

УДК 618.7-005.1-02:618.39] -085.273.5

© I. М. Федорошчак, В. I. Пирогова, 2011.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ТРАНЕКСАМОВОЇ КИСЛОТИ ДЛЯ ЗМЕНШЕННЯ КРОВОВТРАТИ В РАНЬОМУ ПІСЛЯПОЛОГОВОМУ ПЕРІОДІ У ЖІНОК ЗІ ЗВИЧНИМ НЕВИНОШУВАННЯМ ВАГІТНОСТІ В АНАМНЕЗІ

I. М. Федорошчак, В. I. Пирогова*Кафедра акушерства, гінекології та перинатології ФПДО (зав. кафедри – проф. В. I. Пирогова),
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів.*

CLINICAL EFFECTIVENESS OF USE OF TRANEXAMIC ACID FOR BLOOD LOSE PREVENTION IN EARLY POSTPARTUM PERIOD IN WOMEN WITH HABITUAL MISCARRIAGE IN ANAMNESIS

I. M. Fedoroshchak, V. I. Pyrohova

SUMMARY

The aim of work was to study clinical effectiveness of use of Tranexamic acid for blood lose prevention in afterbirth and early postpartum period in women with habitual miscarriage in anamnesis. Two groups of patients aged from 25 to 32 years underwent the experiment (n=20 in each experimental group): first group (women, who received tranexamic acid in a dose of 50 mg/kg), second group (women, who received etamsylatum in a dose of 2 ml) with uterotonics in standart dosages. The analysis revealed significant ($p<0,001$) reduction of total blood loss in 3rd and postpartum periods of labor in the first group of women on $156,7\pm 20,5$ ml compared to the second group. Thus, it has been established that an offered circuit of Tranexamic acid results in reducing of blood lose in afterbirth and early postpartum period in women with habitual miscarriage.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАНЕКСАМОВОЙ КИСЛОТЫ ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ КРОВОПОТЕРИ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ У ЖЕНЩИН С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШЕВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ В АНАМНЕЗЕ

И. М. Федорошчак, В. И. Пирогова

РЕЗЮМЕ

Целью работы было изучить клиническую эффективность применения транексамовой кислоты в комплексе мер по борьбе с кровотечениями в раннем послеродовом периоде у женщин с привычным невынашиванием беременности в анамнезе. В исследовании участвовали женщины в возрасте от 25 до 32 лет, которые были разделены на две группы (n=20 в каждой исследовательской группе): первая группа (женщины, которым вводился Транексам в болюсной дозе 50 мг/кг), вторая группа (женщины, которым вводился Этамзилат в дозе 2 мл болюсно внутривенно) с параллельным использованием утеротоников (Окситоцин) в стандартных дозировках. В результате проведенного анализа установлено достоверное ($p<0,001$) снижение суммарной кровопотери в раннем послеродовом периоде на $156,7\pm 20,5$ мл в первой группе женщин по сравнению со второй группой. Полученные результаты свидетельствуют о целесообразности применения транексамовой кислоты для уменьшения кровопотери в раннем послеродовом периоде у женщин с привычным невынашиванием беременности в анамнезе.

Ключові слова: звичне невиношування, ранній післяпологовий період, акушерська кровотеча, транексамова кислота.

Одним із актуальних питань сучасного акушерства залишається проблема невиношування вагітності, що пов'язано зі значною частотою виявлення даної патології, високим рівнем перинатальної смертності та значним рівнем інвалідизації дітей. Діагностика проблеми невиношування вагітності у багатьох випадках є утрудненою, оскільки у більшості випадків неможливо встановити фактори, які порушують нормальний перебіг вагітності [6, 8].

Наявність в анамнезі передчасних пологів є одним із найважливіших факторів ризику передчасного переривання вагітності для жінок, які народжують повторно. Захворюваність недоношених дітей в де-

кілька разів перевищує середні показники в популяції, понад 50,0% із загальної мертвонароджуваності становлять недоношені новонароджені. Крім того, при передчасних пологах зростає і частота ускладнень з боку матері [1]. Існує цілий ряд літературних даних, що свідчать про наявність змін у системі гемостазу у жінок зі звичним невиношуванням вагітності в анамнезі [2, 5]. Так, у даної категорії пацієнток частіше спостерігались кровотечі у третьому та ранньому післяпологовому періоді порівняно із жінками з неускладненим акушерсько-гінекологічним анамнезом. Рівень акушерських кровотеч при передчасних пологах в 6 разів вищий за загальноклінічні показни-

ки. Відзначається зростання кількості породіль з об'ємом крововтрати від 0,5 до 1,0% маси тіла [3].

