УДК 618.39-055.28-084

Профілактика невиношування вагітності у II триместрі у жінок, які багато народжують

О.В. Набхан

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

Мета дослідження: **зниження частоти невиношування вагітності у II триместрі та перинатальної патології у жінок, які багато народжують, на підставі вивчення клініко-ехографічних, допплерометричних, ендокринологічних, біохімічних і мікробіологічних особливостей, а також шляхом розроблення та впровадження удосконаленого алгоритму лікувально-профілактичних заходів.**

Матеріали та методи. **Дослідження було проведено у два етапи: I етап (ретроспективне дослідження) – виконаний клініко-статистичний аналіз 146 історій пологів жінок, які багато народжують; II етап (проспективне дослідження) – обстежено 110 пацієнток, серед яких 60 вагітних, що багато народжують, були розподілені методом випадкового вибору на дві групи.**

Результати. **Ефективність удосконаленого нами алгоритму полягає у суттєвому зниженні у жінок, які багато народжують, частоти: гестаційної анемії (у 2,5 разу), загрози передчасних пологів (у 4,6 разу), плацентарної дисфункції (у 2,3 разу), порушень мікробіоценозу статевих шляхів (у 2,2 разу), передчасних пологів (у 2 рази), передчасного розриву плодових оболонок (у 2,7 разу), затримки розвитку плода (у 2 рази), дистресу плода (у 3,1 разу), абдомінального розродження (у 2,8 разу) та реалізації інтраамніального інфікування (у 2,5 разу). Сумарна захворюваність новонароджених у ранній неонатальний період знизилася у 2,5 разу, а перинатальні втрати були відсутні.**

Заключення. **Удосконалений нами алгоритм необхідно використовувати у жінок, які багато народжують, у лікувальних закладах усіх рівнів.**

Ключові слова: *невиношування, жінки, які багато народжують, профілактика.*

Питання акушерської та перинатальної патології у жінок є достатньо актуальними для країн із високим рівнем народжуваності, у тому числі й у Саудівській Аравії. Загальновідомим є той факт, що жінки після третіх пологів входять до групи високого ризику щодо розвитку різноманітних ускладнень вагітності і пологів [1–3]. Серед основних причин такої ситуації виділяють високий рівень супутньої екстрагенітальної патології, незадовільний економічний стан, психоемоційне напруження тощо [4–6]. Незважаючи на наявні публікації у сучасній літературі з проблеми вагітності і пологів у жінок, які багато народжують, не можна вважати всі питання цілком вирішеними.

Так, одним з найменш вирішених завдань даного наукового напрямку є невиношування у цих вагітних. Це зумовлено, з одного боку, високим рівнем передчасних пологів, а з іншого боку – відсутністю конкретних практичних рекомендацій з даного питання.

На сьогодні у світі пріоритетним напрямком вважають прогнозування та профілактику передчасних пологів, припускаючи, що краще попередити народження недоношеної дитини, ніж боротись з наслідками. Особливі сподівання покладають на виявлення факторів ризику спонтанних передчасних пологів та розроблення ефективних заходів профілактики [1–7].

Одним із достовірних та об'єктивних факторів ризику розвитку передчасних пологів є неспроможність шийки матки. Цей фактор ризику можна визначити ретроспективно, ґрунтуючись на даних анамнезу, але також можна виявити під час вагітності та спостерігати в динаміці за допомогою трансвагінальної соноцервікометрії. Істміко-цервікальна недостатність (ІЦН) є однією із головних причин переривання вагітності у II та III триместрах. За даними ведучих фахівців з цієї проблеми, своєчасна діагностика і адекватне лікування ІЦН є важливим засобом профілактики передчасних пологів. Але згідно з аналізом даних літератури щодо сучасних поглядів на діагностику та лікування цієї патології, слід відзначити, що вони поодинокі та суперечливі [1, 6, 7].

Означене вище свідчить про необхідність удосконалення методів клінічної діагностики та лікування ІЦН під час вагітності у жінок, які багато народжують. Усе це в сукупності свідчить про актуальність досліджуваного наукового питання у вирішенні проблеми зниження акушерської та перинатальної патології у жінок, які багато народжують.

