

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 (38) 2016

Київ
ТОВ "Видавництво "ЮСТОН"
2016

Засновники:
НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
імені П.Л.ШУПИКА
(НМАПО імені П.Л.ШУПИКА)

ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ «АСОЦІАЦІЯ АКУШЕРІВ - ГІНЕКОЛОГІВ УКРАЇНИ»
(ГО «ААГУ»)

- Головні редактори** – Запорожан В.М., академік НАМН України, д.мед.н., професор, Президент ГО «Асоціація акушерів-гінекологів України», ректор Одеського національного медичного університету
Вороненко Ю.В., академік НАМН України, д.мед.н., професор, ректор Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика,
- Заст.головного редактора** – Камінський В.В., чл.-кор. НАМН України, д.мед.н., професор, головний позаштатний спеціаліст із акушерства та гінекології МОЗ України, Голова виконавчого комітету ГО «ААГУ», завідувач кафедри акушерства, гінекології та репродуктології НМАПО імені П.Л.Шупика
- Відповідальний науковий редактор** – Борис О.М., д.м.н., професор, керівник організаційно-наукового комітету ГО «Асоціація акушерів-гінекологів України»
- Відповідальний секретар** – Коломійченко Т.В., к.т.н., відповідальний секретар виконавчого комітету ГО «ААГУ», старший науковий співробітник НДЦ НМАПО імені П.Л.Шупика

НАУКОВІ КОНСУЛЬТАНТИ

- Антипкін Ю.Г., академік НАМН України, д.мед.н., професор
Венцківський Б.М., чл.-кор. НАМН України, д.мед.н., професор
Резніков О.Г., академік НАМН України, чл.-кор. НАН України, д.мед.н., професор
Вдовиченко Ю.П., чл.-кор. НАМН України, д.мед.н., професор
Татарчук Т.Ф., чл.-кор. НАМН України, д.мед.н., професор
Чайка В.К., чл.-кор. НАМН України, д.мед.н., професор
Маркін Л.Б., чл.-кор. НАМН України, д.мед.н., професор
Дубініна В.Г., д.мед.н., професор.
Подольський В. В., д.мед.н., професор.
Медведь В.І., чл.-кор. НАМН України, д.мед.н., професор.
Горovenko Н.Г., чл.-кор. НАМН України, д.мед.н., професор.

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Авраменко Т.В., Бенюк В.О., Бойчук А.В., Булавенко О.В., Венцківська І.Б., Вовк І.Б., Галіч С.Р., Геряк С.М., Гладчук І.З., Гнатко О.П., Говсеєв Д.О., Голяновський О.В., Горбунова О.В., Гордієнко І.Ю., Грищенко М.Г., Грищенко О.В., Давидова Ю.В., Дронова В.Л., Дубосарська З.М., Дубосарська Ю.О., Дубчак А.Є., Жабченко І.А., Жилка Н.Я., Железна Г.О., Жук С.І., Занько С.М., Зелінський О.О., Квашенко В.П., Корнацька А.Г., Лакатош В.П., Лук'янчук О.В., Макаренко М.Б., Моїсеєнко Р.О., Нагорний О.Є., Назаренко Л.Г., Носенко О.М., Паращук Ю.С., Педаченко Н.Ю., Пирогова В.І., Потапов В.О., Резніченко Г.І., Рожковська Н.М., Романенко Т.Г., Ромащенко О.В., Савченко С.Є., Свінціцький В.С., Сенчук А.Я., Скрипченко Н.Я., Суслікова Л.В., Суханова А.А., Ткаченко А.В., Ткаченко Р.О., Товстановська В.О., Туманова Л.Є., Ципкун А.Г., Шатилович К.Л., Щербина М.О., Юзько О.М., Яроцький М.Є.

