

ГОРМОНАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

© О. Н. Аржанова, Ю. М. Пайкачева

НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта СЗОРМН, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность проблемы

Проблема невынашивания беременности (НБ), особенно у женщин с многоплодной беременностью (МПБ), является одной из актуальных тем в современном акушерстве. По данным литературы, частота спонтанных аборт при многоплодной беременности составляет от 18 до 44,4%, а частота преждевременных родов колеблется от 19,5 до 37,6%. В связи с этим беременные с МПБ относятся к группе высокого риска по развитию невынашивания. В последние годы растет частота МПБ, наступившей в результате методов вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ).

Материал и методы

Проведен анализ течения и исходов беременности у 387 женщин с МПБ. Из них: 364 (94,1%) беременных с двойней, 22 (5,7%) с тройней и 1 — с четверней. Средний возраст пациенток составил 28,6 лет. У 41,4% пациенток беременность наступила в результате ВРТ. Продолжительность бесплодия у них в среднем составила 8,3 года. 93,5% беременных были первородящими.

Результаты

В анамнезе 58,9% беременных имели различные экстрагенитальные заболевания: хронический тонзиллит, патологию сердечно-сосудистой и мочевыделительной систем, а также заболевания щитовидной железы. Особенностью эндокринного статуса женщин после ВРТ явилась высокая частота гормональной недостаточности яичников (68,3%), проявляющейся у 82,1% больных недостаточностью лютеиновой фазы менструального цикла, а у 16,6% — ановуляцией.

Среди осложнений беременности на первом месте были угроза прерывания у 72,3% и гестоз у 43,1% пациенток. Из других осложнений наиболее часто встречались анемия беременных (35,8%) и урогенитальные инфекции (23,1%). Частота плацентарной недостаточности была 29,1%, при этом гипотрофия плодов отмечена в 33,1%. Неправильное положение плодов встречалось у 42,7% женщин, в том числе тазовое в 26,2%. Характер основных осложнений в родах и их частота не отличались у пациенток со спонтанной и индуцированной беременностью. Частота родоразрешения путем операции кесарева сечения была в 2,1 раза выше при бере-

менности двойней по сравнению с одноплодной беременностью.

По-видимому, большой процент НБ на ранних сроках и высокая частота угрозы прерывания у пациенток с МПБ связаны с гормональной недостаточностью яичников. Мы изучили динамику прогестерона в крови иммуноферментным методом у беременных с МПБ. Установлено, что динамика прогестерона в сыворотке крови при одноплодной и многоплодной беременности значительно отличается. При двойне уровень прогестерона в 2–3 раза превышает этот показатель с 7 до 24 недели беременности по сравнению с беременными при наличии одного плода. К 28 неделе беременности содержание прогестерона приближается к показателям в контрольной группе. По нашим данным, наиболее часто угрожающий выкидыш при многоплодной беременности наблюдается на ранних сроках до 16 недель и после 24 недели, тогда как среди пациенток с одним плодом процент угрозы невынашивания практически одинаковый на всех сроках в 1 и во 2 триместре беременности.

Проанализировано содержание прогестерона в зависимости от наличия или отсутствия угрозы прерывания беременности. При угрозе прерывания беременности этот показатель был достоверно ниже, чем в контроле в 1 и 2 триместрах. Развитие угрожающего выкидыша при МПБ сопровождается снижением уровня прогестерона крови до уровня, характерного для одноплодной беременности.

Поскольку угроза прерывания беременности у наших пациенток подтверждалась данными о снижении гормонов в сыворотке крови, лечение угрожающего невынашивания включало назначение препаратов прогестерона, эстрагенов и ХГ. Все беременные после ВРТ получали поддерживающую гормональную терапию, включающую применение прогестерона по 20–25 мг или утрожестана по 200–400 мг в день до 16–20 недель беременности, а в дальнейшем 17-ОПК по 125–250 мг 1–2 раза в неделю до 28–32 недели при двойне. Кроме гормонального лечения, проводилась комплексная сохраняющая терапия, профилактика осложнений беременности. Установлено, что частота срочных родов при МПБ составила 48%, преждевременных — 52%.

