

Conclusions. Early preventive maintenance of cervical cancer is possible with the use of the newest medical technologies for the correction/treatment of pathological vaginal microbiocenosis which strengthen nonspecific resistance, taking into account etiologic role of certain microorganisms in the formation of permanent precancerous pathological microbiocenosis.

Key words: papillomavirus (HPV), vaginal microbiocenosis, bacterial vaginosis, vaginal candidiasis, correction of vaginal microbiocenosis.

Відомості про автора:

Благодатний Володимир Миколайович – к.мед.н., доцент кафедри мікробіології та епідеміології НМАПО імені П.Л.Шупика. Адреса: Київ, вул. Дорогожицька, 9, тел.: (044) 205-49-74.

УДК 618

© КОЛЕКТИВ АВТОРІВ, 2014

О.В.Голяновський, І.М.Іванкова, Г.А.Толстанова

ПОПЕРЕДЖЕННЯ МАСИВНИХ КРОВОТЕЧ ЗА РОЗРОДЖЕННЯ ВАГІТНИХ З ПАТОЛОГІЄЮ ПЛАЦЕНТАЦІЇ

Національна медична академія післядипломної освіти
імені П.Л. Шупика

Вступ. Основною задачею сучасного акушерства продовжує залишатись розробка нових та удосконалення існуючих методів ранньої діагностики, профілактики та лікування акушерських кровотеч.

Мета. Підвищення ефективності профілактики і лікування АК у вагітних з патологією плацентації сучасними методами діагностики та удосконаленням алгоритму розродження, що дозволить зменшити показники материнської захворюваності й смертності.

Методи. Об'єктом дослідження обрані жінки з акушерськими кровотечами у випадку патології плацентації та істинного прирощення плаценти. Нашим завданням було проведення аналізу ефективності та встановлення прогностичної цінності різних методів діагностики патології плацентації для вибору методу та об'єму оперативного втручання.

Результати. В статті представлено актуальність сучасної діагностики патології плацентації із застосуванням УЗД, доплерометрії та магніто-резонансної томографії з метою визначення ступеня істинного прирощення плаценти (pl. accreta/increta/percreta). Запропонований алгоритм дій у разі істинного прирощення плаценти з виконанням кесарева розтину в дні матки, перев'язуванням внутрішніх клубових артерій, проведенням гістеректомії без придатків та застосуванням аргонно-плазмової коагуляції тканин дозволяє мінімізувати інтраопераційну крововтрату, вірогідність післяопераційних ускладнень.

Ключові слова: патологія плацентації, pl. accreta/increta/percreta, передлежання плаценти, масивна акушерська кровотеча, синдром затримки, рост плода.

ВСТУП

Сучасна концепція ведення пологів націлена на створення умов для безпечного материнства та народження не тільки живої, але й здорової дитини. Основним завданням родопомочі є розробка й впровадження заходів, спрямованих на запобігання та корекцію ускладнень пологів, які можуть бути наслідком нераціональної тактики ведення або неадекватної підготовки організму жінки до вагітності та пологів.

АКУШЕРСТВО, ГІНЕКОЛОГІЯ ТА РЕПРОДУКТОЛОГІЯ

Кровотеча під час та після пологів порушує адаптаційні процеси в організмі породіллі, призводить до виникнення ускладнень та прогресування ранніх і віддалених наслідків, що є головною причиною інвалідизації жінки та однією з провідних причин материнської захворюваності та смертності (МС). Аналіз причин МС в Україні за останні 20 років показав, що масивні акушерські кровотечі (МАК) мають тенденцію до зростання і займають одне з перших місць в її структурі. За даними МОЗ України в 2012 році МАК посіли перше місце в структурі всіх зареєстрованих причин МС й склали 28,0%, що підтверджує гостроту й актуальність наукового пошуку та практичного впровадження інноваційних профілактичних і організаційно-лікувальних заходів щодо вирішення даної проблеми. Від геморагічних проблем щорічно помирає близько 140 тисяч жінок у світі, при цьому АК є основною причиною смертності в 20-25% випадків, конкуруючою причиною – в 42% і фоною – до 78% [Кулаков В.І, Серов В.Н., Куликов А.В., 2001].

