

НАУКОВИЙ ВІСНИК
Ужгородського університету

серія

МЕДИЦИНА

випуск **9**

1999

СУЧАСНІ АСПЕКТИ КОРЕГУЮЧОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ КРОВОТЕЧАХ В РОДАХ НА ФОНІ АНЕМІЇ ВАГІТНИХ <i>Бортейчук Р.Ю.</i>	201
КЕСАРІВ РОЗТИН У ЖІНОК З ОЖИРІННЯМ <i>Венцовський Б.М., Цапенко Т.В., Шупік В.І.</i>	204
НАШ ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ЖІНОЧОЇ НЕПЛІДНОСТІ <i>Ганич М.М., Бобик Ю.Ю., Качала В.Ю., Бобик Ю.Ю. (молодший)</i>	206
ОСОБЛИВОСТІ ВЕДЕННЯ ВАГІТНОСТІ І РОДІВ ПРИ ПІЗНЬОМУ ГЕСТОЗІ <i>Ганич М.М., Калій В.В., Панайт В.І., Герзанич С.О.</i>	209
МАСИВНІ АКУШЕРСЬКІ КРОВОТЕЧІ, ПРИНЦИПИ РАЦІОНАЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ <i>Ганич М.М., Корсак В.В., Маляр В.А., Качала Т.М., Панайт В.І., Хаща І.І.</i>	213
ОСОБЛИВОСТІ ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї У МОЛОДИХ ПОДРУЖНИХ ПАР <i>Ганич М.М., Розумик І.І., Качала В.Ю.</i>	215
АНАЛІЗ ПРОВЕДЕННЯ НЕПРЕРИВНОГО ТА ДИСКРЕТНОГО ПЛАЗМАФЕРЕЗУ В АКУШЕРСЬКІЙ ПРАКТИЦІ <i>Грищенко В.І., Танько О.П.</i>	219
ПРИЧИНИ ВИДАЛЕННЯ МАТКИ ПРИ ОПЕРАЦІЇ КЕСАРЕВОГО РОЗТИНУ ТА В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ <i>Квартальний А.А., Константинов К.К., Вamuш А.В.</i>	222
ДІАГНОСТИКА ЗАТРИМКИ РОЗВИТКУ ВАГІТНОЇ МАТКИ <i>Лизин М.А.</i>	224
ДО ПИТАННЯ БАЛАНСА ВІТАМІНІВ МІЖ МАТЕРИНСЬКИМ	
ОРГАНІЗМОМ ТА ПЛЮДОМ <i>Рошкович І.Ю., Ганич М.М., Панайт В.І., Рошкович Ю.В., Сабов В.О., Гончаренко Л.І.</i>	227
ЗАСТОСУВАННЯ НІФЛУРИЛА В АКУШЕРСЬКІЙ ПРАКТИЦІ <i>Сенчук А.Я., Голяновський О.В., Шупік В.І.</i>	229
ФАКТОРИ РИЗИКУ, ПРОФІЛАКТИКА І РАННЯ ДІАГНОСТИКА ДОБРОЯКІСНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ (МАСТОПАТІЇ) У ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ <i>Сенчук А.Я., Банніков В.І., Майструк Г.П.</i>	230
СТАН ПРЕІМПЛАНТАЦІЙНОГО ЕНДОМЕТРІУ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ В ПОЄДНАННІ З СУБКЛІНІЧНИМ ГІПОТІРЕОЗОМ <i>Феськов О.М., Феськова І.А.</i>	233
ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я	
СОЦІАЛЬНО-МЕДИЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИВЧЕННЯ ВІДТВОРЕННЯ НАСЕЛЕННЯ ЗАКАРПАТТЯ - ПЕРЕДУМОВА РЕФОРМ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я <i>Маляр В.А., Розгач І.М., Микита В.В., Маляр В.В.</i>	237
ВІТАЄМО ЮВІЛЯРІВ	
КАНДИДАТОВІ МЕДИЧНИХ НАУК, ДОЦЕНТУ БОГДАНУ ГАВАТІ – 75	241
КАНДИДАТОВІ МЕДИЧНИХ НАУК, ДОЦЕНТУ ІСААКУ МІГУНОВУ – 90	245

РЕЗЮМЕ**Особенности ведения беременности и родов при поздних гестозах****Ганич М.М., Калий В.В., Панаит В.И., Герзанич С.О.**

Проанализировано 625 случаев родовспоможения у беременных с поздними гестозами. Продемонстрирована зависимость при выборе тактики ведения родов у данного контингента беременных от степени тяжести позднего гестоза, внутриутробного состояния плода и срока беременности. Особое внимание уделено вопросам профилактики и лечения акушерских кровотечений, вероятность возникновения которых при поздних гестозах беременных всё ещё остаётся высокой. Также даны рекомендации касательно выбора оптимального метода родовспоможения и ведения послеродового периода у женщин с этой патологией.

