

Протягом 6 місяців подружжя пара застерігалась від настання вагітності. Прегравідарна підготовка проводилась шляхом нормалізації режиму праці та відпочинку; харчування збагачене білком рослинного походження.

Усі 60 жінок пройшли гормональне обстеження, яке показало, що у 17 жінок (28,33 %) виявлено недостатність лютеїнової фази (НЛФ). У 14 жінок (23,33 %) виявлена гіперандрогенія. Цим жінкам до прегравідарної підготовки був включений відповідно дуфастон за схемою по 10 мг 2 рази на добу з 16-го по 25-й день менструального циклу та дексаметазон по 0,125–0,5 мг на добу. У 29 жінок (48,34%) патології гормональної системи виявлено не було.

У 36 (60%) жінок з 60 після викидня, що не відбувся, вагітність настала через 7–12 місяців. У 24 (40%) пацієнток через 13–16 місяців. Всі жінки групи ризику щодо виникнення викидня, що не відбувся, (60 жінок) при настанні наступної вагітності розділені на дві підгрупи: основна група (n=30) та група контролю (n=30). У 30 жінок контрольної групи здійснювалось диспансерне спостереження відповідно до наказу МОЗ України № 582 від 15.12.2003 року. Пацієнткам основної групи (n=30) після настання вагітності обов'язково проводилось УЗД з 5–6 тижнів гестації. При верифікації діагнозу вагітність та відсутності анембріонії призначали наступну терапію: Дидрогестерон 20 мг/добу. Хоріонічний гонадотропін для підтримки функції жовтого тіла вводили по 2000 МО 1 раз в три дні до 11–12 тижнів вагітності. Терапію проводили до завершення періоду плацентації (16 тижнів вагітності). До складу комплексної терапії також входили: Екстракт гінкго білоба, МАГНЕ-В6, фолієва кислота, токоферолу ацетат (вітамін Е). Зазначену терапію проводили відповідно курсами по 14 днів курсами (2-3 курси) з 5–6 по 16 тиждень вагітності. Ультразвуковий контроль лікування проводився в скринінгові терміни

(9–11) за умови відсутності клініки загрози викидня. При появі клініки загрози викидня одразу проводилося УЗД. У 24 (40%) вагітних з викиднем, що не відбувся в анамнезі відмічались болі низом живота, у 8 (13,33%) спостерігались кров'янисті виділення зі статевих шляхів, у 28 (46,67%) вагітність перебігала фізіологічно.

Вагітні основної групи були проліковані за запропонованою нами методикою, яка включала в себе: при діагностиці відшарування хоріону (3,33%), доза дуфастону збільшувалась до 40 мг/добу і призначали гемостатичну терапію (Транексам по 200–500 мг 2–3 рази на добу; дицинон 2,0 в/м або в таблетках). З метою скорішого розсмоктування та організації гематоми призначали – ензимотерапію: вобензим 3 драже 3 рази на добу 2 тижні та антиагреганти (курантил по 1 таблетці 3 рази на добу під контролем рівня агрегації тромбоцитів) з наступним контролем УЗД.

Результати дослідження показали, що запропонована терапія у жінок групи ризику щодо виникнення викидня, що не відбувся є обґрунтованою та ефективною. Для оцінки ефективності запропонованої терапії нами проаналізований перебіг вагітностей в ранні та пізні терміни гестації в досліджуваних групах.

Отримані результати свідчать, що в досліджуваній групі рівень загрозливого абортів без кров'янистих виділень достовірно менший. Значно рідше (в 6 разів) спостерігався загрозливий аборт з кров'янистими виділеннями. В контрольній групі репродуктивні втрати склали 3 викидні (10%). Всі 100% вагітностей в основній групі збережені.

