

Пациенты. В исследование были включены пациенты с признаками АХП, больные бронхиальной астмой и ХОЗЛ, а также группа практически здоровых лиц.

Результаты. У больных с бронхообструктивными заболеваниями показатели сосудистой жесткости и центрального артериального давления, отражающие степень сердечно-сосудистого риска, были значительно и достоверно выше по сравнению с таковыми относительно здоровых лиц из контрольной группы. Особенно выражено эти показатели были повышены у больных ХОЗЛ и АХП.

Показатели центрального артериального давления были достоверно и значительно выше также у больных АХП с более выраженной бронхообструкцией, и у пациентов с более явными симптомами основного бронхообструктивного заболевания.

Сильное и выраженное влияние на показатели центрального артериального давления у больных АХП оказывало также наличие избыточной массы тела или ожирения.

У больных с сочетанной бронхообструктивной патологией были обнаружены достоверные ассоциации между показателями, характеризующими наличие легочной гиперинфляции и степенью сосудистой жесткости.

Ключевые слова: сочетание бронхиальной астмы и ХОЗЛ, сосудистая жесткость, сердечно-сосудистый риск.

Received: 12.10.2017

Revised: 23.12.2017

Accepted: 23.12.2017

DOI: 10.21802/gmj.2017.4.10

Нікітіна І.Н.¹, Бойчук А.В.², Кондратюк В.К.³, Бабар Т.В.¹

Застосування неінвазивного серкляжу у поєднанні з мікронізованим прогестероном при невиношуванні багатоплідної вагітності

1 – Сумський державний університет

2 – Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського

3 – Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Резюме. Нами надані результати комбінованого методу лікування та профілактики невиношування в жінок з багатопліддям та високим ризиком загрози переривання вагітності шляхом застосування розвантажувальних акушерських пессаріїв у поєднанні з мікронізованим прогестероном. Про ефективність даного методу свідчить швидке усунення клінічних симптомів загрози переривання вагітності, прискорення регресу ультразвукових маркерів, зменшення кількості ускладнень вагітності та скорочення термінів перебування в стаціонарі.

Мета дослідження: оцінити ефективність застосування розвантажувальних акушерських пессаріїв у комбінації з мікронізованим прогестероном у жінок з багатоплідною вагітністю та високим ризиком невиношування.

Матеріал і методи дослідження. Нами проаналізовано 120 випадків багатоплідної вагітності з ознаками невиношування у термінах 16 – 28 тижнів. Першу групу обстежуваних склали 40 вагітних з двійнею, котрим у схемі лікувально-профілактичних заходів було запропоновано застосування розвантажувального акушерського пессарія у поєднанні з безперервною терапією натуральним мікронізованим прогестероном до терміну 36 тижнів вагітності. До другої групи увійшло 40 вагітних з двійнею, котрим був накладений шов на шийку матки з приводу істміко-цервікальної недостатності та застосовувались короткотривалі курси терапії гестагенами. Контрольну групу склали 40 вагітних з двійнею у терміні 16 – 28 тижнів вагітності яким проводилась терапія з загрози невиношування вагітності згідно з чинними клінічними протоколами (Наказ МОЗ України № 624). Був проведений аналіз перебігу вагітності, пологів, післяпологового періоду та стан неонатальної адаптації в обстежуваних групах.

Результати дослідження та їх обговорення. В I групі обстежуваних термінові пологи відбулися у 34 (85 %) випадках, у II групі – у 29 (72,5 %) випадків, у контрольній – 25 (62,5 %) випадках. Розродження шляхом кесарського розтину було проведено у 7 (17,5%) вагітних I групи, у 9 (22,5 %) пацієнток II групи та у 11

(27,5%) вагітних контрольної групи. При вивченні стану неонатальної адаптації новонароджених обстежуваних груп, були отримані наступні результати. Середня вага новонароджених I групи склала 3245 ± 280 г, у II групі 2865 ± 365 г, у контрольній групі – 2975 ± 325 г ($p > 0,05$). Оцінка стану новонароджених за шкалою Апгар, відповідно на 1-й та на 5-й хвилині, була відповідно: у новонароджених I групи $7,5 \pm 1,4$ та $8,4 \pm 1,3$ бала, у II групі – $7,3 \pm 1,6$ та $8,2 \pm 1,1$ бала, у контрольній групі – $7,2 \pm 1,6$ та $8,6 \pm 1,2$ ($p_{1-2} > 0,05$).

Висновки. Комплексна профілактика невиношування при багатоплідній вагітності, що поєднує застосування атравматичного серкляжу шийки матки за допомогою розвантажувальних акушерських пессаріїв з препаратами прогестерону дає можливість пролонгувати вагітність, запобігти розвиткові передчасних пологів, сприяє покращенню перинатальних показників.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень. Невиношування є найчастішим ускладненням гестаційного процесу в жінок з багатопліддям. Частота передчасних пологів становить 54,3%, порівняно з 12% при одноплідній вагітності. Втрачені вагітності складають майже 17% від усіх бажаних, при цьому 75 – 80% викиднів трапляються на ранніх термінах, і, на жаль, відсутня тенденція до зниження цих показників [1, 2, 3]. У зв'язку з цим, максимальне пролонгування багатоплідної вагітності є важливою умовою зниження перинатальної захворюваності і смертності у цієї групи пацієнток високого ризику [3, 5].

