

І.М. Федорошак

## Особливості післяпологового періоду жінок зі звичним невиношуванням вагітності в анамнезі

Львівський національний медичний університет ім. Д. Галицького

**Ключові слова:** звичне невиношування, ранній післяпологовий період, акушерська кровотеча, скоротлива активність матки.

У дослідженні брали участь жінки віком від 25 до 32 років, яких розподілено на 2 групи (n=40 у кожній дослідній групі): перша – жінки зі звичним невиношуванням вагітності в анамнезі, друга – жінки з неускладненим акушерсько-гінекологічним анамнезом. Пологи вели згідно до протоколів МОЗ України. У жінок зі звичним невиношуванням вагітності в анамнезі процеси інволюції матки у післяпологовому періоді відбуваються повільніше, ніж у жінок з неускладненим акушерсько-гінекологічним анамнезом. Ехографічне, доплерометричне та гістерографічне дослідження матки в ранньому післяпологовому періоді є ефективним методом оцінки інволюції матки для профілактики післяпологових кровотеч.

### Особенности послеродового периода у женщин с привычным невынашиванием беременности в анамнезе

І.М. Федорошак

В исследовании участвовали женщины в возрасте от 25 до 32 лет, которых разделили на две группы (n=40 в каждой исследовательской группе): первая – женщины с привычным невынашиванием беременности в анамнезе, вторая – женщины с неосложненным акушерско-гинекологическим анамнезом. Роды вели согласно протоколам Министерства здравоохранения Украины. У женщин с привычным невынашиванием беременности в анамнезе процессы инволюции матки происходят медленнее, чем у женщин с неосложненным акушерско-гинекологическим анамнезом. Эхографическое, доплерометрическое и гистерографическое исследования матки в раннем послеродовом периоде является эффективным методом оценки ее инволюции и профилактики послеродовых кровотечений.

**Ключевые слова:** привычное невынашивание, ранний послеродовой период, акушерское кровотечение, сократительная активность матки.

*Патология.* – 2012. – №1 (24). – С. 45–48

### Features of postpartum period in women with habitual miscarriage in anamnesis

І.М. Fedoroschak

The study involved women aged 25 to 32 years who were divided into two groups (n=40 in each research group): the first group (women with habitual miscarriage in anamnesis), the second group (women with uncomplicated obstetrical and gynecological anamnesis). Births were assisted under the protocols of Ministry of Health of Ukraine. In women with habitual miscarriage in anamnesis processes of uterine involution are slower than in women with uncomplicated obstetrical and gynecological anamnesis. Echographic, dopplerometric and hystero-graphic researches of uterus in the early postpartum period are an effective methods of evaluating of its involution and prevention of postpartum hemorrhage.

**Key words:** habitual miscarriage, early postpartum period, obstetric hemorrhage, uterine contractile activity.

*Pathologia.* 2012; №1 (24): 45–48

Одним із актуальних питань сучасного акушерства залишається проблема невиношування вагітності, що визначається її соціальним та медичним значенням. За визначенням ВООЗ, частота невиношування вагітності та передчасних пологів і їх наслідки значною мірою відображають рівень надання спеціалізованої медичної допомоги, дієвість програм антенатальної охорони плода і безпечного материнства [1,3].

Висока частота невиношування вагітності свідчить про недосконалість існуючої системи медичної допомоги жінкам зі звичним невиношуванням вагітності в анамнезі та потребує удосконалення реабілітаційних лікувально-профілактичних заходів ведення повторних вагітностей і пологів у цієї категорії пацієнток [2,4].

Ефективна профілактика післяпологових кровотеч не можлива без чіткого уявлення про особливості інволюції матки протягом послідового і післяпологового періодів у пацієнток групи ризику. Представлені у світовій науковій

літературі відомості про нормативні ехографічні параметри матки в послідовому і ранньому післяпологовому періодах мають досить суперечливий характер і не дозволяють скласти цілісної картини інволюції матки [5,6].