ВЕГЕТАТИВНІ І НЕЙРОЕНДОКРИННІ НАРУШЕННЯ У ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГІЕЙ ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРІОДА ДУБОССАРСКАЯ З.М., НАГОРНЮК В.Т.	177
КЛІНІКОГОРМОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ОВАРІАЛЬНИЙ РЕЗЕРВ У ЖІНОК З ДОБРОЯКІСНИМИ УТВОРЕННЯМИ ЯЄЧНИКІВ ДУБОССАРСЬКА Ю.О., ПУЗІЙ О.М., ГУБАР І.О.	183
РОЛЬ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ ТА ДЕЯКИХ МІКРОЕЛЕМЕНТІВ У РОЗВИТКУ ІСТМІКОЦЕРВІКАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ЖАВЧЕНКО І.А., ОЛЕСЬКО В.Ф., МАГОМЕДОВ О.М.	188
РОЛЬ ОПЕРАТИВНОГО РОЗРОДЖЕННЯ В ПРАКТИЦІ СУЧАСНОГО РЕГІОНАЛЬНОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРУ ЖЕЛЕЗОВ Д.М.	193
КЕСАРЕВО СЕЧЕННЯ І МАССИВНІ АКУШЕРСЬКІ КРОВОТЕЧЕННЯ ЗАБОЛОТНОВ В.А., ШАТИЛО В.Й., РЫБАЛКА А.Н., АНИКИН С.С.	198
НАШ ДОСВІД ПРОВЕДЕННЯ ЗАПЛІДНЕННЯ ІН ВІТРО (ЗІВ) У ПАЦІЄНТОК З НИЗЬКИМ ОВАРІАЛЬНИМ РЕЗЕРВОМ ЗАХАРЕНКО І.Л., СЕЙЛОВА А.І., ГРИЦЕНКО Г.С.	202
РОЛЬ ПОРУШЕНЬ МІКРОБІОЦЕНОЗУ КИШКІВНИКА У ВИНИКНЕННІ АКУШЕРСЬКИХ І ПЕРИНАТАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ІНДУКОВАНІЙ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК З ПЕЧІНКОВИМИ РОЗЛАДАМИ ТА МОЖЛИВОСТІ ЇХ КОРЕКЦІЇ КАМІНСЬКИЙ В.В., КОЛОМІЙЧЕНКО Т.В., БОЙЧУК О.Г.	208
СЕЛЕКТИВНІ МОДУЛЯТОРИ ПРОГЕСТЕРОНОВИХ РЕЦЕПТОРОВ КАК АЛЬТЕРНАТИВА ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ МИОМЫ МАТКИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) КАМИНСКИЙ В.В., ПРОКОПОВИЧ Е.В.	216
ВИКОРИСТАННЯ «ХОЛОДНОЇ» ПЛАЗМИ В ЛІКУВАННІ ЦЕРВІКАЛЬНОЇ ІНТРАЕПІТЕЛІАЛЬНОЇ НЕОПЛАЗІЇ, АСОЦІЙОВАНОЇ З ВПЛИВІНФЕКЦІЄЮ КАШТАЛЬЯН Н.М.	224
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВЫСОКОДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫХ ТИРЕОИДНЫХ КАРЦИНОМ У БЕРЕМЕННЫХ КОВАЛЕНКО А.Е., МЕДВЕДЬ В.И., ТАРАЩЕНКО Ю.Н., ЯНЮТА С.Н.	228
РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я ЖІНОК З ЛЕЙОМІОМОЮ МАТКИ НА ТЛІ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ МАЛОГО ТАЗА КОРНАЦЬКА А.Г., ВОВК І.Б., ЧУБЕЙ Г.В.	234
ОСОБЕННОСТИ АНАМНЕЗА ПРИ ПАТОЛОГИИ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВОЗРАСТА КОРНИЕНКО С.М.	240
КЛІНІКОПАТОГЕНЕТИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ПРОФІЛАКТИКИ АКУШЕРСЬКИХ УСКЛАДНЕНЬ У ВАГІТНИХ З ВАРИКОЗНОЮ ХВОРОБОЮ КОРНИЄЦЬ Н.Г., КРАВЦОВА Ю.А.	245
ДВА ЕТАПИ ВІДНОВЛЮВАЛЬНОЇ ВАГІНАЛЬНОЇ ХИРУРГІЇ ПРИ СТРЕСОВОМУ НЕТРИМАННІ СЕЧІ З ПОЗИЦІЇ ІНТЕГРАЛЬНОЇ ТЕОРІЇ КОРОВАЙ В.І., ТАНЬКО О.П., ЧЕРНЯК О.Л., САМОЙЛОВА М.В.	249
ПРОФІЛАКТИКА УСКЛАДНЕНЬ ГЕСТАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ У ВАГІТНИХ З НИЗЬКИМ РОЗМІЩЕННЯМ ПЛАЦЕНТИ КРАВЧЕНКО О.В.	253
ПЛОД В МОЧЕВОМ ПУЗЫРЕ – РЕДКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПУЗЫРНО-МАТОЧНОГО СВИЩА ЛЕСОВОЙ В.Н., ПАРАЩУК Ю.С., ЩУКИН Д.В., САФОНОВА И.Н., САФОНОВ Р.А., ДИДЕНКОВА К.В.	257
РІВЕНЬ ПРОЛАКТИНУ У ЖІНОК З ПОРУШЕННЯМИ МЕНСТРУАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ НА ТЛІ ХРОНІЧНИХ ГЕПАТИТІВ ЛИМАР Л.С., ВДОВИЧЕНКО Ю.П., МАЛАНЧИН І.М., ЛИМАР Н.А., КУЧМА З.М.	262

