

# Тактика лікаря в разі загрози самовільного переривання вагітності

**Г.І. Резніченко<sup>1,2</sup>, Ю.Г. Резніченко<sup>1,2</sup>, І.М. Белай<sup>2</sup>, В.М. Плотнікова<sup>2</sup>, В.Ю. Потєбня<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Запорізька медична академія післядипломної освіти

<sup>2</sup>Запорізький державний медичний університет

Невиношування вагітності на сьогодні є однією з найбільш актуальних проблем, що зумовлено як медичними, так і соціальними наслідками невиношування – зменшенням приросту населення, високою часткою перинатальних утрат і підвищенням дитячої смертності, великою питомою вагою інвалідності недоношених новонароджених дітей, негативним впливом на фертильну функцію [2, 5, 9, 10, 12]. Особливого значення проблема невиношування вагітності набула у зв'язку з переходом з 01.01.07 на міжнародний стандарт надання допомоги новонародженим з 22 тиж гестації.

Хоча цій проблемі приділяється велика увага, частота невиношування вагітності не зменшується і коливається в межах 10–20%, а частка передчасних пологів становить 4–7%. Більше половини всіх випадків самовільного переривання вагітності відбувається до 12 тиж вагітності [4].

Причини невиношування вагітності досить різноманітні: вік, антропометричні дані та етнічні особливості батьків, генні та хромосомні аномалії, екологічні (несприятливе екологічне довкілля підвищує частоту невиношування в 1,7–2,2 рази), незадовільні умови проживання та харчування, шкідливі звички, часті стреси, фізичні та психічні травми, медико-біологічні, анатомічні особливості та аномалії геніталій, соматична патологія, ускладнення вагітності. В останні роки на перші позиції виходять нейроендокринні причини невиношування та імунні порушення, інфекційні і запальні захворювання жіночих статевих органів [3, 4, 6, 8].

Невиношування вагітності – це самовільне переривання в різні терміни вагітності з моменту зачаття до 37 тиж гестації: до 22 тиж гестації – самовільний викидень, а з 22 до 37 тиж – передчасні пологи.

За статистичними даними, найчастіше (15–20%) зустрічається самовільний викидень, причину якого в 40% випадків установити не вдається. За МКХ-10 самовільний аборт класифікується як загрозовий аборт, аборт, що розпочався, аборт у ході, неповний аборт і повний аборт.

У зв'язку з цим перед акушерами-гінекологами постає важливе питання: збереження бажаної вагітності саме в разі загрози аборту та визначення лікувальної тактики у вагітних у разі цієї патології.

Зазвичай вагітні в разі загрози самовільного викидня скаржаться на біль внизу живота та крижах тягнучого або переймистого характеру, тяжкість внизу живота, відчуття переповненості сечового міхура, позиви до дефекації, можливі незначні кров'янисті виділення з піхви. Під час загрозового аборту в I триместрі вагітності можуть спостерігатися зниження базальної температури нижче 37° С і зростання каріопікнотичного індексу понад 50%, але немає структурних змін шийки матки: під час піхвового дослідження шийка матки не вкорочена, зовнішнє вічко закрите, склепіння піхви доступні огляду, не боліть, матка відповідає терміну вагітності, може бути ущільнена.

Задля встановлення діагнозу загрози самовільного викидня крім загальноклінічного обстеження необхідно в I триместрі вагітності постійно вимірювати базальну температуру, визначати каріопікнотичний індекс і вміст хоріонічного гонадотропіну, для контролю за станом плодового яйця провести ультразвукове дослідження.

З метою підтвердження діагнозу загрози переривання вагітності необхідно провести диференціальну діагностику з порушеннями менструального циклу, позаматковою вагітністю, злоякісними пухлинами матки і шийки матки, пухирцевим заносом, запальними процесами геніталій.

За існуючим стандартом надання медичної допомоги [7] лікування жінок із загрозою самовільного переривання вагітності має проводитися в умовах стаціонару з урахуванням терміну вагітності, стадії клінічного перебігу, причини ускладнення.

Вагітній необхідно дотримуватися постільного режиму, слід нормалізувати нервово-психічний статус шляхом призначення седативних засобів, а в деяких випадках – і транквілізаторів.