#### Мета роботи

Вивчити особливості скоротливої активності матки у жінок зі звичним невиношуванням вагітності в анамнезі в комплексі заходів боротьби з кровотечами в ранньому післяпологовому періоді у цієї категорії жінок

#### Пацієнти і методи дослідження

У дослідженні брали участь жінки віком від 25 до 32 років, яких розподілили на 2 групи: (n=40 у кожній дослідній групі): перша – жінки зі звичним невиношуванням вагітності в анамнезі, друга – жінки з неускладненим акушерсько-гінекологічним анамнезом. Ведення пологів відбувалось згідно до протоколів МОЗ України.

Скоротливу активність матки вивчали в ранньому

післяродовому періоді за допомогою фетального монітору «Twin View FC1400 bionet» у положенні жінки на спині з накладанням електричних датчиків на передню черевну стінку. Кількісна оцінка гістерограми полягала в аналізі вертикальних і горизонтальних параметрів скорочення, включаючи розрахунок коефіцієнтів та індексів скоротливої активності матки, що є похідними від амплітуди, сили (або тиску) та часових показників. Також породіллям здійснювали трансабдомінальну ультразвукову діагностику з визначенням лінійних та об'ємних параметрів матки, а також доплерометричне дослідження з визначенням індексів резистентності в маткових і внутрішніх клубових артеріях після відділення плаценти, через 2 години після пологів і на 3 добу післяпологового періоду.

Статистичну обробку бази даних проводили з допомогою програмного пакету STATISTICA for Windows (StatSoft, USA, 1998). У зв'язку з негаусівським розподілом більшості показників у групах (перевірка з допомогою критерію Шапіро-Вілкса) їх подавали як медіану. Для порівняння груп застосовано непарний непараметричний критерій Манна-Вітні.

#### Результати та їх обговорення

При ультразвуковому дослідженні у всіх породіль, незалежно від паритету, визначали поступове зменшення ехографічних параметрів матки за рахунок зміни довжини, ширини й, значно менше, передньозаднього розміру матки. Отримані результати в динаміці показали, що у породіль групи високого перинатального ризику виявлено відставання темпів інволюції матки в порівнянні з групою низького перинатального ризику.

Так, після пологів показник довжини тіла матки становив 170,5 мм у першій і 160 мм у пацієток другої групи, через 2 години після пологів довжина тіла матки зменшилась на 20,5 мм у пацієток першої групи (11,7%) і на 25 мм у пацієток другої групи (15,6%) і становила 150 мм та 135 мм відповідно, на 3 добу післяпологового періоду спостерігали зменшення довжини тіла матки ще на 24 мм (16%) у першій групі та на 20 мм (14,8%) у другій досліджуваній групі. Аналізовані параметри становили 126 мм у першій та 115 мм у другій досліджуваній групі відповідно при  $p < 0,001$ .

Аналіз значень передньозаднього розміру довів статистично достовірну різницю величини даного показника після пологів у пацієток зі звичним невиношуванням вагітності в анамнезі і пацієток контрольної групи. Так, після пологів цей показник становив 80 мм у першій групі та 76 мм у пацієток другої групи, через 2 години після пологів передньозадній розмір матки зменшився на 10 мм у пацієток першої групи (12,5%) і на 11 мм у пацієток другої групи (14,5%) і становив 70 мм та 65 мм відповідно, на 3 добу післяпологового періоду спостерігали зменшення передньозаднього розміру матки ще на 2 мм (2,9% у першій групі та 3,1% у другій). Відповідно, досліджувані параметри становили 68 мм у першій та 63 мм у другій досліджуваній групі, а різниця від вихідного показника становила 12 мм (15%) та 13 мм (16%).

Після пологів ширина тіла матки становила 135 мм у першій групі і 128 мм у пацієток другої групи, через 2 години після пологів ширина тіла матки зменшилась на 10 мм у пацієток першої групи (7,4%) і на 8 мм у пацієток другої групи (6,3%) і становила відповідно 125 мм і 120 мм; на 3 добу післяпологового періоду спостерігали зменшення ширини тіла матки ще на 10 мм (8%) у першій групі та на 10 мм (8,3%) у другій досліджуваній групі. Відповідно, досліджувані параметри становили 115 мм у першій та 110 мм у другій досліджуваній групі. Отже, різниця від вихідного показника становила 20 мм (14,8%) та 18 мм (14,1%).

