

Сравнительная оценка эффективности различных методов лечения невынашивания при многоплодной беременности

В. И. Бойко, И. Н. Никитина, А. Б. Сухарев, Н. В. Калашник

Сумский государственный университет, Украина

Цель работы – сравнительная оценка эффективности различных методов лечения невынашивания при многоплодной беременности с учетом состояния шейки матки.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 62 беременные с дихориальными двойнями. Изучены общий, соматический, акушерско-гинекологический анамнезы, течение беременности, родов, состояние новорожденных. Всем женщинам на протяжении беременности проводили трансвагинальную цервикометрию. Определяли длину шейки матки и форму внутреннего зева.

Результаты. Для шейки матки у женщин с неосложненным течением беременности характерно сокращение длины с $43,2 \pm 3,9$ мм до $38,2 \pm 4,0$ мм до 20 недели, с $37,7 \pm 4,1$ мм до $30,2 \pm 3,9$ мм до 30 недели, до $21,1 \pm 3,1$ мм к 37 неделе. В сроке 25–27 недель отмечено появление V-образного открытия маточного зева у половины женщин, которое оставалось до конца гестации. Укорочение шейки матки наиболее выражено у пациенток с угрозой прерывания беременности, которым проведена только токолитическая терапия. Во 2 триместре наблюдали V- или U-образное раскрытие цервикального канала. В сроке 34–36 недель длина шейки матки была достоверно короче, чем при неосложненном течении беременности. У беременных группы риска, которым установлен акушерский пессарий, наблюдали уменьшение длины шейки матки, которое сходно с темпами ее укорочения при неосложненной многоплодной беременности. При наличии пессария состояние шейки матки перед родами достоверно не отличалось от состояния шейки матки с нормальным течением многоплодной беременности. Кроме того, не наблюдали значительную разницу в особенностях родоразрешения, показателях перинатальных потерь и состоянии новорожденных.

Выводы. У беременных с неосложненным течением многоплодной беременности отмечено уменьшение длины шейки матки по мере увеличения срока гестации. У беременных с угрозой прерывания беременности, которым проведена токолитическая терапия, шейка матки была наиболее укорочена. В поздние сроки гестации наблюдали V- и U-образные формы изменения внутреннего зева. Изменения шейки матки после постановки акушерского пессария сходны с изменениями при неосложненном течении беременности.

Ключевые слова:

многоплодная беременность, невынашивание беременности, токолиз, акушерский пессарий.

Запорожский медицинский журнал. – 2018. – Т. 20, № 5(110). – С. 681–686

DOI: 10.14739/2310-1210.2018.5.141803

E-mail: zalivna7308@gmail.com

Порівняльне оцінювання ефективності різних методів лікування невиношування при багатоплідній вагітності

В. І. Бойко, І. М. Нікітіна, А. Б. Сухарев, Н. В. Калашник

Мета роботи – порівняльне оцінювання ефективності різних методів лікування невиношування при багатоплідній вагітності з урахуванням стану шийки матки.

Матеріали та методи. Під наглядом перебували 62 вагітні з дихоріальними двійнятами. Вивчили загальний, соматичний та акушерсько-гінекологічний анамнези, перебіг вагітності, пологів і стан новонароджених. Усім жінкам протягом вагітності виконували трансвагінальну цервикометрію. Визначали довжину шийки матки та форму внутрішнього зіву.

Результати. Для шийки матки в жінок із неускладненим перебігом вагітності характерне вкорочення її довжини з $43,2 \pm 3,9$ мм до $38,2 \pm 4,0$ мм до 20 тижня, з $37,7 \pm 4,1$ мм до $30,2 \pm 3,9$ мм до 30 тижня, до $21,1 \pm 3,1$ мм до 37 тижня. У терміні 25–27 тижнів відзначали появу V-подібного відкриття маткового зіву в половині жінок, яке залишалося до кінця гестації. Укорочення шийки матки було найзначніше в пацієнток із загрозою переривання вагітності, які отримували тільки токолітичну терапію. У 2 триместрі виявляли V- або U-подібне розкриття цервікального каналу. У терміні 34–36 тижнів довжина шийки матки була вірогідно коротша, ніж при неускладненому перебігу вагітності. У вагітних групи ризику, яким встановлений акушерський пессарій, виявляли зменшення довжини шийки матки, яке було схожим із темпами її вкорочення при неускладненій багатоплідній вагітності. Стан шийки за наявності пессарія перед пологами вірогідно не відрізнявся від стану шийки матки з нормальним перебігом багатоплідної вагітності.

