3. Винникотт Д. В. Маленькие дети и их матери. - М.: Класс, 1998. - 80 с.
4. Гроф С. За пределами мозга. - М.: Изд. Трансперсонального института, 1993. - 504 с.
5. Дин-Рид Г. Роды без страха. - М.: Столица-Принт, 2005. - 304 с.
6. Добряков И. В. Психотерапия и перинатальная психология // Сборник материалов конференции по перинатальной психологии. - СПб., 1999 - С. 18-37.
7. Дубоссарская З.М., Дубоссарская Ю.А. Репродуктивная эндокринология (перинатальные, акушерские и гинекологические аспекты) 2008. Лира ЛТД. С.7-28.
8. Крейг Г. Психология развития: 7-е международное издание. - СПб.: Питер, 2000. - 992 с.
9. Лебуайе Ф. За рождение без насилия: Пер. с франц. - М.: Изд-во «Репринт», 1988. - 32 с.
10. Мурашко О. О. Перинатальная психология // Репродуктивное здоровье женщины. - 2004. -№1(17).- С. 27-30.
11. Оден М. Возрожденные роды. - ДООО СКЦ «Аист», 2005. - 132 с.
12. Тайсон Ф., Тайсон Р. Психологические теории развития. - Екатеринбург: Деловая книга, 1998,-169с.
13. Филиппова Г. Г. Перинатальная психология и психология развития - новая область исследования в психологии // Журнал практического психолога. - 2003. - № 4-5. - С. 3-22.
14. Филиппова Г. Г. Психология материнства. - М.: Изд-во Института психотерапии, 2002. - 238 с.
15. Фрейд З. Психология бессознательного. - М.: Просвещение, 1989. - 265 с.

УДК: 618.29-618.33-618.53

ДОСВІД ВЕДЕННЯ БАГАТОПЛІДНОЇ ВАГІТНОСТІ В УМОВАХ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРУ

ДУКА Ю.М., ШИРІНКІНА Н.К., ХАЛО М.В., КОЧІЄВА С.Г.

м. Дніпропетровськ

Тривалість вагітності залежить від числа плодів. Перебіг багатоплідної вагітності (БВ) несприятливіший при монохоріальному (особливо при поєднанні з моноамніотичним) типі плацентації порівняно з біхоріальним.

При багатоплідній вагітності до організму жінки пред'являються підвищені вимоги. Усі органи і системи функціонують з великою напругою. При багатоплідній вагітності і в пологах ускладнення розвиваються значно частіше, ніж при одноплідній, тому її слід віднести до станів, що займають пограничне положення між фізіологією і патологією [1,3].

Багатоплідна вагітність зустрічається у 0,4-1,6% випадків. Нині спостерігається тенденція до збільшення частоти її настання у зв'язку з активнішим застосуванням технологій допоміжної репродукції. Співвідношення спонтанної і індукованої багатоплідної вагітності при цьому складає 1:1 [1,2].

Підвищена частота ускладнень при багатоплідній вагітності як з боку матері, так і плода веде до значного збільшення перинатальної смертності. Перинатальна смертність при багатоплідній вагітності в 6-10 разів вище, ніж при одноплідній, і знаходиться в прямій залежності від маси тіла дітей [2,3].

Саме тому вивчення особливостей перебігу вагітності та пологів при багатоплідній вагітності є дуже актуальним напрямком сучасного акушерства.

Матеріали і методи дослідження

За період 2013-2014 років на базі комунальної установи «Дніпропетровський обласний перинатальний центр із стаціонаром «ДОР» проліковано 52 жінки з багатоплідною вагітністю, які звернулися до стаціонару зі скаргами на ниючи болі внизу живота та/або на кров'яністі виділення зі статевих шляхів. Вагітні були обстежені згідно з Наказами МОЗ України № 417 „Методичні рекомендації щодо організації надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги" від 15.07.2011 р. та №624 «Невиношування вагітності» від 03.11.2008 р. з урахуванням рекомендацій проекту національного протоколу «Багатоплідна вагітність» 2012 р. Додатково проводили дослідження генних поліморфізмів методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) у режимі реального часу за допомогою комплекту реагентів для визначення генетичних поліморфізмів компанії «Днк-технологія» (Пакети «ПЦЛ. Генетика. Тромбофілія» та «ПЦЛ. Генетика. Фолатний цикл»).

