



УДК681.14-002:618.177.618.11-006-072.1

# НЕПРОГРЕСУЮЧЕ ВІДШАРУВАННЯ НОРМАЛЬНО РОЗТАШОВАНОЇ ПЛАЦЕНТИ ЗА НЕДОНОШЕНОЇ ВАГІТНОСТІ: АСПЕКТИ ДІАГНОСТИЧНО-ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ

## **В.І. ПИРОГОВА**

д. мед. н., професор, завідувачка кафедри акушерства, гінекології та перинатології ФПДО Львівського національного медичного університету

## **З.В. СМІХ**

лікар Львівського обласного клінічного перинатального центру

## **ВСТУП**

Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти (ПВНРП) залишається одним з найгірших ускладнень вагітності та пологів, яке призводить до тяжких наслідків для матері та плода. Досі ПВНРП є однією з причин материнської смертності від кровотеч під час вагітності. За даними світової статистики, частота ПВНРП коливається в досить широких межах: від 0,3–0,6% до 1,2–1,4% [1, 5, 10, 11]. Перинатальна смертність при ПВНРП може досягати 25%. Діти, які народилися від матерів, у яких було передчасне відшарування плаценти, мають високий ризик розвитку неврологічної патології.

Незважаючи на тривалу наукову історію вивчення, проблема ПВНРП остаточно не вирішена. Існує реальний патогенез власне процесу ПВНРП, основу якого складають чинники, які безпосередньо реалізують відшарування плаценти або її частини від ложа. При цьому один фактор є домінуючим, без участі якого ПВНРП неможливе.

## **АНАЛІЗ ЛІТЕРАТУРНИХ ДАНИХ ТА ПОСТАНОВКА ЗАДАЧІ ДОСЛІДЖЕННЯ**

Серед фонових станів, тобто підготовчих патологічних процесів патоморфологічного і патофізіологічного характеру, розвиток яких створює умови для реалізації ефекту домінуючого фактора ПВНРП, розглядаються аномалії

скоротливої діяльності матки; венозний застій в органах малого тазу; загроза переривання вагітності з утворенням ретрохоріальної гематоми на різних термінах гестації; передчасний розрив плодових оболонок; травми; гіпертензивні розлади вагітних; варіанти вроджених і набутих тромбофілій; антифосфоліпідний синдром [1, 3, 10, 13].

Згідно гемостазіологічної концепції, у патогенезі ПВНРП задіяні два основних фактори: прогресуюча облітерація просвіту матково-плацентарних артерій, яка призводить до гіперперфузії інтервелізієвого простору; гіперкоагуляція материнської крові та порушення функціонування антикоагуляційної плодової ланки гемостазу. Зрив механізмів місцевого гемостазу та виникнення умов для наростаючого тромбозу в міжворсинчастому просторі реалізується утворенням ретроплацентарної гематоми [5].

Привертає увагу той факт, що до 30% ПВНРП розвиваються у вагітних без проявів прееклампсії та екстрагенітальної патології. Відсутність на даний час чітких уявлень про патогенетичні механізми передчасного відшарування плаценти на клітинному і тканинному рівнях, особливо в подібних клінічних ситуаціях, не дозволяє прогнозувати ризик ПВНРП і проводити адекватні профілактичні заходи [4, 10, 12, 13].