Висновки. У вагітних із неускладненим перебігом багатоплідної вагітності виявили зменшення довжини шийки матки зі збільшенням терміну гестації. У кінці вагітності внутрішній зів набував переважно Y-подібну форму. У вагітних із загрозою переривання вагітності, які отримували токолітичну терапію, шийка матки була найбільш укорочена. У пізні терміни гестації спостерігали V- та U-подібні форми внутрішнього зіву. Зміни шийки матки після встановлення акушерського пессарію схожі зі змінами при неускладненому перебігу вагітності.

Ключові слова:

багатоплідна вагітність, невиношування вагітності, токоліз, акушерський пессарій.

Запорожський медичний журнал. – 2018. – Т. 20, № 5(110). – С. 681–686

Comparative assessment of various methods of miscarriage treatment efficacy in multifetal pregnancy

V. I. Boiko, I. M. Nikitina, A. B. Sukhariev, N. V. Kalashnyk

Aim. Comparative assessment of various methods of miscarriage treatment efficacy in multifetal pregnancy taking into account the cervical remodeling.

Key words:

multiple pregnancy, miscarriage, tocolysis, pessaries.

Zaporozhye medical journal 2018; 20 (5), 681–686

Materials and methods. 62 pregnant women with dichorionic twins were observed. The general, somatic, obstetric-gynecological anamnesis, the pregnancy and childbirth course and the state of newborns were studied. All women underwent transvaginal cervicometry throughout the pregnancy. The cervical length and the shape of internal cervical os were determined.

Results. In women with uncomplicated pregnancy cervical length was shortened from 43.2 ± 3.9 mm to 38.2 ± 4.0 mm up to 20 weeks' gestation, from 37.7 ± 4.1 mm to 30.2 ± 3.9 mm up to 30 weeks and to 21.1 ± 3.1 mm up to 37 weeks. In the period of 25–27 weeks V-shaped endocervical canal opening was observed in half of the women and remained until the end of gestation. Cervix shortening was most pronounced in patients with pregnancy threatening miscarriage, who received only tocolytic therapy. In the 2nd trimester V- or U-shaped endocervical canal opening was observed. At 34–36 weeks the length of cervix was significantly shorter than in uncomplicated pregnancy. The rate of cervical length shortening among pregnant women of the risk group, who were treated with a vaginal pessary, and women with uncomplicated pregnancy was similar. The cervical remodeling with a vaginal pessary was not significantly different from that in normal course of multifetal pregnancy before childbirth. In addition, there were no significant differences in the characteristics of delivery, the perinatal mortality indicators and the newborns state.

Conclusions. In pregnant women with uncomplicated multifetal pregnancy cervical length shortening is observed as the gestational age increases. In pregnant women with pregnancy threatening miscarriage, who received tocolytic therapy, the cervix was the most shortened. V- and U-shaped endocervical canal changes were observed in the late gestation. Changes in the cervix after vaginal pessary placement are similar to those in uncomplicated pregnancy.

В последние годы значительно возросло количество многоплодных беременностей. Это связано с успехами в лечении женского бесплодия, а также широким применением репродуктивных технологий. Возросла актуальность преждевременных родов, поскольку они являются ведущей причиной перинатальных потерь в мире [5,6]. В популяции частота преждевременных родов в развитых странах составляет 8–20 %, а среди женщин из групп риска достигает 40–50 %. Патология, связанная с преждевременными родами, является основной причиной детской смертности до 5 лет. Преждевременные роды рассматривают как акушерский синдром, который включает материнские и плодовые факторы [2]. Среди материнских факторов ведущее место занимает состояние шейки матки. Трансвагинальное ультразвуковое исследование для оценки состояния шейки матки во время беременности впервые предложено в 1986 году. Сегодня трансвагинальная эхография – наиболее информативный метод исследования, который дает возможность оценить длину шейки матки, состояние внутреннего зева и имеет преимущества по сравнению с трансабдоминальным ультразвуковым или вагинальным исследованиями [1,7]. В значительной части случаев при многоплодной, а также при одноплодной беременности единственно достоверным признаком угрозы прерывания беременности является преждевременное созревание шейки матки на фоне сократительной деятельности матки. Чаще отмечают укорочение, размягчение и расширение шейки матки начиная со второго триместра беременности при отсутствии клинических проявлений угрозы прерывания беременности. Реже наблюдают известные клиницистам изменения шейки матки на фоне маточной активности.