Особливе місце серед причин акушерських кровотеч, що призводять до МС у ранньому післяпологовому періоді, займає патологія плацентації. Близько 2-4% випадків таких кровотеч пов'язано з атонією матки в післяпологовому періоді, а приблизно 1% виникають при передчасному відшаруванні нормально розташованої плаценти (ПВНПП) та предлежанні плаценти (ПП) - А. З. Хашукоева, 2004). Кожна п'ята акушерська кровотеча зумовлена саме ПП (Саконбат Э., 2008), що супроводжується високим рівнем перинатальної (22%) та материнської смертності (2%-10%) (Медяникова І.В., 2007). Частота аномального прикріплення плаценти складає 1-2% від загальної кількості кровотеч. Водночас патологія плацентації (placenta previa/placenta accreta, placenta percreta) є однією з основних причин життєво-небезпечних масивних кровотеч (45%), а 50% жінок з цією патологією потребують масивної інфузійно-трансфузійної терапії [8]. Кількість випадків неправильної плацентації збільшилась у 10 разів за останні 20 років і на теперішній час спостерігається в 9,3-10% жінок в поєднанні з Placenta previa (передлежання плаценти).

Існує пряма кореляційна залежність патологічного прикріплення плаценти від кількості кесаревих розтинів в анамнезі, що в свою чергу призводить до виникнення масивної кровотечі, а в подальшому в необхідності проведення гістеректомії. У жінок з діагностованою Placenta previa ризик виникнення Placenta accreta збільшується від 5% (без рубця на матці) до 24% (з одним КР в анамнезі) та до 67% у випадку чотирьох і більше оперативних втручань на матці.

Найоптимальнішим і найбільш частим способом лікування таких кровотеч є проведення гістеректомії без придатків матки [11]. Спосіб має суттєві недоліки: плід вилучають через плаценту, а спроба відділити плаценту, що приросла, збільшує об'єм крововтрати та призводить до необхідності проведення масивної інфузійно-трансфузійної терапії із застосуванням препаратів крові, що в свою чергу збільшує кількість ускладнень.

Існуючі на сьогоднішній день різні підходи до лікування та профілактики МАК розроблені недостатньо і потребують удосконалення з прогнозуванням їх розвитку та впровадженням покровокого алгоритму дій у разі даної патології. Тому важливе практичне значення має допологова діагностика патології плацентації та істинного прирощення/пророщення плаценти.

АКУШЕРСТВО, ГІНЕКОЛОГІЯ ТА РЕПРОДУКТОЛОГІЯ

За допомогою сучасних методів діагностики та розродження в разі патології плацентації ми намагалися встановити прогностичну цінність різних методів діагностики патології плацентації (ультразвукове дослідження – УЗД, Доплерографія, магнітно-резонансна томографія – МРТ) та удосконалити алгоритм розродження задля зменшення показника материнської захворюваності та смертності. Розробка нових та удосконалення існуючих методів ранньої діагностики, профілактики та лікування акушерських кровотеч продовжують залишатися основними завданнями сучасного акушерства.

