

cardiac ventricular. Among the children with MVP, was dominated I degree, which was 84,9% and II degree - 15.1%, respectively. The auscultative phenomena in children with these types of small heart anomalies (SHA) were studied. It was found that for most children with MVP and FT, late systolic and mesosystolic murmurs were most common. The combination of mesosystolic clicks and late systolic murmurs was only heard in children with MVP. In last, it was noted that, most often, at the second degree, mesosystolic and late systolic murmurs and their simultaneous combination are more frequent than in the I degree. When analyzing the dependence of these auscultatory phenomena on mitral regurgitation (MR), it was noted that late systolic and mesodiastolic murmur and the corresponding click are practically independent of the presence or absence of MR, but the combination of both noises is somewhat more characteristic for children with MR.

Key words: Auscultation, children, small cardiac abnormalities.

Рецензент - д.мед.н., проф. Булат Л.М.

Стаття надійшла до редакції 27.12.2016р.

Кулешов Олександр Вячеславович - к.мед.н., доцент кафедри пропедевтики дитячих захворювань та догляду за хворими дітьми ВНМУ ім. М.І. Пирогова; alex81kuleshov@gmail.com; +38(097)4412586

© Булавенко О.В., Мунтян О.А.

УДК: 618.39-037

Булавенко О.В., Мунтян О.А.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова, кафедра акушерства і гінекології №2 (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018, Україна)

ПРОГНОЗУВАННЯ РИЗИКУ ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК ІЗ ЗВИЧНИМ НЕВИНОШУВАННЯМ В АНАМНЕЗІ

Резюме. Невиношування вагітності є однією з провідних акушерських проблем в зв'язку із прямим зв'язком із перинатальною захворюваністю і смертністю та потребує детального вивчення з метою профілактики самовільних викиднів, передчасних пологів. Прогнозування ризику переривання вагітності, виявлення предикторів та формування груп ризику по звичному невинишуванню дозволить проводити моніторинг перебігу таких вагітностей та знизити частоту ранніх репродуктивних втрат.

Ключові слова: звичне невинишування вагітності, прогнозування, переривання вагітності.

Вступ

Невинишування вагітності (НВ) є актуальною проблемою сучасного акушерства, гінекології та репродуктології. Частота цього ускладнення залишається стабільною і високою протягом багатьох років, складаючи 15-30% від загального числа всіх бажаних вагітностей. За світовими даними 50% мимовільних переривань вагітності відбувається в 1 триместрі, а 25% з них припадає на звичне невинишування вагітності [5]. Актуальність проблеми невинишування вагітності обумовлена також критичною демографічною ситуацією в Україні.

Звичне невинишування вагітності являє собою поліетіологічний симптомокомплекс, в основі розвитку якого часто лежать структурні зміни ендометрію, інфекційні, ендокринні, імунологічні та генетичні фактори у різних поєднаннях та співвідношеннях. Майже у 50% жінок причину звичного невинишування вагітності вияснити не вдається. З однієї сторони, такі труднощі можна пояснити поліетіологічністю цього симптомокомплексу. З іншої сторони, важливу роль у формуванні звичного невинишування вагітності відіграють зміни в органах та системах організму, що формуються в результаті дії первинного етіологічного фактору. На думку багатьох авторів основними причинами ранніх репродуктивних втрат є: інфекційно-запальні захворювання статевих органів, генетичні, ендокринні порушення, імунологічні механізми і порушення згортання крові. З генетичних

факторів найбільше значення надається структурним змінам хромосом подружньої пари, які при вагітності, що завмерла, складають 3-6% [1]. Ендокринна патологія серед причин переривання вагітності за даними деяких авторів становить від 30% до 78,2%, що в залежності від свого походження, реалізується структурно-функціональною недостатністю жовтого тіла яєчника. Вона спостерігається при гіпотиреозі, полікістозі яєчників, ожирінні, дефіциті маси тіла, ендометріозі, хронічному ендометриті, сальпінгоофориті, вадах розвитку матки та генітальному інфантілізмі. Ще однією з причин переривання вагітності на ранніх термінах є інфекційно-запальні захворювання, зумовлені умовно-патогенними мікроорганізмами, які виявлені у 20% пацієнток і вірусно-бактерійні асоціації - у 70% [1]. При наявних хронічних запальних процесах у жінок, за даними ряду авторів виявляються: стафілокок (15%); стафілокок в асоціації з кишковою паличкою (11,7%); ентерококи (7,2%); вірус простого герпесу (ВПГ) (20,5%); хламідії (15%); мікоплазми (6,1%); уреоплазми (6,6%); гарднерели (12,5%) [1, 2, 3]. Також важливу роль відіграють імунологічні механізми, які діляться на аутоімунні та аліімунні [3].