Опубликованы работы, посвященные состоянию шейки при одноплодной беременности [7]. Однако мало публикаций, посвященных нормальному и патологическому ее состоянию при многоплодной беременности [1,2]. Не отслежено состояние шейки матки после постановки циркулярного шва на шейку матки при истмико-цервикальной недостаточности и после постановки акушерского пессария при многоплодной дихориальной диамниотической беременности.

В современном акушерстве широко применяют как консервативный, так и хирургический методы лечения

невынашивания [3,4]. Консервативный метод включает госпитализацию в отделение патологии беременных, лечебно-охранительный режим, токолитическую терапию (нифедипин, гинипрал, ритодрин) согласно приказу МЗ Украины № 624, гормональную терапию (препараты прогестерона), установку акушерского пессария.

Акушерский пессарий используется на протяжении многих веков, начиная с периода Древней Греции. За это время форма пессариев не претерпела значительных изменений, произошла смена материала, из которого они изготавливаются. Сейчас используют изделия с незначительными побочными эффектами [9]. Механизм действия пессариев заключается в сужении внутреннего зева шейки матки внутренней стенкой пессария, уменьшение нагрузки на шейку матки вследствие перераспределения внутриматочного давления плодного яйца, сакрализации шейки, частичной передачи внутриматочного давления на переднюю брюшную стенку. Доказано успешное применение его у беременных групп риска (предыдущие беременности закончились поздними абортми, преждевременными родами), а также при угрожающих преждевременных родах и длинной шейке матки [10].

Профилактический шов на шейку матки показан женщинам группы высокого риска, которые имели в анамнезе два и больше самопроизвольных аборта или преждевременные роды во втором триместре беременности. Шов может быть наложен в терапевтическом, лечебном или ургентном порядке. Данная операция показана беременным при длине шейки матки меньше 2,5 см без наличия или при наличии клиновидной трансформации цервикального канала. Предложено несколько методик [8]. Однако ни одна из названных техник не имеет преимуществ.

Цель работы

Сравнительная оценка эффективности различных методов лечения невынашивания при многоплодной беременности с учетом состояния шейки матки.

Материалы и методы исследования

Исследование проведено на базе городского клинического родильного дома на протяжении 2013–2017 гг. Под наблюдением находились беременные с дихориальной

диамниотической двойней и точно установленным сроком гестации, который определяли при ультразвуковом обследовании в сроке 11–13 недель беременности. Исключением были пациентки с установленными структурными и хромосомными аномалиями плода.

В I группу вошли 20 женщин с дихориальной диамниотической двойней, у которых беременность протекала без осложнений и закончилась срочными родами.

Во II группу вошли 20 беременных с дихориальной диамниотической двойней, которые в сроках 13–36 недель беременности многократно находились на стационарном лечении и получали традиционную токолитическую терапию по поводу угрозы невынашивания беременности.

В III группу вошли 10 беременных, которым был наложен шов на шейку матки по поводу истмико-цервикальной недостаточности в сроке 14–17 недель беременности.

IV группу обследуемых составили 12 женщин, которым в связи с наличием признаков невынашивания был установлен разгружающий акушерский пессарий.

Изучены общий, соматический, акушерско-гинекологический анамнез, течение беременности, родов, состояние шейки матки путем вагинального исследования. Кроме клинических методов обследования и общепринятых лабораторных исследований для оценки угрозы преждевременного прерывания беременности проведена трансвагинальная цервикометрия. Для этого использовали современный ультразвуковой аппарат «MyLab Seven» с трансвагинальным датчиком 6,5 МГц. При ультразвуковом исследовании обращали внимание на количество и положение плодов, тип плацентации у беременных. Определяли длину шейки матки, наличие Т-, У-, V-, U-образных изменений внутреннего зева. Исследования проводили впервые в сроке 11–13 недель беременности, а далее при назначении коррекции – не реже 1 раза в 3 недели.

Консервативную терапию угрозы невынашивания проводили согласно клиническому протоколу «Невынашивание беременности» (приказ № 624 МЗ Украины от 03.11.2008 г.).

Хирургический цервикальный серкляж проводили в сроке 13–16 недель по методике А. И. Любимовой. При выявлении дисбиоза влагалища и цервикального канала предварительно проводили местную санацию влагалища препаратами антисептического и противогрибкового действия.

