

Здоровье женщины

ISSN 1992-5921

№2 (118) '2017

ЖУРНАЛ ВЫХОДИТ
С ФЕВРАЛЯ 1998 ГОДА

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

- 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.

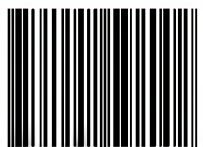
¹ Інструкція для медичного застосування препарату МАГНЕ-В₆, 2, таблетки, шарики облімовані, №12 МОЗ України № 28 від 07.08.16. Р.Н. 164/31875/02.01

Регулює вміст магнію в організмі, нормалізує рівень кальцію в крові, покращує функції серця, нормалізує функції нирок, покращує функції шлунка, покращує функції кишечника, покращує функції печінки, покращує функції підшлункової залози, покращує функції щитовидної залози, покращує функції надниркових залоз, покращує функції гіпофіза, покращує функції гірляди, покращує функції м'язів, покращує функції кісток, покращує функції шкіри, покращує функції волосся, покращує функції нігтів, покращує функції очей, покращує функції вух, покращує функції носа, покращує функції горла, покращує функції гортані, покращує функції трахеї, покращує функції бронхів, покращує функції легень, покращує функції діафрагми, покращує функції ребер, покращує функції грудної клітки, покращує функції живота, покращує функції тазу, покращує функції кінцівок, покращує функції ступнів, покращує функції пальців, покращує функції нігтів, покращує функції волосся, покращує функції шкіри, покращує функції нігтів, покращує функції волосся, покращує функції шкіри.

ТОВ «Санофі-Лабс Україна» Львів, 01018, вул. Жилищна, 48-50а, тел.: +38 (0)66 350 20 00, факс: +38 (066) 310 20 01, www.sanofi.ua
SADA MCR16-01 01516

Mg

SANOFI



9 771992 592002 >

ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ 2 (118)/2017

УЧРЕДИТЕЛИ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
УКРАИНЫ

НАЦИОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
АКАДЕМИЯ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ им. П.Л. Шупика (НМАПО)

ГУ «ИНСТИТУТ ПЕДИАТРИИ, АКУШЕРСТВА
И ГИНЕКОЛОГИИ НАМН УКРАИНЫ»

ГУ «УКРАИНСКИЙ ИНСТИТУТ
СТРАТЕГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ
МЗ УКРАИНЫ»

ЩЕРБИНСКАЯ Е.С.

БАХТИЯРОВА Д.О.

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ И ТЕЛЕФОНЫ РЕДАКЦИИ И ИЗДАТЕЛЕЙ

Украина, 03039, Киев, а/я 36
Тел.: +38(044) 220-15-41, 220-15-43, 498-08-80,
+38(067) 233-75-91
E-mail: office@zdr.kiev.ua

НАШ ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС: 74598

По вопросам подписки или приобретения
обращаться в почтовые отделения связи, в редакцию
или на сайт: www.medexpert.org.ua

Тираж – 5500 экз.

Периодичность издания – 10 номеров в год.
Журнал зарегистрирован в Государственном
комитете информационной политики, телевидения и
радиовещания Украины. Свидетельство о
регистрации КВ №20930-10730ПР от 29.08.2014 г.

*Приказом МОН Украины № 241 от 09.03.2016 журнал
«Здоровье женщины» включен в перечень
специализированных научных изданий Украины в
области медицинских наук. В издании могут быть
опубликованы основные результаты
диссертационных работ.*

*Журнал «Здоровье женщины» реферировается
Институтом проблем регистрации информации
НАН Украины*

*Журнал «Здоровье женщины» включен
в международные наукометрические базы,
а также в реферативную базу данных «Україніка наукова»*

РЕКОМЕНДОВАНО

Ученым советом Национальной медицинской
академии последипломного образования
им. П.Л. Шупика. Протокол № 3 от 15.03.2017 г.

Подписано к печати 31.03.2017 г.

Статьи, публикуемые в журнале
«ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ», – рецензируются.
Ответственность за достоверность фактов
и прочих сведений в публикациях несут авторы.
Ответственность за содержание рекламы, а также за
соответствие приводимых в рекламе сведений требованиям
законодательства несут рекламодатели.
Редакция и издатель не несут ответственности
за достоверность информации, опубликованной
в рекламных материалах.
Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов
публикации.
Перепечатка материалов только с письменного разрешения
редакции. При перепечатке ссылка на журнал
«ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ» обязательна.