Обоснована оптимизация ведения послеоперационного периода.

Выводы. Установление вагинальным доступом трансобтураторного субуретрального slingа является эффективным методом лечения стрессового недержания мочи. Использование на этапе послеоперационного ведения препарата, содержащего хлоргексидина бигликонат и декспантенол, способствует лучшей регенерации раневой поверхности и восстановлению физиологического микробного пейзажа.

Ключевые слова: стрессовое недержание мочи, интегральная теория, трансобтураторный субуретральный sling, послеоперационное ведение.

SUMMARY

TWO STAGES OF STRESS-INDUCED URINE INCONTINENCE VAGINAL SURGERY FROM THE INTEGRAL THEORY POINT OF VIEW.

KOROVAY V.I., TANKO O.P., CHERNIAK O.L.,
SAMOYLOVA M.V.

In the abstract contemporary solution of well-spread gynecological problem is represented: urine incontinence combined with pelvic floor dysfunction in women of perimenopausal age.

Material and methods. Clinical, bacterioscopic, bacteriological, fluid cytology, transperi-

neal sonographic investigation, statistical methods.

Results. On the basis of modern clinic and diagnostic tests application it was shown the algorithm of diagnosis making in this pathology, it were analyzed the causes of stress-induced urine incontinence development and variety of clinical features of the disease. It was proved high diagnostic value of transperineal sonographic investigation. Authors showed, that transobturator suburethral sling setting following the principles of integral theory is minimally invasive effective surgery of stress-induced urine incontinence. The work shows that in combination of stress-induced urine incontinence with genital prolapses TVT-technic with plastic vaginal surgery (i.e. anterior colporrhaphy, colpoperineorrhaphy with levator plastics) is effective. Optimization of postsurgical treatment is substantiated.

Conclusions. Vaginal placement of transobturator suburethral sling is an effective treatment of stress-induced urine incontinence. Use in postsurgical treatment of dexpanthenol and chlorhexidine bigluconate helps to shorten the healing term, contributes to fast regeneration of wound surface and renewal of physiological microbe picture.

Keywords: stress-induced urine incontinence, integral theory, transobturator suburethral sling, postsurgical treatment.