В работе использовали пессарий из биологически инертного полиэтилена фирмы «Симург», Беларусь. Пессарий вводили беременным в дневном стационаре в сроке 15–17 недель после купирования маточной активности при длине шейки матки менее 38 мм. Беременные находились на лечении в дневном стационаре и получали токолитики, препараты прогестерона, физиотерапевтические процедуры. Перед введением пессария проводили обследование, при необходимости – санацию влагалища. При наблюдении за женщинами после введения пессария проводили регулярное бактериоскопическое исследование вагинальных мазков. При необходимости делали бактериологические посевы из цервикального канала. В плановом порядке акушерский пессарий извлекали в 37 недель беременности или с

началом родовой деятельности, при отхождении околоплодных вод. После удаления пессария при отсутствии родовой деятельности в течение 5–7 дней проводили санацию половых путей.

Математическая обработка показателей произведена с помощью методов вариационной статистики для сравнения двух совокупностей по средним значениям с использованием критерия t-Стьюдента. Достоверными считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

Средний возраст обследуемых I группы составил $27,0 \pm 4,3$ года, II – $27,0 \pm 4,2$ года, III – $26,0 \pm 4,2$ года, у беременных IV группы – $26,0 \pm 3,8$ года ($p > 0,05$). Пациентки всех групп однородны по характеру экстрагенитальной патологии. У 6 (30,0 %) женщин I группы беременность была первая, а у остальных – повторная. Предыдущие беременности закончились срочными родами. Случаев самопроизвольного или искусственного прерывания беременности не было. У 2 (10,0 %) женщин из II группы настоящая беременность была первой, а у 18 – повторной. Медицинские или самопроизвольные аборт имели в анамнезе 8 (40,0 %) женщин. Все женщины III группы были повторно беременными. Из них у 8 (80,0 %) предыдущие беременности закончились преждевременными родами, у 9 (90,0 %) женщин в анамнезе были самопроизвольные выкидыши и искусственные аборты. Все женщины IV группы были повторно беременными. Из них у 10 (83,3 %) предыдущие беременности закончились преждевременными родами. В анамнезе у 8 (66,6 %) женщин были самопроизвольные выкидыши и искусственные аборты.

Женщин с неосложненным течением беременности наблюдали амбулаторно. Беременных II, III и IV групп госпитализировали в стационар в связи с угрозой прерывания беременности начиная с 13–18 недель для комплексного обследования и лечения.

Для шейки матки беременных с неосложненным течением многоплодной беременности характерно идентичное сокращение ее длины по мере возрастания срока от момента первого исследования до 20 недели с $43,2 \pm 3,9$ мм до $38,2 \pm 4,0$ мм. В сроках 22–30 недель беременности темпы сокращения несколько возрастали – с $37,7 \pm 4,1$ мм до $30,2 \pm 3,9$ мм. Далее длина шейки матки прогрессивно уменьшалась и к 37 неделе достигала $21,1 \pm 1,1$ мм, что было значительно меньше первоначальной длины ($p < 0,001$). С 25–27 недель отмечали U-образное открытие маточного зева более чем у половины беременных. В сроке 34–36 недель выявлена U-образная форма у 18 (90,0 %) женщин, V-образная форма внутреннего зева обнаружена у 2 (10,0 %) женщин.

У пациенток, получавших традиционную токолитическую терапию в связи с появлением клиники угрозы прерывания беременности, к сроку 19–21 недели наблюдали уменьшение длины шейки с $42,2 \pm 4,0$ мм до $33,2 \pm 3,5$ мм. В каждом отдельном случае это зависело от срока беременности, в котором беременная обратилась по поводу угрозы прерывания. Значительное уменьшение наблюдали с 22 по 30 неделю беременности, когда длина шейки матки была соответственно

Таблица 1. Длина шейки матки при ультразвуковом исследовании (М ± m)

