

УДК: 618.34 – 022  
DOI: 10.24061/2413-4260.X.1.35.2020.6ЛІКУВАННЯ ВАГІТНИХ  
ІЗ ПОЛІГІДРАМНІОНОМ*А.В. Семеняк, О.А. Андрієць,  
І.Р. Ніцович, С.В. Коляндрецька,  
Л.В. Хрикова*Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»  
(м. Чернівці, Україна)**Резюме**

**Вступ.** Лікування полігідрамніону, як наслідку інфекційного процесу, є складним завданням, оскільки вимагає термінових результатів. У випадку нечутливості умовно патогенної чи патогенної мікрофлори або наявності вірусів, зволікання у лікуванні може призвести до внутрішньоутробного інфікування плоду.

**Мета дослідження.** Оцінити ефективність лікування полігідрамніону вірусного генезу.

**Матеріали та методи дослідження.** Проведено клініко-лабораторне обстеження та лікування 60 вагітних із полігідрамніоном та наявністю в анамнезі гострого респіраторного вірусного захворювання або виділено вірус простого герпесу.

Методи дослідження, які застосовувалися, – зовнішнє акушерське обстеження, УЗД, мікроскопічний, бактеріологічний, імунофлуоресцентний, імуноферментний.

**Результати дослідження.** Вагітних розділено на дві підгрупи: у першій підгрупі одразу призначалися імунокорегуючі противірусні препарати (n=30), у другій – антибактеріальні препарати, які виявилися неефективними, що було причиною проведення змін у лікуванні (n=30). Для лікування використано імунокорегуючий препарат флавоноїдних глікозидів в дозі 12 крапель двічі на добу per os за 10-15 хвилин до прийому їжі. Через 7-10 днів застосування препарату у 67 % вагітних прояви полігідрамніону зменшилися, через 14 днів у 87 % вагітних не було ознак полігідрамніону.

**Висновки.** Патогенетичне лікування полігідрамніону вірусного генезу шляхом застосування імунокорегуючих противірусних препаратів є безпечним високоефективним методом лікування, оскільки, призводить до одужання у 87 % впродовж 10-14 днів, у решти випадків – до позитивної динаміки, що потребує тривалішого лікування.

**Ключові слова:** полігідрамніон; багатоводдя.

**Вступ**

Серед патології амніотичної рідини виділяють збільшення її кількості – полігідрамніон (багатоводдя) і, відповідно, зменшення – oligohydramnion (маловоддя). Полігідрамніон визначається у випадку збільшення об'єму амніотичної рідини більше 1500 мл, oligohydramnion – при її зменшенні менше 500 мл.

Амніотична рідина після 20 тижнів складається переважно з плодової сечі, тому об'єм залежить від виділення сечі, заковтування вод та їх засвоєння. Кількість вод у нормі зростає з терміном вагітності, при цьому найбільша кількість вод спостерігається у терміні 24-36 тижнів.

Кількість амніотичної рідини, з одного боку, є маркером стану плода, з іншого, може спричинити ряд ускладнень вагітності, зокрема, передчасні пологи, неправильні положення плода, передчасний розрив плодових оболонок, дискомфорт у матері, спричинений перерозтягненням матки (біль, задуха, порушення серцевої діяльності та ін.), що потребує проведення як патогенетичного, так і симптоматичного лікування.

Основними причинами полігідрамніону є зростання виділення плодової сечі при цукровому діабеті у матері, синдромі фето-фетальної трансфузії (реципієнт), набряку плода, зазвичай, в результаті імунного конфлікту, при порушенні заковтування та засвоєння амніотичної рідини, у зв'язку з порушенням прохідності шлунково-кишкового тракту (езофагогастроуденальна

атрезія, трахеоезофагофістула), вадах розвитку нервової та м'язової системи (міотонічна дистрофія, аненцефалія) чи іншими рідкісними вадами розвитку чи синдромами (обтурація обличчя). Зазначене діагностується за допомогою додаткових методів обстеження та потребує, відповідно до причини, певних особливостей при веденні вагітності чи лікування. Також виділяють ідіопатичний полігідрамніон, який, зазвичай, є безсимптомним. Однак, найчастішою причиною полігідрамніону залишається підвищення секреторної функції амніону, спричинене гострою чи хронічною бактеріальною інфекцією [5].