УДК 618.3-06-084:618.36-007.4

КРАВЧЕНКО О.В.

Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

ПРОФІЛАКТИКА УСКЛАДНЕНЬ ГЕСТАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ У ВАГІТНИХ З НИЗЬКИМ РОЗМІЩЕННЯМ ПЛАЦЕНТИ

Досить висока частота низької плацентації (в I триместрі – 24%, в II – 40%, в III – 7,7%), а також рівень ускладнень (невиношування, плацентарна дисфункція, СЗРП) спонукають вчених до поглибленого вивчення даної патології. Метою дослідження є розробка нових методів профілактики ускладнень гестаційному періоду при аномальному розміщенні плаценти. Матеріали та методи дослідження. Обстежено 64 вагітних з низькою плацентацією. 34 вагітним (основна група) з метою профілактики ускладнень гестаційного періоду були призначені гестаген Лютеїна та венотонік Нормовен. Контрольну групу склали 30 пацієнток, ведення вагітності у яких було відповідно до наказу №417 МОЗ України. Результати дослідження та їх обговорення. Використання мікронізованого прогестерону Лютеїна та венотоніка Нормовен у вагітних з низькою плацентацією сприяє зростанню об'єму хоріону, інтенсивності кровотоку в його паренхімі в 1,3 раза в ранні терміни гестації, що забезпечує адекватне формування плацентарно-маткового кровотоку та знижує рівень ускладнень гестаційного періоду в 1,2 раза. Висновки. Доведена ефективність запропонованої профілактики гестаційних ускладнень у вагітних з низькою плацентацією

Ключові слова: профілактика, ускладнення гестаційного періоду, низька плацентація.

В останні часи всебічну увагу акушерів-гінекологів привертають питання аномального розміщення плаценти, зокрема

низької плацентації. Досить висока частота даної патології в I триместрі – 24%, в II – 40%, в III – 7,7%, а також рівень усклад-

нень, які обумовлює низька плацентажія (невиношування, плацентарна дисфункція, СЗРП) спонукають вчених до поглибленого вивчення даної патології [1].

Різна частота зустрічаємості розташування плаценти під час вагітності пов'язана з тим, що в процесі прогресування вагітності плацента зміщується відносно внутрішнього вічка. «Міграція» плаценти обумовлена як морфо-функціональною перебудовою міометрію, так і особливостями будови і функції плаценти, яка з метою компенсації потреб плода «росте» з менш забезпеченої кровотоком частини матки до більш васкуляризованої, в результаті чого спостерігається атрофія в нижній і активний розвиток в верхній частині плаценти [2]. З тією ж метою відбувається і безперервний розвиток капілярів резорбційних ворсин з деяким збільшенням їх кількості і наближенням до трофобласту, що сприяє збільшенню площі обмінної поверхні між кров'ю матері і плода, наближаючи потоки материнської і фетальної крові [3]. Однак, плацента потоншуючись росте не тільки в ширину, але і при недостатньому кровопостачанні – в глибину. Ріст плаценти в глибину може призводити до вrostання чи проростання ворсин плаценти в стінку матки.

Найбільш напруженими періодами розвитку та функціонування плаценти є наступні критичні терміни вагітності: 10-14 тижнів – період активного формування майбутньої плаценти; 24-28 тижнів – період уповільнення інтенсивності росту плаценти по відношенню до інтенсивності росту плода; 30-35 тижнів – період виражених гемодинамічних порушень пов'язаних зі зменшенням площі взаємодії між організмами матері і плода [4].

Метою дослідження є розробка нових методів профілактики ускладнень гестаційного періоду при аномальному розміщенні плаценти.

Матеріали та методи дослідження

Нами обстежено 64 вагітних з низькою плацентажією в I триместрі гестації. Діагноз низької плацентажії встановлювався в 7-8 тижнів на підставі ехографічного дослідження. З числа обстежених були виключені пацієнтки у яких даний діагноз не підтверджувався при I та II ультразвуковому скринінгу.