Срок беременности	I группа	II группа	III группа	IV группа
До 15 недель	43,2 ± 3,9 мм	42,2 ± 4,0 мм p ₁₋₂ > 0,05	22,4 ± 1,6 мм p ₁₋₃ < 0,001 p ₂₋₃ < 0,001	30,4 ± 3,9 мм p ₁₋₄ < 0,05 p ₂₋₄ < 0,05 p ₃₋₄ > 0,05
16–18 недель	41,2 ± 3,8 мм	40,2 ± 4,6 мм p ₁₋₂ > 0,05	22,3 ± 1,3 мм p ₁₋₃ < 0,001 p ₂₋₃ < 0,001	31,3 ± 4,3 мм p ₁₋₄ > 0,05 p ₂₋₄ > 0,05 p ₃₋₄ > 0,05
19–21 неделя	38,2 ± 4,0 мм	33,2 ± 3,5 мм p ₁₋₂ > 0,05	21,5 ± 1,2 мм p ₁₋₃ < 0,001 p ₂₋₃ < 0,001	30,3 ± 4,2 мм p ₁₋₄ > 0,05 p ₂₋₄ > 0,05 p ₃₋₄ > 0,05
22–24 недели	37,7 ± 4,1 мм	30,7 ± 3,7 мм p ₁₋₂ > 0,05	21,2 ± 1,5 мм p ₁₋₃ < 0,001 p ₂₋₃ < 0,05	27,5 ± 3,9 мм p ₁₋₄ > 0,05 p ₂₋₄ > 0,05 p ₃₋₄ > 0,05
25–27 недель	33,2 ± 3,7 мм	26,2 ± 3,9 мм p ₁₋₂ > 0,05	21,3 ± 1,3 мм p ₁₋₃ > 0,05 p ₂₋₃ > 0,05	26,7 ± 3,8 мм p ₁₋₄ > 0,05 p ₂₋₄ > 0,05 p ₃₋₄ > 0,05
28–30 недель	30,2 ± 3,9 мм	22,2 ± 4,1 мм p ₁₋₂ > 0,05	21,1 ± 1,2 мм p ₁₋₃ < 0,05 p ₂₋₃ > 0,05	25,1 ± 4,0 мм p ₁₋₄ > 0,05 p ₂₋₄ > 0,05 p ₃₋₄ > 0,05
31–33 недели	27,8 ± 4,1 мм	23,8 ± 3,2 мм p ₁₋₂ > 0,05	21,8 ± 1,2 мм p ₁₋₃ > 0,05 p ₂₋₃ > 0,05	23,8 ± 3,9 мм p ₁₋₄ > 0,05 p ₂₋₄ > 0,05 p ₃₋₄ > 0,05
34–36 недель	21,1 ± 3,1 мм	16,1 ± 3,1 мм p ₁₋₂ > 0,05	21,2 ± 1,1 мм p ₁₋₃ > 0,05 p ₂₋₃ > 0,05	21,2 ± 3,1 мм p ₁₋₄ > 0,05 p ₂₋₄ > 0,05 p ₃₋₄ > 0,05

p₁₋₂: достоверность различий между длиной шейки матки беременных I и II групп;
 p₁₋₃: достоверность различий между длиной шейки матки беременных I и III групп;
 p₁₋₄: достоверность различий между длиной шейки матки беременных I и IV групп;
 p₂₋₃: достоверность различий между длиной шейки матки беременных II и III групп;
 p₂₋₄: достоверность различий между длиной шейки матки беременных II и IV групп;
 p₃₋₄: достоверность различий между длиной шейки матки беременных III и IV групп.

30,7 ± 3,7 мм и 22,2 ± 4,1 мм. В сроке 34–36 недель длина шейки матки составляла 16,1 ± 3,1 мм, что было значительно меньше изначальной ее длины (p < 0,001). Появление Y-образного открытия маточного зева наблюдали в сроке 21–22 недели, к 27 неделе беременности – у 18 (90,0 %) беременных. После 30 недель V- или U-образные формы открытия внутреннего зева наблюдали у всех беременных, U-образные формы чаще отмечали незадолго до родов.

При трансвагинальной цервикометрии установлено, что укорочение шейки матки при многоплодной беременности более выражено у беременных III группы по сравнению с женщинами с неосложненным течением беременности и в сроке до 15 недель составило 22,4 ± 1,6 мм (табл. 1). Это послужило показанием для применения шва на шейку матки в сроках 13–16 недель. В группе женщин, которым произведено хирургическое лечение истмико-цервикальной недостаточности, длина шейки к концу беременности немного уменьшилась – до 21,2 ± 1,1 мм (p > 0,05), что позволяет сделать вывод о достаточно стабильном состоянии шейки матки. В сроке 22–23 недели у 2 (20,0 %) беременных этой группы отмечено Y-образное открытие внутреннего зева, а у остальных внутренний зев был T-образной формы. В третьем триместре беременности V- или U-образное раскрытие внутреннего зева не наблюдали.

Акушерский пессарий установлен при длине шейки матки 31,3 ± 4,3 мм. В дальнейшем происходило

умеренное постепенное уменьшение ее длины до 21,1 ± 3,1 мм (p > 0,05). Y-образное изменение внутреннего зева появилось в 22–24 недели беременности и наблюдалось после 30 недель беременности у 9 (75,0 %) обследованных.