Кожній вагітній було проведено УЗД в терміні вагітності 11 тижнів 0 днів -13 тижнів 6 днів. При першому УЗД в 10-13 тижнів визначали: життєздатність плоду; товщину шийної складки, хоріальність. Для визначення терміну вагітності у випадку двійні використовували КТР більшого плода. Це дозволило уникнути помилок при оцінці терміну вагітності у випадку використання КТР плода з ранньою патологією росту. Під час опису результатів УЗД при двійні задокументовували локалізацію плодів (верхній та нижній або правий та лівий) для узгодження опису подальших знахідок впродовж вагітності. Наступне УЗД проводили у 20-22 тижні для визначення наявності структурних аномалій плодів.

Результати дослідження та їх обговорення

Середній вік жінок, що спостерігалися коливався від 25 до 42 років, в середньому склав 33,4±1,9 років. Середній гестаційний вік на момент взяття на облік складав 5,8±1,3 тижня. З 52 багатоплідних вагітностей не було жодної трійні. В 27 (51,9%) випадках вагітності були самостійними, а в 25 (48,1%) – наступили внаслідок допоміжних репродуктивних технологій, застосування яких лише в 3 (12%) випадках було пов'язано з трубним фактором безпліддя, в 4 (16%) – з чоловічим фактором. Інші жінки мали збережені та прохідні маткові труби. Вік жінок з ДРТ був вищим, ніж при самостійних вагітностях. Кількість спроб ЕКЗ коливалася від 1 до 4. Після 1 спроби вагітність діагностовано була лише у 11 з 25, в той час, як у 14 (56%) – кількість спроб ЕКЗ перевищувало одну.

Напередодні протоколу ЕКЗ жодна пацієнтка не була обстежена на носійство поліморфізму генів тромбофілії. Усі вагітні отримували зберігаючу терапію (гестагени, препарати естрадіолу до 7 тижня гестации, фолієва кислота, вітаміни групи В).

При проведення дослідження на поліморфізми генів тромбофілії наявність спадкової тромбофілії виявлена в 100% випадків. Але звертав увагу той факт, що мутація фактора V Leiden у 3,2 рази частіше зустрічалася у жінок з ЕКЗ, а саме у жінок зі збереженими трубами, коли вагітність не була також пов'язана з чоловічим фактором. Жінки мали діагноз безпліддя невстановленого ґенезу та більш, ніж 1 спробу ЕКЗ.

Точність визначення хоріальності була зумовлена ранньою госпіталізацією до стаціонару, у 51 випадку до 11 тижнів гестації. В 7 (25,9%) випадках при самостійній вагітності була встановлена монохоріальність. З цих вагітностей в 3 (42,8%) випадках виникла внутрішньоутробна загибель одного з плодів (ВЗОП) - в 9, 13 та 19 тижнів вагітності. В усіх трьох випадках виявлена мутація в гені протромбіну 20210 G A, що, в середньому, склало 37,5% від кількості загального виявлення цих мутацій. Вагітність в даних випадках вдалося завершити у терміни доношеної вагітності та провести розродження per via naturalis. В 1 (14,3%) випадку розвинувся синдром фето-фетальної трансфузії (СФФТ), в 1 (14,3%) - дискордантний ріст плодів, в 2 (28,4%) випадках вагітність перебігала без ускладнень та була завершена в терміні 38 та 39 тижнів шляхом розродження через природні пологові шляхи. Вагітна з СФФТ госпіталізована в НДІ ПАГ України м.Київ. У випадку дискордантного росту плодів (ДКРП) хоріальність своєчасно не була встановлена на етапі амбулаторного спостереження, до стаціонару жінка поступила у терміні гестації 25 тижнів з діагнозом СФФТ, однак діагноз був замінений на ДКРП, оскільки плоди були різностатеві. У даної вагітної виявлений поліморфізм 9 генів тромбофілії з 12 можливих, у тому числі мутація в гені протромбіну 20210 A A, мутація фактору V Leiden A A, що у