Пренатальна діагностика проводиться за допомогою зовнішнього акушерського обстеження при вираженому полігідрамніоні та УЗД. Наявність полігідрамніону за допомогою УЗД визначається шляхом вимірювання розміру максимально вільної кишені та вирахування індексу амніотичної рідини, також визначаються ехографічні критерії материнсько-плодового інфікування. Специфічними ультразвуковими ознаками внутрішньоутробного інфікування (ВУІ) є полігідрамніон, збільшення розмірів живота, гепатоспленомегалія, асцит, пієлоектазія, гіперехогенні вклучення в паренхіматозних органах, потовщення та кальцифікати стінки кишки та між петлями кишок, різко розширені петлі кишок з ехонегативним вмістом та ехопозитивними вклученнями, аркоподібні ехокомплекси, асцит – при інфекції

бактеріальної етіології. Включення в печінці, разом зі збільшенням її та селезінки, наявністю гідротораксу, полісерозиту, помірного гідроамніону визначаються більше як ехографічний маркер ВУІ вірусної етіології.

Специфічність ехографічного зображення складає 50-60 %, проте до 90 % відповідає тяжкості інфекційного ураження плода, проявами якого є глибоке пошкодження печінки, селезінки та кишечника плода, тому ехографічні критерії материнсько-плодового інфікування можуть бути маркерами діагностики ВУІ плода з подальшими ускладненнями, - як для самого плода, так і для новонародженого. У процесі патогенетичного лікування можна визначити позитивний ефект стану плода та компенсацію материнсько-плодових відносин за допомогою УЗД діагностики та доплерометрії.

Лікування полігідрамніону, як наслідку інфекційного процесу, є складним завданням, оскільки вимагає термінових результатів. У випадку нечутливості умовно патогенної чи патогенної мікрофлори, вірусів, зволікання у лікуванні може призвести до прогресування процесу [5].

Лікування потребує специфічної антибактеріальної терапії, яка призначається у відповідності з отриманими результатами бактеріоскопічного, бактеріологічного, імунофлуоресцентного та імуноферментного методів дослідження. Навіть при такому підході лікування не завжди є ефективним, оскільки мікрофлора піхви може відрізнитися від мікрофлори верхніх жіночих статевих органів і порожнини матки, тому призначаються антибактеріальні препарати широкого спектру дії [3, 4, 6, 7]. У випадку вірусного інфікування антибіотики є неефективними. Внутрішньоутробне інфікування вірусами є, скоріш, діагнозом виключення, коли антибактеріальна терапія є неефективною при відсутності інших причин полігідрамніону.

Спрогнозувати неефективність антибактеріальної терапії можна, виходячи із результатів бактеріоскопічного, бактеріологічного, імунофлуоресцентного, імуноферментного досліджень, коли не виявлено патогенну мікрофлору чи умовно патогенну мікрофлору при наявності полігідрамніону та специфічних УЗД критеріїв ВУІ чи антитіл до вірусів, тому важливим для негайного призначення протівірусної терапії є анамнестичні дані з перенесенням вірусної інфекції чи безпосереднє виявлення вірусів.

### Мета

Оцінити ефективність лікування полігідрамніону вірусного генезу.

### Матеріал і методи дослідження

Проведено клініко-лабораторне обстеження та лікування 60 вагітних із полігідрамніоном (основна група), чому передувало наявність гострого респіраторного вірусного захворювання або виділено вірус простого герпесу та 20 здорових вагітних, що становили контрольну групу. Термін вагітності у обох групах складав 22-34 тижні.

