

Профілактика ускладнень у разі переривання вагітності, що не розвивається

А.Г. Корнацька, О.Г. Даниленко, М.А. Флаксемберг

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України», м. Київ

До репродуктивних втрат належить невиношування вагітності (НВ), що є значною медико-соціальною проблемою, частота невиношування залишається стабільною та достатньо високою і складає від 2% до 55%, а в I триместрі досягає 80%. Складовою НВ є вагітність, що не розвивається, її частота, за даними різних авторів, складає більше 20% від усіх бажаних вагітностей. Метою даного дослідження є вдосконалення методів підготовки статевих шляхів до переривання завмерлої вагітності шляхом їх санації з використанням йодовмісних препаратів. Застосування ультразвукового дослідження з доплерометричним картуванням дало можливість встановити та верифікувати діагноз завмерлої вагітності. Виконане всебічне дослідження біоцинозу статевих шляхів та проведена підготовка їх йодовмісним препаратом з метою профілактики ускладнень. Отримані результати дали можливість стверджувати, що для біоцинозу піхви у жінок із завмерлою вагітністю характерна асоціація умовно-патогенної мікрофлори, а застосування йодовмісних препаратів для санації дозволяє запобігти розвитку ускладнень.

Ключові слова: вагітність, що не розвивається, умовно-патогенна мікрофлора, профілактика ускладнень.

Серед різних форм невиношування вагітності (НВ) особливе місце посідає викидень, що не відбувся (abortion missed), тобто загибель ембріона або плода в ранні терміни вагітності з тривалою затримкою його в порожнині матки – вагітність, що не розвивається. Питомою вагою даної патології в структурі репродуктивних втрат досить висока і складає до 20% від усіх репродуктивних втрат [1].

Негативна демографічна ситуація в Україні диктує необхідність впровадження нових форм організації профілактичної медичної допомоги населенню в збереженні репродуктивного здоров'я, планування сім'ї та ведення вагітності з найбільш ранніх термінів [2].

Основним завданням сучасного акушерства є зниження репродуктивних втрат шляхом удосконалення методів діагностики, лікування та профілактики НВ. В останні роки досягнуто значні успіхи у профілактиці та лікуванні НВ, проте частота його залишається стабільною та достатньо високою і складає від 2% до 55%, а в I триместрі досягає 80% [3]. Втрата вагітності на будь-якому етапі є значною фізіологічною, психологічною і медико-соціальною проблемою і тому не втрачає своєї актуальності.

Одним з провідних факторів вагітності, що не розвивається, є персистивна інфекція, яка спричинює 30% завмерлих вагітностей. До групи ризику можна віднести жінок із герпесною, хламідійною, цитомегаловірусною, токсоплазмозною інфекціями та іншими [4].

На сучасному етапі велика роль в розвитку хронічного ендометриту, як одного з чинників невиношування вагітності з наступним її завмиранням, належить облигатно-анаеробним мікроорганізмам – бактероїдам та пептострептококам в поєднанні з мікроаерофілами – мікоплазмами та гарднерелами, а також факультативно-анаеробним мікро-

організмам, таким, як ентерококи, стрептококи групи В та кишкова паличка. На початковому етапі перебігу хронічного ендометриту за рахунок збереження компенсаторних механізмів параметри рецептивності ендометрія зберігаються, що дає можливість для реалізації репродуктивної функції. Ефективність даного механізму визначається активністю імунної системи, адекватністю стероїдної регуляції, наявністю поєднаної гінекологічної патології. В ендометрії формується імунна відповідь за типом гіперчутливості сповільненого типу, що спричиняє появу та розвиток хронічної форми ДВЗ-синдрому, який разом з інфекційним агентом, гормональним дисбалансом призводить до зміни локальної резистентності, яка клінічно проявляється патологією і як наслідок репродуктивними втратами [5, 6].

Мета дослідження: вдосконалення методів підготовки статевих шляхів до переривання завмерлої вагітності шляхом їх санації з використанням йодовмісних препаратів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проведено обстеження 37 жінок з вагітністю, що не розвивається (основна група), та 20 вагітних з фізіологічним перебігом вагітності (контрольна група).