При нормальному перебігу вагітності підвищується активність згортання крові в цілому, що є природним процесом, який пов'язаний не тільки з появою додаткового матково-плацентарного кола кровообігу, але й підготовкою до можливої крововтрати під час пологів. Зміни в системі гемостазу під час вагітності включають в себе активацію прокоагулянтних механізмів, збільшення рівня факторів згортання, розвиток резистентності до активованого протеїну С, зниження активності протеїну С та активності інгібітору тканинного фактора. У третьому триместрі вагітності відбувається збільшення об'єму плазми матері на 4%, вмісту еритроцитів на 24%, об'єму циркулюючої плазми – до 6–7 л, спостерігається підвищення рівнів фібриногену, факторів згортання крові VII, VIII, X, фон Віллебранда, інгібітору активатора плазміногена PAI-1, зниження рівня протеїну S, зниження фібринолітичної активності [5, 8]. Основна функціональна спрямованість системи згортання крові орієнтована на підтримку оптимального рівня трансплацентарного обміну та профілактику можливих кровотеч під час вагітності та пологів, що досягається посиленням активності коагуляційної ланки гемостазу [5, 8]. При плацентарній недостатності частіше формуються мікротромби в судинах плаценти, що відображає потенційну «системну готовність» до профілактики кровотеч у матково-плацентарно-плодовому комплексі.

Для діагностики стану системи згортання крові у моніторингу фізіологічної вагітності прийнято використовувати вимірювання таких показників: активованого часткового тромбoplastинного часу (АЧТЧ), протромбінового часу, фібриногену, розчинних фібрин-мономерних комплексів, міжнародного нормалізованого відношення, протромбінового індексу, числа тромбоцитів, часу згортання, рівня D-димеру. У вагітних та породіль з ПВНRP спостерігається зниження вмісту в крові природного антикоагулянту антитромбіну і підвищення рівня маркера внутрішньосудинного згортання крові D-димеру [11]. Згідно з даними літератури, D-димер є продуктом розпаду фібрину, невеликий фрагмент білка, що присутній у крові після руйнування тромбу, складається з двох з'єднаних між собою D-фрагментів фібриногену. При фізіологічному перебігу вагітності в системі гемостазу відбуваються компенсаторно-приспосувальні зміни, у зв'язку з чим рівень D-димеру поступово зростає і до моменту пологів може перевищувати початковий у 3–4 рази. D-димер у першому триместрі вагітності зростає приблизно в 1,5 разу, у другому – вдвічі, у третьому – майже в 3 рази. Значне (у 5–10 разів) підвищення його рівня спостерігається у жінок з патологічною вагітністю та пологами (звичне невиношування, прееклампсія, передчасне відшарування плаценти).

Група авторів вказує на діагностичне і прогностичне значення визначення вмісту в крові вагітних антитромбіну та D-димеру для оцінки ступеня вираженості гіперкоагуляційного синдрому і наявності внутрішньосудинного згортання крові. Визначення рівня D-димеру венозної крові вважається на сьогодні одним з найбільш валідних методів діагностики ускладнень вагітності [2, 8]. Тривалий період життя D-димеру (близько 6 год) дозволяє проводити діагностику зі значною точністю.

Останнім часом підкреслюється особлива важливість балансу між інтенсивністю згортання крові та активністю фібринолізу при синдромі дисемінованого внутрішньосудинного згортання крові (ДВЗ-синдром): перший механізм може обумовлювати виникнення ішемічних і тромботичних явищ, а другий – може обумовити маніфестацію геморагічного синдрому.

Гострі та підгострі форми ДВЗ-синдрому можуть переходити у хронічні після ліквідації коагулопатій споживання, при яких ризик повторного прогресування ДВЗ-синдрому зберігається, що особливо важливо для вагітних з непрогресуючим відшаруванням нормально розташованої плаценти.

У 10–15% хворих клінічні ознаки ДВЗ-синдрому можуть бути відсутні. Це так звані латентні варіанти перебігу ДВЗ-синдрому. Діагностика здійснюється винятково на основі спеціальних методів дослідження. Для підгострої форми ДВЗ-синдрому характерний сприятливіший перебіг. На перший план виступають ознаки кровоточивості, які варіюють від помірно виражених до мінімальних. Такий стан може тривати досить довго – дні, тижні, однак приєднання якогось екзогенного стимулу переводить синдром із підгострої у гостру генералізовану форму. Необхідно також враховувати приховані форми ДВЗ-синдрому, більш характерні для хронічного перебігу, що спостерігаються у 10% випадків [8].