Мета роботи: підвищення ефективності профілактики і лікування АК у вагітних з патологією плацентації сучасними методами діагностики та удосконаленням алгоритму розродження, що дозволить запобігти розвитку масивної крововтрати, забезпечить надійний гемостаз, зменшити післяопераційні ускладнення та термін перебування породіллі в стаціонарі, а отже зменшити показники материнської захворюваності й смертності.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Об'єктом дослідження обрані жінки з АК у випадку патології плацентації та істинного прирощення плаценти. Нашим завданням було проведення аналізу ефективності та встановлення прогностичної цінності різних методів діагностики патології плацентації (УЗД, Доплерографія, МРТ) для вибору методу та об'єму оперативного втручання.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

На клінічних базах кафедри акушерства та гінекології №1 НМАПО імені П.Л.Шупика визначені діагностичні критерії патології плацентації за даними ультразвукового, доплерометричного та МРТ досліджень) та розроблено алгоритм проведення оперативного розродження у разі часткового прирощення плаценти (pl. accreta) на тлі передлежання плаценти. Під час виконання операції КР можливе виконання органозберігаючої операції з проведенням корпорального кесаревого розтину в ділянці дна матки, перев'язування низхідних гілок маткових судин, яєчникових судин, обробкою плацентарної ділянки факелом аргону в режимі «ФУЛЬГУР» та внутрішньовенним введенням утеротонічних та вазопресивних препаратів (карбетоцин, терліпресин), а також антифібринолітиків.

Інший спосіб, запропонований нами у разі передлежання та врошення плаценти з переважною локалізацією плаценти по передній стінці матки, включає серединну лапаротомію, проведення донного кесарева розтину з метою мінімізації крововтрати та профілактики МАК, проведення двостороннього перев'язування внутрішніх клубових артерій (ВКА) з наступною гістеректомією без додатків, а для коагуляції тканин розрізу та обробки швів застосовували технологію високочастотної аргоно-плазмової коагуляції тканин та радіо-хвильовий скальпель.

Запропонованим способом проведені планові оперативні розродження у 14 вагітних протягом 2011-2013рр. з повним передлежанням плаценти та ультразвуковими і МРТ-ознаками істинного прирощення плаценти в термінах 35-38 тижнів вагітності.

Підтверджена висока ефективність цієї методики. Запропонована методика кесарева розтину в ділянці дна матки (донний КР) дозволила попередити масивну крововтрату при повному передлежанні та істинному прирощенні плаценти: середній об'єм крововтрати в основній групі

АКУШЕРСТВО, ГІНЕКОЛОГІЯ ТА РЕПРОДУКТОЛОГІЯ

(запропонована методика кесарева розтину) становив $770,0 \pm 90,0$ проти $1950,0 \pm 110,0$) в контрольній групі (традиційна методика кесарева розтину в нижньому сегменті матки. В обох групах була проведена гістеректомія без додатків матки, зважаючи, на підтвержене клінічно, істинне прирощення плаценти. Також, було встановлено менший час вилучення плода з $270,0 \pm 21,0$ сек. при традиційному втручанні до $201,0 \pm 19,0$ сек. при способі, що пропонується; тривалість оперативного втручання – від $68,5 \pm 3,3$ хв. до $52,5 \pm 2,0$ хв. відповідно.

ВИСНОВКИ

Діагностика патології плацентажії та визначення ступеня істинного прирощення плаценти на сучасному рівні включає проведення ультразвукового дослідження, доплерометрії та магніто-резонансної томографії.

Зважаючи на значний ризик виникнення МАК у випадках патології плацентажії (особливо на тлі pl. percreta), доцільно проведення КР у дні матки (донний КР) без відділення плаценти з попереднім перев'язуванням внутрішніх клубових артерій та проведенням гістеректомії без додатків матки.

Таким чином, спосіб профілактики масивної крововтрати при кесарському розтині за повного передлежання та істинного прирощення плаценти дозволяє запобігти масивній крововтраті, забезпечити надійний гемостаз в ділянці післяопераційних швів, апоневрози та підшкірно-жировий клітковині, зменшити післяопераційні ускладнення та термін перебування породіллі в стаціонарі, зменшити показники материнської захворюваності та смертності, що дозволяє рекомендувати даний спосіб для впровадження в пологових будинках країни.

Подальші дослідження дозволять удосконалити діагностичні критерії істинного прирощення плаценти та методику проведення донного кесарева розтину з мінімальною крововтратою та незначною кількістю запальних ускладнень під час і після проведення даної операції.