Ураховуючи, що загроза переривання вагітності супроводжується підвищенням тону гладких м'язів матки, до 16 тиж вагітності жінкам необхідно проводити етіотропну терапію препаратами, що володіють спазмолітичним ефектом.

Такі міотропні спазмолітики, як Но-Шпа® (ХІНОІН За-вод Фармацевтичних та Хімічних Продуктів А.Т., Угорщина), проявляють певний тропізм до окремих гладком'язових органів, до яких належить матка.

Діюча речовина Но-Шпа® – дротаверин є похідним ізохіноліна, діє безпосередньо на гладкі м'язи шляхом пригнічення фосфодіестерази (ФДЕ) і внутрішньоклітинного накопичення цАМФ, що призводить до розслаблення гладких м'язів завдяки інактивації легкої ланки кінази міозину.

Як зазначає Ю.Б. Белоусов [1], міометрій під час вагітності містить великі дози фосфодіестеразних ферментів клітин: до 50% – цГМФ інгібує ФДЕ III і 10% – цФМФ специфічних (ФДЕ IV). Відомо, що ФДЕ IV в кінці вагітності сприяє підготовці міометрію до пологів. Но-Шпа® та її селективні метаболіти є сильними і селективними інгібіторами, які знижують чутливість матки до окситоцину й швидко її розслаблюють, навіть за великого його рівня.

Окрім цього, препарат Но-Шпа® має слабку пригнічуючу дію на кальціймодулінозалежні кальцієві канали та є сильним антагоністом кальцію. Дротаверин знижує тонус гладком'язових клітин за рахунок як прямої дії на біохімічні внутрішньоклітинні механізми, так і за рахунок збільшення цАМФ, що призводить до зниження скоротливої властивості клітин унаслідок виходу з них іонів кальцію, та зниження вмісту цГМФ.

Дротаверин швидко всмоктується як у разі парентерального, так і перорального застосування. Максимальна концентрація після перорального прийому спостерігається через 45–60 хв. Період напіввиведення становить 16–22 год, а за 72 год дротаверин повністю виводиться з організму. Важливим для застосування у вагітних є те, що дротаверин та його метаболіти не проникають крізь плацентарний бар'єр і не справляють тератогенної та ембріотоксичної дії.

Вагітним із загрозою переривання вагітності рекомендується застосовувати препарат Но-Шпа® в середину по

40 мг 3 рази на добу, а у випадках вираженого болю – по 2 мл (40 мг) внутрішньом'язово 2–3 рази на добу.

Після 16 тиж гестації призначають токолітичну терапію β-адреноміметиками (партусистен у дозі 0,5 мг або гініпрал у дозі 10 мкг на 500 мл ізотонічного розчину натрію хлориду у вигляді внутрішньовенних інфузій або в таблетках прерорально) [13]. Рекомендовано застосування препаратів магнію, наприклад, Магне-В<sub>6</sub> («Sanofi-Aventis», France) по 2 таблетки 2–3 рази на добу (200–300 мг магнію) [11].

Залежно від причини переривання вагітності, її терміну, гормональних показників слід призначати патогенетично обґрунтовану гормональну терапію. Жінкам із загрозою самовільного викидня показано застосування полівітамінів, фолієвої кислоти, вітаміну Е.

Щоб попередити перехід загрозливого аборту в такий, що розпочався, лікування необхідно призначати якомога раніше й пам'ятати про можливість ембріотоксичного і тератогенного ефекту лікарських препаратів. Абсолютно всі лікарські препарати вагітним слід призначати лише за показаннями, короткими курсами, а їх дози підбирати індивідуально залежно від клінічної картини та лабораторних даних. Для лікування невиношування використовують з успіхом і немедикаментозні методи терапії: голкорексфлексотерапію, електростимуляцію, санаторно-курортне лікування.

Оскільки причини невиношування вагітності в більшості випадків виникають задовго до вагітності, очевидно є необхідність обстеження і лікування жінок з цією патологією в анамнезі на етапі планування вагітності та з її настанням [12].

Лікування жінок до настання вагітності передбачає: оздоровлення жінок з екстрагенітальною патологією, виявлення прихованих форм залізодефіцитних станів, корекцію ендокринної патології, санацію вогнищ хронічного запалення, лікування інфекцій групи TORCH та запальних процесів сечостатевої системи.