Будь-яка форма ДВЗ-синдрому має фазний перебіг, при цьому відмінність між ними якраз і полягає у переважанні тієї чи іншої фази. До особливостей першої фази ДВЗ-синдрому (компенсована активація гемостатичної системи) належать відсутність клінічних симптомів і ознак споживання компонентів системи гемостазу. При цьому АЧТЧ, кількість тромбоцитів в межах норми, однак відмічається незначне зниження рівнів антитромбіну III. Особливостями другої фази ДВЗ-синдрому (фаза декомпенсованої активації системи гемостазу, відповідає підгострій формі клінічного перебігу синдрому) є початкові прояви коагулопатії та тромбоцитопатії споживання. Для неї характерні нестабільність гемостазу й можливість провокування геморагічних ускладнень, наприклад, хірургічним втручанням без відповідної підготовки системи гемостазу. Відмічається постійне зниження кількості тромбоцитів та факторів коагуляції, постійне підвищення маркерів активації гемостазу і тромбофілії, у тому числі й ензим-інгібіторних комплексів, пролонгування АЧТЧ, концентрація антитромбіну III постійно знижується, підвищуються рівні продуктів деградації фібрину, D-димеру [5, 8, 9].

Розгорнутий ДВЗ-синдром відповідає гострій формі ДВЗ-синдрому, для якого характерна декомпенсація (зрив) системи гемостазу, що супроводжується масивними множинними геморагіями різної локалізації нарівні з мультиорганною недостатністю. Дуже важливо, що спонтанний розвиток гострої фази ДВЗ-синдрому (при невизначених I та II фазах) можливий при ПВНRP. Значно пролонгується АЧТЧ, кількість тромбоцитів зменшується до 40% від початкового рівня, рівні фібриногену, антитромбіну III знижуються до 50% від початкових показників, відмічається різко виражене підвищення рівнів продуктів деградації фібрину та D-димеру.

Препарат для гемостатичної терапії, який використовується під час вагітності, повинен відповідати таким вимогам: відсутність тератогенних ефектів, ембріо- та фетотоксич-

ність; виявляти швидко і ефективно дію; не мати кумулятивного ефекту; мати незначний системний вплив на гемостаз. Останній фактор є особливо важливим, оскільки активація внутрішньосудинного згортання, з одного боку, може вести до мікротромбозу, що порушує плацентажію, особливо в умовах фізіологічної гіперкоагуляції при вагітності, а з іншого боку, небезпечна для організму матері у зв'язку з ризиком розвитку тромбозу [4, 9]. Препарат транексамової кислоти (Транексам), будучи антифібринолітиком, інгібує дію активатора плазміну і плазміногена. Це дозволяє препарату надавати гемостатичну дію без системного і вираженого впливу на гемостаз [7]. У дослідженнях, проведених в Скандинавії за 19-річний період спостереження за участю 238 000 жінок, не було відмічено підвищення частоти тромботичних ускладнень порівняно зі звичайним рівнем тромбозів серед пацієнток аналогічного віку. Було доведено, що при застосуванні транексамової кислоти коагуляційний потенціал крові у вагітних жінок не підвищується, а, отже, ймовірність розвитку тромбозу перебуває в межах популяційного рівня [9]. Використання Транексаму під час вагітності дозволяє швидко і ефективно зупинити кровотечу. Внутрішньовенне введення препарату проводиться з розрахунку 10–15 мг на кг маси тіла вагітної залежно від об'єму втраченої крові. У середньому, в I триместрі вагітності добова доза транексамової кислоти при кровотечі становить до 1 000 мг, у II та III триместрах вагітності – від 1 000 до 2 000 мг на добу. Після внутрішньовенного введення рекомендується перехід на таблетований прийом препарату по 250–500 мг тричі на добу протягом 5–7 днів [6, 9].