Для встановлення та підтвердження діагнозу вагітності, що не розвивається, всім жінкам проведено ультразвукове дослідження (УЗД) органів малого таза. При верифікації діагнозу виконано бактеріоскопічне дослідження з трьох точок з метою встановлення стану мікробіоцинозу та підготовки до переривання вагітності, також здійснено бактеріологічне дослідження мазків з каналу шийки матки та піхви, а також обстеження на TORCH-інфекцію, хламідії, уреоплазму, мікоплазму, вірус простого герпесу та цитомегаловірус.

Вивчення бактеріології та біоцинозу статевих шляхів проводили в динаміці до та після переривання завмерлої вагітності медикаментозним методом відповідно до протоколів МОЗ України (наказ № 234 МОЗ України від 10.05.2007 рік).

Для підготовки статевих шляхів до переривання завмерлої вагітності нами було використано препарат Йодоксид (Нижфарм), в якому концентрація активного іонізованого йоду 0,1–1%, що забезпечує довготривалу антимікробну дію. Йодоксид виявляє активність до бактерій (у тому числі кишкової палички, золотистого стафілокока), грибів, найпростіших та вірусів. Ураховуючи поширеність вірусно-бактеріального інфікування серед жінок із завмерлою вагітністю, для підготовки статевих шляхів перед її перериванням, а також для подальшого лікування ми вважаємо за доцільне використання препаратів, що мають широкий протимікробний спектр, а також виявляють противірусну активність. Активна речовина Йодоксиду – йод, що знаходиться у вигляді водорозчинного комплексу з синтетичним нетоксичним полімером полівінілпіролідом (повідомом). Повідон належить до йодофорів, що здатні поступово вивільнювати йод при контакті зі слизовими оболонками. Структура молекули забезпечує м'яку дію на слизову обо-

Якісні та кількісні показники мікробіоценозу статевих шляхів жінок з вагітністю, що не розвивається, IgKYO/мл (%)

Виявлені мікроорганізми	Значення показників у групі обстежених жінок (n=37)		
	Жінки з вагітністю, що не розвивається		Контрольна група (n=20)
	До лікування	Після лікування	
S. epidermidis	3,2±0,04 (20)	2,3±0,03 (18)	2,1±0,01 (16)
S. epidermidis з гемолізом	4,6±0,04* (8)	2,4±0,05** (5)	2,1±0,01 (10)
S. aureus	4,6±0,02* (17)	2,2±0,04** (9)	2,1±0,01 (2)
S. viridans	3,3±0,05 (4)	2,8±0,05** (6)	2,8±0,04 (12)
S. faecalis	4,3±0,03* (9)	2,2±0,03** (6)	2,6±0,02 (8)
E.coli	4,6±0,02* (19)	2,4±0,05** (12)	2,4±0,02 (8)
Klebsiella spp.	3,6±0,02* (9)	3,2±0,04** (6)	3,6±0,02 (5)
Enterobacter spp.	4,2±0,03* (9)	2,3±0,04** (7)	2,2±0,01 (6)
Гриби роду Candida	4,2±0,02* (28)	3,6±0,05** (15)	3,8±0,02 (18)
Lactobacillus spp.	3,0±0,04* (21)	4,3±0,05** (27)	6,4±0,08 (17)

Примітки: * – різниця достовірна відносно контрольної групи (p<0,05);

** – різниця достовірна відносно показника у жінок із загрозою переривання вагітності до та після лікування (p<0,05).

лонку, а великий розмір молекули перешкоджає системній дії йоду. До того ж поліетиленоксид активно адсорбує запальний ексудат, зменшує набряк, надає ефект спринцювання.