Найповнішу картину фізіологічної інволюції матки отримано при обчисленні об'єму матки. Встановлено статистично достовірну різницю значення об'єму матки після пологів у пацієток зі звичним невиношуванням вагітності в анамнезі та пацієток контрольної групи. Так, після пологів цей показник становив 950 см<sup>3</sup> у першій групі та 840 см<sup>3</sup> у пацієток другої групи; через 2 години після пологів об'єм матки зменшився на 305 см<sup>3</sup> у пацієток першої групи (32,1%) і на 310 см<sup>3</sup> у пацієток другої групи (36,9%) і становив відповідно 645 см<sup>3</sup> та 530 см<sup>3</sup>; на третю добу післяпологового періоду спостерігали зменшення об'єму матки ще на 145 см<sup>3</sup> (22,5%) у першій групі та на 130 см<sup>3</sup> (24,5%) у другій досліджуваній групі. Відповідно, досліджувані параметри становили 500 см<sup>3</sup> у першій та 400 см<sup>3</sup> у другій досліджуваній групі, а різниця від вихідного показника становила 450 см<sup>3</sup> (47,4%) та 440 см<sup>3</sup> (52,3%).

На початку кровотечі у всіх пацієток відзначено достовірне зростання довжини й об'єму матки. Найбільше зростання ехографічних параметрів спостерігали у 3 жінок, сумарний об'єм крововтрати яких становив 1% маси тіла. До кінця раннього післяпологового періоду у породіль, які перенесли післяпологову кровотечу, довжина й об'єм матки були менші від таких у жінок з неускладненим послідовим і раннім післяпологовим періодами, що пов'язано з проведенням терапії з використанням утеротоніків. Зазначеними фактами можна пояснити те, що корелятивний зв'язок між ступенем крововтрати та об'ємом матки після пологів зберігався лише в контрольній групі пацієток (0,23 при  $p \leq 0,01$ ).

Отже, здійснене дослідження показало, що у жінок зі звичним невиношуванням вагітності в анамнезі процеси інволюції матки у післяпологовому періоді відбуваються повільніше, ніж у жінок з неускладненим акушерсько-гінекологічним анамнезом.

Доплерометричне дослідження показало, що після пологів відбувалось збільшення значень індексів доплерометрії у всіх досліджуваних судинах, що відображає зростання їх резистентності. Це може бути пов'язано зі зменшенням об'єму матки після пологів і, як наслідок, зменшенням довжини та діаметру судин, підвищенням тону судин і оточуючих їх тканин. Досліджувані індекси статистично достовірно відображали динаміку інволюції маткового кровотоку в післяпологовому періоді. Найбільш значущою була

динаміка зміни показників у маткових і внутрішніх клубових артеріях.

Аналіз значень індексу резистентності в маткових артеріях довів статистично достовірну різницю величини цього показника після пологів у пацієток зі звичним невиношуванням вагітності в анамнезі, а також пацієток контрольної групи. Так, після пологів цей показник становив 0,517 у першій групі і 0,574 у пацієток другої групи; через 2 години після пологів індекс резистентності у маткових артеріях збільшився на 0,048 (9,3%) у пацієток першої групи і на 0,045 (7,8%) у пацієток другої групи і становив відповідно 0,565 та 0,619; на 3 добу післяпологового періоду спостерігали подальше зростання індексу резистентності ще на 0,023 (4,1%) у першій групі та на 0,016 (2,6%) у другій досліджуваній групі. Відповідно, досліджувані параметри становили 0,588 і 0,635, а різниця від вихідного показника становила 0,071 (12,1%) та 0,061 (10,6%).

Дослідження індексу резистентності у внутрішніх клубових артеріях виявило, що цей показник становив 0,634 у першій групі й 0,69 у пацієток другої групи. Через 2 години після пологів індекс резистентності у внутрішніх клубових артеріях зріс на 0,051 у пацієток першої групи (8%) і на 0,049 у пацієток другої групи (7,1%) і становив відповідно 0,685 і 0,739. На 3 добу післяпологового періоду спостерігали зростання досліджуваного параметра ще на 0,05 (7,3%) у першій і на 0,05 (6,8%) у другій групі. Досліджувані параметри становили 0,735 і 0,789, а різниця від вихідного показника становила 0,101 (15,9%) та 0,99 (14,3%).