2,5 рази підвищувало ризики виникнення гіпертензивних порушень у вагітної, втрати плодів, виникнення дисфункції з боку фето-плацентарного комплексу. Враховуючи виявлення поліморфізму генів та гіперкоагуляційного синдрому вагітній були призначені низькомолекулярні гепарини (НМГ). Після 2-х тижневої терапії під час УЗД реєструвалися ідентичні показники з боку обох плодів. Однак, в 34 тижнів у пацієнтки розвинулась прееклампсія середнього ступеня, внаслідок чого було проведене екстрене розродження шляхом кесарева розтину (КР).

З 45 (86,5%) бібхоріальних біамніотичних вагітностей 4 (8,9%) жінок були госпіталізовані відразу після бластотрансферу з профілактичною метою, однак в терміні гестації 7 тижнів були виписані з позитивною динамікою. Повторної госпіталізації не було, вагітність перебігала без ускладнень та була завершена в 1 (25%) випадку шляхом КР у зв'язку з тазовим передлежанням 1-го плоду та головним – другого, а в 3 (75%) – своєчасними фізіологічними пологами. Ускладнений перебіг вагітності мала 41 (91,1%) жінка: у 23 (56,1%) випадків мала місце істміко-цервікальна недостатність; 6 (14,6%) вагітних мали хронічну артеріальну гіпертензію, яка обтяжувала перебіг вагітності; в 3 (7,3%) випадках розвинулася прееклампсія легкого ступеня; в 2 (4,88%) – прееклампсія середнього ступеня; в 9 (21,9%) випадках виникла загроза передчасних пологів. Була проведена профілактика респіраторного дистрес-синдрому (РДС) дексаметазоном.

Призначення НМГ проводилося з урахуванням тромботичних ускладнень в анамнезі та втрати вагітності, визначення поліморфізму генів тромбофілії, маркерів тромбінемії. Контролювання стану загортальної системи крові перед початком лікування допускало реалізацію більш високого терапевтичного ефекту, націленого на поліпшення перебігу гестації та зниження ризику антенатальних і перинатальних втрат. Введення 0,3-0,6 мл ін`єкцій надропаріну або беміпарину 2500-3500 МЕ антифактора-Ха під контролем тромбоцитів і кальцію істотно знижує ризик виникнення ускладнень, виключає вплив тромбофілії на перебіг вагітності, виникнення антенатальних і перинатальних втрат.

З 52 вагітностей 16 (30,8%) завершилися передчасними пологами (9 (56,3%) - консервативним шляхом, 7 (43,7%) - шляхом КР). З 36 термінових пологів в 11 (30,6%) випадках застосовували КР.

У 2 випадках вдалося пролонгувати вагітності на 14 і 18 тижнів гестації при викидні 1 плоду з двійнят без відділення посліду в 18 і 15 тижнів гестації відповідно. В 33 тижні гестації у обох пацієнток проведений ургентний КР у зв'язку з виникненням регулярної пологової діяльності. Народилися діти чоловічої статі вагою 1450 і 1920 г, завдовжки 43 і 41 см, з оцінкою 6-8/5-6 балів за шкалою Апгар. Друга плацента, яка залишалася після викидня, піддалася вираженим склеротичним змінам. ПГД посліду: хронічна декомпенсована фетоплацентарная недостатність. Гіпопластична форма.

Через 3 місяці після розродження у 2 пацієнток настала самостійна вагітність, яка завершилася плановим кесаревим розтином у 39 тижнів без ускладнень у червні 2014 року.