При першому ультразвуковому скринінгу, крім рутинного обстеження плода

додатково з використанням спеціальної трьохмірної програми VOCAL проводився підрахунок об'єму хоріону, а також оцінювалась його судинна система на основі визначення індексу васкуляризації (VI) та індексу кровотоку (FI) [5, 6].

Всі вагітні з низькою плацентажією були поділені на 2 групи: 34 вагітних (основна група), яким була проведена профілактика ускладнень вагітності і 30 жінок (контрольна група) ведення вагітності у яких було відповідно до наказу №417 МОЗ України.

Результати дослідження та їх обговорення

Всі вагітні були мешканками міста. Групи обстежених пацієнток репрезентативні за віком і соціальним статусом. Першовагітні в основній групі становили 20(58,8%) жінок, в контрольній групі – 14 (46,7%) жінок.

Аналіз акушерсько-гінекологічного анамнезу у жінок з низькою плацентажією показав, що він був обтяжений у 13 (38,2%) вагітних основної групи і 11 (36,7%) контрольної.

Аналіз частоти зустрічаємості екстрагенітальної патології в групах обстежених показав, що майже з однаковою частотою в обох групах зустрічався хронічний пієлонефрит основна – 5,9% (2), контрольна – 6,7% (2), захворювання дихальної системи (відповідно у 2 (5,9%) і 3 (10%) жінок), пролапс мітрального клапана (відповідно у 3 (8,8%) і 1 (3,3%) жінки). Протягом I триместру гестації ніхто з жінок не хворів гострими респіраторними інфекціями.

В процесі прогресування вагітності прискорюється ріст ембріона та плода та зростає навантаження на хоріон та плацентарну систему. Однак, особливості будови судинна система нижнього сегменту матки не можуть повністю задовольнити ці зростаючі потреби. Гіпоксемія, що розвивається активізує скоротливу діяльність матки, що носить захисний характер, сприяючи переміщенню крові в міжворсинчастому просторі. В той же час, підвищення тонуусу збудливості матки може призвести до ішемії міометрію, порушенню зв'язків хоріону з децидуальною оболонкою в подальшому – патології матково-плацентарного кровотоку та відшарування хоріону [7].

Корекція даних порушень тісно пов'язана з етіопатогенезом низької плацентажії.

тації і має бути спрямована, в першу чергу, на нормалізацію скоротливої активності матки, стабілізацію матково-плацентарного кровотоку та мікроциркуляції в міжворсинчастому просторі.

Тому, з метою профілактики ускладнень гестаційного періоду при низькій плацентазії, нами було запропоновано використання мікронізованого прогестерона Лютеїна по 50 мг 3-4 рази на добу сублінгвально, з наступним переходом, після до обстеження, на вагінальні форми застосування по 100 мг 2 рази на добу. Препарат Лютеїна містить прогестерон, ідентичний ендогенному, в невисоких дозах не має антигонадотропного ефекту, сприяє секреторній перебудові ендометрію та повноцінному формуванню плодово-хоріального кровотоку. Дана терапія призначалася з моменту встановлення діагнозу низького розташування хоріону (7-8 тижнів) і продовжувалася до завершення періоду плацентазії (16-17 тижнів). Подальше призначення гестогенів проводилось за показами.

В запропонований комплекс медикаментозних засобів входив також препарат

Нормовен (діюча речовина діосмін 450 мг, гесперидин 50 мг), який має венотонічну та ангіопротекторну дію, він підвищує венотонус, зменшує веностаз, поліпшує мікроциркуляцію, зменшує проникність капілярів і підвищує їх резистентність. Препарат також зменшує взаємодію лейкоцитів та ендотелію, адгезію лейкоцитів у посткапілярних венулах. Нормовен призначався по 1 таблетці 2 рази на добу протягом 1 місяця тричі під час вагітності в критичні періоди розвитку плаценти (10-14 тиж., 24-28 тиж., 30-35 тиж.)

