

©В. І. Коптюх, Д. М. Дуве

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»**ПРЕГРАВИДАРНА ПІДГОТОВКА У ПАЦІЄНТОК ІЗ ЗАВМЕРЛОЮ ВАГІТНІСТЮ**

ПРЕГРАВИДАРНА ПІДГОТОВКА У ПАЦІЄНТОК ІЗ ЗАВМЕРЛОЮ ВАГІТНІСТЮ. У статті представлені дані про етіологію виникнення завмерлої вагітності, а також проведення прегравідарної підготовки у жінок із завмерлою вагітністю в анамнезі.

ПРЕГРАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА У ПАЦИЕНТОК С ЗАМЕРШЕЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ. В статье представлены данные об этиологии возникновения замершей беременности, а также проведение прегравидарной подготовки у женщин с замершей беременностью в анамнезе.

PREGRAVID PREPARATION IN PATIENTS WITH MISSED ABORTION. The article presents data on the etiology of occurrence of missed abortion, as well as conducting training pregravid in women with missed abortion.

Ключові слова: завмерла вагітність, прегравідарна підготовка.

Ключевые слова: замершая беременность, прегравидарная подготовка.

Key words: missed abortion, pregravid preparation.

ВСТУП. Однією із актуальних проблем сучасного акушерства є вирішення питань, пов'язаних із втратами вагітності. Невиношування вагітності на сьогодні складає від 15 до 25 % і, незважаючи на численні дослідження та розробку нових поглядів на виношування вагітності, тенденції до його зниження не відмічаються. Серед випадків самовільних викиднів у ранні терміни вагітності завмерла вагітність також збільшилася в останні роки з 15 до 80 %.

Тривала затримка завмерлого плідного яйця негативно впливає на подальшу репродуктивну функцію жінки, а також суттєво впливає на гемостазіологічні ускладнення в організмі жінки із розвитком підвищеного тромбоутворення. Втрата бажаної вагітності має як медичне, так і соціальне значення. За результатами УЗД виділяють два типи завмерлої вагітності: анембріонію та загибель ембріона. В усіх випадках вирішальне діагностичне значення має відставання розмірів матки і плідного яйця від терміну вагітності.

Завмерла вагітність [ЗВ] – поліетіологічне захворювання, що залежить від багатьох факторів.

В I триместрі вагітності основну роль у перериванні вагітності мають генетичні, ендокринні, інфекційні та імунологічні фактори.

Метою нашого дослідження було проведення діагностики причин завмерлої вагітності для прогнозування наслідків наступних вагітностей і проведення прегравідарної підготовки у пацієнток із завмерлою вагітністю.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Під нашим спостереженням перебували 30 жінок репродуктивного віку із завмерлою вагітністю, які були розділені на дві групи.

I група – 10 жінок, які були під спостереженням в умовах жіночої консультації, завмерла вагітність була діагностована під час відвідування лікаря в жіночій консультації.

II група – 20 жінок – завмерла вагітність була відмічена в анамнезі.

В I групі за віком жінки розподілилися таким чином: 6 вагітних у віці 19–25 років, 4 вагітних у віці 30–35 років.

В II групі серед жінок, у яких завмерла вагітність відмічалася анамнестично, переважали жінки у віці 19–30 років.

У 10 вагітних жінок ЗВ діагностована при проведенні УЗД. При цьому було виділено два типи завмерлої вагітності: анембріонія у 6 вагітних і загибель ембріона – у 4 вагітних.

У жінок із ЗВ при зборі анамнезу причиною переривання вагітності стала персистуюча вірусно-бактеріальна інфекція та ендокринні порушення.

Вагітним із завмерлою вагітністю проводилося переривання медикаментозним методом згідно з наказом МОЗ України.

Для діагностики причин ЗВ усім жінкам призначалися наступні обстеження: визначення TORCH-інфекцій імуноферментним методом Ig J та M, а також зскрібок із шийки матки для визначення Ig J та M полімеразноланцюговою реакцією (ПЛР). Діагностика ендокринних порушень здійснювалася визначенням рівня естрогенів, прогестерону та пролактину (ФСГ, лютеїнізуючий гормон та пролактин).

Обстеження проводились двічі до і після призначеної прегравідарної терапії.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.

При проведенні обстежень на TORCH-інфекції використовували панель ПЛР-діагностики, а саме зскрібок із слизових оболонок уrogenітального тракту на *chlamidia trachomatis*, *mycoplasma genitalium u. parvum/ u. urealyticum*, CMV та HSV ½ генотип. Імуноферментним методом визначали Ig J та M до CMV і HSV 1 та 2 типу, *toxoplasma gondii*.

При цьому було виявлено, що у 10 жінок (50 %) II групи були виявлені позитивні показники ПЛР на хламідіоз (*chlamidia trachomatis*), у 8 (40 %) – позитивні показники ПЛР на мікоплазмоз I у 2 (10 %) – токсоплазмоз.