Одним з механізмів, що призводять до ранніх репродуктивних втрат, є порушення процесів імплантації та плаценталії. Основними змінами, що відбуваються в

ендометрії в цей період, є процеси ангиогенезу, згортання крові і фібринолізу, а також ремоделювання екстрацелюлярного матриксу. Основною ланкою патогенезу плацентарної дисфункції (ПД) являється порушення плодово-плацентарного кровотоку, що призводить до неадекватного забезпечення зростаючого плода киснем і живильними речовинами, а також гіпоксії тканин плода і плаценти. Клінічними проявами цих порушень можуть бути загроза переривання вагітності, завмерла вагітність і самовільний викидень. Успішна імплантація плідного яйця вимагає наявності рецептивного ендометрія і нормальних взаємодій між рецептивних ендометрієм і зародком [6]. Ендометрій складається з залозистого епітелію, стромі і лімфоміелоїдних клітин. Для підтримки нормальної вагітності, ендометрій повинен диференціюватися в децидуальну оболонку. У людини ендометрій перетворюється в децидуальну оболонку під дією гормонів, лімфоїдних і трофобластних клітин. Будь-які чинники, які можуть вплинути на функцію гормонів, лімфоїдних або трофобластних клітин, можуть загальмувати нормальний розвиток децидуальної оболонки. Фактори, які можуть перешкодити формуванню та функціонуванню децидуальної оболонки можна розділити на анатомічні, гормональні та імунні. До анатомічних дефектів, яким приписується несприятливий вплив на децидуальну оболонку, відносять поліпи ендометрію, підслизові міоми та внутрішньоматкові зрощення. Гормональна недостатність, пов'язана з перериванням вагітності в першому триместрі, включає в себе недостатність лютеїнової фази. Під час імплантації клітини трофобласта обмінюються сигналами з клітинами ендометрія і з лімфоїдними клітинами. Медіаторами цих сигналів є цитокіни і білки поверхні клітин. HLA-G, білок тканинної сумісності, що знаходиться на поверхні клітин трофобласта, розпізнається лімфоцитами CD8+. Лімфоцити CD8+ секретиують цитокіни, які стимулюють ріст і диференціювання клітин трофобласта. По мірі того як трофобластні клітини проліферують і проникають в ендометрій, вони диференціюються на внутрішній шар цитотрофобласт і зовнішній шар синцитіотрофобласт [4]. Розуміння механізму розвитку неповноцінної імплантації дозволяє застосувати більш цілеспрямований підхід до виявлення факторів ризику даного стану.

Мета дослідження - прогнозувати ризик переривання вагітності у жінок із звичним невиношуванням в анамнезі.

Матеріали та методи

Дослідження проводилось на базі гінекологічного відділення ВМКПБ №2. В дослідження було включено 88 жінок з діагнозом "Звичне невиношування вагітності", які відповідали критеріям включення та виключення. Також було проведено ретроспективне дослідження за період 2009-

2016 роки. Ми використовували наступні методи дослідження: клінічні, інструментальні (УЗД), молекулярно-генетичні та математично-статистичні методи.

Результати. Обговорення

В групі жінок із звичним невиношуванням вагітності в анамнезі було проведено опитування стосовно особливостей перебігу вагітностей. 76,1% жінок відмічали біль внизу живота та в поперековій ділянці; 54 пацієнтки (61,4%) скаржились на загальну слабкість, 47 (53,4%) - на головний біль та головокружіння. У 33 жінок (37,5%) спостерігались кров'яністі виділення зі статевих шляхів різної інтенсивності. 14 пацієток (15,9%) скаржились на нудоту, 9 (10,2%) - на блювоту, 12 (13,6%) - на больові відчуття у грудях. 23 жінки (26,1%) відмічали зниження базальної температури. Враховуючи отримані результати і те, що дані вагітності закінчились втратою вагітності, перелічені симптоми можна вважати предикторами переривання вагітності.

При проведенні ретроспективного дослідження було отримано наступні дані: у 2009 році було на базі МКПБ №2 м. Вінниці було зареєстровано 66 випадків самовільного переривання вагітності, 114 випадків завмерлої вагітності; у 2010 році - 45 та 126; у 2011 році - 48 та



Рис. 1. Особливості перебігу вагітності у жінок із звичним невиношуванням в анамнезі.

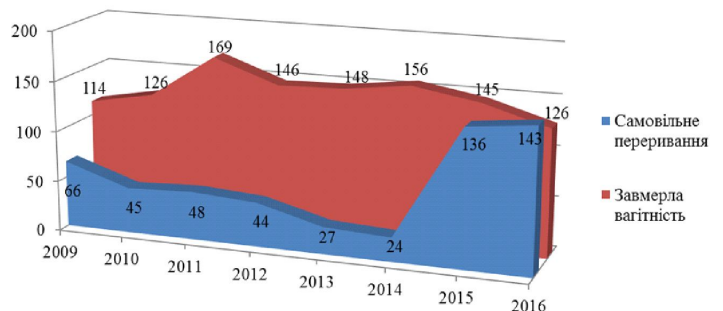


Рис. 2. Структура ранніх репродуктивних втрат за період 2009-2016 роки.

Таблиця 1. Частота ранніх репродуктивних втрат за період 2009-2016 рр.