Таким чином, необхідно проведення превентивних заходів такого ускладнення вагітності, як загроза її самовільного переривання, ще на етапі планування вагітності, а ефективність лікувальних заходів у разі розвитку усклад-

нення залежить від правильного вибору та своєчасного застосування медикаментозних препаратів. Жінкам із загрозою самовільного викидня необхідно в комплексі лікувальних заходів застосовувати етіотропну терапію препаратом Но-Шпа®, який містить дротаверин, що володіє спазмолітичним ефектом та є сильним антагоністом кальцію.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Белоусов Ю.Б., Леонова М.В. Клиническая фармакология но-шпы: Метод. пособие для врачей. – М., 2002. – 68 с.
2. Венцівський Б.М., Жабіцька Л.А. Нові аспекти патогенезу, лікування та профілактики невиношування вагітності // Здоров'я жінчини. – 2005. – № 2. – С. 10–12.
3. Вдовиченко Ю.П., Щербинская Е.С. Клинико-иммунологические аспекты хламидийной и цитомегаловирусной инфекции в привычном невынашивании беременных // Здоров'я жінчини. – 2001. – № 1. – С. 21–26.
4. Діагностика і лікування невиношування вагітності та антенатальна профілактика респіраторного дистрес-синдрому у новонароджених: Метод. рекомендації / Резніченко Г.І., Луценко Н.С., Резніченко Ю.Г. та ін. – К., 2005. – 24 с.
5. Екосистема великого промислового міста України та діти першого року життя / Лук'янова О.М., Резніченко Ю.Г., Антипкін Ю.Г., Резніченко Г.І., Шкіряк-Нижник З.А. – Запоріжжя, 2005. – 222 с.
6. Надниркова гіперандрогенія у вагітних зі звичним невиношуванням / Веропотвелян П.М. та ін. // ПАГ. – 2004. – № 3. – С. 91–94.
7. Наказ МОЗ України від 15.12.2003 № 582 «Про затвердження протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги».
8. Перинатальні проблеми великого промислового міста України / Лук'янова О.М., Резніченко Ю.Г., Антипкін Ю.Г., Резніченко Г.І., Шкіряк-Нижник З.А. – Запоріжжя, 2006. – 356 с.
9. Резніченко Г.І., Резніченко Ю.Г. Проблеми охорони здоров'я дітей та матерів на сучасному етапі та можливі шляхи їх вирішення // Современная педиатрия. – 2005. – № 2. – С. 25–28.
10. Резніченко Ю.Г. Перинатальні ураження нервової системи. Погляд педіатра. – Х., 2004. – 96 с.
11. Сидельникова В.М. Применение препарата Магне В6 в клинике невынашивания беременности // Акушерство и гинекология. – 2002. – № 6. – С. 47–48.
12. Чайка В.К., Демина Т.Н. Невынашивание беременности: проблемы и тактика лечения. – Севастополь: «Вебер», 2003. – 261 с.
13. Carbonne V., Tsatsaris V. Which tocolytic drugs in case of preterm labor? // J. Gynecol. Obstetr. Biol. Reprod. – 2002. – 31. – P. 509–510.

## НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

### ПОЛУЧЕН СИНТЕТИЧЕСКИЙ АНАЛОГ ДНК

Исследователи из Института Биодизайна Университета Аризоны (Biodesign Institute at Arizona State University) создали синтетический аналог ДНК. Молекула ДНК, которая является основой жизни и хранилищем генетической информации, обладает уникальным свойством: в процессе репликации она способна создавать свою точную копию. Это свойство давно привлекало специалистов на наноструктурам, по-

скольку ДНК можно использовать в процессах создания новых материалов. Ученые из Аризоны создали аналог естественной ДНК. Они взяли в качестве основы структуру ДНК, но вместо углевода дезоксирибозы, использовали более простой глицерин. Полученная молекула получила название ГНК. Молекула не только может создавать свою точную копию, но обладает также новыми свойствами. В частности ГНК может

создавать свою зеркально симметричную копию и выдерживает значительно более высокую температуру. Руководитель исследования Джон Чапут (John Chaput) сказал: "Когда мы используем ДНК мы ограничены свойствами, которые нам даны природой. Наша молекула дает нам гораздо большую свободу при создании новых материалов".

<http://medlog.org.ua>