SUMMARY**Peculiarities of pregnancy and labour leading in the case of late gestosis****Hanych M.M., Kalij V.V., Panait V.I., Herzanych S.O.**

625 cases of labors among women with gestosis are analyzed. Relations between leading of this groupe of pregnants, severity of gestosis, fetus state and pregnancy term are examined. Special attention we pay to obstetrical bleeding treatment and its prevention because the risk of its appearance is high. Recommendations concerning the optimal way of delivery and leading of post-partum period are given.

МАСИВНІ АКУШЕРСЬКІ КРОВОТЕЧІ, ПРИНЦИПИ РАЦІОНАЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ**Ганич М.М., Корсак В.В., Маляр В.А., Качала Т.М., Панаит В.І., Хаща І.І.***Ужгородський державний університет, м. Ужгород*

Однією з найбільш актуальних проблем в акушерстві є маткові кровотечі. Вони займають одне з провідних місць в структурі материнської смертності. Частота акушерських кровотеч коливається в межах 3-15% від загальної кількості родів та не має тенденції до зниження [5]. При цьому частота гіпотонічних кровотеч становить 2-4%, передлежання та передчасне відшарування нормально розміщеної плаценти - 0,9-1,6%. Продовжує зростати частота патологічних крововтрат при оперативних розродженнях [1, 6]. У жінок після акушерських кровотеч спостерігаються тривалі порушення загального стану, метаболічні зміни, уповільнення процесів регенерації крові, зростання кількості післяродових септичних ускладнень [2, 3]. Анемізація вагітних та роділь негативно впливає на стан і розвиток новонароджених [4].

З метою вивчення факторів ризику у виникненні акушерських кровотеч нами проведено клініко-статистичний аналіз перебігу вагітності та родів у 8948 жінок на матеріалі Ужгородського клінічного акушерського центру за останні 4 роки (1995-1998 роки).

Патологічна крововтрата в родах спостерігалася у 270 жінок, що становить 3% до загальної кількості родів. При цьому слід зазначити збільшення частоти патологічних крововтрат від 2,6% (в 1995 році) до 3,5% (в 1998 році, при $p < 0,05$).

Контрольну групу склали 100 жінок з нормальним перебігом вагітності та родів.

Усі обстежені були в репродуктивному віці від 17 до 40 років. Першовагітних з них було 130, по-

вторновагітних -140, в тому числі - 125 жінок з повторними родами. Нами не виявлено збільшення частоти маткових кровотеч у залежності від кількості родів. Поряд з цим, встановлено значний відсоток кровотеч у першородок віком до 20 років та старших 30 років (при $p < 0,05$). Ми вважаємо, що перша вагітність на момент її доношування не завжди призводить до належної готовності матки та створенню родової домінанти для забезпечення функціонально-повноцінної контракції матки.

Нами виявлено певний вплив на частоту маткових кровотеч характеру трудової діяльності. Так, у жінок з гіпокінезією відсоток акушерських кровотеч значно зростає і, навпаки, в осіб фізичної праці патологічна крововтрата спостерігалася значно рідше (при $p < 0,05$). Отримані дані підтверджують існуючу думку про те, що обмеження рухів призводить до значних змін у гіпоталамічній нейросекреції та в інкреторній активності гіпофізу, що в свою чергу не може не вплинути на перебіг вагітності і родів. Покращення фізіо-психопрофілактичної підготовки вагітних до родів та пошук нових, удосконалених медико-профілактичних заходів сприятимуть зниженню кількості патологічних крововтрат.

Самовільні викидні, особливо у нерожавших жінок, як і патологія оваріально-менструальні функції, збільшують частоту маткових кровотеч. Не можна не врахувати взаємодію у фето-плацентарній системі. Адже відомі дані про те, що при вагітності, ускладненій фето-плацентарною недостатністю, значно зростає крововтрата в родах [4].

АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ

Частота екстрагенітальної патології серед жінок з акушерськими кровотечами становить 39,3% проти 17% в контрольній групі (при $p < 0,05$), що підтверджує потребу кваліфікованого диспансерного спостереження під час вагітності в умовах жіночої консультації як акушером-гінекологом, так і терапевтом вагітних даної групи ризику.