Висновки

1. Проведення УЗД в ранніх термінах вагітності сприяє ранньому виявленню БВ, зниженню частоти індукції пологів через переношування вагітності, збільшує частоту переривань вагітності через аномалії розвитку плоду.
2. У II-III триместрі вагітності точна діагностика хоріальності можлива тільки при наявності двох окремо розташованих плацент. За наявності єдиної плацентарної маси (одна плацента або плаценти, що злилися) при сонографії часто відбувається гіпердіагностика монохоріального типу плацентації.
3. Саме хоріальність (а не зіготність) визначає перебіг вагітності, її результати, перинатальну захворюваність та смертність.
4. Патогенетично обґрунтоване застосування НМГ при БВ покращує перебіг гестації, знижує ризики виникнення акушерських ускладнень.

ЛІТЕРАТУРА

5. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. Выпуск 2. // Под ред. В.И. Кулакова. – М.: «ГЭОТАР-Медиа».- 2008. – 1020 с.
6. Проект національного протоколу «Багатоплідна вагітність» 2012 р.
7. О.Н. Харкевич, В.Л. Семенчук. Проблема многоплодной беременности: современные подходы к решению // Медицинские новости. – 2009. - №14. - С.7-11.

УДК 618.39-085:616-008

АНАЛІЗ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНІВ ТРОМБОФІЛІЇ У ВАГІТНИХ ЖІНОК З НЕВИНОШУВАННЯМ ВАГІТНОСТІ

ДУКА Ю.М.

м. Дніпропетровськ

Виходячи зі структури материнської смертності, в якій основними причинами є кровотечі, гіпертензивні розлади та тромбоемболічні ускладнення, та структури перинатальної смертності, в основі якої лежить мертвонародженість внаслідок плацентарної дисфункції в стадії декомпенсації, необхідно приділяти пристальну увагу порушенням в системі гемостазу, що відіграють вирішальну роль в патогенезі вищезазначених ускладнень [2,3,6].

Жінки з антифосфоліпідним синдромом, вродженою тромбофілією та гіпергомоцистеїнемією входять в групу високого ризику розвитку тромботичних ускладнень та несприятливого перебігу вагітності. Існує чіткий патогенетичний зв'язок між спадковою схильністю до активації згортання крові, локальним станом антикоагулянтного захисту, особливостями плацентарного кровообігу та ускладненнями вагітності, такими як: гіпертензивні порушення у вагітних, дисфункція плацентарного комплексу, передчасне відшарування нормально розташованої плаценти. Основні зусилля по попередженню тяжких ускладнень вагітності повинні бути спрямовані на ранню діагностику та корекцію порушень в системі згортання [1, 4, 5].

Саме тому, метою проведеного дослідження був аналіз виявлених поліморфізмів генів тромбофілії у вагітних жінок з невиношуванням вагітності та їхнього впливу на перебіг вагітності.

Матеріал і методи дослідження

Для досягнення поставленої мети були обстежені 163 жінки із загрозою невиношування вагітності, які перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні медицини плоду та патології ранніх термінів вагітності комунального закладу «Дніпропетровський обласний перинатальний центр зі стаціонаром «ДОР»».

111 вагітних жінок із загрозою невиношування вагітності на тлі надмірної ваги склали основну групу дослідження. Групу порівняння склали 52 вагітні жінки із вищезазначеними симптомами, у яких індекс маси тіла (ІМТ) не перевищував рекомендований ВООЗ показник.

Вагітні були включені в групу порівняння та дослідження на підставі наявності в них симптомів загрози переривання вагітності, які регламентовані Наказом МОЗ України №624 від 3.11.2008 року, а саме: скарги на біль в нижніх ділянках животу, наявність кров'янистих виділень зі статевих шляхів, а також наявність ділянок відшарування плідного яйця за даними УЗ-дослідження, навіть без наявності скарг.

Окрім досліджень, що регламентовані Наказами МОЗ України № 417 „Методичні рекомендації щодо організації надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги" від 15.07.2011 р. та №624 «Невиношування вагітності» від 03.11.2008 р., у розширеному обсязі, з індивідуальної згоди жінки, проводили дослідження генних поліморфізмів мето-