Фотовывод и печать

Типография «Аврора-принт»,
г. Киев, ул. Причальная, 5, тел. (044) 550-52-44

© Министерство здравоохранения Украины, 2017
© Национальная медицинская академия
последипломного образования им. П.Л. Шупика, 2017
© ГУ «Институт педиатрии, акушерства и
гинекологии НАМН Украины», 2017
© Щербинская Е.С., 2017
© Бахтиярова Д.О., 2017

НАЦИОНАЛЬНАЯ АКАДЕМИЯ МЕДИЦИНСКИХ НАУК УКРАИНЫ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ

ГУ «ИНСТИТУТ ПЕДИАТРИИ, АКУШЕРСТВА
И ГИНЕКОЛОГИИ НАМН УКРАИНЫ»

НАЦИОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ им. П.Л. Шупика
МЗ УКРАИНЫ

ГУ «УКРАИНСКИЙ ИНСТИТУТ СТРАТЕГИЧЕСКИХ
ИССЛЕДОВАНИЙ МЗ УКРАИНЫ»

ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ ЗДОРОВ'Я ЖІНКИ HEALTH OF WOMAN

Всеукраинский научно-практический журнал

ИЗДАЕТСЯ ПРИ ПОДДЕРЖКЕ НАЦИОНАЛЬНОЙ АКАДЕМИИ
МЕДИЦИНСКИХ НАУК УКРАИНЫ,

АССОЦИАЦИИ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ УКРАИНЫ,

АССОЦИАЦИИ ПЕРИНАТОЛОГОВ УКРАИНЫ,
УКРАИНСКОГО ИНСТИТУТА СЕКСОЛОГИИ И АНДРОЛОГИИ

ГЛАВНЫЙ НАУЧНЫЙ КОНСУЛЬТАНТ

Ю. Г. Антипкин,
академик НАМН Украины, д-р мед. наук,
профессор, директор ГУ «Институт ПАГ
НАМН Украины»

ГЛАВНЫЕ РЕДАКТОРЫ

Ю. П. Вдовиченко,
член-корр. НАМН Украины,
д-р мед. наук, профессор,
Первый проректор НМАПО
им. П.Л. Шупика,
зав. кафедрой акушерства, гинекологии и
перинатологии №1 НМАПО, Президент
Ассоциации перинатологов Украины

Р. А. Моисеенко,
д-р мед. наук, профессор, проректор
по научно-педагогической и лечебной работе
НМАПО им. Шупика

ЗАМ. ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Д. О. Бахтиярова
Е. С. Щербинская,
канд. мед. наук

ЭКСПЕРТНАЯ ГРУППА РЕЦЕНЗЕНТОВ

Н. Г. Гойда, д-р мед. наук, профессор
О. В. Грищенко, д-р мед. наук, профессор
С. И. Жук, д-р мед. наук, профессор
А. Г. Корнацкая, д-р мед. наук, профессор
В. И. Медведь, член-корр. НАМН Украины,
д-р мед. наук, профессор
В. И. Пирогова, д-р мед. наук, профессор

НАУЧНЫЕ КОНСУЛЬТАНТЫ

Б. М. Венцовский, член-корр. НАМН
Украины, д-р мед. наук, профессор
И. И. Горпинченко, д-р мед. наук,
профессор – консультант рубрики
«Женская сексология»
В. В. Подольский, д-р мед. наук, профессор

Научный редактор

А. Е. Дубчак, д-р мед. наук, профессор

ДИРЕКТОР ПО РЕКЛАМЕ

И. Н. Лукавенко

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ

А. А. Попильнюк

РЕКЛАМА

И. В. Арестович

Е. О. Панова

ЛИТЕРАТУРНЫЙ РЕДАКТОР

Н. К. Багдасарян

КОРРЕКТОР

Л. В. Тищенко

ДИЗАЙН И ВЕРСТКА

С. О. Обедникова

Председатель редакционной коллегии

В. В. Каминский

Редакционная коллегия

Т. В. Авраменко

В. А. Бенюк

В. В. Бережной

О. А. Берестовой

В. И. Бойко

Р. Г. Ботчоришвили (Франция)

Г. И. Брехман (Израиль)