При сравнении состояния шейки матки у беременных женщин группы с нормальным течением многоплодной беременности и группы, где был установлен пессарий, можно отметить, что длина шейки практически не отличалась перед родами и составляла 21,1 ± 3,1 мм и 21,2 ± 3,1 мм соответственно (p > 0,05), хотя при наличии признаков угрозы прерывания беременности до постановки пессария она была значительно короче (табл. 1). Состояние внутреннего зева во втором и третьем триместрах почти не отличалось. Преобладало Y-образное изменение внутреннего зева. Это позволяет сделать вывод: акушерский пессарий приближает беременность к физиологическому течению.

Срочные роды у женщин, которым проводили токолитическую терапию, отмечены достоверно реже, чем у женщин с неосложненным течением беременности (45 % и 80 % соответственно, p < 0,05). У женщин после постановки хирургического цервикального серкляжа и акушерского пессария для профилактики невынашивания удельный вес срочных родов был одинаковым (60,0 % и 66,6 % соответственно, p > 0,05) и достоверно не отличался от обследуемых I группы (80,0 %, p < 0,05), что доказывает их высокую эффективность.

Течение родов осложнилось преждевременным излитием околоплодных вод одинаково часто (p > 0,05) у беременных всех групп: у 2 (10 %) пациенток I группы, у 5 (25 %) женщин II группы, у 4 (40 %) беременных III группы, у 4 (30 %) женщин IV группы. Безводный промежуток не превышал соответственно 8,3 ± 1,6 ч, 9,4 ± 2,1 ч, 8,9 ± 1,5 ч и 6,5 ± 1,4 ч и не отличался у обследуемых беременных (p > 0,05). Средняя продолжительность родов достоверно не отличалась и составила 12,6 ± 2,3 ч у женщин I группы, 9,1 ± 1,5 ч – во II, 9,3 ± 1,9 ч – в III, и 10,4 ± 2,3 ч – в IV группе. Средний объем кровопотери при родоразрешении через естественные родовые пути был практически одинаковым (p > 0,05) и составил у женщин I группы 310,5 ± 20,2 мл, II – 317,4 ± 31,6 мл, III – 320,0 ± 25,5 мл, IV группы – 290,4 ± 37,2 мл. Случаев патологической кровопотери во время родов через естественные родовые пути у обследуемых всех групп не было.

Родоразрешение путем кесарева сечения проведено у 3 (15,0 %) беременных I группы, у 4 (20,0 %) пациенток II группы, у 2 (20,0 %) женщин III группы и у 2 (16,7 %) беременных IV группы. У беременных I группы операции кесарева сечения проведены в плановом порядке. Показанием в 2 случаях было тазовое предлежание первого плода из двойни, в 1 случае – поперечное положение первого из плодов. У женщин II группы 3 операции проведены в связи с дистрессом во время родов одного из плодов, 1 – по причине поперечного положения первого плода. У пациенток III группы выполнено 1 кесарево сечение в связи с дистрессом во время беременности, проведена 1 ургентная операция кесарева сечения по поводу дистресса плода в I периоде родов. У женщин группы

с наличием акушерского пессария плановые операции проведены по поводу тазового предлежания первого плода. Кровопотеря во время кесарева сечения значительно варьировала, что можно объяснить разницей в опыте операционных бригад.

У пациенток I и IV групп перинатальных потерь не было. У женщин II и III групп погибли по одному новорожденному в раннем неонатальном периоде.

При изучении состояния неонатальной адаптации новорожденных обследуемых групп получены следующие результаты. Средний вес новорожденных I группы составил 3230 ± 272 г, во II группе – 2895 ± 355 г, в III группе – 2730 ± 355 г, в IV – 3064 ± 233 г ($p > 0,05$). Оценка состояния новорожденных по шкале Апгар на 1 и 5 минутах достоверно не отличалась и была соответственно у новорожденных I группы $7,5 \pm 1,5$ балла и $8,2 \pm 1,6$ балла, во II группе – $7,6 \pm 1,5$ балла и $8,3 \pm 1,5$ балла, в III группе – $7,4 \pm 1,7$ и $8,4 \pm 1,5$ балла, в IV – $7,4 \pm 1,5$ балла и $8,5 \pm 1,4$ балла.

Результаты исследования позволяют сделать вывод, что исходы беременности у женщин с неосложненным течением беременности и женщин с использованием акушерского пессария, хирургического шва на шейку матки достоверно не отличаются и лучше, чем только от проведения токолитической терапии.

Выводы

1. У беременных с неосложненным течением многоплодной беременности наблюдают постепенное уменьшение длины шейки матки по мере увеличения срока гестации. В конце беременности внутренний зев приобретает преимущественно Y-образную форму.