Ефективність застосованої терапії оцінювали за клінічними даними, даними порівняння об'ємів хоріонів та розвитку його судинної системи у вагітних досліджуваних груп в кінці I триместру гестації.

Аналізуючи об'єм хоріону в 13-14 тижнів гестації у жінок з низькою плацентазією, які отримували профілактичну терапію, можна зробити висновок, що даний показник був значно вищим і суттєво відрізнявся від показника контрольної групи вагітних (61,0 см³ і 39,8 см³).

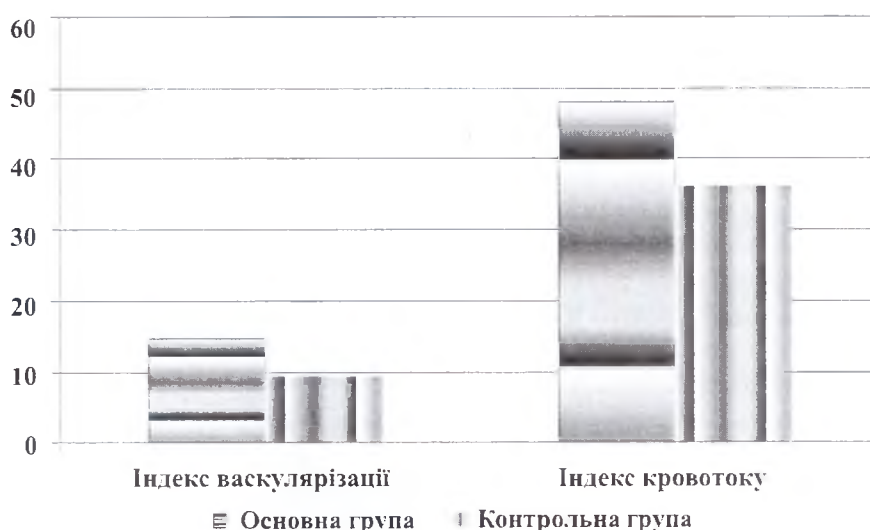


Рис. 1. Показники об'ємного кровотоку в хоріоні при низькій плацентазії в I триместрі вагітності (13-14 тижнів)

Індекс васкуляризації, а саме співвідношення судинного компоненту і паренхіми в даному об'ємі тканини, також був вищим у вагітних основної групи в порівнянні з контрольною (відповідно 14,8 і 9,31). Такі ж тенденції нами встановлені при визначенні індексу кровотоку (відповідно 48,1 та 36,1).

Ефективність запропонованої нами профілактики підтверджувалась і даними клінічних досліджень. Так, ознаки загрози переривання вагітності без кровотечі спостерігались лише у 6 (17,6%) пацієнток основної групи на відміну від контролю, де відповідна клініка була діагностована у 13

(43,3%) жінок. Частота кровотеч у I триместрі гестації у жінок основної групи (5,8%) була також в 3 рази нижча в порівнянні з контролем (23,3%).

Клінічні обстеження в II та III триместрі гестації показали, що загроза переривання вагітності в основній групі в дані терміни була нижчою ніж в контролі, відповідно 8,8% та 20,0%. Кровотечі в другій половині вагітності, які пов'язані з передчасним відшаруванням плаценти в контролі становили 10,0%, у жінок, яким проводилось профілактичне лікування – 3,4%.

Частота передчасних пологів в контрольній групі досягла 13,3%, у жінок основної групи – 3,4%. Слід також відмітити, що всі передчасні пологи в основній групі були в 35-36 тижнів, тоді як в контролі половина дострокового переривання вагітності відбулася в 32-34 тижні.