Переривання вагітності, що не розвивається, здійснювали шляхом медикаментозного абортів, враховуючи всі показання та протипоказання. Режим проведення медикаментозного абортів включав інформування пацієнтки про суть методу, механізм дії, можливі побічні ефекти й ускладнення, консультування, отримання інформованої згоди пацієнтки. Вживання 600 мг Міропристону та динамічне спостереження за пацієнткою, після 36–48 год продовжували вживання 400 мг Мірологу. Оцінювання ефективності проведення медикаментозного абортів здійснювали ультразвуковим моніторингом.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Діагноз вагітності, що не розвивається, встановлено та верифіковано за допомогою ультразвукового моніторингу з доплерометричним картуванням.

У 2 (5,4%) жінок з вагітністю, що не розвивається, були виявлені вроджені аномалії та вади розвитку матки: дворога – у 1 (2,7%), сідлоподібна – у 1 (2,7%), гіпоплазія – у 3 (8,1%). Дворога матка при поперечному скануванні представлена двома утвореннями, з'єднаними один з одним під кутом однорідної структури. Субмукозні та інтрамуральні лейоміоматозні вузли були виявлені у 4 (10,8%) жінок

У жінок з вагітністю, що не розвивається, крім клінічних проявів були виявлені наступні УЗД-ознаки:

- а) підвищення тонуусу міометрію – 17 (45,95%);
- б) часткове відшарування плодового яйця – 3 (8,11%);
- в) подальше вкорочення внутрішнього вічка шийки матки (ВВШМ) та розкриття шийки матки – 1 (2,7%).

67,57% (25 жінок) пацієнток із заведеною вагітністю не висловлювали скарги. Наявність кров'янистих виділень зі статевих шляхів, помірного болю в нижніх відділах живота, зникнення непрямих ознак вагітності (нудоти, нагрудання грудних залоз) відзначали відповідно у 12 (32,43%) жінок. Слід зазначити, що відсутність клінічних симптомів спостерігалась за умов невеликої (1–2 тиж) затримки ембріона, що загинув у порожнині матки. Зі збільшенням тривалості затримки заведеного ембріона в порожнині матки вся за-

значена вище симптоматика по-різному проявлялась у кожній пацієнтки.

Діагноз заведеної вагітності встановлювали при проведенні УЗД на основі наступних ознак:

- а) відсутність серцебиття ембріона (у разі терміну вагітності більше 5 тиж);
- б) наявність «порожнього» хоріального мішка без ембріона (анембріонія);
- в) деформація плодового яйця;
- г) невідповідність внутрішнього діаметра хоріального мішка та розмірів ембріона терміну гестації.

У 13 (35,14%) пацієнток, за даними УЗД, виявлено анембріонію, а у 24 (64,87%) жінок заведеною вагітність за типом загибелі ембріона.

Привертало увагу, що у більшості пацієнток з даною патологією спостерігалась структурна неповноцінність жовтого тіла яєчника, в той час як за умов фізіологічного перебігу вагітності (у пацієнток контрольної групи) його розміри були нормальними – 19–21 см.

З метою підготовки до переривання заведеної вагітності було застосовано препарат Йодоксид по одному супозиторію двічі на добу протягом 3–5 днів. У таблиці представлені дані якісних та кількісних показників мікробіоценозу статевих шляхів жінок з вагітністю, що не розвивається, в динаміці лікування.

Результати мікробіологічного дослідження вмісту піхви жінок з вагітністю, що не розвивається, представлені в таблиці, свідчать про порушення мікробіоценозу, які полягали у підвищенні частоти висіву різних видів умовно-патогенної мікрофлори.

Бактеріальний спектр піхви у жінок із загрозою викидня був переважно представлений коковою мікрофлорою: стафілокок епідермальний з гемолізом був виявлений у 21,6% пацієнток до лікування, після проведеного лікування – у 13,5%, стафілокок золотистий виявлений у 45,95% хворих, після лікування золотистий стафілокок був виявлений у 24,32%. Серед представників ентеробактерій з високою частотою висівались: кишкова паличка – 51,35% до лікування і після лікування – 32,43%, клебсієла – 24,39%, після проведеної терапії – 16,2%, ентеробактер – 24,39%, після лікування – 18,92%. Частота висіву грибів роду Candida становила 75,68% що значно перевищувало показники норми, а після проведеного лікування даний показник становив 40,54%.

