

МОЖЛИВОСТІ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ПРИЧИН БОЛЕЙ У ВАГІТНИХ

БАБЕНКО О.М., МОГІЛЕВКІНА І.О.

м. Донецьк

Більше половини жінок під час вагітності страждають на болі у спині та нижній частині живота. Однією з причин больового синдрому є загроза передчасних пологів. Рання діагностика загрожуючих передчасних пологів утруднена, але має важливе значення для попередження ускладнень з боку матері та дитини. Традиційні методи є досить суб'єктивними. На сучасному етапі пропонуються різні методи для встановлення діагнозу, такі як визначення фетального фібрoneктину.

Метою дослідження було вивчення можливості підвищення ефективності диференційної діагностики больового синдрому у другій половині вагітності.

Для вирішення поставленої задачі була обстежена 51 жінка у терміні вагітності 22-36 тижнів, які звернулися до лікарні протягом одного місяця зі скаргами на болі внизу живота та попереку. Всі жінки були госпіталізовані до пологового відділення з діагнозом загрози передчасних пологів. При надходженні окрім загальноприйнятих обстежень їм було проведено аналіз на вміст фосфорильованого протеїну-1, що зв'язує інсуліноподібний фактор росту у цервікальному секреті. Вважається, що цей протеїн вивільняється децидуальними клітинами при відшаруванні плодової оболонки. При негативному результаті вважається, що вірогідність передчасних пологів в найближчі 7 днів є дуже низькою. Після обстеження всі вагітні спостерігалися проспективно та реєструвався подальший перебіг вагітності та пологів.

В результаті дослідження показано, що у жодної жінки з негативним результатом тесту протягом 7 днів після його виконання не відбулися пологи. Майже в усіх вказаних вагітних пологи відбулися у передбачуваний термін. При позитивному аналізі результату подальшого перебігу вагітності відрізнялися у різних пацієнток, що вказувало на низьку прогностичну цінність позитивного результату.

Таким чином, проведене дослідження виявило значну гіпердіагностику щодо діагнозу загрози передчасних пологів та можливість використання вище вказаного тесту з високою прогностичною цінністю негативного результату для диференційної діагностики причин больового синдрому у другій половині вагітності.

УДК 618.39-06:616-02

КЛІНІКО-АНАМНЕСТИЧНІ ПРЕДИКТОРИ ВИКИДНЮ, ЩО НЕ ВІДБУВСЯ

БАЛА О.О., БЕНЮК В.О., КУВІТА Ю.В., КОВАЛЮК Т.В.

м. Київ

Завмерла вагітність є одним з найбільш грізних і важких ускладнень вагітності. Максимальне число невдалих вагітностей (75-80%) припадає на I триместр, кожна така вагітність погіршує умови для виношування майбутньої. Формується патологічний ланцюжок, останньою ланкою в якому є факт зниження на 20% протягом кожних п'яти років кількості жінок, здатних народити дитину [2].

Вагітність, що не розвивається загрожує виникненням масивних коагулопатичних кровотеч, запальних захворювань жіночої статеві сфери в ранньому і пізньому післяабортному/післяпологовому періодах, що ведуть до підвищеної материнської захворюваності та смертності [1, 2, 3].

Метою роботи було вивчити клініко-анамнестичні характеристики жінок із завмерлою вагітністю.

Матеріали і методи дослідження

Нами вивчено особливості анамнезу у 64 пацієнток після вишкрібання стінок порожнини матки в першому триместрі з приводу завмерлої вагітності (І група), у 34 жінок після медичного абортів виконаного в терміні до 12 тижнів вагітності за бажанням жінки (ІІ група) та у 30 практично здорових жінок дітородного віку (ІІІ група). Усі клініко-анамнестичні дані занесли в спеціально розроблену карту. Діагноз завмерлої вагітності, зумовленої загибеллю зародка, встановлювали з початку 6-ого тижня вагітності, визначаючи серцеву діяльність плода. При підозрі на вагітність, що не розвивається в терміні до 5 тижнів включно, проводили динамічне трансвагінальне ультразвукове сканування з інтервалом в один тиждень.

Результати дослідження та їх обговорення

Середній вік в І групі склав $28,3 \pm 0,21$ років, в ІІ групі - $27,9 \pm 0,51$ років, в ІІІ групі $28,9 \pm 0,84$ роки ($p < 0,05$). У жінок І групи була достовірно більша маса тіла ($69,6 \pm 0,4$ кг), порівняно з вагітними ІІ групи - $64,6 \pm 1,0$ кг ($p < 0,01$) та ІІІ групи - $66,4 \pm 1,1$ кг ($p < 0,05$), а зріст навпаки дещо нижчим - $157,9 \pm 0,4$ см в групі жінок з завмерлою вагітністю, в групі жінок з медичним абортів - $162,1 \pm 0,7$ см ($p < 0,05$), в групі практично здорових жінок дітородного віку - $157,2 \pm 0,6$ см ($p > 0,05$).

Середній вік менархе та терміни встановлення менструального циклу були співставними у обстежених жінок усіх груп ($p > 0,05$).

Аналіз частоти виникнення завмерлої вагітності за термінами гестації показав, що найчастіше завмерла вагітність спостерігалася в 5-6 тижнів гестації (у 14 (21,8%) пацієнток), рідко в 15-16 тижнів (у 1 (1,6%) жінок).

Першовагітних в І групі було 21 (32,8%), у ІІ групі - 6 (17,6%) ($p < 0,05$). У жінок І та ІІ груп в анамнезі частіше зустрічалися медичні абортів у 34 (53,1%) та у 11 (32,4%) пацієнток відповідно, в той час, як в ІІІ групі лише у 7 (23,3%) жінок.