Мета дослідження: зниження частоти невиношування вагітності у II триместрі та перинатальної патології у жінок, які багато народжують, на підставі вивчення клініко-ехографічних, допплерометричних, ендокринологічних, біохімічних і мікробіологічних особливостей, а також шляхом розроблення та впровадження удосконаленого алгоритму лікувально-профілактичних заходів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дослідження проводили у динаміці вагітності протягом 2014–2017 рр. у Національній медичній академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України на кафедрі акушерства та гінекології № 1, клінічній базі кафедри: Комунальний заклад Київської обласної ради «Київський обласний центр охорони здоров'я матері і дитини» (КОЦОЗМіД) та в AL Thager Hospital Jeddah, RSA. Спостереження за вагітними здійснювали спільно з терапевтом та іншими спеціалістами.

Відповідно до поставленої мети і завдань дослідження було проведено у два етапи.

I етап (ретроспективне дослідження) – проведено клініко-статистичний аналіз 146 історій пологів жінок, які багато народжують, з передчасними пологами в анамнезі. Кількість пологів за період з 2014 до 2015 р. (архів клініки) становила 6428, частота передчасних пологів у жінок, які багато народжують, становила 14,4% (925 пологів).

II етап (проспективне дослідження) – обстежено 110 пацієнток, серед яких 60 вагітних, які багато народжують, з ІЦН, поділені методом випадкового вибору на дві групи :

I група (основна) – 30 вагітних з передчасними пологами в анамнезі, які багато народжують та у яких під час вагітності використовували удосконалений нами алгоритм лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на профілактику невиношування вагітності;

II група (порівняння) – 30 вагітних з передчасними пологами в анамнезі, які багато народжують, що одержували загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи.

У контрольну групу (КГ) увійшли 50 здорових вагітних без передчасних пологів в анамнезі.

Усім вагітним було проведено комплексне клінічне обстеження з урахуванням скарг, даних анамнезу, об'єктивних та додаткових методів обстеження. У дослідження не були включені вагітні, у яких на період обстеження було виявлено специфічну урогенітальну інфекцію (трихомоніаз, хламідіоз, загострення вірусної інфекції).

Використані для обстеження вагітних методи є безпечними для матері і плода, достатньо інформативними для об'єктивного оцінювання функціонального стану різних систем і систем материнсько-плодового комплексу. Обстеження всіх жінок проведено за однаковими методиками та з використанням одних и тих самих апаратів, що виключає вплив можливої помилки, характерної для будь-якого неінвазивного методу дослідження, на достовірність результатів обстеження.

Загальноприйняте ведення жінок під час вагітності здійснювали відповідно до рекомендацій та Наказів МОЗ України (№ 417 від 15.07.2011 р. «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні», № 906 від 27.12.2006 р. «Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги «Перинатальні інфекції»» та № 624 від 03.11.2008 р. «Про затвердження клінічних протоколів з акушерства та гінекології «Передчасні пологи»»). Для терапії у вагітних II групи були застосовані загальноприйняті лікувально-профілактичні заходи згідно з протоколами МОЗ України, що включали гормональну корекцію, вітамінотерапію, антиоксиданти, спазмолітики та антиагреганти, застосування седативних препаратів, препаратів токолітичної дії, вазоактивних препаратів та, за показаннями, антибактеріальних та противірусних препаратів [6].

Удосконалений нами алгоритм включає наступне:

1. Трансвагінальну цервікометрію у 18–22 тиж вагітності для обчислювання істміко-цервікального коефіцієнта (ІЦК) та істміко-перешийкового коефіцієнта (ІПК). При ІЦК>0,22 та ІПК>1,6 встановлюється діагноз ІЦН.

2. Застосування акушерського розвантажувального песарію.

3. Використання медикаментозної корекції:

- мікронізований прогестерон (200 мг/добу до 37 тиж вагітності);
- комплексний препарат: заліза гідроксид полімальтозат (100 мг) + фолієва кислота (0,35 мг) по 1 таблетці 2 рази на добу до нормалізації показників гемоглобіну, а потім по 1 таблетці 1 раз на добу до пологів;
- від моменту постановки песарію – пробіотики (по 1 вагінальній капсулі 1 раз на добу 10 днів);
- L-аргінін (500 мг протягом 10 днів).

Курс запропонованої методики становив 7–10 днів у терміни 22–24 та 32–34 тиж гестації вагітним I групи. Терміни було обрано з урахуванням особливостей ембріон- і плацентогенезу, етапів формування фетоплацентарного комплексу (ФПК) та загальноприйнятих критичних періодів гестації. Тривалість і якість проведення лікувально-профілактичних заходів залежала від результатів додаткових методів дослідження, які динамічно використовувалися після 20 тиж вагітності.