Метою даної роботи було вивчити клінічну ефективність застосування транексамової кислоти в комплексі заходів по боротьбі з кровотечами в ранньому післяпологовому періоді у жінок зі звичним невиношуванням вагітності в анамнезі.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У дослідженні брали участь жінки віком від 25 до 32 років, які були розділені на групи (n=20 в кожній дослідницькій групі): перша група (жінки, яким вводився Транексам в болюсній дозі 50 мг/кг), друга група (жінки, яким вводився Етамзилат в дозі 2 мл болюсно внутрішньовенно) з паралельним використанням утеротоніків (Окситоцин) у стандартних дозах. Додаткове лікування (коагулянт концентрати, свіжо-

заморожена плазма, тромбоцити) використовувалися лише тоді, коли післяпологова кровотеча становила >500 мл / 30 хвилин). Вимірювання об'єму крововтрати здійснювали ваговим методом. Статистичну обробку виконано за допомогою пакету програм STATISTICA for Windows 5.5 (StatSoft, USA). Отримані дані описано як $M \pm \sigma$, оскільки розподіл даних у групах відповідав закону нормальності (перевірка за допомогою критерію Шапіро-Вілка), попарне порівняння груп виконано у модулі ANOVA (дисперсійний аналіз) за допомогою апостеріорного критерію Ньюмена-Кейлса.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

В ході дослідження не виявлено статистично значущих відмінностей між вихідними фізичними параметрами жінок обох груп (таблиця 1).

Таблиця 1

Фізичні показники на початку дослідження

Показник	1 група	2 група
Вік (роки)	28,5±3,7	28,7±3,2
Зріст (см)	168,6±4,5	165,8±5,2
Вага (кг)	72,7±4,2	69,5±4,4
Термін вагітності	38,6±1,4	38,5±1,6
Вагітність	4,07±0,85	4,10±0,96

Вимірювання частоти серцевих скорочень, частоти дихання та АТ здійснювалося після відділення плаценти та через 2 і 4 години після пологів. Ста-

тистично достовірної різниці даних параметрів у жінок всіх 1 та 2 дослідних груп не встановлено (таблиця 2).

Таблиця 2

Фізикальні показники

Показник	Після відділення плаценти		2 години після пологів		4 години після пологів	
	1 група	2 група	1 група	2 група	1 група	2 група
Частота дихання	21,2±2,1	20,8±2,4	19,4±2,2	19,6±2,0	19,2±1,8	19,1±2,4
Частота серцевих скорочень	91,1	92,3	87,3±12,1	89,2±11,2	88,4±10,4	89,7±9,8
Систолічний АТ	122,5±12,3	124,4±11,5	128,6±10,8	130,1±9,5	122,4±13,1	121,8±15,2
Діастолічний АТ	77,1±10,3	78,2±10,7	80,1±8,2	79,4±8,0	79,2±6,9	80,7±5,2

У результаті проведеного аналізу встановлено достовірне ($p \leq 0,001$) зниження крововтрати після відділення плаценти на 55,0%, через 2 години після відділення плаценти – на 43,7%, зниження сумарної крововтрати на 50,1% у першій групі жінок в порівнянні з другою групою (таблиця 3). Кількість жінок

із сумарною крововтратою більше 0,5% становила 1 – у першій дослідній групі проти 9 – у другій дослідній групі ($p \leq 0,001$). Інвазивні втручання потребували 1 жінка з першої дослідної групи і 2 – з другої дослідної групи (статистично достовірної різниці не встановлено).

Таблиця 3

Крововтрата у 3 та ранньому післяпологовому періоді

Показник	1 група	2 група
Крововтрата після відділення плаценти (мл)	80,1±28,4	178,1±20,4
Крововтрата через 2 години після пологів (мл)	75,7±25,2	134,4±30,1
Сумарна крововтрата (мл)	155,8±25,2	312,5±24,3

Найбільший об'єм крововтрати, як у першій, так і другій дослідній групах відмічався протягом 20 хвилин після пологів, що, ймовірно, пов'язано із зменшенням об'єму матки після народження та відділення посліду. Як показали наші дослідження, тривалість послідового періоду у пацієток першої дослідної групи становив в середньому $9,5 \pm 7,8$ хвилин, у другій групі – $12,0 \pm 10,5$ хвилин, причому відмінності між групами не є статистично достовірними ($p > 0,05$). У момент маніфестації кровотечі у всіх пацієток відзначалося зниження тону, збільшення висоти стояння дна матки до 18-20 см. При мануальному дослідженні в послідовому та ранньому післяпологовому періоді розміри і консистенція матки у пацієток досліджуваних груп не відрізнялися.