За нашими даними збільшення частоти акушерських кровотеч спостерігається при патологічному перебігові вагітності та при обтяжливому акушерському анамнезові. Значно збільшують кількість маткових кровотеч пізні гестози (9,35% проти 4% у контрольній групі, при $p < 0,05$), що іноді супроводжується розвитком хронічного синдрому дисемінованого внутрісудинного згортання крові. Загроза передчасного переривання вагітності мала місце у 20,7% випадків серед жінок з матковою кровотечею, анемія вагітних - у 23%, обтяжливий акушерський анамнез - у 18,9%, фетоплацентарна недостатність - у 8,1%, багатоводдя - у 4,1% у порівнянні із контрольною групою ($p < 0,05$).

Простежується певна залежність частоти маткових кровотеч від характеру перебігу родів. Па-

тологічна крововтрата частіше (при $p < 0,05$) була у тих роділь, у яких мали місце різні ускладнення: аномалії родової діяльності, несвоєчасне злиття навколоплодових вод, крупний плід, утробна гіпоксія плода, (при $p < 0,05$).

У структурі акушерських кровотеч основна питома вага належить кровотечам, зумовлених порушеннями скоротливої діяльності матки (60%). Друге місце в структурі займають акушерські кровотечі при оперативних розродженнях (21,1%). Саме в цій групі ми спостерігали найбільш масивні крововтрати. На третьому місці серед причин акушерських кровотеч знаходяться кровотечі, зумовлені патологією прикріплення плаценти (18,9%).

З метою виявлення факторів, які впливають на величину крововтрати, та обґрунтування ефективних заходів, спрямованих на профілактику й лікування кровотеч нами розподілено всіх роділь з патологічною кровотечею на дві клінічні групи: Перша - 40 жінок, у яких загальна крововтрата перевершила 1000 мл, друга - 230 жінок, у яких крововтрата була в межах 500-1000 мл, що представлено в Таблиці 1.

Таблиця 1

Структура акушерських кровотеч в залежності від крововтрати

Причина кровотечі	Клінічна група I (%)	Клінічна група II (%)	P1-2
Гіпотонічна маткова кровотеча	35	75,2	> 0.05
Патологія прикріплення та відділення плаценти	20	18,7	> 0.05
Передчасне відшарування нормально розміщеної плаценти	17,5	4,8	<0.05
Передлежання плаценти	7,5	0,4	<0.05
Кровотеча після оперативного втручання	20	0,9	<0.05

Порівнюючи дані, отримані в обох групах, можна зробити висновок про те, що достовірне збільшення масивних крововтрат (у 5 разів) мало місце при передлежаннях та передчасних відшаруваннях плаценти. У зв'язку з цим ця патологія вагітності та родів заслуговує на особливу увагу в організації своєчасної оперативної допомоги. Також слід мати на ретельному контролі надання допомоги тим жінкам, яким в родах проводилися оперативні втручання і мала місце крововтрата понад 1000 мл.

Заслуговує на увагу той факт, що масивні акушерські кровотечі у жінок, старших 30 років, зустрічалися у 2,6 разів частіше (при $p < 0,05$). Екстрагенітальна патологія та обтяжливий акушерський анамнез серед вагітних першої групи зустрічалися у 60% випадків, а серед другої групи - в 35,7% (при $p < 0,05$). Отримані дані свідчать про те, що вагітні при поєднанні екстрагенітальної патології з обтяжливим акушерським анамнезом на-

лежать до групи високого ризику по виникненню масивної акушерської кровотечі. Такі пацієнтки повинні бути заздалегідь, у плановому порядку госпіталізовані для дородової підготовки та вибору методу розродження. Однак, саме пізня госпіталізація у цих хворих спостерігається майже в половині випадків.

Суттєві відмінності виявлені при аналізі перебігу вагітності і родів, зокрема в першій групі роділь. Гестоз у першій групі зустрічався у 32,5% випадків, передчасне злиття навколоплодових вод - у 42,5%, загроза передчасного переривання вагітності - у 40%, анемія вагітних - у 82,5% випадків, проти, відповідно, 5,2%, 19,6%, 17,4% та 35,7% випадків у 2-гій групі.