В основній групі загроза передчасних пологів відмічалася в 2 рази рідше. Значно меншою була і частота помірною багатоводдя (6,66%). В два рази рідше у жінок, що отримували запропоновану терапію була діагностовано дисфункція плаценти (33,3%), майже в чотири рази меншою була і частота дистресу плода під час вагітності (10,0%). У жінок контрольної групи в 16,7% спостерігалась затримка розвитку плода, чого зовсім не було відмічено в основній групі. В досліджуваній групі 29 (96,66%) дітей народились з оцінкою по шкалі Apgar 7–9 балів, лише 1 дитина (3,33%) була оцінена при народженні – 5–6 балів. Щодо контрольної групи цей відсоток достовірно більший – 3 дітей (10%). Середня маса новонароджених в основній групі була  $3520 \pm 30$ , в контрольній групі –  $3110 \pm 10$ , ( $p < 0,005$ ). Аналіз особливостей перебігу пологів в досліджуваній групі показав, що всі пологи були терміновими, в контрольній групі термінові пологи склали (76,7%). Передчасних пологів в основній групі не спостерігалось, в контролі цей показник склав – 13,3%. Достовірно вищим в досліджуваній групі був рівень фізіологічних пологів, майже в два рази рідше зустрічались аномалії пологової діяльності, гіпотонічні кровотечі та в 3 рази меншим був показник дистресу плода в пологах.

#### **Висновок.**

Таким чином, комплекс запропонованих заходів, спрямований на реабілітацію репродуктивної функції у жінок з викиднем, що не відбувся в анамнезі, на основі диференційованої прегравідарної підготовки, а також комплексної корекції

гормональної, антиоксидантної систем та системи гемостазу в ранні терміни гестації, дозволив значно зменшити розвиток дисфункції плаценти, дистресу плода та затримки розвитку плода, а також знизити рівень репродуктивних втрат, ускладнень вагітності та пологів.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Венцківський Б. М. Нові аспекти патогенезу, лікування та профілактики невиношування вагітності / Б. М. Венцківський, Л. А. Жабіцька // Здоровье женщины – 2005. – № 2. – С. 10–12.
2. Подольський В. В. Невиношування вагітності. Роздуми про вирішення проблеми / В. В. Подольський, С. П. Писарєва, І. І. Воробйова // Здоровье женщины № 2, 2009. С. 97–102.
3. Радзинский В. Е. Неразвивающаяся беременность / В. Е. Радзинский, В. И. Димитрова, И. Ю. Майскова // Москва. – «Гэотар-Медиа», 2009.
4. Greenland H. Medical treatment of miscarriage in a district general hospital is safe and effective up to 12 weeks of gestation / H. Greenland, I.Ogunbiyi., G.Bugg // Curr. Med. Res. Opin. – 2003. – Vol. 19. – № 8. – P. 699–701.
5. Lee R. H. Recurrent pregnancy loss: summary and clinical recommendations / R. H. Lee, R. H. Silver // Semin. Reprod. Med. – 2000. – Vol. 18, N 4. – P. 433–440.

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПУЗЫРНОГО ЗАНОСА

*Квашенко В. П., Овсяник М. А., Бабенко О. М., Черных Т. А.*

г. Донецк

Проблемы, связанные с пузырным заносом, стоят в центре внимания ученых и клиницистов всего мира, так как данная патология связана с беременностью и возникает у женщин преимущественно молодого репродуктивного возраста [1, 2, 7]. По данным ВОЗ, в среднем на 1000 родов приходится один пузырный занос, и приблизительно у 2 из 100 000 женщин вслед за родами и в той же пропорции после абортотворения возникает хорионкарцинома [3]. Актуальность проблемы определяется и агрессивностью течения злокачественных форм заболевания [4, 5], а также неблагоприятностью прогноза для больных, имеющих метастазы в легкие (смертность достигает 50 % и более) и головной мозг (90 %) [7].

**Цель исследования.** Провести сравнительную характеристику методов лечения пузырного заноса, включающих острый кюретаж и мануальную вакуум-аспирацию.