При аналізі показників гемостазу у жінок обох дослідних груп не відзначено достовірних змін у показниках гемостазу (на системному рівні) до і після лікування. Останній фактор є особливо важливим, так як при аналізі літературних джерел встановлено, що при скринінговому дослідженні стану системи гемостазу у післяпологовому періоді у жінок із звичним невиношуванням вагітності в анамнезі виявлялась патологічна гіперкоагуляція та активація внутрішньосудинного згортання крові. Ці дані слід розцінювати як прояви потенційного ризику тромбоемболії. Так, при дослідженні системи гемостазу у першу добу після пологів в аналізах крові спостерігались значні зміни в плазмовій та тромбоцитарній ланках системи згортання крові, зниження показників активованого часткового тромбопластинового часу та протромбінового індексу. Як відомо, показник активованого часткового тромбопластинового часу характеризує сумарну активність факторів внутрішньосудинного згортання, а зниження його концентрації свідчить про гіперкоагуляцію. Лабораторним підтвердженням тромбофілії у породіль також була гіперкоагуляція, діагностована за даними тромбоеластографії, та гіперактивність тромбоцитарної ланки гемостазу. На тромбоеластографії виявлялась хронометрична та структурна гіперкоагуляція в плазмовій ланці [4, 7].

ВИСНОВКИ

Таким чином, в ході проведеного дослідження встановлено:

1. Достовірне ($p \leq 0,001$) зниження крововтрати після відділення плаценти, через 2 години після відділення плаценти, зниження сумарної крововтрати у першій групі жінок у порівнянні з другою групою.

2. Зменшення кількості жінок із крововтратою більше 0,5% маси тіла у першій групі жінок порівняно з другою групою.

3. Отримані результати свідчать про доцільність застосування транексамової кислоти для зменшення крововтрати в ранньому післяпологовому періоді у жінок зі звичним невиношуванням вагітності в анамнезі.

ЛІТЕРАТУРА

1. Длительная угроза прерывания беременности. Перинатальные и отдаленные результаты развития детей / Р. И. Шалина, И. В. Амельхина, Е. Б. Херсонская [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2004. – № 4. – С. 41–44.

2. Жук С. И. Коррекция гипергомоцистеинемии у беременных с невынашиванием / С. И. Жук, С. Б. Чечуга // Репродуктивное здоровье женщины. – 2006. – № 4. – С. 82–84.

3. Кравченко О. В. Передчасні пологи як група ризику ускладнень в третьому та післяпологовому періодах / О. В. Кравченко, С. Д. Приходько // Вісник наукових досліджень. – 2000. – № 1. – С. 67–68.

4. Чернуха Е. А. Нарушения в системе гемостаза в послеродовом периоде и их коррекция / Е. А. Чернуха, С. К. Кочиева, Т. В. Бабичева // Акушерство и гинекология. – 2007. – № 1. – С. 16–21.

5. Baek K. H. Recurrent pregnancy loss: the key potential mechanisms / K. H. Baek, E. J. Lee, Y. S. Kim // Trends Mol. Med. – 2007. – Vol. 13 (7). – P. 310–317.

6. Bottomley C. Diagnosing miscarriage / C. Bottomley, T. Bourne // Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. – 2009. – Vol. 23. – P. 463–477.

7. Elevated second-trimester serum homocysteine levels and subsequent risk of preeclampsia / T. K. Sorensen, M. R. Malinow, M. A. Williams [et al.] // Gynecol. Obstet. Invest. – 1999. – Vol. 48 (2). – P. 98–103.

8. Hysteroscopic findings in women with two and with more than two first-trimester miscarriages are not significantly different / M. K. Bohlmann, M. Von Wolff, D. W. Luedders [et al.] // Reproductive BioMedicine Online. – 2010. – Vol. 21. – P. 230–236/