

Здоровье женщины

№2 (118) '2017

ЖУРНАЛ ВЫХОДИТ
С ФЕВРАЛЯ 1998 ГОДА

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ



ISSN 1992-5921

ДИСТАНЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ:
ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
МНОГОПЛОДНОЙ
БЕРЕМЕННОСТИ 11

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЙ РАЗРЫВ
ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК: НОВЫЕ
ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ
И ВОЗМОЖНЫЙ ПАТОГЕНЕЗ
ИХ РЕАЛИЗАЦИИ 26

РОЛЬ ЗАКОНОДАТЕЛЬНОГО
ОРГАНА УКРАИНЫ ОТНОСИТЕЛЬНО
МОНИТОРИНГА ГОСУДАРСТВЕННЫХ
ПРОГРАММ В ОБЛАСТИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ 33

ДЕКОМПЕНСИРОВАННАЯ
ПЛАЦЕНТАРНАЯ ДИСФУНКЦИЯ:
ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА
РОДОРАЗРЕШЕНИЯ 66

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ
ТРАВМ МОЧЕТОЧНИКА
ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ
ОПЕРАЦИЯХ 83

ЖЕНСКОЕ БЕСПЛОДИЕ
ТРУБНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ 126



МАГНЕ-В₆

Коли нам
двом
потрібен
магній

Препарат МАГНЕ-В₆
допомагає
нормалізувати
вміст магнію
в організмі¹

Спосіб застосування та дози¹.

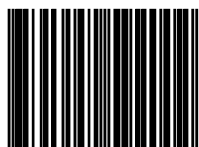
Дорослі: 6–8 таблеток на добу за 2–3 прийоми під час їди.
Максимальна добова доза — 8 таблеток на добу.

¹Інструкція для медичного застосування препарату МАГНЕ-В₆, таблетки, вкриті оболонкою.
Наказ МОЗ України № 787 від 28.07.2016. РЛ UA/5476/02/01.

Реклама лікарського засобу для розміщення у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів,
а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики.
ТОВ «Санofi-Авентіс Україна», Київ, 01033, вул. Жилинська, 4Б–50а, тел.: +38 (044) 354 20 00, факс: +38 (044) 354 20 01, www.sanofi.ua
SACIA/MCP/16.03.0151a



SANOFI



9 771992 592002 >

Корекція кровотеч в ранні терміни гестації залежно від стану ембріона та екстраембріональних структур

О.В. Кравченко

ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Мета дослідження: вивчення стану ембріона та екстраембріональних структур при кровотечах, які не пов'язані з відшаруванням хоріона у I триместрі гестації.

Матеріали та методи. Були обстежені 34 пацієнтки в терміні гестації 6–9 тиж (основна група) з кров'янистими виділеннями зі статевих шляхів, у яких при первинному ультразвуковому обстеженні не виявлено відшарування хоріона. У контрольну групу увійшли 30 жінок з неускладненим перебігом I триместра гестації. Середній вік вагітних основної групи становив $25,3 \pm 3,1$ року, контрольної групи – $26,4 \pm 4,3$ року. Усім жінкам було проведено стандартне клініко-лабораторне обстеження.

Результати. Проведені дослідження засвідчили, що прогностичні маркери несприятливого розвитку ембріона на ранніх стадіях вагітності при кровотечах, не пов'язаних з відшаруванням хоріона, не виявлені. З метою гемостазу вагітним основної групи призначали препарати транексамової кислоти по 0,25 мг 3–4 рази на день протягом 3 днів. Транексам – антифібринолітичний засіб, здатний блокувати не тільки плазміноген, але і плазмін, що вже утворився. Він також стимулює синтез колагену, завдяки якому збільшується еластичність фібринового згустку. Вагітні обох груп отримували також вітамін Е по 1 капсулі на день, препарати магнію Магнікум по 1 таблетці 3 рази на день, фолієву кислоту по 400 мкг на добу. Оцінюючи клінічні ознаки перебігу захворювання в динаміці лікування, слід відзначити, що гемостаз в основній групі був досягнутий у середньому через $2,3 \pm 0,7$ доби.

Заключення. При кровотечах в ранні терміни гестації, не пов'язаних з відшаруванням хоріона, використання Транексаму забезпечує швидкий стовідсотковий гемостаз, що, у свою чергу, сприяє нормалізації тону мати та фізіологічному перебігу плацентарної гестації.

Ключові слова: кровотечі в ранні терміни вагітності, відшарування хоріона, гемостаз, гемостатична терапія, Транексам.