До неоперативних методів лікування ІЦН належить застосування різних вагінальних песаріїв: вагітній проводять УЗД (трансвагінальну цервікометрію), визначають стан шийки матки та вимірюють анатомічні її параметри – довжину каналу шийки матки, діаметр внутрішнього вічка матки, довжину перешийка матки та на підставі цих показників обчислюють ІЦК та ІПК. При значеннях ІЦК більше 0,22 та ІПК більше 1,6 встановлюють наявність ІЦН та застосовують акушерський розвантажувальний песарій для пролонгування вагітності.

Акушерський розвантажувальний песарій (песарій Арабін) застосовується з метою пролонгування вагітності. Показаннями до застосування акушерського песарію є:

- функціональна і органічна ІЦН;
- профілактика ІЦН у вагітних;
- профілактика неспроможності шва при хірургічній корекції ІЦН.

У комплекс проведених досліджень були включені клінічні, ехографічні, допплерометричні, кардіотокографічні, лабораторні, мікробіологічні та статистичні методи.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що основними факторами ризику розвитку передчасних пологів (у 82,9% у терміні 24–32 тиж) у жінок, які багато народжують, є: інфекційні захворювання сечостатевих органів (26,0%); бактеріальний вагіноз (49,3%); поєднана екстрагенітальна патологія (76,1%); раннє становлення менструальної функції (90,4%); ранній початок статевого життя (89,4%) та відсутність контрацепції (96,6%).

Вагітність та пологи у жінок, які багато народжують, перебігають з високою частотою різних ускладнень: загроза переривання вагітності у рані терміни (60,0%; $p<0,05$), бактеріальний вагіноз (48,3%), гестаційна анемія (58,6%), загроза передчасних пологів (58,6%), ІЦН (51,7%), плацентарна дисфункція (37,9%), затримка розвитку плода (20,7%), передчасний розрив плодових оболонок (44,8%), передчасні пологи (20,7%), що зумовлює високу частоту кесаревих розтинів (27,6%).

Перинатальні наслідки розродження у жінок, які багато народжують, характеризуються достовірно високим рівнем середньотяжких форм асфіксії новонародженого (31,0%) та постгіпоксичної енцефалопатії (31,0%), що зумовлює високу частоту перинатальних втрат – 30,0‰.

Функціональний стан ФК у жінок, які багато народжують, характеризується достовірним збільшенням рівня кортизолу ($p<0,01$), зниженням вмісту прогестерону ($p<0,05$), плацентарного лактогену ($p<0,05$) і естріолу ($p<0,01$), а також підвищенням плацентарного індексу (ПІ) у маткових ($p<0,05$) та у мозкових артеріях ($p<0,05$), достовірним збільшенням швидкості кровообігу у венозній протоці ($p<0,05$) та достовірним зниженням плацентарного коефіцієнта ($p<0,05$).

Особливості загального гомеостазу у жінок, які багато народжують, полягають у достовірному збільшенні вмісту в-ліпопротеїдів ($p<0,05$), тригліцеридів ($p<0,05$) та лужної фосфатази ($p<0,05$), що є маркером наявності порушень ліпідного обміну і негативно впливає на формування та функціонування ФПК.

Під час оцінювання мікробіологічного статусу у жінок, які багато народжують, було виявлено дисбіотичні зміни, особливо перед розродженням, у формі низької частоти нормоценозу (17,4%) та проміжного типу (4,3%) на тлі зростання рівня неспецифічного вагініту (21,7%) та бактеріального вагінозу (56,6%).

ВИСНОВКИ

Ефективність удосконаленого нами алгоритму полягає у суттєвому зниженні у жінок, які багато народжують, частоти: гестаційної анемії (у 2,5 разу), загрози передчасних пологів (у 4,6 разу), плацентарної дисфункції (у 2,3 разу), порушень мікробіоценозу статевих шляхів (у 2,2 разу), передчасних пологів (у 2 рази), передчасного розриву плодових оболонок (у 2,7 разу), затримки розвитку плода (у 2 рази), дистресу плода (у 3,1 разу), абдомінального розродження (у 2,8 разу) та реалізації інтраамніального інфікування (у 2,5 разу). Сумарна захворюваність новонароджених у ранній неонатальний період знизилася у 2,5 разу, а перинатальні втрати були відсутні.