Кисломолочні бактерії, які виконують цілу низку захисних функцій на слизовій оболонці піхви, висівались у 56,75% пацієнок в низьких концентраціях (lg 3,0 КУО/мл). На фоні відсутності лактобацил у цих жінок спостерігалось зростання частоти асоціативних форм бактеріального обсіменіння піхви. Після проведеного лікування Йодоксидом дані показники становили 72,98%.

Слід також зазначити, що у жінок із дефіцитом або відсутністю лактобацил установлена висока частота виявлення в порівнянні з контрольною групою *Gardnerella vaginalis*. У цілому методом бактеріоскопії з урахуванням "ключових клітин" та допоміжних тестів гартнерельоз діагностовано у 18,92% (7 жінок) обстежених. Частота реестрації хламідіозу складала – 13,5% (5 жінок), мікоплазму – 8,2% (3 жінки), уреоплазму – 16,22% (6 пацієнок).

Велике негативне прогностичне значення має виявлення у секреті піхви асоціації умовно-патогенної мікрофлори. Аналізуючи мікробіоценоз піхви у жінок з вагітністю, що не розвивається, не було виявлено монокультурний склад піхвового вмісту. У 45,95% (17 жінок) пацієнок мікробіоценоз піхви був представлений асоціацією з 2 мікроорганізмів, у 37,84% жінок (14 хворих) виявлена асоціація з 3 мікроорганізмів і у 16,22% (6 жінок) була асоціація з 4 мікроорганізмів. До складу асоціації найчастіше входили сполучення коків та ентеробактерій або коків та грибів роду *Candida* в поєднанні із *Gardnerella vaginalis*.

За нашими даними, при медикаментозному перериванні замерлої вагітності не було виявлено ускладнень, пов'язаних із загостренням хронічних вогнищ інфекцій. У 2 жінок (5,4%), у яких при УЗД були виявлені аномалії розвитку матки, спостерігалась затримка замерлої вагітності в каналі шийки матки, в зв'язку з чим було застосовано вакуум-евакуацію залишків плодового яйця.

Санацію піхви продовжено препаратом Йодоксид до припинення кров'янистих виділень.

Таким чином, у жінок з медикаментозним перериванням вагітності, що не розвивається, було встановлено та верифіковано діагноз вагітності, що не розвивається, за допомогою УЗД з доплерометричним картуванням. Дослідження мікробіоценозу піхви виявило у секреті піхви асоціації умовно-патогенної мікрофлори, що має велике негативне прогностичне значення. Також потрібно зазначити, що для 45,95% жінок із замерлою вагітністю характерна асоціація 2, 3 та 4 мікроорганізмів. До складу асоціацій найчастіше входили сполучення коків та ентеробактерій або коків та грибів роду *Candida* в поєднанні із *Gardnerella vaginalis*. Застосування монотерапії препаратом Йодоксид («Нижфарм») для санації піхви як методу підготовки до переривання вагітності, дозволило уникнути післяабортних ускладнень, поліпрогмазії та має значний економічний ефект.

Профилактика осложнений при прерывании неразвивающейся беременности
А.Г. Корнацкая, Е.Г. Даниленко, М.А. Флаксемберг

К репродуктивным потерям относят невынашивание беременности (НВ), которое является значительной медико-социальной проблемой, стабильно высокая частота невынашивания составляет от 2% до 55%, а в I триместре может достигать 80%. Составной НВ является неразвивающаяся беременность с частотой более 20% от всех желанных беременностей, по данным различных авторов. Целью данного исследования было усовершенствование методов подготовки половых путей к прерыванию неразвивающейся беременности, путем санации с использованием йодсодержащих препаратов. Использование ультразвукового исследования с доплерометрическим картированием позволило установить и верифицировать диагноз неразвивающейся беременности. Было проведено исследование биоценоза половых путей, а также ультразвуковое исследование с доплерометрическим картированием, что дало возможность установить и верифицировать диагноз неразвивающейся беременности. Проведена подготовка половых путей йодсодержащим препаратом с целью профилактики осложнений прерывания неразвивающейся беременности. Полученные результаты дали возможность утверждать, что для биоценоза влагалища у женщин с неразвивающейся беременностью характерна ассоциация условно-патогенной микрофлоры, а применение йодсодержащего препарата с целью санации влагалища позволило избежать осложнений.