Вищевикладене зумовило **мету нашої роботи** – дослідити ефективність транексамової кислоти (препарат Транексам) у супроводі вагітності при частковому непрогресуючому відшаруванні нормально розташованої плаценти.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Під спостереженням перебувало 127 пацієнток з плацентарною недостатністю, викликаною ускладненою ретрохоріальною гематомою I триместру вагітності, які повторно були госпіталізовані у термін з 22–26 тижнів з ознаками передчасного відшарування плаценти. У спостереження не включалися вагітні з важкими екстрагенітальними захворюваннями; передчасним розривом плодового міхура.

Об'єктивне загально-соматичне, клініко-лабораторне, акушерське обстеження проводили рутинними методами, згідно з чинними наказами МОЗ України. Стан фетоплацентарного комплексу (ФПК) оцінювали завдяки використанню таких методів: ультразвукова фетометрія і плацентометрія, доплерометрія, кількісне визначення гормонів ФПК. Ультрасонографія ФПК і доплерометрія кровотоку проводилися за допомогою апарату «Philips 5 000». Для оцінки кривих швидкостей кровотоку визначали систоло-діастолічне відношення (С/Д), пульсаторний індекс (ПІ) та індекс резистентності (ІР), за М.В. Медведєвим (1996).

Визначення гормонів ФПК у сироватці крові вагітних – естріолу ( $E_3$ ), прогестерону (П), плацентарного лактогену (ПЛ) – проводили імунохемилюмінесцентним методом з використанням комерційних тест-систем. Досліджували систему гемостазу з кількісним визначенням одного з найперспек-

тивніших тестів для раннього виявлення ДВЗ-синдрому – рівня D-димеру у сироватці крові. Морфологічне дослідження плаценти здійснювали відповідно до рекомендацій А.П. Мілованова. Статистичну обробку результатів досліджень проводили із застосуванням методів варіаційної статистики.

При динамічному спостереженні у 47 (37%) вагітних було встановлено відсутність прогресування відшарування нормально розташованої плаценти.

Сліпим методом пацієнтки були рандомізовані на дві групи. Обидві групи жінок отримували терапію, спрямовану на збереження вагітності (мікронізований прогестерон вагінально у добовій дозі 200 мг), антианемічні препарати, гемостатичну терапію. 32 вагітні, які отримували як гемостатичну терапію препаратом Транексам у добовій дозі 1 000 мг впродовж 5–7 днів до зупинки кровотечі, склали основну групу. 15 пацієнток, яким у комплексі лікувальних заходів проводилася гемостатична терапія препаратом етамзилат натрію, склали групу порівняння. Основна група та група порівняння були співставними за віком (у першій групі –  $28,4 \pm 1,8$  року, у другій групі –  $29,2 \pm 2,1$  року), паритетом пологів, термінами гестації, соматичним і акушерсько-гінекологічним анамнезом, локалізацією й орієнтовними розмірами ретроплацентарних гематом.

Оцінювалися тривалість кровотечі зі статевих шляхів, регрес ретроплацентарної гематоми, тривалість перебування у стаціонарі, пролонгування та результат вагітності.

Статистична обробка даних виконана за допомогою електронних таблиць Microsoft Excel і пакета прикладних програм Statistica for Windows, v. 8.0 (StatSoft Inc, США).

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Встановлено, що зупинка кровотечі при використанні транексамової кислоти в середньому відбувалася на другу добу від початку терапії, тривалість кровотечі в середньому склала  $2,5 \pm 0,4$  дня, тоді як у групі, що приймала етамзилат натрію, тривалість кровотечі була достовірно більшою –  $4,9 \pm 0,2$  дня ( $p < 0,05$ ).

Ці дані корелювали з ультразвуковою картиною, що свідчила про відсутність прогресування ретрохоріальних гематом у порожнині матки. При використанні препарату Транексам відбувалася швидка зупинка кровотечі та, як наслідок, організація гематом у більш короткі терміни – у 17 з 32 (53,1%) жінок основної групи і у 4 з 15 – у групі порівняння (26,7%), що відобразилось на наслідках вагітності.