Отже, доплерометричне дослідження швидкостей кровотоку в маткових і внутрішніх клубових артеріях виявило чітку тенденцію до наростання значень досліджуваних індексів з перебігом часу після пологів. Так, після пологів індекс резистентності в маткових артеріях у породіль групи ризику був менший у середньому на 0,056 (9,8%), а індекс резистентності у внутрішніх клубових артеріях – на 0,057 (8,3%); через 2 години після пологів у породіль групи високого перинатального ризику індекс резистентності в маткових артеріях був менший на 0,054 (8,7%), індекс резистентності у внутрішніх клубових артеріях – на 0,051 (6,9%); на 3 добу післяпологового періоду середні значення досліджуваних параметрів у пацієток зі звичним невиношуванням вагітності в анамнезі були нижчими за такі у пацієток контрольної групи: індекс резистентності в маткових артеріях – на 0,05 (7,9%), індекс резистентності у внутрішніх клубових артеріях – на 0,059 (7,5%). Отримані результати дозволяють припустити, що зі зменшенням індексу резистентності знижується судинний опір і, відповідно, зростатиме ризик розвитку кровотечі у пацієток зі звичним невиношуванням вагітності в анамнезі.

З метою вивчення характеру скоротливої активності матки у пацієток досліджуваних груп у ранньому післяпологовому періоді протягом 10 хвилин після відділення плаценти проводили зовнішню

гістерографію.

Згідно отриманих даних, максимальна амплітуда скорочень, що характеризує силу маткових скорочень, у пацієток першої групи становила 6 мм, а у пацієток контрольної групи цей показник був у 2,2 рази вищий і становив 13 мм (різниця з пацієтками груп ризику – на 116,7%). Час скорочення також був нижчий в 1,3 рази при значенні даного показника 32,5 секунди у пацієток першої групи і 43 секунди у пацієток другої групи (різниця з пацієтками з груп ризику – на 34,4%); час розслаблення менше в 1,1 рази при значенні даного показника 60 секунд у пацієток першої групи і 65 секунд у пацієток другої групи (різниця з пацієтками з груп ризику – на 9,2%); довжина півхвилі перейми (фаза скорочення) була нижчою в 1,6 рази при значенні даного показника 9 мм у пацієток першої групи і 14 секунд у пацієток другої групи (різниця з пацієтками з груп ризику – на 55,6%); довжина півхвилі перейми (фаза розслаблення) була нижчою в 1,25 рази при значенні даного показника 12 мм у пацієток другої групи і 15 секунд у пацієток другої групи (різниця з пацієтками з груп ризику – на 25%).

З максимальною амплітудою і тривалістю фаз скорочення і розслаблення математично пов'язані показники площі фігури фаз скорочення і розслаблення. Так, площа фігури фази скорочення у пацієток першої групи становила 24 мм<sup>2</sup>, а у пацієток контрольної групи цей показник був у 2,4 рази вищий, ніж у пацієток груп ризику і становив 54 мм<sup>2</sup> (різниця з пацієтками груп ризику – на 140%); площа фігури фази розслаблення у пацієток першої становила 35 мм<sup>2</sup>, а у пацієток контрольної групи даний показник був у 2,4 рази вищий, ніж у пацієток груп ризику і становив 82,5 мм<sup>2</sup> (різниця з пацієтками груп ризику – на 139,1%).

Величина кута  $\alpha$  була нижчою у пацієток груп ризику в 1,3 рази при значенні даного показника 55° у пацієток першої групи і 74° у пацієток другої групи (різниця з пацієтками груп ризику – на 34,5%); величина кута  $\beta$  була нижчою в 1,3 рази відповідно при значенні даного показника 53° у пацієток першої групи і 68° у пацієток другої групи (різниця з пацієтками з груп ризику – на 27,1%).