Проблема втрати вагітності в ранні терміни залишається однією із самих актуальних в сучасному акушерстві [6]. За даними низки авторів, частота невиношування у I триместрі гестації становить 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 із різними причинами, зокрема низьким розташуванням і передлежанням плаценти, відшаруванням хоріона без утворення та з утворенням ретрохоріальної гематоми, формуванням позаамніотичної гематоми, децидуальною реакцією маткової порожнини у разі вад розвитку мати тощо [7].

Особливу увагу привертають кровотечі в ранніх термінах вагітності з так званої вільної зони ендометрія, яка не зайнята плодовим яйцем. У процесі імплантації та на ранніх етапах розвитку плодове яйце займає лише частину і

тільки з 14–16-го тижня виповнює всю порожнину мати. У «вільному» ендометрії також відбуваються децидуальні перетворення, характерні для вагітності, гіперплазований ендометрій може некротизуватися та відшаровуватися, що призводить до появи кров'янистих виділень [5]. Хоча ці процеси безпосередньо на плодове яйце не впливають, кров, яка накопичується у порожнині мати, зумовлює підвищення тону міометрія. У свою чергу, надмірна збудливість мати порушує процеси 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 хоріона у I триместрі гестації.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Були обстежені 34 пацієнтки в терміні гестації 6–9 тиж (основна група) з кров'янистими виділеннями зі статевих шляхів, у яких при первинному ультразвуковому обстеженні не виявлено відшарування хоріона. Критерієм виключення з дослідження були: вагітність, що настала після допоміжних репродуктивних технологій, багатоплідна вагітність, аномалії розвитку жіночих статевих органів, наявність вроджених аномалій плода, передлежання хоріона, важка екстрагенітальна патологія, гіперандрогенія яєчникового і надниркового генезу.

Визначення гестаційного терміну проводили за датою останньої менструації.

Усі вагітні були направлені у стаціонар з діагнозом «загроза абортів з кровотечею». Під час госпіталізації у стаціонар пацієнтки основної групи скаржились на кров'яністі виділення зі статевих шляхів незначної інтенсивності. У 73,2% вагітних відзначено тягнучий біль унизу живота та відчуття дискомфорту, які, як правило, з'являлись після появи кров'янистих виділень. За даними ультразвукового дослідження підвищення тону міометрія в основній групі було констатовано у 82,4% випадків, відшарування хоріона не було зафіксовано в жодному випадку. У контрольну групу увійшли 30 жінок з неускладненим перебігом I триместра гестації.

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

Усім жінкам було проведено стандартне клініко-лабораторне обстеження. Під час ультразвукового дослідження оцінювали куприково-тім'яний розмір (КТР) ембріона, середньовнутрішній діаметр жовткового мішка, об'єм жовткового тіла та його васкуляризацію, особливості будови стінок мати. Під час трансвагінального ультразвукового дослідження за допомогою спеціальної трьохмірної програми VOCAL проводили підрахунок об'єму хоріона, оцінювання його судинної системи.

Для статистичного оброблення використовували комп'ютерні програми Microsoft Excel 2012 і Statistica.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ
ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Під час аналізу соматичного анамнезу та медико-соціальних характеристик достовірних розбіжностей у групах порівняння не виявлено. Частоту зустрічальності хронічного пієлонефриту, хронічного гастриту, артеріальної гіпертензії, хронічного тонзиліту у досліджуваних групах було відзначено у рівному відсотку випадків.

Проведені дослідження засвідчили, що 67,6% пацієнток основної групи були повторновагітні, першовагітні становили 52,9%. Серед пацієнток контрольної групи першовагітних було 24 (80%), повторновагітних – 6 (20%), причому попередня вагітність і пологи в усіх жінок були фізіологічними.

Аналіз менструального анамнезу встановив, що середній вік настання менархе у 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 становив 0,8 року, у контрольній групі – 1,0 року. За тривалістю менструації та об'ємом крові, що втрачається, достовірної різниці між групами не встановлено. В основній групі частіше виявляли порушення менструального циклу – в 11,8% (4 пацієнтки), у контрольній групі цей показник становив 6,7% (2 жінки).

За віком початку статевого життя групи також були репрезентативними. Діагноз первинної безплідності в основній групі був верифікований у 2 (5,9%) пацієнток, у контрольній групі 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, у контрольній групі цей показник становив 23,3% (7 жінок). Ерозія шийки матки була діагностована в обох групах пацієнток приблизно з однаковою частотою – 17,6% (6 пацієнток) і 20% (6 жінок) відповідно. Ендометріозу, пухлинних захворювань матки та придатків в обстежених групах діагностовано не було.

Під час лабораторного дослідження у загальному аналізі крові та в коагулограмі вагітних обох груп патологічних зсувів не виявлено.