Середня кількість тромбоцитів пацієнток досліджуваних груп перебувала у межах фізіологічної норми і становила  $203,5 \times 109/л$  в основній групі та  $207 \times 109/л$  у групі порівняння. Середнє значення АЧТЧ у пацієнток обох груп становило  $35,1 \pm 5,2$  сек і відрізнялось від нормативних показників. Застосування Транексаму знижувало величини АЧТЧ до  $27,3 \pm 1,6$  сек в основній групі (різниця між основною та групою порівняння склала 5 секунд,  $p < 0,05$ ).

У ході дослідження встановлено, що середній вміст D-димеру у пацієнток обох груп до початку терапії перевищував орієнтовні показники норми у 1,5 разу і становив  $2 258,5 \pm 3 152,5$  нг/мл. Аналіз змін рівня D-димеру і співставлення з наслідками вагітності показав, що сприятливому перебігу вагітності відповідали стабілізація та зниження його рівня до

1 400–1 500 нг/мл, що мало місце у 21 (65,6 %) пацієнтки основної групи, які отримували Транексам. У групі порівняння вираженої динаміки змін рівня D-димеру не встановлено.

У процесі лікування покращення матково-плацентарного кровотоку спостерігалось в обох групах, однак вираженість і час появи позитивних змін відрізнялися. Так, в основній групі в середньому вже на  $10,2 \pm 0,9$  доби були відсутні порушення маткового кровотоку ІБ ступеня, а у 12 (63,2 %) випадках відмічена повна нормалізація матково-плодового кровотоку, що, за даними УЗД і доплерометрії (організація гематоми), відповідало позитивному клінічному перебігу. Початкові гемодинамічні порушення в основній групі зберігались у 7 (36,8 %) вагітних.

У той же час позитивна динаміка у вагітних групи порівняння починала виявлятися пізніше – в середньому на  $15,5 \pm 1,2$  доби ( $p < 0,05$ ). У групі порівняння показник нормалізації гемодинаміки ФПК у цей період склав 50,0% серед пацієнток з початковим порушенням гемодинаміки ІА та ІБ ступенів.

У 21 (65,6 %) пацієнтки основної групи пологи відбулися у термін – 37–38 тижнів, у 8 (25,0%)

випадках мали місце передчасні пологи у термін –34–35 тижнів, 3 (9,4 %) пацієнтки були розроджені оперативним шляхом у 28–30 тижнів гестації через прогресування відшарування плаценти. У групі порівняння вагітність закінчилася терміновими пологами у 8 (53,3%) випадках, у 5 (33,3%) пацієнток відбулися передчасні пологи у термін – 31–33 тижні гестації, 2 (13,3%) вагітних були розроджені оперативним шляхом у 27–28 тижнів гестації через прогресування відшарування плаценти ( $p < 0,05$  порівняно з основною групою).

Під час аналізу показників гемостазу у жінок, які отримували терапію Транексамом, не було відзначено негативних змін у показниках гемостазу (на системному рівні) до і після лікування.

### ВИСНОВОК

Таким чином, було встановлено, що препарат Транексам у середніх добових дозах (750–1 000 мг/добу) під час тривалості курсу лікування 5–7 днів має виражений гемостатичний ефект, не викликає побічних ефектів, що дозволяє успішно проводити збереження до сприятливіших для плода термінів вагітності.



У ході проведеного дослідження було встановлено, що препарат Транексам у середніх добових дозах (750–1 000 мг/добу) під час тривалості курсу лікування (5–7 днів) має більш виражений гемостатичний ефект, ніж етамзилат натрію як гемостатична терапія при передчасному відшаруванні нормально розташованої плаценти

### ЛІТЕРАТУРА/REFERENCES

**1. Білик, Н.М.**

Перебіг вагітності у жінок групи ризику по виникненню передчасного відшарування плаценти при профілактичному лікуванні / Н.М. Білик // Здоровье женщины. – 2007. – № 1. – С. 94–96.