Рік	Самовільне переривання вагітності	Завмерлі вагітності	Звичне невиношування вагітності	
			Відповідно	Відсоток
2009	66	114	30	16,67%
2010	45	126	25	14,62%
2011	48	169	29	13,36%
2012	44	146	26	13,68%
2013	27	148	32	18,29%
2014	24	156	28	15,56%
2015	136	145	30	10,68%
2016	143	126	34	12,64%

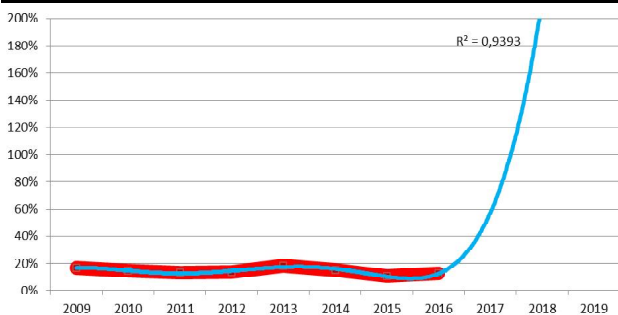


Рис. 3. Прогнозування звичного невиношування вагітності. 169; у 2012 році - 44 та 146; у 2013 році - 27 та 148; у 2014 році - 24 та 156 відповідно; у 2015 році - спонтан-

не переривання вагітності - 136 випадків, завмерла вагітність - 145; у 2016 році - 143 та 126 випадків відповідно. В структурі ранніх репродуктивних втрат за цей період кількість випадків звичного невиношування вагітності була наступною: 2009 рік - 30 (16,6%); 2010 рік - 25 (14,6%); 2011 рік - 29 (13,3%); 2012 рік - 26 (13,68%); 2013 рік - 32 (18,28%); 2014 рік - 28 (15,5%); 2015 рік - 30 (20,68%); 2016 рік - 34 випадки (18,88%) (рис.2).

Отримані дані представлені в таблиці 1.

За допомогою математично-статистичного аналізу було вираховано тенденцію частоти ранніх репродуктивних втрат в майбутньому (рис. 3).

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Виявлено тенденцію до зростання частоти ранніх репродуктивних втрат (в тому числі і звичного невиношування вагітності) в майбутньому.

2. Жінки із звичним невиношуванням в анамнезі входять в групу ризику та вимагають підвищеної уваги лікарів.

Формування груп ризику по звичному невиношуванню вагітності в перспективі дасть можливість знизити частоту ранніх репродуктивних втрат шляхом розробки схеми прегравідарної підготовки, прогнозування ризику розвитку патології імплантації та плаценталії, та своєчасної корекції виявлених порушень.

Список літератури

1. Айрапетов Д.Ю. Этиологические факторы привычного выкидыша /Д.Ю. Айрапетов //Акушерство и гинекология. - 2011. - №8. - С.102-106.
2. Меньшенина Т.А. Патогенетические аспекты и причины неразвивающейся беременности (обзор литературы) /Т.А. Меньшенина //Уральский медицинский журнал. - 2012. - №6. - С.15-20.
3. Невынашивание беременности: общий взгляд на проблему /Г.С. Богданова [и др.] //Медицинский совет. - 2012. - №3. - С.67-71.
4. Haas DM, Ramsey PS. Progestogen for preventing miscarriage. Cochrane Database Syst Rev 2013; 10: CD003511.
5. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Evaluation and treatment of recurrent pregnancy loss: a committee opinion. Fertil Steril 2012; 98: P. 1103-1111.
6. Rai R, Regan L. Recurrent miscarriage. Lancet 2006; 368: P.601-611.

Булавенко О.В., Мунтян О.А.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ В АНАМНЕЗЕ

Резюме. Невынашивание беременности является одной из ведущих акушерских проблем в связи с прямой связью с перинатальной заболеваемостью и смертностью и требует детального изучения с целью профилактики самопроизвольных выкидышей, преждевременных родов. Прогнозирование риска прерывания беременности, выявление предикторов и формирования групп риска по привычному невынашиванию позволит проводить мониторинг развития таких беременностей и снизить частоту ранних репродуктивных потерь.

Ключевые слова: привычное невынашивание беременности, прогнозирования, прерывание беременности.

Bulavenko O.V., Muntian O.A.

PREDICTION OF THE RISK OF ABORTION IN WOMEN WITH RECURRENT MISCARRIAGE

Summary. Recurrent miscarriage is one of the leading obstetric problems due to direct connection with perinatal morbidity and mortality and requires detailed study to prevent miscarriages and premature births. Predicting the risk of abortion, identifying predictors, and forming risk groups of women with recurrent miscarriage will allow controlling the progress of such pregnancies and reducing the incidence of early reproductive loss.

Key words: recurrent miscarriage, prediction, abortion.

Рецензент - д.мед.н., проф. Дзись Н.П.

Стаття надійшла до редакції 26.12.2016р.

Булавенко Ольга Василівна - д.мед.н., проф., завідувач кафедри акушерства і гінекології №2, ВНМУ ім М.І. Пирогова; +38(067)6231671; remedivin@gmail.com

Мунтян Ольга Анатоліївна - аспірант, асистент кафедри акушерства і гінекології №2 ВНМУ ім. М.І. Пирогова; +38(097)1488010