Б. М. Венцовский

И. Б. Венцовская

И. Б. Вовк

Ю. В. Вороненко

В. А. Владимиров

Н. И. Геных

И. З. Гладчук

Е. П. Гнатко

О. В. Горбунова

З. М. Дубоссарская

Т. Д. Задорожная

В. Н. Запорожан

С. О. Иванюта

Т. В. Лещева

И. С. Лукьянова

Л. Г. Назаренко

Л. И. Омельченко

С. П. Писарева

В. А. Потاپов

А. Г. Резников

Т. Г. Романенко

О. В. Ромашенко

Н. Н. Рожковская

А. Я. Сенчук

А. И. Соловьев

А. А. Суханова

Т. Ф. Татарчук

Р. А. Ткаченко

В. А. Товстановская

Л. Е. Туманова

А. Г. Цыпкун

Л. И. Чернышова

И. И. Хаща

З. А. Шкиряк-Нижник

Е. Е. Шунько

А. М. Юзько

С. Н. Янюта

Н. Е. Яроцкий

СОДЕРЖАНИЕ 2 (118)/2017

ДИСТАНЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ

Генетичні аспекти багатоплідної вагітності (Клінічна лекція) Л.Г. Назаренко, С.Г. Біляев.....	11
---	----

АКТУАЛЬНЫЕ ТЕМЫ

Передгравідарна підготовка у жінок з дисгормональними порушеннями репродуктивної системи С.І. Жук	17
Корекція кровотеч в ранні терміни гестації залежно від стану ембріона та екстраембріональних структур О.В. Кравченко	22
Передчасний розрив плодових оболонок: нові генетичні чинники та можливий патогенез їхньої реалізації І.В. Венцківська, І.В. Страшко, К.О. Венцівський, О.С. Загородня	26
Эффективность разных протоколов подготовки эндометрия при переносе витрифицированных/ отогретых эмбрионов В.Ю. Паращук, А.С. Луцкий, Н.Г. Грищенко	30
Роль законодавчого органу України щодо моніторингу державних програм у сфері охорони здоров'я Н.Г. Гойда, Ю.П. Вдовиченко, Р.О. Моїсеєнко.....	33

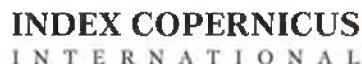
Рекомендації слухань у Комітеті Верховної Ради України з питань охорони здоров'я на тему: «Про виконання Державної програми «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 року та заходи, що вживаються МОЗ України з метою забезпечення охорони репродуктивного здоров'я населення»	36
--	----

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

Новые подходы в комплексной терапии воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин репродуктивного возраста О.В. Грищенко, Т.А. Козуб	41
Асоціації поліморфізмів гена інтерлейкіну-1 зі звичним невиношуванням вагітності після запліднення <i>in vitro</i> у жінок Одеської області України К.П. Головатюк	46
Можливості використання L-аргініну в акушерстві та гінекології для лікування патологій, спричинених ендотеліальною дисфункцією О.М. Гопчук.....	50
Клінічна ефективність місцевого застосування вагінальних супозиторіїв Протекфлазид® у лікуванні цервікальної інтраепітеліальної неоплазії легкого та помірного ступенів, зумовленої вірусом папіломи людини Н.А. Годлевська, А.В. Старовер.....	55

Журнал «Здоровье женщины» индексируется и/или представлен здесь:

- «Библиометрика украинской науки»
- «Научная периодика Украины» (Национальной библиотеки Украины имени В.И. Вернадского)
- Google Scholar
- Copernicus International
- Science Index (eLIBRARY.RU)
- CrossRef (статьям журнала присваивается цифровой идентификатор объекта (DOI))
- INFOBASEINDEX
- ReaserchBib
- SIS
- Directory of Research Journals Indexing (DRJI)
- Open Academic Journals Index (OAJI)
- Bielefeld Academic Search Engine (BASE)
- International Innovative Journal Impact Factor (IIJIF)
- Hinari



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 E 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 тонуусу матки 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 матки тощо [7].

Особливу увагу привертають кровотечі в ранні терміни 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 матки. 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 матки, зумовлює підвищення тонуусу міометрія. У свою чергу, надмірна збудливість матки 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'являлися після появи кров'янистих виділень. За даними ультразвукового дослідження підвищення тонуусу 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 матки. 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 проведена 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 тону мати, що, у свою чергу, забезпечує фізіологічну плацентацию, 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 тону мати та фізіологічному перебігу плацентации.

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±3,1 года, контрольной группы – 26,4±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 Магнικум 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±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 ЛИТЕРАТУРИ

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. Кирющенок, 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. Оразмуродова. – [изд. 2-е, испр. и доп.]. – Медиабюро Статус презенс, 2009. – 448 с.
 5. Сидельникова В.М. Гемостаз и беременность / В.М. Сидельникова, П.А. Кирющенок. – 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