**Bilyk, N.M.**

“Pregnancy in women with risk of premature detachment of the placenta at prophylactic treatment.” *Women's Health*, 1(2007):94-96.

**2. Демина, Т.Н.**

Определение D-димера с целью прогнозирования тромботических осложнений у беременных и родильниц группы риска / Т.Н. Демина, К.В. Чайка // Медико-социальные проблемы семьи. – 2006. – Т. 11, № 4. – С. 24–32.

**Demina, T.N., Chaika, K.V.**

“Determination of D-dimer to predict thrombotic complications in pregnant and postpartum women at risk group.” *Medical and Social Problems of the Family*, 11(4) (2006):24-32.

**3. Серов, В.Н.**

Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология / В.Н. Серов, Г.Т. Сухих // М.: GEOTAR-Media, 2014. – С. 488–497.

**Serov, V.N., Sukhikh, G.T.**

“Clinical recommendations. Obstetrics and gynecology.” М.: GEOTAR-Media (2014):488-497.

**4. Мурашко, А. В.**

Гемореологические расстройства при гипертензии во время беременности и возможности их коррекции / А.В. Мурашко, Н.Ф. Кравченко, Н.Д. Грибанова // Гинекология. – 2007. – Т. 9, № 5. – С. 17–19.

**Murashko, A.V., Kravchenko, N.F., Gribanova, N.D.**

“Hemorheological disorders in hypertension during pregnancy and their possible correction.” *Gynecology*, 9(5) (2007):17-19.

**5. Сидельникова, В.М.**

Гемостаз и беременность / В.М. Сидельникова, П.А. Кирышченков // М.: Триада-Х., 2004.

**Sidelnikova, V.M., Kiryushchenkov, P.A.**

Haemostasis and pregnancy. М.: Triada-X (2004).

**6. Тингборн, Л.**

Ингибиторы фибринолиза при лечении геморрагических расстройств / Л. Тингборн // Лечение гемофилии. – 2007. – № 42.

**Tingborn, L.**

“Inhibitors of fibrinolysis in the treatment of hemorrhagic disorders.” *Hemophilia Treatment*, 42 (2007).

**7. Шевченко, Ю.Л.**

Кровесберегающий эффект транексамовой кислоты / Ю.Л. Шевченко и др. // Фарматека. – 2008. – № 16. – С. 17–25.

**Shevchenko, Y.L., et al.**

“Effect of blood saving of tranexamic acid.” *Farmateka*, 16(2008):17-25.

**8. De Lange, N.M., Lancé, M.D., de Groot, R., et al.**

“Obstetric hemorrhage and coagulation: an update. Thromboelastography, thromboelastometry, and conventional coagulation tests in the diagnosis and prediction of postpartum hemorrhage.” *Obstet. Gynecol. Surv.*, 67(7) (2012):426-435.

**9. Peitsidis, P., Kadir, R.A.**

“Antifibrinolytic therapy with tranexamic acid in pregnancy and postpartum.” *Expert Opin. Pharmacother*, 12(4) (2011):503-516.

**10. Rasmussen, S., Irgens, L.M.**

“Occurrence of placental abruption in relatives.” *BJOG*, 116(5) (2009):693.

**11. Su, L.L., Chong, Y.S.**

“Massive obstetric haemorrhage with disseminated intravascular coagulopathy.” *Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol*, 26(1) (2012):77-90.

**12. Tower, C.L., Regan, L.**

“Intrauterine haematomas in a recurrent miscarriage population.” *Hum. Reprod*, 16(9) (2001):2005-2007.