При виявленні Ig J на ЦМВ титри більше ніж у 10 разів були виявлені у 8 жінок (40 %) жінок II групи, у решти – 10 жінок (50 %) титри не перевищували норму. I у 2 жінок (10 %) з цієї групи були виявлені ознаки гострої HSV-інфекції.

При проведенні обстежень на TORCH-інфекцію у I групи ознаки інфікування були виявлені у 6 жінок (60 %), а саме: хламідійна та мікоплазматична інфекція. У решти 4 (40 %) результати інфікування були від'ємні, однак при проведенні обстежень на наявність ЦМВ та герпетичні інфекції показники Ig M були підвищені у 8 жінок (80 %).

При проведенні обстежень гормонального профілю у всіх обстежених жінок було виявлено недостатність лютеїнової фази у 18 жінок (60%), у 4 (43%) – низькі показники фолікулоstimулюючого гормону. Показник пролактину у двох групах був у межах норми. Зниження продукції естрадіолу веде до зниження продукції прогестерону, що значно зменшує здатність ендометрія утримувати імплантоване плідне яйце в порожнині матки.

Серед обстежених жінок I та II груп із недостатністю лютеїнової фази 12 жінок (40%), відмічалася завмерла вагітність II типу (загибель ембріона).

Завмерла вагітність I типу (анембріонія) у 12 жінок (40%) спостерігалась при наявності підвищеного титру антитіл до Ig J цитомегаловірусної та герпетичної інфекції. У решти 6 жінок (20%) причина завмерлої вагітності була пов'язана найімовірніше з генетичними факторами. Крім того, була виявлена сезонність проявів патологічної вагітності – це осінньо-зимовий період, коли відмічається загострення інфекцій, в тому числі і вірусних.

З метою підготовки до подальших вагітностей усім 30 жінкам призначалася комплексна прегравідарна підготовка, яка включала прийом гормональних препаратів гестагенового ряду, зокрема дуфастону по 10 мг з 5-го по 21 день менструального циклу. Імуномодулююча терапія – протекфлазидом по схемі, лаферобіоном 1 млн ОД у свічках протягом 10 днів. Антибактеріальна терапія макролідами азитроміцином 500 мг по схемі – курсова доза 3 грами.

Повторне обстеження на TORCH-інфекцію проводилося через 3 місяці після поведення курсу лікування.

У 2 жінок із проявами гострої HSV-інфекції в комплексну терапію прегравідарної підготовки був включений

противірусний препарат «Лавомакс» у дозі 500 мг двічі на день протягом 7 днів. Після повторного визначення титрів Ig M курс прегравідарної підготовки був призначений через 3 місяці.

Вагітність була дозволена через 6 місяців після лікування в обох групах.

Вагітність наступила у 23 обстежених жінок і пролікованих жінок обох груп (74%).

Вчасними пологами вагітність завершилася у 19 жінок, у 4 – пройшли передчасні пологи в терміні до 34 тижнів із народженням живих дітей.

ВИСНОВКИ. 1. Таким чином при тривалій безсимптомній персистенції вірусної та бактеріальної інфекції у пацієток із ЗВ відбувається активація на локальному рівні системи гемостазу та імунітету, які беруть участь у процесах загибелі плідного яйця. При анембріонії виявлено поєднання вірусної, мікоплазматичної та хламідійної інфекції.

2. Серед ендокринних факторів етіології ЗВ першочергове значення набуває НЛФ, а також зниження продукції естрадіолу.

3. Таким чином, своєчасне виявлення причин завмерлої вагітності у жінок із втратами плодів у I триместрі після проведення прегравідарної підготовки, яка включає комплекс лікувальних заходів із включенням гормональних, антибактеріальних та імунних препаратів, дозволяє отримати благополучне завершення бажаної вагітності.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ. Діагностика причин завмерлої вагітності відкриває реальні можливості для прогнозування наслідків наступних вагітностей і проведення прегравідарної підготовки у пацієнтів із проблемною репродукцією.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Булавенко О. В. Сучасні погляди на етіологію завмерлої вагітності / О. В. Булавенко, В. О. Рудь // З турботою про жінку. – 2012. – № 8. – С. 56–59.

2. Бенюк В. О. Патологічне акушерство / В. О. Бенюк, В. Я. Голота, І. Б. Венцківська. – К. : Видавництво «Професіонал», 2009. – С. 23–48.

3. Чайка В. К. Антифосфолипідний синдром / В. К. Чайка, Т. Н. Демина. – Донецьк, 2004. – С. 9–20.

4. Pridjian G. Missed abortion / G. Pridjian, A. Moawod // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2009. – P. 161–261.

5. Перинатальні інфекції : наказ МОЗ України від 27.12.2006 р. № 906. – 11 с.

Отримано 01.06.16