Діагностика полігідрамніону проводилася за допомогою зовнішнього акушерського обстеження,

що підтверджувалося при проведенні УЗД. При УЗД вимірювався розмір максимально вільної кишені та вираховувався індекс амніотичної рідини, після чого виставлявся діагноз. Також враховувалися УЗД критерії ВІП, саме, вірусної етіології (включення в печінці одночасно зі збільшенням селезінки, гідроторакс, полісерозит, перикардит).

Методи дослідження, які застосовувалися, – мікроскопічний, бактеріологічний, імунофлуоресцентний (для ідентифікації інфекційного збудника у виділеннях із піхви, цервікального каналу) та імуноферментний (для визначення наявності антитіл ІG М до вірусу герпесу *HHV*, цитомегаловірусу *CMV*, аденовірусів *Adenovirus*, вірус *Influenza Parainfluenza* вірус, як причини полігідрамніону).

За наявності полігідрамніону проводився комплекс обстежень для виявлення можливої причини. Після виключення інших вказаних причин полігідрамніону та виявленні ознак інфекційного процесу у жіночих статевих органах, що підтверджувалося додатковими методами дослідження, лікування розпочиналося згідно зі стандартними схемами із антибактеріальних препаратів.

Вагітних основної групи було розділено на дві однакові підгрупи. Вагітним першої підгрупи одразу призначали імунокоригуючі протівірусні препарати (n=30). Вагітним другої підгрупи, після виключення інших вказаних причин полігідрамніону, крім інфекційного генезу, так як виявлено умовно патогенну мікрофлору у виділеннях із піхви та цервікального каналу, лікування розпочинали згідно зі стандартними схемами із антибактеріальних препаратів, оскільки вагітні не бажали приймати імунокоригуючі протівірусні препарати. Однак, через неефективність лікування (контроль кількості вод проводили кожні три дні УЗД), проведено зміни у лікуванні на користь імунокоригуючих протівірусних препаратів (n=30).

При проведенні дослідження нами використано імунокоригуючий протівірусний препарат, який містить флавоноїдні глікозиди у дозі 12 крапель двічі на добу per os за 10-15 хвилин до прийому їжі. Препарат не є протипоказаний при вагітності, призначення даного препарату не потребує обов'язкового визначення імунограми та консультації імунолога.

Флавоноїдні глікозиди містяться в диких злаках Щучки дернистої (*Herba Deschampsia caespitosa* L.) та трави Війника наземного (*Herba Calamagrostis erigeios* L.) і здатні пригнічувати вірусоспецифічні ферменти ДНК-полімерази та тимідинкінази у вірус інфікованих клітинах. Це призводить до зниження або повного блокування реплікації вірусів. Одночас, викликають збільшення продукції ендогенних альфа-та гама-інтерферонів, що підвищує неспецифічну резистентність організму до вірусної та бактеріальної інфекцій, нормалізує імунний статус людини.

При проведенні дослідження дотримано етичних принципів, всіх вагітних ознайомлено із запропонованим лікуванням. Вагітні погодилися на проведення лікування, про що оформлено інформовану згоду хворого, яка зберігається у медичній документації.

### Результати дослідження та їх обговорення

При порівнянні стану мікробіоценозу піхви у

вагітних контрольної та основної групи встановлено, що у 18 вагітних (90 %) контрольної групи у виділеннях з піхви та цервікального каналу наявні лактобактерії, які були виявлені у вагітних основної групи лише у 10 %. Представниками умовно патогенної флори у вагітних контрольної групи у 4 випадках (20 %) були дріжджоподібні гриби роду *Candida*.

Мікрофлора піхви та цервікального каналу у вагітних обох підгруп основної групи представлена рядом умовно патогенних мікроорганізмів та вірусів, встановлено ряд особливостей.