Основною ехографічною ознакою, яка супроводжує фізіологічний перебіг вагітності у I триместрі, є візуалізація ембріона у середині плодового яйця. КТР залишається основним орієнтиром для оцінювання гестаційного віку у ранні терміни вагітності. Під час проведеної біометрії ембріона у групах дослідження 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.

Під час дослідження жовточного мішка встановлено, що його середньовнутрішній діаметр у жінок з кровотечею у I триместрі гестації без відшарування хоріона достовірно не відрізнявся від його розмірів у контрольній групі – відповідно $4,3 \pm 0,9$ мм та $4,4 \pm 1,0$ мм ($p > 0,05$).

З метою визначення прогностично несприятливих маркерів розвитку вагітності у I триместрі у пацієнток з кровотечею був також визначений об'єм жовтого тіла та проведено оцінювання його васкуляризації. Ехографічна картина жовтого тіла представлена однокамерним утворенням округлої форми, стінка якого чітко візуалізувалася у всіх обстежених пацієнток. Об'єм жовтого тіла у групах дослідження суттєво не відрізнявся, а саме – в основній групі він становив $4,8 \pm 0,8$ см³, у контролі – $5,1 \pm 0,65$ см³ ($p > 0,05$). Під час оцінювання васкуляризації жовтого тіла у пацієнток з кров'янистими виділеннями у I триместрі гестації без відшарування хоріона встановлено, що індекс резистентності (ІР) артерії жовтого тіла дорівнював $0,55 \pm 0,04$, у 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 кровотоку у яєчникових ар-

теріях не встановлено достовірних розбіжностей у показниках пацієнток основної групи та жінок з фізіологічною вагітністю. Так, ІР яєчникової артерії в основній групі становив $0,42 \pm 0,1$, у контролі – $0,41 \pm 0,08$, ПІ яєчникової артерії – відповідно $0,1 \pm 0,04$ та $0,99 \pm 0,06$ ($p > 0,05$).

Отже, проведені дослідження засвідчили, що прогностичні маркери несприятливого розвитку ембріона на ранніх стадіях вагітності при кровотечах, не пов'язаних з відшаруванням хоріона, не виявлені. Усе, означене вище, дає можливість коригувати кровотечі, використовуючи лише симптоматичну терапію, виключаючи гормональні засоби.

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

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

Оцінюючи клінічні ознаки перебігу захворювання в динаміці лікування, слід відзначити, що гемостаз в основній групі був досягнутий у середньому через $2,3 \pm 0,7$ доби.

Больовий синдром був купірований в основній групі на першу добу в 11 (32,4%) вагітних, відповідно на другий день – у 20 (58,8%) вагітних, на третій день – у 27 (79,4%) вагітних. За даними ультразвукового дослідження на п'ятий день у всіх вагітних були відсутні ознаки підвищеного тонуусу матки, що, у свою чергу, забезпечує фізіологічну плацентацію, яка пов'язана з трансформацією спіральних артерій, їхньою дилатацією, формуванням трофобластичних «пробок», які перекривають просвіт цих судин, поступово зникаючи до 12-го тижня вагітності і зумовлюючи своєчасний початок маткового кровотоку у міжворсинчастому просторі плаценти [1].

Ефективність проведеного лікування оцінювали не тільки за клінічними даними. Так, при екографічному дослідженні у 12–14 тиж після проведеної терапії патології плодів в обох групах виявлено не було, а їхній розвиток відповідав гестаційному терміну. Випереджувальне збільшення провізорних органів є запорукою подальшого неускладненого перебігу гестаційного періоду. У зв'язку з цим після проведеного лікування нами був визначений об'єм хоріона у жінок досліджуваних груп. В основній групі даний показник становив $58,08 \pm 3,4$ см³, у контролі – $62,1 \pm 3,6$ см³ ($p > 0,05$). Щодо індексу васкуляризації, то в обох групах дослідження також не виявлено його достовірної різниці – відповідно $12,3 \pm 1,7$ та $13,4 \pm 1,2$ ($p > 0,05$).

Отже, у жінок з кровотечею у I триместрі гестації, не пов'язаною з відшаруванням хоріона, внаслідок проведеної гемостатичної терапії стан екстраембріональних структур цілком відповідав нормативам фізіологічної вагітності.

ВИСНОВКИ

1. Проведені дослідження засвідчили, що при кровотечах в ранні терміни гестації склад та об'єм коригувальної гемостатичної терапії повинен бути тісно пов'язаний з верифікацією стану ембріона та екстраембріональних структур.