**13. Van Oppenraaij, R.H., Jauniaux, E., Christiansen, O.B., et al.**

“Predicting adverse obstetric outcome after early pregnancy events and complications: a review.” *Hum. Reprod. Update*, 15(4) (2009):409-421. □

### НЕПРОГРЕСУЮЧЕ ВІДШАРУВАННЯ НОРМАЛЬНО РОЗТАШОВАНОЇ ПЛАЦЕНТИ ПРИ НЕДОНОШЕНІЙ ВАГІТНОСТІ: АСПЕКТИ ДІАГНОСТИЧНО-ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ

**В.І. Пирогова**, д. мед. н., професор, завідувачка кафедри акушерства, гінекології та перинатології ФПДО Львівського національного медичного університету

**З.В. Сміх**, лікар Львівського обласного клінічного перинатального центру

Питання супроводу вагітності з частковим непрогресуючим відшаруванням плаценти при недоношеній вагітності є актуальними упродовж тривалого часу та стосуються, зокрема, безпеки та ефективності використання гемостатичних засобів.

Проведене дослідження за участю 127 пацієнок із плацентарною недостатністю, яких було госпіталізовано в період з 22 по 26 тиждень вагітності з ознаками передчасного відшарування плаценти.

Пацієнтки були рандомізовані на дві групи: 32 вагітні склали основну групу, отримували гемостатичну терапію транексамовою кислотою (препарат Транексам), 15 жінок із групи порівняння – етамзілатом натрію.

У підсумку з'ясувалося, що препарат Транексам у середніх добових дозах (750 – 1 000 мг/добу) впродовж курсу лікування 5–7 діб мав більш виражену гемостатичну дію, не мав побічних ефектів, що дало змогу успішно зберегти вагітність.

**Ключові слова:** вагітність, відшарування плаценти, гемостаз, транексамова кислота.

### НЕПРОГРЕСИРУЮЩАЯ ОТСЛОЙКА НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ ПРИ НЕДОНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ: АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ И ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ

**В.И. Пирогова**, д. мед. н., профессор, заведующая кафедрой акушерства, гинекологии и перинатологии ФПДО Львовского национального медицинского университета

**З.В. Смах**, врач Львовского областного клинического перинатального центра

Вопросы сопровождения беременности с частичной непрогрессирующей отслойкой плаценты при недоношенной беременности остаются актуальными на протяжении длительного времени и касаются, в частности, безопасности и эффективности использования гемостатических средств.

Проведено исследование с участием 127 пациенток с плацентарной недостаточностью, которые были госпитализированы в сроке 22–26 недель беременности с признаками преждевременной отслойки плаценты.

Пациентки были рандомизированы на две группы: 32 беременных основной группы получали гемостатическую терапию транексамовой кислотой (препарат Транексам), 15 женщин из группы сравнения – етамзилатом натрия.

В итоге было установлено, что препарат Транексам в средних суточных дозах (750 – 1 000 мг/сут) при продолжительности курса лечения 5–7 дней имел более выраженный гемостатический эффект, не вызывал побочных эффектов, что позволило успешно сохранить беременность.

**Ключевые слова:** беременность, отслойка плаценты, гемостаз, транексамовая кислота.

### NON-PROGRESSIVE PLACENTAL ABRUPTION IN INCOMPLETE PREGNANCY: ASPECTS OF DIAGNOSTIC-THERAPEUTIC TACTICS

**V.I. Pyrohova**, professor, head of the Obstetrics, Gynecology and Perinatology Department, Danylo Halytsky Lviv National Medical University

**Z.V. Smykch**, doctor of the Lviv Regional Clinical Perinatal Centre

Questions of accompany pregnancy with non-progressive partial placental abruption in incomplete pregnancy remain relevant for a long time and concern, in particular, the safety and efficacy of the use of hemostatic agents.

A study involving 127 patients with placental insufficiency, who were hospitalized at 22–26 weeks of gestation with signs of placental abruption was performed.

Patients were randomized into two groups: 32 pregnant of main group received tranexamic acid (drug Tranexam) as a hemostatic therapy, 15 patients of comparison group received etamsylatum.

As a result, it was found that the drug Tranexam in average daily doses (750–1 000 mg/day) for treatment duration of 5–7 days has more pronounced hemostatic effect, does not cause side effects, thus successfully maintain the pregnancy.

**Keywords:** pregnancy, placental abruption, hemostasis, tranexamic acid.