Виявлено умовно патогенні мікроорганізми, які контамінували слизову оболонку піхви та цервікального каналу – стафілококи (золотистий та епідермальний) – *Staphylococcus aureus* – 14 випадків (43 %) ( $p < 0,001$ ), *Staphylococcus epidermidis* – 8 випадків (27 %) ( $p < 0,001$ ), ешерихії – *Escherichia coli* – 10 випадків (33 %) ( $p < 0,001$ ), дріжджоподібні гриби роду *Candida* – *Candida albicans* – 12 випадків (40 %) ( $p < 0,05$ ), коринебактерії – *Corynebacterium* – 9 випадків (30 %) ( $p < 0,001$ ), гарднерели – *Gardnerella vaginalis* – 4 випадки (13 %) ( $p < 0,001$ ). У 9 вагітних (30 %) виявлено вірус герпесу ( $p < 0,001$ ). Лактобактерії виявлено у 10 вагітних (10 %) з одночасною персистенцією інших умовно патогенних мікроорганізмів. При проведенні бактеріологічного обстеження КУО (колоній утворюючих одиниць) умовно патогенних мікроорганізмів було менше 10<sup>4</sup>, що є допустимою нормою.

У 40 вагітних (67 % із 60 вагітних обох підгруп основної групи) полігідрамніону передувало гостре респіраторне вірусне захворювання.

Враховуючи відсутність патологічних змін у виділеннях із піхви та цервікального каналу, наявність умовно патогенної мікрофлори у допустимих межах, виявлення вірусу простого герпесу у 30 % при проведенні додаткових методів обстеження, наявність в анамнезі гострого респіраторного вірусного захворювання у 67 % вагітних, запропоновано вагітним основної групи лікування полігідрамніону імунокорегуючим противірусним препаратом у дозі 12 крапель двічі на добу.

Вагітним першої підгрупи основної групи, одразу при встановленні діагнозу полігідрамніон та проведенні додаткових обстежень, розпочато лікування імунокоригуючим противірусним препаратом. Контроль ефективності лікування проводили кожні три дні за допомогою УЗД з визначенням індексу амніотичної рідини. Через 7-10 днів застосування препарату у 67 ± 8,6 % ( $p < 0,05$ ) (у 20 вагітних із 30) прояви полігідрамніону зменшилися, що є достовірним, через 14 днів у 87 ± 6,15 % (у 26 вагітних із 30) не було ознак полігідрамніону. У

решти прояви полігідрамніону незначно зменшилися впродовж 7-10 днів, тому додатково було призначено антибактеріальні засоби широкого спектру дії, через три дні кількість навколоплідних вод зменшилась.

У вагітних другої підгрупи прояви полігідрамніону після призначення антибактеріальних засобів зменшилися тільки у 20 ± 7,3 % ( $p < 0,05$ ) (у 6 вагітних із 30). Решті 80 % (24 вагітним із 30) після триденного курсу антибактеріальної терапії призначено імунокоригуючий противірусний препарат через неефективність попередньої терапії. Лікування виявилось ефективним у 75 ± 7,9 % (у 18 вагітних із 24) через 14 днів, тобто зволікання з противірусним лікуванням призводить до дещо нижчої ефективності (87 % при вчасно розпочатій терапії проти 75 %), однак, це не є достовірним.

При наявності полігідрамніону, що розвинувся після перенесеного гострого респіраторного вірусного захворювання чи спричиненого вірусом герпесу (що підтверджено лабораторними даними, з одночасним виключенням інших, вказаних вище причин полігідрамніону), потрібно розпочинати лікування препаратами, що мають імунокоригуючий та противірусний ефект. У нашому випадку - препарат, що містить флавоноїдні глікозиди, у дозі 12 крапель двічі на добу per os за 10-15 хвилин до прийому їжі, впродовж 10-14 днів або триваліше до повного одужання за наявності позитивної динаміки.

### Висновки

Патогенетичне лікування полігідрамніону вірусного генезу шляхом застосування імунокоригуючих противірусних препаратів є безпечним високоефективним методом лікування полігідрамніону, оскільки призводить до одужання у 87 % впродовж 10-14 днів, у решти випадків – до позитивної динаміки, що потребує тривалішого лікування.