Профилактика невынашивания беременности во II триместре у многорожающих женщин

Е.В. Набхан

Цель исследования: снижение частоты невынашивания беременности во II триместре и перинатальной патологии у многорожающих женщин на основе изучения клинико-эхографических, допплерометрических, эндокринологических, биохимических и микробиологических особенностей, а также путем разработки и внедрения усовершенствованного алгоритма лечебно-профилактических мероприятий.

Материалы и методы. Исследование было проведено в два этапа: I этап (ретроспективное исследование) – выполнен клинико-статистический анализ 146 историй родов у многорожающих женщин; II этап (проспективное исследование) – обследовано 110 пациенток, среди которых 60 многорожающих женщин, которые были разделены на две группы.

Результаты. Эффективность усовершенствованного нами алгоритма состоит в существенном снижении у многорожающих женщин частоты: гестационной анемии (в 2,5 раза), угрозы преждевременных родов (в 4,6 раза), плацентарной дисфункции (в 2,3 раза), нарушений микробиоценоза половых путей (в 2,2 раза), преждевременных родов (в 2 раза), преждевременного разрыва плодных оболочек (в 2,7 раза), задержки развития плода (в 2 раза), дистресса плода (в 3,1 раза), абдоминального родоразрешения (в 2,8 раза) и реализации интраамниального инфицирования (в 2,5 раза). Суммарная заболеваемость новорожденных в ранний неонатальный период снизилась в 2,5 раза, а перинатальные потери отсутствовали.

Заключение. Использование усовершенствованного нами алгоритма необходимо применять у многорожающих женщин в лечебных учреждениях всех уровней.

Ключевые слова: *невынашивание, многорожающие женщины, профилактика.*

Prophylaxis of not incubation of pregnancy in the 11th trimester at multiborn women

E.V. Nabkhan

The objective: depression of frequency of not incubation of pregnancy in the IIth trimester and perinatal pathology at multiborn women on the basis of studying clinical-ekhografical, dopplerometrical, endocrinological, biochemical and microbiological features, and also by development and deployment of advanced algorithm of treatment-and-prophylactic actions.

Patients and methods. I a stage (retrospective research) – is carried out clinic - the statistical analysis of 146 stories of labors at multiborn women. II a stage (prospective research) – 110 patients, among which 60 multiborn women who were divided into two groups are surveyed.

Results. Efficiency of the algorithm improved by us consists in essential depression at multiborn women of frequency of gestational anemia (by 2,5 times), threats of premature births (by 4,6 times), placental dysfunction (by 2,3 times), disturbances of microbiocenosis of sexual ways (by 2,2 times), premature births (twice), premature rupture of born covers (by 2,7 times), fetus arrests of development (by 2,0 times), a fetus distress (by 3,1 times), an abdominal delivery (by 2,8 times) and realization of an intraamnialny becoming infected (by 2,5 times). The cooperative case rate of newborns in the early neonatal period decreased by 2,5 times, and perinatal losses were absent.

Conclusion. Use of advanced algorithm needs to be applied at multiborn women in medical institutions of all levels.

Key words: *not incubation, multiborn women, prophylaxis.*

Сведения об авторе

Набхан Елена Владимировна – Кафедра акушерства и гинекологии № 1 Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04107, г. Киев, ул. Багговутовская, 1. E-mail: prore-first@nmapo.edu.ua

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Белази Н., 2011. Порівняльні аспекти акушерської та перинатальної патології у жінок, які повторно і багато народжують // Галицький лікарський вісник: 1: 90–91.
2. Закиров И.З., 2008. Течение и исход беременности и родов у многорожавших женщин // Акушерство и гинекология: 3: 31–34.
3. Мухитдинова Т.К., 2010. Значение гемостазиологического скрининга у беременных, рожениц и родильниц в условиях Узбекистана // Физиология и патология гемостаза. –Ташкент: 212.
4. Петров А.М., 2014. Клиника и патогенез нарушений сократительной деятельности матки у многорожавших женщин // Сборник нучных трудов, посвященных 25-летию ИОЗМР АМН Туркменистана., Ашгабат: 27–35.
5. Радзинский В.Е., 2013. Проблемы материнской смертности в мировой перспективе // Вестник акушера-гинеколога: 2: 5–10.
6. Хамидов М.Х., 2014. Исход беременности и родов для плода и новорожденного у перво-, повторно- и многорожавших // Акушерство и гинекология: 7 : 44–46.
7. Hammad A.E., 2013. Women and health security //Wld Hlth Statist. Quart.: 49: 2: 74–77.

Статья поступила в редакцию 19.06.17