

Результати тесту оцінювали в балах, відповідно пацієнок розподілили на групи: 31- 138 балів – значний дефіцит магнію, що потребує екстреної магнезіотерапії, корекції способу життя та харчування; 11-30 балів – помірний дефіцит, що потребує призначення препаратів магнію, корекції способу життя та харчування; 5-10 балів – межевий дефіцит магнію, потребує корекції дієти та способу життя.

Магнієва профілактика прееклампсії здійснювалась за рахунок препарату Bioelectra® Magnesium Fortissimum (по 1 таблетці на добу переривчастими курсами - у 10-12; 22-26; 30-32 тижні).

Результати та їх обговорення. Отримані нами результати профілактичного застосування пероральних препаратів магнію показали високу ефективність, нешкідливість і гарну переносність запропонованої терапії. Ефективність запропонованої профілактики пізніх гестозів становила 96,0%, а в групі порівняння 68,0%. Відсотки ускладнень в пологах та частота кесарева розтину в 2 рази були вищими в групі жінок, які не отримували препарати «Біоекстра» для профілактики та лікування прееклампсії. Новонароджені у породілей, які отримували препарати «Біоекстра» з метою профілактики прееклампсії, мали вищу оцінку за шкалою Апгар, ніжчі захворюваність і перинатальні ураження нервової системи.

Висновки.

1. Профілактичний прийом препаратів магнію пацієнтками з групи ризику розвитку прееклампсії є високоефективним, нешкідливим і гарно переноситься під час вагітності. Ефективність профілактики прееклампсії становить 96,0%.

2. До позитивних ефектів профілактичного прийому препаратів магнію слід зарахувати значне зменшення частоти ускладнень вагітності і пологів, зниження частоти кесарева розтину.

3. Перинатальні наслідки сприятливіші для новонароджених, матері яких отримували профілактику прееклампсії препаратами «Біоекстра»

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ГОРМОНАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ЗАГРОЗЛИВОГО ВИКИДНЮ НА РАННІХ ТЕРМІНАХ ВАГІТНОСТІ

Сергієнко М.Ю., Білугіна Т.В.

Запорізький державний медичний університет
кафедра акушерства та гінекології

Вступ. Невиношування вагітності обумовлює високий рівень перинатальної патології та згодом призводить до порушень постнатального розвитку. Впровадження нових методів діагностики та лікування призвело до зниження рівня репродуктивних втрат, але не змінило частоту загрози невиношування, що, як і раніше, становить 15-20%. Однією з вагомих причин невиношування є ретрохоріальна гематома, що виявляється у 10-15% обстежених жінок з клінічними проявами загрози самовільного викидню на ранніх термінах вагітності. Зниження частоти загрози переривання вагітності

на ранніх термінах стало приводом для пошуку основних принципів своєчасної діагностики та адекватної терапії ускладнень вагітності.

Мета. Оцінити ефективність гормональної терапії загрозового аборту в першому триместрі вагітності з урахуванням прогностичних критеріїв прогресування вагітності (анамнестичних даних і результатів додаткових методів дослідження: сонографії та біохімічних маркерів - ХГЛ, прогестерон).

Матеріали та методи. Проаналізовано 57 історій хвороби пацієнток, які проходили лікування в гінекологічному відділенні КУ пологовий будинок № 9 м. Запоріжжя з приводу загрозового аборту. Критерії включення: термін вагітності до 12 тижнів та гормональна терапія мікронізованим прогестероном. Всі жінки були обстежені відповідно до клінічного протоколу «Невиношування вагітності» від 03.11.2008 № 624.

Результати дослідження та їх обговорення. Всім жінкам в день надходження в стаціонар проведено УЗД, в кожному п'ятому випадку (12 - 21,1%) воно не виявило відхилень. Серед сонографічних критеріїв несприятливого прогнозу переважала ретрохоріальна гематома (45 - 78,9%). В поодиноких випадках виявлено невідповідність розмірів ембріона розмірам плідного яйця, брадикардія, відставання в розвитку плідного яйця в порівнянні з попереднім дослідженням (4 - 7,0%). Всім пацієнткам паралельно з седативною, спазмолітичною, у випадках кров'яних виділень і / або наявності ретрохоріальної гематоми - антифібринолітичною терапією з моменту встановлення діагнозу був призначений мікронізований прогестерон. Частина пацієнток до надходження в стаціонар вже отримували прогестерон (9- 15,8 %), їм була проведена корекція дозування препарату. При ізольованому больовому синдромі доза мікронізованого прогестерону складала 200 мг, при поєднанні больового синдрому з кров'яними виділеннями - 400 мг. Максимальну дозу прогестерону 600 мг отримували жінки з наполегливим бажанням зберегти вагітність на тлі наявності декількох сонографічних критеріїв несприятливого прогнозу (7%) за відсутності або негативної динаміки біохімічних маркерів (прогестерону і ХГЛ). У більшій частині випадків (34 - 59,6%) вагітні виписані з одужанням, в кожному третьому випадку (18 - 31,6%) – відмічалось значне поліпшення загального стану, але зберігався біль внизу живота. У 5 (8,8%) жінок в ході УЗ моніторингу діагностована завмерла вагітність. У трьох випадках не вдалося зберегти вагітність у жінок, які отримували максимальну дозу прогестерону з множинними анамнестичними, сонографічними і біохімічними маркерами несприятливого прогнозу.

Висновки. Вагітні з ретрохоріальною гематомою за відсутності інших сонографічних критеріїв несприятливого прогнозу, мають гарні перспективи в плані пролонгації вагітності на тлі терапії мікронізованим прогестероном. Підвищення дози прогестерону при загрозовому викидню у пацієнток з множинними анамнестичними, сонографічними і біохімічними маркерами несприятливого прогнозу в більшості випадків виявляється неефективним.