### Перспективи подальших досліджень

Залишаються дискусійними питання призначення антибактеріальної терапії за наявності умовно патогенної флори та призначення противірусної терапії при відсутності ідентифікації вірусів і неефективності антибактеріальної терапії, що робить проблему актуальною та необхідною для подальшого вивчення.

**Конфлікт інтересів.** Конфлікту інтересів немає.

**Джерела фінансування.** Стаття опублікована без будь-якої фінансової підтримки.

### Література

1. Запорожан ВМ, редактор. Акушерство та гінекологія. В 4-х т. Київ: Медицина; 2013. Т.1, Акушерство; 1032 с.
2. Куса ОМ, Макачук ОМ. Оцінка ультразвукових та морфологічних маркерів внутрішньоутробного інфікування у вагітних високого інфекційного ризику. Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. 2012; 2:127-9.
3. Корчинська ОО, Маляр ВВ. Клініко-морфологічні аспекти маловоддя і багатоводдя при цитомегаловірусно-хламідійному інфікуванні вагітних жінок. Педіатрія, акушерство та гінекологія. 2008;4:140-2.
4. Лайкова ЛМ. Багатоводдя у жінок внаслідок внутрішньоутробного інфікування [магістерська]. Суми; 2016. 58 с.
5. Ласитчук ОМ. Багатоводдя: акушерська тактика та заходи профілактики. Журнал клінічних та експериментальних медичних досліджень. 2013;1(3):292-300.
6. Маляр ВВ. Особливість гестаційних ускладнень, фактори ризику і причини розвитку багатоводдя. Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. 2008;1:45-7. doi: 10.11603/24116-4944.2008.1.9492
7. Маляр ВВ, Маляр ВА. Дослідження навколоплідних вод у діагностиці стану плода. Науковий вісник Ужгородського університету, серія «Медицина». 2012;1:190-3.

## ЛЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ С ПОЛИГИДРАМНИОМ

*А.В. Семеняк, О.А. Андриец, И.Р. Ницович,  
С.В. Коляндрецкая, Л.В. Хрикова*

Высшее государственное образовательное  
учреждение Украины «Буковинский  
государственный медицинский университет»  
(г. Черновцы, Украина)

### Резюме

**Введение.** Лечение полигидрамниона как следствия инфекционного процесса, является сложной задачей, поскольку требует срочных результатов. В случае нечувствительности условно патогенной или патогенной микрофлоры, или наличия вирусов, промедление в лечении может привести к внутриутробному инфицированию плода.

**Материалы и методы исследования.** Проведено клинично-лабораторное обследование и лечение 60 беременных с полигидрамнионом и наличием в анамнезе острого респираторного вирусного заболевания или выделен вирус простого герпеса. Методы исследования, которые применялись, - внешнее акушерское обследование, УЗИ, микроскопический, бактериологический, иммунофлуоресцентный, иммуноферментный.

**Цель исследования.** Оценить эффективность лечения полигидрамниона вирусного генеза.

**Результаты исследования.** Беременных разделено на две подгруппы: в первой подгруппе использован иммунокоригирующий противовирусный препарат (n=30), во второй – антибактериальные препараты, которые оказались неэффективными, что было причиной проведенных изменений в лечении (n=30). Для лечения использован иммунокоригирующий препарат флавоноидных гликозидов в дозе 12 капель два раза в сутки per os за 10-15 минут до приема пищи. Через 7-10 дней применения препарата у 67 % беременных проявления полигидрамниона уменьшились, через 14 дней у 87 % беременных не было признаков полигидрамниона.

**Выводы.** Патогенетическое лечение полигидрамниона вирусного генеза путем использования противовирусных препаратов является безопасным высокоэффективным методом лечения полигидрамниона и приводит к выздоровлению в 87% в течение 10-14 дней, в остальных случаях - к положительной динамике, что требует длительного лечения.