Звертає на себе увагу також достовірна різниця маси новонароджених у обстежених групах. Так середня маса дітей новонароджених в основній групі склала $3325,3 \pm 82,4$, в контролі $3021,2 \pm 94,1$ ($p < 0,05$).

Аналіз перебігу III та післяпологового періоду показав, що в основній групі у однієї роділі (2,9%) відмічали щільне прикріплення плаценти, в контрольній групі цей показник становив 13,3% (4 роділі). Середня крововтрата в пологах у породіль основної та контрольної групи також різнилась відповідно $221,0 \pm 23,1$; $396,2 \pm 17,2$. Маса плаценти у обстежених основної групи склала $482,3 \pm 22,1$, в контролі – $402,1 \pm 17,8$. Достовірне потоншення плаценти ми також відмічали у роділь контрольної групи. Товщина плаценти в даній групі була $1,7 \pm 0,2$, тоді як в основній групі даний показник дорівнював $3,1 \pm 0,3$ ($p < 0,05$).

Висновки

Висока частота ускладнень гестаційного періоду у жінок з низьким розташуванням плаценти, обумовлює активне ведення вагітності при даній патології.

Використання мікронізованого прогестерону Лютеїна та венотоніка Нормовен у вагітних з низькою плацентацією сприяє зростанню об'єму хоріону, інтенсивності кровотоку в його паренхімі в 1,3 раза в ранні терміни гестації, що забезпечує адекватне формування плацентарно-маткового кровотоку та знижує рівень ускладнень гестаційного періоду в 1,2 раза.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Аномалии расположения плаценты: акушерские и перинатальные аспекты / [В.С. Горин, Р.К. Зайцева, Е.С. Серебренникова и др.] // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2010. - № 6. – С. 26-31
2. Зайцева Р.К. Оптимизация ведения беременности у женщин с аномалиями расположения плаценты: автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук: спец. 14.01.01 «акушерство и гинекология» / Р.К.Зайцева. – Уфа. – 2011.
3. Милованов А.П. Внутриутробное развитие человека / А.П. Милованов, С.В. Савельев // Руководство для врачей. – М.: МДВ, 2006. – 384 с.
4. Сидорова И.С. Клинико-диагностические аспекты ФПН. – М.: МИА, 2005.
5. Титченко Л.И. Трехмерная реконструкция в I триместре беременности / Л.И. Титченко, М.А. Чечнева, Н.В. Жукова // Росс. вестн. акуш.-гинекол. – 2003. - №5. – С. 16-20.
6. Kurjak A. Three-dimensional and power Doppler in the study of angiogenesis / A. Kurjak, S. Kupesic, T. Zoclan // Ultrasound Obstet. Gynecol. -2001.-Vol. Okt. №18 (4).
7. This three-dimensional power Doppler ultrasound useful in the evaluation of placental perfusion in normal and growth restricted pregnancy / [Guiot C., Gaglioti P., Oberto M. et. al.] // Ultrasound in Obstet. and Gynecol. – 2009. – Sep,31(2). – P. 171.

Поступила 21.04.2016

РЕЗЮМЕ

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ГЕСТАЦИОННОГО ПЕРИОДА У БЕРЕМЕННЫХ С НИЗКИМ РАСПОЛОЖЕНИЕМ ПЛАЦЕНТЫ

КРАВЧЕНКО Е.В.

Достаточно высокая частота низкой плацентации (в I триместре - 24%, во II - 40%, в III - 7,7%), а также уровень осложнений (невынашивание, плацентарная дисфункция, СЗРП) побуждают ученых к углубленному изучению данной патологии. Целью исследования является разработка новых методов профилактики осложнений гестационного периода при аномальном расположении плаценты.

Материалы и методы исследования. Обследованы 64 беременные с низкой плацентацией. 34 беременным (основная группа) с целью профилактики осложнений гестационного периода были назначены гестоген Лютеина и венотоник Нормовен. Контрольную группу составили 30

пациенток, ведение беременности у которых соответствовало приказу №417 МОЗ Украины.