Тривалість перейми у пацієток з неускладненим акушерсько-гінекологічним анамнезом була довшою в 1,2 за таку у пацієток зі звичним невиношуванням вагітності в анамнезі і становила 93,5 секунди у пацієток першої групи та 109 секунд у пацієток другої групи (різниця з пацієтками груп ризику – на 18,2%).

Спостерігали значну різницю (в 3,4 рази) між пацієтками першої та другої груп у величині інтервалу між переймами. Так, величина даного параметру у пацієток першої групи становила 230,5 секунди і 67,5 секунди у пацієток другої групи (різниця з пацієтками груп ризику – на 239,6%). Відповідно, і тривалість маткового циклу за рахунок більшого інтервалу між переймами була більшою у двічі серед пацієток групи ризику при значенні даного показника 337 секунд у

пацієнок першої групи і 161 секунда у пацієнок другої групи (різниця з пацієнтками з груп ризику на 105%). Зазначеним можна пояснити і те, що кількість перейм за 10 хвилин у пацієнок зі звичним невиношуванням вагітності в анамнезі була меншою у порівнянні з пацієнтками контрольної групи.

З метою оцінки ефективності маткових скорочень порівнювали значення коефіцієнта Монтевідео. У пацієнок контрольної групи цей показник у 3,1 рази перевищував такий у пацієнок групи ризику (14 у першій і 43 у другій досліджуваній групі, різниця між групами – на 207%).

#### **Висновки**

Протягом дослідження встановлено:

1. У жінок зі звичним невиношуванням вагітності в анамнезі процеси інволюції матки у післяпологовому періоді відбуваються повільніше, ніж у жінок з неускладненим акушерсько-гінекологічним анамнезом.

2. Допплерометричне дослідження швидкостей кровоплину в маткових і внутрішніх клубових артеріях виявило чітку тенденцію ( $p < 0,005$ ) до наростання значень досліджуваних індексів з перебігом часу після пологів.

3. Аналіз гістерограм виявив меншу ефективність скоротливої активності матки у пацієнок зі звичним

невиношуванням вагітності в анамнезі.

4. Ехографічне, доплерометричне та гістерографічне дослідження матки в ранньому післяпологовому періоді є ефективним методом оцінки інволюції матки для профілактики післяпологових кровотеч.

#### **Список літератури**

1. Сидельникова В.М. Привычная потеря беременности / В.М. Сидельникова – М: Триада-Х, 2002. – 304 с.
2. Стрижаков А.Н. Профилактика осложненной беременности у женщин с привычным невынашиванием / А.Н. Стрижаков, И.В. Игнатко // Вопросы гинекол., акуш. и перинатол. – 2006. – Т. 5, №1. – С. 33–41.
3. A 1-year longitudinal study of psychological morbidity after miscarriage / Lok I.H., Shing-Kai Yip A., Tak-Sing Lee D. [et al.] // Fertility and sterility. – 2010. – Vol. 93. – P. 1966–1975.
4. Rai R. Recurrent miscarriage / R. Rai, L. Regan // The Lancet. – 2006. – Vol. 368. – P. 601–611.
5. Real-time ultrasonographic analysis of the normal postpartum uterus: technique, variability, and measurements / Wachsberg R.H., Kurtz A.B., Levine C.D. [et al.] // Journal of Ultrasound Medicine. – 1994. – Vol. 13, №3. – P. 215–221.
6. Salomon O. New observations in postpartum ovarian vein thrombosis: experience of single center / O. Salomon, M. Dulitzky, S. Apter // Blood Coagulation and Fibrinolysis. – 2010. – Vol. 21, №1. – P. 16–19.

#### **Відомості про автора:**

Федорошчак І.М., здобувач каф. акушерства, гінекології та перинатології ФПДО ЛНМУ ім. Д. Галицького, лікар акушер-гінеколог Новороздільської МЛ.

#### **Адреса для листування:**

Федорошчак Ігор Михайлович. 81615, Львівська обл., Миколаївський р-н, с. Дубова, вул. Зелена, 34.

E-mail: i.fedoroshchak@ukr.net

Надійшла в редакцію 03.03.2012 р.