**Ключевые слова:** полигидрамнион; многоводие.

## TREATMENT OF PREGNANT WOMEN WITH A POLYHYDRAMNION

*A.V. Semenyak, O. A. Andriets, I. R. Nitsovich,  
S.V. Kolyandretska, L. V. Hrykova*

Higher state educational establishment of Ukraine  
«Bukovinian State Medical University»  
(Chernivtsi, Ukraine)

### Summary

**Introduction.** Treatment of polyhydramnios as a consequence of the infectious process is a difficult task because it requires urgent results. In the case of insensitivity to conditionally pathogenic or pathogenic microflora, or the presence of viruses, delay in treatment can lead to intrauterine infection of the fetus.

**The aim of the study.** To evaluate the efficacy of treatment of viral genesis polyhydramnion.

**Materials and Methods.** Clinical and laboratory examination and treatment of 60 pregnant women with polyhydramnion and the presence of an acute respiratory viral disease or isolated herpes simplex virus. The methods of study used were external obstetric examination, ultrasound, microscopic, bacteriological, immunofluorescence, enzyme immunoassay.

**Results.** Pregnant women are divided into two subgroups: the first subgroup immediately assigned immunocorrective antiviral drugs (n=30), the second – antimicrobial drugs, which proved to be ineffective, leading to changes in treatment (n=30). For the treatment immunocorrective preparations of flavonoid glycosides are used – drops in a dose of 12 drops twice a day per os for 10-15 minutes before meals. After 7-10 days of application of the drug in 67 % of polyhydramnion decreased, in 14 days in 87 %, no signs of polyhydramnion.

**Conclusions.** The pathogenetic treatment of polyhydramnion the use of antiviral drugs is a safe highly effective method of treating polyhydramnion, leads to recovery in 87% within 10-14 days, in other cases, to positive dynamics, which requires long-term treatment.

**Keywords:** Polyhydramnion.

**Контактна інформація:**

**Семеняк Аліна Вікторівна**

к.мед.н., доцент кафедри акушерства і гінекології Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (м. Чернівці, Україна)

**Контактна адреса:**

вул. Поштова 3/46, м. Чернівці, 58000, Україна

**Контактний телефон:**

+38 (050) 612 02 80

**e-mail:** [semenyak.alina@bsmu.edu.ua](mailto:semenyak.alina@bsmu.edu.ua)

**ORCID ID:**

<http://orcid.org/0000-0002-3748-0023>

**Researcher ID:**

<http://www.researcherid.com/rid/D-7996-%202017>

**Контактная информация:**

**Семеняк Алина Викторовна**

к.мед.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии Высшего государственного учебного заведения Украины «Буковинский государственный медицинский университет» (г.Черновцы, Украина)

**Контактный адрес:**

ул. Поштова 3/46, г. Черновцы, 58000, Украина

**Контактный телефон:**

+38 (050) 612 02 80

**e-mail:** [semenyak.alina@bsmu.edu.ua](mailto:semenyak.alina@bsmu.edu.ua)

**ORCID ID:**

<http://orcid.org/0000-0002-3748-0023>

**Researcher ID:**

<http://www.researcherid.com/rid/D-7996-%202017>

**Contact Information:**

**Alina Semeniak**

PhD, Associate Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology, Higher State Educational Establishment of Ukraine «Bukovinian State Medical University» (Chernivtsi, Ukraine)

**Contact address:**

3 Poshtova str., app. 46, Chernivtsi, 58000, Ukraine

**Phone:**

+38 (050) 612 02 80

**e-mail:** [semenyak.alina@bsmu.edu.ua](mailto:semenyak.alina@bsmu.edu.ua)

**ORCID ID:**

<http://orcid.org/0000-0002-3748-0023>

**Researcher ID:**

<http://www.researcherid.com/rid/D-7996-%202017>

© А. В. Семеняк, О. А. Андрієць, І. Р. Ніцович,  
С. В. Коляндрецька, Л. В. Хрикова, 2020

© A.V. Semeniyak, O. A. Andriets, I. R. Nitsovich,  
S.V. Kolyandretska, L. V. Hrykova, 2020

Надійшло до редакції 12.01.2020 р.  
Підписано до друку 25.02.2020 р.

---