Родилось 787 детей. Перинатальная смертность составила 10%, редуцированная 5,1%.

Заключение

Таким образом, алгоритм ведения МПБ должен включать полноценное обследование, включая исследование гормонов в крови, своевременную госпитализацию в критические сроки, поддерживающую терапию гестагенами

в повышенных по сравнению с одноплодной беременностью дозами, профилактику осложнений беременности. Грамотное ведение многоплодной беременности с ранних сроков позволяет снизить перинатальную смертность в 3 раза, увеличить число срочных родов в 2 раза, уменьшить частоту рождения глубоко недоношенных детей в 2,5 раза и улучшить прогноз для матери и плода

ПРИМЕНЕНИЕ ТРАНЕКСАМОВОЙ КИСЛОТЫ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ КОАГУЛОПАТИЧЕСКОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ РОДОРАЗРЕШЕНИИ

© Д. Р. Бикмуллина, М. С. Зайнулина

НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта СЗО РАМН, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность проблемы

В структуре материнской смертности по Российской Федерации первое место занимает материнская смертность от кровотечений и геморрагического шока и не имеет тенденции к снижению. Гестоз, являясь также одной из основных причин материнской смертности, в структуре причин стабильно занимает 2–3 место. При тяжелом течении гестоза наблюдается активация внутрисосудистого свертывания крови, в связи с чем часто развивается тромбоцитопения, патологическая активация фибринолитической системы.

Цель исследования

Изучить показатели свертывающей системы крови у беременных с гестозом тяжелой степени и выявить при этом наиболее эффективные методы профилактики коагулопатического кровотечения.

Материал и методы

Нами были обследованы 40 беременных с явлениями гестоза средней, тяжелой степени (15,79% и 39,47%) и преэклампсией (44,74%). Средний возраст беременных составил $28,86 \pm 5,98$ года. Срок беременности при поступлении составил $35,47 \pm 3,16$ недели.

Контрольную группу составили 50 женщин с физиологически протекающей беременностью. Средний возраст беременных составил $26,45 \pm 4,85$ года, срок беременности при поступлении составил $36,85 \pm 2,94$ недели. Группы были сопоставимы по возрасту, сроку беременности и наличию экстрагенитальной патологии.

Коагулограмма выполнялась с использованием коагулометра и реактивов ACL-200 (США), и Renam (США), определение Д-димера, фактора Виллебранда, фибронектина, плазмин- α 2-

антиплазминового комплекса иммуноферментным методом.

Результаты

У всех женщин основной группы была выявлена наследственная тромбофилия, мутация по одному из 8 исследуемых генов выявлена в 5 (13,16%) случаях, мультигенные мутации — в 33 (86,84%) случаях, что достоверно выше, чем в группе контроля — в 3 (6%) и 16 (32%) случаях ($p < 0,05$). С целью выявления активации внутрисосудистого свертывания крови беременные были обследованы на содержание в крови Д-димера, продуктов деградации фибрина и фибриногена. Средний уровень Д-димера составил $727,08 \pm 289,67$ нг/мл (при N до 250 нг/мл), что достоверно выше, чем в контрольной группе 2 — $315,65 \pm 123,09$ нг/мл ($p < 0,05$).

Нами были изучены 20 женщин с тяжелым гестозом, родоразрешенных путем операции кесарева сечения, которые входили в группу высокого риска по развитию коагулопатического кровотечения. В качестве профилактики массивной акушерской кровопотери беременные получали транексамовую кислоту внутривенно в момент разреза на передней брюшной стенке (капельно в дозе 10 мг/кг в разведении на 20 мл физиологического раствора). Группу сравнения составили 20 женщин с тяжелым гестозом, также родоразрешавшихся путем операции кесарева сечения, которым не вводилась транексамовая кислота.

Объем кровопотери во время операции в основной группе составил $652,50 \pm 11,16$ мл, что достоверно ниже, чем кровопотеря в группе сравнения, — $702,50 \pm 13,26$ мл ($p < 0,05$). Кровопотеря подсчитывалась гравиметрическим методом.