2. За нормальних показників КТР, розмірів жовточного мішка, жовтого тіла та його васкуляризації гемостатичною терапією вибору є призначення антифібринолітичних препаратів без застосування гормонів.

3. При кровотечах в ранні терміни гестації, не пов'язаних з відшаруванням хоріона, використання Транексаму забезпечує швидкий стовідсотковий гемостаз, що, у свою чергу, сприяє нормалізації тонуусу матки та фізіологічному перебігу плацентації.

Коррекция кровотечений в ранние сроки гестации в зависимости от состояния эмбриона и экстраэмбриональных структур
Е.В. Кравченко

Цель исследования: изучение состояния эмбриона и экстраэмбриональных структур при кровотечениях, не связанных с отслоением хориона в I триместре гестации.

Материалы и методы. Были обследованы 34 пациентки в сроке гестации 6–9 нед (основная группа) с кровянистыми выделениями из половых путей, у которых при первичном ультразвуковом обследовании не обнаружено отслоения хориона. В контрольную группу вошли 30 женщин с неосложненным течением I триместра гестации. Средний возраст беременных основной группы составил $25,3 \pm 3,1$ года, контрольной группы – $26,4 \pm 4,3$ года. Всем женщинам было проведено стандартное клинико-лабораторное обследование.

Результаты. Проведенные исследования показали, что прогностические маркеры неблагоприятного развития эмбриона на ранних стадиях беременности при кровотечениях, не связанных с отслоением хориона, не обнаружены. С целью гемостаза беременным основной группы назначали препараты транексамовой кислоты по 0,25 мг 3–4 раза в день в течение 3 дней. Транексам – антифибринолитическое средство, способное блокировать не только плазминоген, но и образовавшийся плазмин. Он также стимулирует синтез коллагена, благодаря которому увеличивается эластичность фибринового сгустка. Беременные обеих групп получали также витамин Е по 1 капсуле в день, препараты магния Магниту по 1 таблетке 3 раза в день, фолиевую кислоту по 400 мкг в сутки. Оценивая клинические признаки течения заболевания в динамике лечения, следует отметить, что гемостаз в основной группе был достигнут в среднем через $2,3 \pm 0,7$ сут.

Заключение. При кровотечениях в ранние сроки гестации, не связанных с отслоением хориона, использование Транексама обеспечивает быстрый стопроцентный гемостаз, что, в свою очередь, способствует нормализации тонуса матки и физиологическому течению плацентации.

Ключевые слова: кровотечения в ранние сроки беременности, отслойка хориона, гемостаз, гемостатическая терапия, Транексам.

Correction of bleeding in the early stages of gestation depending on the status of the embryo and extraembryonic structures
E.V. Kravchenko

The objective: the study of 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.

Patients and methods. Were examined 34 patients in the gestational age 6-9 weeks (main group) with bleeding from the genital tract, in which, at the primary ultrasonic inspection revealed no detachment of the chorion. The control group included 30 women with uncomplicated course And trimester of gestation. The average age of the pregnant women of the main group was 25.3 ± 3.1 years in the control group 26.4 ± 4.3 years. All women underwent standard clinical and laboratory examination.

Results. Studies have shown that prognostic markers of unfavorable development of the embryo in the early stages of pregnancy bleeding not related to chorion detachment was not detected. For the purpose of hemostasis in pregnant of the main group of prescribed drugs tranexsamic acid 0.25 mg 3-4 times a day for 3 days. Tranexsam – antifibrinolytic tool is able to block not only plasminogen, and plasmin that has already formed. It also stimulates the synthesis of collagen, through which increases the elasticity of the fibrin clot. Pregnant women in both groups received vitamin E 1 capsule per day magnesium products, Magnicum 1 tablet 3 times a day, folic acid 400 micrograms per day. Assessing clinical signs of disease in dynamics of treatment, it should be noted that the hemostasis in the main group was achieved in an average of 2.3 ± 0.7 days.

Conclusion. Bleeding in early gestation, not connected with the detachment of the chorion, the use of Tranexsam provides fast absolute hemostasis, which in turn contributes to the normalization of tone of the uterus and the physiological course of placentation.

Key words: bleeding in early pregnancy, the chorion detachment, hemostasis, hemostatic therapy, Tranexsam.

Сведения об авторе

Кравченко Елена Викторовна – Буковинский государственный медицинский университет, 58002, г. Черновцы, Театральная площадь, 2; тел.: (0372) 58-58-40

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. Кирющенко, Д.М. Белоусов, О.С. Александрова, 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. Кирющенко. – 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.

Статья поступила в редакцию 20.03.17