Література

1. Масивні акушерські кровотечі / Камінський В. В., Голяновський О.В. [та ін.]. – К.: „Тріумф”, 2010. – 232с.
2. Голяновський О.В. Розродження вагітних при істинному прирощенні плаценти (огляд літератури) / Голяновський О.В., Мехедко В.В., Іванкова І.М. // 36. наук. праць співроб. НМАПО імені П.Л. Шупика. - К. - 2012. – Вип. 21, кн. 4. - С. 591-595.
3. Еремін А.А. Применение полифункционального электрохирургического комбайна «ФОТЕК ЕА 142» в различных областях хирургии: пособие для врачей / Еремін А.А. – Екатеринбург. - 2007. – 27 с.
4. Комбинированный поэтапный хирургический гемостаз при частичном приращении и предлежании плаценты / Голяновский О.В., Мехедко В.В., Палладий В.В. [и др.] // Таврический медико-биологический вестник. – Т. 15, №2, ч. 1 (58). – С. 69 – 73.
5. Sapmaz E. Bilateral ascending uterine artery ligation vs. tourniquet use for hemostasis in cesarean myomectomy: a comparison / Sapmaz E., Celik H., Altungul A. // J. Reprod. Med. – 2003. – Vol.48, №12. – P. 950-954.
6. Айламазян Э. К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике : руководство / Айламазян Э. К. — [4-е изд., перераб. и доп.]. — СПб.: СпецЛит, 2007. — 400 с.

7. Серов В. Н. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии: краткое руководство / Серов В. Н. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007. – 256 с.
8. David A. Miller, MD. Obstetric Hemorrhage. – 2001. – 227 p.
9. Kayem G. Management of placenta accreta: article in French / G. Kayem, G. Grange, F. Goffinet // Gynecol. Obstet. Fertil. – 2007. – Vol. 35, N 3. – P. 186–192.
10. Clark S. L. Placenta previa/accreta and prior cesarean section / S. L. Clark, P. P. Koonings, J. P. Phelan // Obstet. Gynecol. – 1985. – Vol. 66, N 1. – P. 89–92.
11. Zelop C. Placenta accrete/percreta/increta: a cause of elevated maternal serum alpha-fetoprotein / C.Zelop, A.Nadel, F.D. Frigoletto // Obstet.Gynecol. - 1992. -Vol. 80. - P. 693-694

О.В.Голяновский, И.Н.Иванкова, Г.А.Толстанова

Предупреждение массивных кровотечений и родоразрешение беременных с патологией плацентации

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика

Вступление. Основной задачей современного акушерства продолжает оставаться разработка новых и усовершенствование существующих методов ранней диагностики, профилактики и лечения акушерских кровотечений.

Цель. Повышение эффективности профилактики и лечения акушерских кровотечений у беременных с патологией плацентации современными методами диагностики и усовершенствования алгоритма родоразрешения, что позволит уменьшить показатели материнской заболеваемости и смертности.

Методы. Объектом исследования выбраны женщины с акушерскими кровотечениями в случаях патологии плацентации и истинного приращения плаценты. Нашей задачей было провести анализ эффективности и установить прогностическую ценность разных методов диагностики патологии плацентации для выбора оптимального метода и объема оперативного вмешательства.

Результаты. В статье представлена актуальность современной диагностики патологии плацентации с использованием УЗИ, доплерометрии и МРТ с целью определения ступени истинного приращения плаценты. Предложенный алгоритм действий в случае pl. Percreta с выполнением кесарева сечения в дне матки, перевязыванием внутренней подвздошной артерии, проведением гистерэктомии без придатков и использованием аргонно-плазменной коагуляции тканей позволяет минимизировать интраоперационную кровопотерю, вероятность развития послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: патология плацентации, pl. increta/percreta, предлежание плаценты, массивное акушерское кровотечение, синдром задержки роста плода.