Таким чином, значна кількість вагітних, у яких в-подальшому виникла масивна акушерська кровотеча, мали ускладнений перебіг даної вагітності і родів. У них значно частіше спостерігалися аномалії родової діяльності (27,5% проти 12,6% у

другій групі, при $p < 0,05$), а також оперативне розродження шляхом кесарського розтину (25% проти 7,4% у другій групі, при $p < 0,05$). У 4 випадках проведено надпихову ампутацію матки і в 3 - екстирпацію матки без додатків. У післяродовому періоді значно збільшується кількість гнійно-запальних захворювань та тривалість ліжко-днів у порівнянні з контрольною групою. (при $p < 0,05$)

У даній роботі також вивчено вплив патологічної крововтрати на стан новонароджених. Виявлено, що при патологічній крововтраті в родах новонароджені мають достовірно нижчу оцінку за шкалою Апгар, більшу кількість захворювань, особливо - уражень нервової системи. Найбільш несприятливий вплив на стан новонароджених спостерігався при передлежанні та передчасному відшаруванні нормально розміщеної плаценти.

Відсутність випадків материнської смертності від масивних акушерських кровотеч у нашій клініці свідчить про адекватну консервативну те-

рапію і своєчасне оперативне втручання. Ми вважаємо, що ефективне лікування масивних кровотеч багато в чому обумовлена своєчасністю та повнотою оперативного втручання. Інколи не треба упустити моменту для видалення матки, як крайнього, але життєво виправданого заходу.

Висновки. 1. Маткові кровотечі продовжують займати домінуюче місце в структурі материнської захворюваності та смертності. 2. Резервом зниження частоти маткових кровотеч є ефективна диспансерна робота в жіночій консультації серед усіх вагітних, особливо із групи високого ризику. 3. Вагітні з високим ризиком виникнення акушерських кровотеч повинні до родів госпіталізуватися на профілактичне ліжко та розроджуватися згідно з консильярно розробленого плану ведення родів. 4. У комплексну інтенсивну терапію при акушерських кровотечах слід також включати засоби, спрямовані на підвищення адаптивних механізмів у плода та новонародженого.

ЛІТЕРАТУРА

1. Гудивок І.І., Макарьчук О.М. Гіпотонічні кровотеч при абдомінальному родорозрішенні // Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. - Сімферополь, 1998, - С.89-90.
2. Коханевич Е.В., Геревич Й.Я. Сучасна тактика при масивних кровотечах в акушерстві // Шляхи зниження материнської смертності від маткових кровотеч. Тези плен. правл. акуш.-гін. України.- Вінниця, 1993. - С.39-50.
3. Кулаков В.И., Серов В.Н., Абубакирова А.М., Баранов И.И. Акушерские кровотечения. - М.: Триада, 1998. - 96 с.
4. Резніченко Г.І. Переношена вагітність і запізнілі пологи. - Запоріжжя: Парітет, 1998. - 180 с.
5. Серов В.Н., Абубакирова А.М. Акушерские кровотечения (профилактика и лечение) // Акушерство и гинекология. - 1997, №5. - С.28-33.
6. Чуб В.В. Профілактика гіпотонічних кровотеч при кесарському розтині в зв'язку з відшаруванням плаценти // Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. - Сімферополь, 1998. - С.379-381.

РЕЗЮМЕ

Массивные акушерские кровотечения, принципы рационального лечения и профилактики

Ганич М.М., Корсак В.В., Маляр В.А., Качала Т.М., В.И.Панайт В.И., Хашча И.И.

Проведен клініко-статистический аналіз течення вагітності і родов в 8948 жінок. Патологічне кровотечення в родах спостерігалося у 270 жінок, що становить 3% від загального числа родов. Визначені фактори ризику виникнення акушерських кровотеч, в частині, масивних. Дані рекомендації по профілактиці і ліченню маточних кровотечений во время вагітності і родов.

SUMMARY

The principles of rational treatment and prevention of heavy obstetrical bleeding

Hanich M.M., Korsak V.V., Malyar V.A., Kachala T.M., Panait V.I., Khashcha V.I.

The course of pregnancy and delivery in the case of 8948 women has been analysed. Pathological bleeding during the delivery has been observed in 3% of women. Factors of risk arising due to this heavy obstetrical pathology are enlightened in this article. Recommendations are given concerning the prevention of obstetrical bleeding and its treatment.

ОСОБЛИВОСТІ ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї У МОЛОДИХ ПОДРУЖНІХ ПАР

Ганич М.М., Розумик І.І., Качала В.Ю.

Ужгородський державний університет; Ужгородська центральна міська клінічна лікарня, м. Ужгород

В Україні з кожним роком стає все більш актуальною проблема планування сім'ї. Це зумовлено як погіршенням демографічної ситуації в країні, репродуктивного здоров'я, так і зниженням життєвого рівня. Природній прискі-