2. У беременных с угрозой прерывания беременности, которым проведена токолитическая терапия, шейка матки была значительно укорочена на ранних сроках гестации. В поздние сроки гестации наблюдали V- и U-образные формы изменения внутреннего зева.

3. Состояние шейки матки после проведенной операции коррекции истмико-цервикальной недостаточности оставалось стабильным. Длина шейки матки больше зависит от изначальной акушерской ситуации.

4. Уменьшение длины шейки матки после постановки акушерского пессария было сходным с темпами ее укорочения при неосложненной многоплодной беременности. Состояние шейки при наличии акушерского пессария перед родами достоверно не отличалось от состояния шейки матки с нормальным течением многоплодной беременности.

5. Акушерский пессарий – эффективный метод профилактики и лечения невынашивания у пациенток с многоплодной беременностью, способствует снижению частоты позднего аборта и преждевременных родов, перинатальных потерь.

Перспективы дальнейших исследований. Продолжить изучение проблемы применения разгрузочного акушерского пессария при монохориальном типе плацентации.

Сведения об авторах:

Бойко В. И., д-р мед. наук, профессор каф. акушерства и гинекологии, Сумский государственный университет, Украина.

Никитина И. Н., канд. мед. наук, доцент каф. акушерства и гинекологии, Сумский государственный университет, Украина.

Сухарев А. Б., канд. мед. наук, доцент каф. акушерства и гинекологии, Сумский государственный университет, Украина.

Калашник Н. В., канд. мед. наук, доцент каф. акушерства и гинекологии, Сумский государственный университет, Украина.

Відомості про авторів:

Бойко В. І., д-р мед. наук, професор каф. акушерства і гінекології, Сумський державний університет, Україна.

Нікітіна І. М., канд. мед. наук, доцент каф. акушерства і гінекології, Сумський державний університет, Україна.

Сухарев А. Б., канд. мед. наук, доцент каф. акушерства і гінекології, Сумський державний університет, Україна.

Калашник Н. В., канд. мед. наук, доцент каф. акушерства і гінекології, Сумський державний університет, Україна.

Information about authors:

Boiko V. I., MD, PhD, DSc, Professor, Department of Obstetrics and Gynecology, Sumy State University, Ukraine.

Nikitina I. M., MD, PhD, Associated Professor, Department of Obstetrics and Gynecology, Sumy State University, Ukraine.

Sukhariev A. B., MD, PhD Associated Professor, Department of Obstetrics and Gynecology, Sumy State University, Ukraine.

Kalashnyk N. V., MD, PhD Associated Professor, Department of Obstetrics and Gynecology, Sumy State University, Ukraine.

Надійшла до редакції / Received: 29.12.2017

Після доопрацювання / Revised: 22.01.2018

Прийнято до друку / Accepted: 24.01.2018

Список литературы

- Беспалова О.Н. Выбор метода коррекции истмико-цервикальной недостаточности / О.Н. Беспалова, Г.С. Саргсян // Журнал акушерства и женских болезней. – 2017. – №3. – С. 153–168.
- Беспалова О.Н. Эффективность применения акушерского пессария при угрожающих преждевременных родах и короткой шейке матки / О.Н. Беспалова, Г.С. Саргсян // Медицинский совет. – 2017. – №13. – С. 118–126.
- Ведение беременности и родов при многоплодной беременности / В.И. Краснополянский, С.В. Новикова, А.А. Жарова, Е.Б. Цивцивадзе // Альманах клинической медицины. – 2015. – №37 – С. 32–40.
- Течение беременности и родов при спонтанном многоплодии и одноплодной беременности / А.Т. Егорова, Н.И. Руппель, Д.А. Маисеенко, М.И. Базина // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация. – 2015. – Т. 30. – №10(207). – С. 75–80.
- Значение фактора роста плаценты в генезе осложнений при многоплодной беременности / Е.В. Рогова, С.В. Баринова, Т.И. Долгих, И.В. Савельева // Здоровье женщины. – 2013. – №9(85). – С. 84–86.
- Сичинава Л.Г. Многоплодие. Современные подходы к тактике ведения беременности / Л.Г. Сичинава // Акушерство, гинекология и репродукция. – 2014. – Т. 8. – №2. – С. 131–138.
- Яремчук Л.В. Можливості трансвагінальної ехографії в діагностиці істмікоцервікальної недостаточності / Л.В. Яремчук // Вісник морфології. – 2014. – №1. – С. 92–96.
- Brown R. Cervical insufficiency and cervical cerclage / R. Brown, R. Gagnon, M.F. Deliste // Obstet Gynaecol Cn. – 2013. – Vol. 35. – Issue 12. – P. 1115–1127.
- Modification of cervical length alter cervical pessary insertion: correlation weeks of gestation / M. Mendoza, M. Goya, A. Gascon, et al // Matern Fetal Neonatal Med. – 2017. – Vol. 30(13). – Issue 13. – P. 1596–1601.
- Cervical Pessary for Preventing Preterm Birth in Singleton Pregnancies With Short Cervical Length: Systematic Review and Meta-analysis / G. Saccone, A. Giardulli, S. Xodo, et al. // Ultrasound Med. – 2017. – Vol. 36. – Issue 8. – P. 1535–1543.