Результаты исследования и их обсуждение. Использование микронизированного прогестерона Лютеина и венотоника Нормовен у беременных с низкой плацентацией способствует росту объема хориона, интенсивности кровотока в его паренхиме в 1,3 раза в ранние сроки гестации, что обеспечивает адекватное формирование маточно-плацентарного кровотока и снижает уровень осложнений гестационного периода в 1,2 раза.

Выводы. Доказана эффективность предложенной профилактики гестационных осложнений у беременных с низкой плацентацией

Ключевые слова: профилактика, осложнения гестационного периода, низкая плацентация.

SUMMARY

PREVENTION OF GESTATION COMPLICATIONS IN PREGNANT WOMEN WITH A PLACENTA LOW LOCATION

KRAVCHENKO E. V.

Sufficiently high frequency low placentation (I trimester - 24%, in II - 40%, in the III - 7.7%),

and the rate of complications (miscarriage, placental dysfunction, FGR) encourage scientists in-depth study of this disease. The aim of the research is to develop new methods for preventing complications of gestation in the anomalous location of the placenta.

Materials and methods. We examined 64 pregnant women with low placentation. 34 pregnant women (main group) with the purpose of prophylaxis of complications of pregnancy took gestogen Lutena and venotonic Normaven. The control group consisted of 30 patients, management of pregnancy in which it was according to the order №417, the Ministry of Health of Ukraine.

Results. The use micronized progesterone Lutena and venotonic Normoven in pregnant women with low placentation promotes the growth of villi, the intensity of blood flow in the parenchyma of 1,3 times in the early stages of gestation, which ensures adequate formation of the placental-uterine blood flow and reduces the complications of gestational period in 1,2 times.

Conclusions. The efficiency of the proposed prevention of gestational complications in pregnant women with low placentation

Key words: prevention, complications of gestational period, low placentation.

УДК [618.319-06:[616.62:618.14]-007.253]-039.4-07-089

ЛЕСОВОЙ В.Н.¹, ПАРАШУК Ю.С.¹, ЩУКИН Д.В.¹, САФОНОВА И.Н.⁴,
САФОНОВ Р.А.³, ДИДЕНКОВА К.В.²

¹Харьковский национальный медицинский университет

²КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии
им. В.И. Шаповала»

³КУОЗ «Областная клиническая больница - Центр экстренной медицинской помощи
и медицины катастроф»

⁴Харьковская медицинская академия последипломного образования

Плод в мочевом пузыре – редкое осложнение пузырно-маточного свища

В статье представлено описание клинического случая спонтанной миграции плода в сроке 11 недель беременности из полости матки в просвет мочевого пузыря через длительно существующий пузырно-маточный свищ.

Цель исследования - ознакомление широкого круга врачей акушеров-гинекологов, урологов с редким осложнением пузырно-маточного свища – миграция плода в мочевой пузырь.

Материал и методы исследования. Обследована пациентка с пузырно-маточным свищем и плодом в мочевом пузыре. Произведено хирургическое лечение: лапаротомия, иссечение пузырно-маточного свища, удаление плода из полости мочевого пузыря, ушивание дефекта мочевого пузыря, надвлагалищная ампутация матки с удалением маточных труб с обеих сторон.

Результаты исследования и их обсуждение. Чаще всего пузырно-маточные свищи встречаются у женщин, которые перенесли кесарево сечение. Они сопровождаются характерной клинической картиной, включающей недержание мочи, меноурию и нарушение менструального цикла. Диагноз устанавливают с помощью цистоскопии, рентгенологического исследования, современных методов визуальной диагностики. Редким клиническим наблюдением является миграция плода через свищевой ход в мочевой пузырь. Плод в просвете мочевого пузыря можно выявить при ультразвуковом исследовании и цистоскопии. Лечение в таких случаях – хирургическое.