Ключевые слова: *неразвивающаяся беременность, условно-патогенная микрофлора, профилактика осложнений.*

Prevention of complications of pregnancy that does not develop
A. Kornatskaya, H. Danilenko, M. Flaxemberg

To reproductive losses belongs miscarriage as a significant medical and social problem, with a frequency that is stable and quite high, ranging from 2% to 55% and in the first trimester of reaching 80%. As part miscarriage is a pregnancy that is not developing its frequency, according to different authors, is more than 20% of all pregnancies are desired. The purpose of the given research is to improve methods of preparation sexual ways to the termination of missed pregnancy through their rehabilitation using drugs which contain an iod. The use of ultrasound examination of dopplerometry mapping made it possible to establish diagnosis of missed pregnancy. Conducted a comprehensive study biocenosis of genital tract and conducted training of drugs which contain an iod to prevent complications. The obtained results allow to assert that biocenosis of vagina in women with missed pregnancy, for the most part, characterized by the association of pathogenic microorganisms, and the use of drugs which contain an iod rehabilitation, helps prevent the development of complications.

Key words: *pregnancy not developing opportunistic pathogenic microflora, prevention of complications.*

Сведения об авторах

Корнацкая Алла Григорьевна – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии Национальной академии медицинских наук Украины», 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8

Даниленко Елена Григорьевна – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии Национальной академии медицинских наук Украины», 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8; E-mail: e-danilenko@mail.ru

Флаксемберг Майя Андреевна – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии Национальной академии медицинских наук Украины», 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Сидельникова В.М. Привычная потеря беременности. – М.: Трида-Х, 2005.
2. Жилка Н.Я. Социально-экономичні та медичні проблеми репродуктивного здоров'я (літературний аналіз) // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2003. – № 4. – С. 25–29.
3. Жук С.И. Невынашивание беременности: новый взгляд на старую проблему/ Жук С.И., Калинка Я., Сидельникова В.М. // Здоровье Украины. – 2007. – № 5/1. – С. 35.
4. Корнацкая А.Г. Особливості лікування жінок з ранніми репродуктивними втратами на тлі вірусно-бактеріально-го навантаження / Корнацкая А.Г., Даниленко О.Г., Біль І.А., Флаксемберг М.А. // Здоровье женщины. – 2012. – № 10 (76). – С. 120–122.
5. Корнацкая А.Г. Комплексна проти-запальна терапія при синдромі втрати вагітності на тлі хронічних запальних процесів статевих органів (огляд літератури)/ Корнацкая А.Г., Даниленко О.Г., Трохимович О.В., Новік Л.М. // Здоровье женщины. – 2013. – № 8 (84). – С. 44–46.
6. Марченко Л.А. Генитальный герпес: новые грани проблемы/ Марченко Л.А., Лушкова И.П. // Проблемы репродукто-логии. – 2006. – № 6. – С. 12–16.

Статья поступила в редакцию 14.02.2014

супозиторії вагінальні
Йодоксид®



*Справжня
глибина чистоти*



Йодоксид® —
універсальне призначення
при кольпіті, або перед оперативним
втручанням.



Йодоксид, супозиторії вагінальні. Код АТС G 01

"Протимікробні засоби, що застосовуються у гінекології". Можливі алергічні реакції, у окремих випадках гіпотиреоз. Більш повна інформація міститься у інструкції для медичного застосування. Зберігати у місцях, що недоступні дітям. Виробник: ВАТ "Нижфарм", Росія. Р.П. №UA/1047/01/01 від 13.05.2009