Звертає на себе увагу в І групі висока частота захворюваності на хронічний тонзиліт (у 34,4% жінок), пієлонефрит (у 18,8%), цистит (у 31,3%), холецистит (у 21,9%), гастрит (у 40,6% пацієнток), які є явними ознаками несприятливого преморбідного фону. В той час, як в ІІ групі переважав хронічний гастрит (у 8,9%), хронічний холецистит (у 11,7%) та хронічний бронхіт (у 11,7% жінок). А в ІІІ групі хронічний холецистит та пієлонефрит (у 13,3% жінок кожна нозологія).

У жінок І групи в анамнезі достовірно частіше зустрічалися кольпіти (у 37,5%), цервіцити (у 34,4%), гострі сальпінгофорити (у 31,3%) та бактеріальний вагіноз (у 26,6% пацієнток) ($p < 0,05$).

Варто відмітити великий відсоток перенесених в дитинстві дитячих інфекційних хвороб у пацієнток І групи. Інфекційний індекс (відношення загального числа інфекційних захворювань до числа обстежених жінок) у пацієнток І групи склав 2,3, у ІІ та ІІІ групах - 1,1 та 0,9 відповідно ($p < 0,01$).

Вишкрібання у пацієнток І групи в попередніх вагітностях частіше були пов'язані з завмерлою вагітністю у 11 (17,2%) пацієнток, з мимовільним викиднем, що розпочався у 9 (14,1%) пацієнток. Медичний аборт за бажанням у пацієнток з завмерлою вагітністю зустрічався у 16 (25,0%) пацієнток. У пацієнток ІІ групи завмерла вагітність і самовільний викидень зустрічалися у 5,6% і у 11,1% пацієнток відповідно. У ІІІ групі даних ускладнень вагітності в анамнезі не було. Медичний аборт за бажанням в першій і другій контрольних групах зустрічався у 61% і у 45,4% пацієнток відповідно.

Висновки

Таким чином, для вагітних з завмерлою вагітністю характерний обтяжений гінекологічний та екстрагенітальний анамнез, високий інфекційний індекс, висока частота перенесених раніше вишкрібань порожнини матки. Інструментальне вишкрібання порожнини матки частіше було пов'язане з самовільним викиднем і завмерлою вагітністю, що згодом

могло призвести до порушення рецепторного апарату ендометрія, до виникнення гострого або загострення хронічного запального процесу в матці.

Отже, можна вважати, що уrogenітальна інфекція є фактором ризику у виникненні завмерлої вагітності. Отримані нами дані узгоджуються з даними інших авторів, які вказують на те, що за наявності обтяженого акушерсько-гінекологічного анамнезу та у інфікованих жінок завмерла вагітність зустрічається значно частіше, ніж у загальній популяції [2, 3].

ЛІТЕРАТУРА

1. *Бенюк В.О., Голота В.Я., Бала О.О.* Роль ехографії в діагностиці післяабортного ендометриту. Зб. наук. праць. асоц. акуш.-гінек. України. К. Інтер-мед, 2008. – с. 628-630.
2. *Сидельникова В.М.* Подготовка и ведение беременности у женщин с привычным невынашиванием: методические пособия и клинические протоколы. – М.:МЕД пресс – информ, 2010. – 224 с.
3. *Guleria M and Sayegh H:* Maternal acceptance of the fetus: true human tolerance. // J Immunol, 2007, 178: 3345-3351.

УДК 618.2-07+618.3+618.414.8

ЗАСТОСУВАННЯ L-АРГІНІНУ ДЛЯ КОРЕКЦІЇ ЕНДОТЕЛІАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ В СИСТЕМІ МАТИ-ПЛАЦЕНТА-ПЛІД У ЖІНОК З МАЛОВОДДЯМ

БАСЮГА І.О.

м. Івано-Франківськ

Профілактика акушерських та перинатальних ускладнень залишається одним з найбільш важливих пріоритетів у сучасній медицині. Численні дослідження в етіології та патогенезі ускладнень перебігу вагітностей, використання вдосконалених лікувально-діагностичних заходів доводять, що частота плацентарної дисфункції зростає і досягає понад 70% [2, 3, 5] та немає тенденції до зниження. Рядом авторів маловоддя розглядається як наслідок фето-плацентарних порушень, зокрема ендотелію судин і є важливим діагностичним критерієм внутрішньоутробного стану плоду [5, 6, 7]. При маловодді хронічна плацентарна недостатність виявляється в 85,5 % [5, 6]. У всіх вагітних із помірним та вкрай помірним маловоддям у другому та третьому триместрі вагітності була діагностована хронічна плацентарна недостатність [3, 7]. В результаті такого стану розвивається гіпоксія плоду, затримка його росту і як наслідок артеріальний перерозподіл ембріонального кровотоку на користь мозку веде до зменшення продукції ембріональної сечі, зниженню секреції респіраторного тракту і розвитку маловоддя.

Матеріали і методи дослідження

Для проведення дослідження нами були відібрані 38 вагітних в терміні вагітності 28-36 тижнів із ознаками плацентарної недостатності на фоні маловоддя. Діагностика хронічної плацентарної недостатності основана на проведенні плацентометрії, визначенні амніотичного індексу, доплерометрії судин пуповини, біофізичного профілю плоду шляхом ультразвукового обстеження на апараті ALOKA SSD 1700 VOLUSON 730. Для вивчення ендотеліальних змін у фетоплацентарному комплексі було застосовано визначення ендотеліну-1 у плазмі крові вагітних з використанням діагностичних тест-наборів Biomedica на імуноферментному аналізаторі. Вагітні були розділені на дві групи таким чином, що перша