Конфликт интересов: отсутствует.

Conflicts of interest: authors have no conflict of interest to declare.

References

- [1] Bespalova, O. N., & Sargsyan, G. S. (2017). Vybora metoda korektsii ismiko-cervikal'noj nedostatochnosti [Choosing a method of correcting ismico-cervical insufficiency]. *Zhurnal akusherstva i zhenskikh boleznej*, 3, 153–168. [in Russian].
- [2] Bespalova, O. N., & Sargsyan, G. S. (2015). Effektivnost' primeneniya akusherskogo pessariya pri ugrozhayuschikh prezhdvremennykh rodakh i korotkoj shejke matki [The effectiveness of the obstetric pessary for threatening preterm birth and short cervix]. *Medicinskij sovet*, 13, 118–126. [in Russian]. doi: 10.21518/2079-701X-2017-13-118-126.
- [3] Krasnopol'skiy, V. I., Novikova, S. V., Tsivtsivadze, E. B., & Zhavorova, A. A. (2015). Vedenie beremennosti i rodov pri mnogoplodnoj beremennosti [Management of pregnancy and delivery in multiple pregnancy]. *Al'manakh klinicheskoy mediciny*, 37, 32–40. [in Russian].
- [4] Egorova, A. T., Ruppel, N. I., Maiseenko, D. A., Bazina, M. I. (2015). Techenie beremennosti i rodov pri spontannom mnogoplodii i odnoplodnoy beremennosti [The course of pregnancy and childbirth in spontaneous multiple pregnancy and single pregnancy]. *Nauchnye vedomosti Belgorodskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Medicina. Farmatsiya*, 30, 10(207), 75–77. [in Russian].
- [5] Rogova, E. V., Barinov, S. V., Dolgikh, T. I., & Savelyeva, I. V. (2013). Znachenie faktora rosta placenty v geneze oslozhnenij pri mnogoplodnoj beremennosti [Significance Of Placental Growth Factor In The Genesis Of Complications In Multiple Pregnancy]. *Zdorov'e zhenschiny*, 9(85), 84–86. [in Russian].
- [6] Sichinava, L. G. (2014). Mnogoplodie. Sovremennye podkhody k taktike vedeniya beremennosti [Current approaches to management of multiple pregnancies]. *Akusherstvo, ginekologiya i reprodukcija*, 2(8), 131–137. [in Russian].
- [7] Yaremchuk, L. V. (2014). Mozhlyvosti transvahnalnoi ekhografii v diagnostytsi istmikotservikalnoi nedostatnosti [Transvaginal echography's possibilities in diagnostics of isthmio-cervical insufficiency]. *Vistnyk morfologii*, 1(20), 92–95. [in Ukrainian].
- [8] Brown, R., Gagnon, R., & Deliste, M. F. (2013). Cervical insufficiency and cervical cerclage. *Obstet Gynaecol Cn*, 2013, 35(12), 1115–1127. doi: 10.1016/S1701-2163(15)30764-7.
- [9] Mendoza, M., Goya, M., Gascon, A., Pratorcorona, L., Merced, C., Rodo, C., et al. (2017) Modification of cervical length alter cervical pessary insertion: correlation weeks of gestation. *Matern Fetal Neonatal Med*, 30(13), 1596–1601. doi: 10.1080/14767058.2016.1216538.
- [10] Saccone, G., Giardulli, A., Xodo, S., Dugoff, L., Ludmir, J., Pagani, G., et al. (2017) Cervical Pessary for Preventing Preterm Birth in Singleton Pregnancies With Short Cervical Length: Systematic Review and Meta-analysis. *Ultrasound Med*, 36(8), 1535–1543. doi: 10.7863/ultra.16.08054.