O. V. Golianovskyj, I. N. Ivankova, G. A. Tolstanova

Prevention of massive bleeding and delivery in pregnant women with pathology of placentation

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

Introduction. The main task of modern obstetrics is to develop new and improve existing methods of early diagnosis, prevention and treatment of obstetric hemorrhage.

The aim of our study was to improve the prevention and treatment of obstetric hemorrhage in pregnant women with pathology of placentation using modern methods

АКУШЕРСТВО, ГІНЕКОЛОГІЯ ТА РЕПРОДУКТОЛОГІЯ

of diagnostic and improvement of the algorithm of delivery, which will allow us to decrease the indices of maternal morbidity and mortality.

Methods. The subject of the study includes women with obstetric hemorrhage in cases with pathology of placentation and true placenta accreta. Our objective was to analyze the effectiveness and establish the prognostic value of different diagnostic methods of the pathology of placentation to select the optimal method and extent of surgery.

Results. The article presents the relevance of modern diagnostic of the pathology of placentation using ultrasound Doppler and MRI to determine the level of the true placenta accreta. The proposed algorithm of actions in the case of pl. percreta with the implementation of the CS in the bottom of the uterus and IIAL, hysterectomy without appendages and the use of argon-plasma coagulation of tissue help to minimize intraoperative blood loss, possibility of the development of post-operative complications.

Key words: pathology of placentation, pl. in creta/percreta, placenta previa, massive obstetric haemorrhage, fetal growth retardation.

Відомості про авторів:

Голяновський Олег Володимирович – зав. кафедрою акушерства та гінекології №1 НМАПО імені П.Л.Шупика. Адреса: Київ, вул. Баговутівська,1, Київський обласний центр охорони здоров'я матері та дитини, тел.: (044) 489-49-35.

Іванкова Ірина Миколаївна – клінічний ординатор кафедри акушерства та гінекології №1 НМАПО імені П.Л.Шупика. Адреса: Київ, вул. Баговутівська,1, Київський обласний центр охорони здоров'я матері та дитини, тел.: (044) 489-49-35.

Толстанова Галина Олександрівна – лікар-інтерн, магістрант кафедри акушерства та гінекології №1 НМАПО імені П.Л.Шупика. Адреса: Київ, вул. Баговутівська,1, Київський обласний центр охорони здоров'я матері та дитини, тел.: (044) 489-49-35.

УДК 618

© КОЛЕКТИВ АВТОРІВ, 2014

*О.В.Голяновський, Г.О.Толстанова, С.П.Лежненко,
А.М.Рубінштейн*

ВИКОРИСТАННЯ НЕПНЕВМАТИЧНОГО ПРОТИШОКОВОГО КОСТЮМУ ТА СУЧАСНОГО КОМБІНОВАНОГО ПЛАЗМОЗАМІННИКА НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ У ЖІНОК З МАСИВНОЮ КРОВОТЕЧЕЮ

Національна медична академія післядипломної освіти
імені П.Л.Шупика

Вступ. Кровотеча – є одним з найнебезпечніших станів, що потребує невідкладної та комплексної медичної допомоги вже на догоспітальному етапі.

Мета. Дослідити ефективність комплексного застосування непневматичного протишокового костюму (НППК) та комбінованого гіпертонічного ізоонкотичного плазмозамінника (ПЗ) на догоспітальному етапі у жінок з масивною кровотечею.

Методи та матеріали. Дослідження проводили на клінічних базах кафедри акушерства та гінекології №1 та під час ургентних виїздів співробітників кафедри в райони Київської області. Визначали ефективність комплексного застосування НППК та ПЗ на догоспітальному етапі у 17 жінок основної групи з геморагічним шоком II-IV ступеня тяжкості. В контрольну групу входили 20 жінок з масивною кровотечею, які отримували стандартну протишокову терапію.