У реалізації невиношування вагітності при багатоплідді бере участь цілий ланцюг патогенетичних факторів. До них належить плацентарна дисфункція, істміко-цервікальна недостатність, інфекційно-запальний процес, імунні реакції та вроджені чи набуті тромбофілії, екстрагенітальні захво-

рювання, нейроендокринні порушення, більшість з яких супроводжується гестагенною недостатністю починаючи ще на етапі прегравідарної підготовки [5, 8, 9]. Доведено, що на сьогоднішній день не існує жодного ефективного способу профілактики передчасних пологів при багатоплідній вагітності. Перерозтягнення нижнього сегмента матки та надмірний тиск на шийку матки часто спричиняють розвиток істміко-цервікальної недостатності (ІЦН) [7, 9].

У ряді рандомізованих досліджень продемонстровано, що прогестерон є ефективним засобом профілактики передчасних пологів у вагітних, що належать до групи високого ризику (наявність передчасних пологів в анамнезі чи вкорочення шийки матки), застосування прогестерону у допологовому періоді призводить до зниження частоти дострокового завершення вагітності на 35 %.

Британськими фахівцями проведено дослідження з оцінки значення прогестерону в профілактиці передчасних пологів при двійні (STOPPIT - Study Of Progesterone for the Prevention of Preterm Birth In Twins). Були зроблені висновки, що застосування прогестерону при двійні не знижує частоту передчасних пологів або внутрішньоутробної загибелі плода до 34 тижнів вагітності [6]. Можливо, це пов'язано з недостатнім дозуванням препаратів прогестерону. Згідно з останніми науковими даними, прогестерон пригнічує експресію генів, що відповідають за скоротливу активність міометрія, є антагоністом простагландину F2 α , інгібує активність простагландинів шляхом пригнічення їх попередника – арахідонової кислоти. Останнім часом розкрито основні (перш за все імунні) механізми здійснення гестагенами їх захисної функції щодо плода. Основний механізм, що сприяє збереженню вагітності, пов'язаний з імунологічними особливостями вагітності – прогестероном індукованим блокуючим фактором (PIBF). Він виробляється в присутності достатньої кількості прогестерону і перешкоджає відторгненню плідного яйця, котре містить чужорідні для матері антигени батька, і сприймається в якості алотрансплантату [9, 10].

Відмічено, що токолітична властивість притаманна природним метаболітам прогестерону (5 β -прегнанолону, 5 β -прегнандіолу та 5 β -прегнандіону), котрі утворюються при взаємодії прогестерону з ферментом 5 β -редуктазою та ініціюють сильний токолітичний ефект, що можливо лише за ідентичності натуральному прогестерону, тому синтетичні аналоги прогестерону не мають таких властивостей [6, 7].

Препарат Лютеїна – це сучасна інноваційна форма натурального мікронізованого прогестерону для сублінгвального та вагінального застосування, що є ідентичною ендогенному. Створює максимальну концентрацію в плазмі крові та органах-мішенях, не зазнає первинного метаболізму в печінці, що дозволяє досягти максимальної концентрації в крові при низьких дозуваннях та обрати найбільш зручний шлях введення. Сублінгвальна форма є єдиною у світі унікальною формою натурального мікронізованого прогестерону, її перевагами є швидке усунення клінічних симптомів та регрес ультразвукових маркерів загрози переривання вагітності, короткий період перебування в стаціонарі [7, 8]. Оптимальною комбінацією різних форм мікронізованого прогестерону є поєднання сублінгвальної та вагінальної форми.

Згідно з рекомендаціями Європейського товариства акушерів-гінекологів у 2011 р., у разі високого ризику передчасних пологів рекомендовано призначення вагінальної форми прогестерону з початку II-го і протягом III-го триместрів вагітності. Society for Maternal-Fetal Medicine у 2012 р. рекомендує використання вагінального прогестерону з моменту встановлення діагнозу передчасних пологів (навіть у безсимптомних жінок за довжини шийки матки ≤ 20 мм) і

до 36-го тижня вагітності. Встановлено, що на фоні застосування мікронізованого прогестерону ризик передчасних пологів у терміні до 34 тижнів вагітності знижується на 42%, крім того, достовірно знизилися показники захворюваності та смертності новонароджених, розвитку респіраторного дистрес-синдрому (РДС) до 52-61%, потреби в штучній вентиляції легень (R. Romero і співавт. 2012) [8].

Проте, незважаючи на доведену високу ефективність терапії препаратами прогестерону, загрози передчасних пологів, питання про призначення препаратів мікронізованого прогестерону, про найбільш оптимальну форму введення препарату та тривалість лікування залишається дискусійним.

Мета дослідження: оцінити ефективність застосування розвантажувальних акушерських песаріїв у комбінації з мікронізованим прогестероном у жінок з багатоплідною вагітністю та високим ризиком невиношування.

Матеріал і методи дослідження

Наукове дослідження проводилось на базі Сумського обласного клінічного перинатального центру протягом 2012 – 2016 років. Нами проаналізовано 120 випадків багатоплідної вагітності з ознаками невиношування у термінах 16 – 28 тижнів. Першу групу обстежуваних склали 40 вагітних з двійнею та ознаками невиношування, котрим у схемі лікувально-профілактичних заходів було запропоновано застосування розвантажувального акушерського песарія у поєднанні з безперервною терапією натуральним мікронізованим прогестероном до терміну 36 тижнів вагітності. До другої групи увійшло 40 вагітних з двійнею, котрим був накладений шов на шийку матки з приводу істміко-цервікальної недостатності та застосовувались короткотривалі курси терапії гестагенами. Контрольну групу склали 40 вагітних з двійнею у терміні 16–28 тижнів вагітності яким проводилась терапія з приводу загрози невиношування вагітності згідно з чинними клінічними протоколами. Крім клінічних методів обстеження та загальноприйнятих лабораторних досліджень, з метою оцінки загрози переривання вагітності (ЗПВ) проводилась трансвагінальна цервікометрія, а також оцінка стану шийки матки за Штембергом, де сума балів 5 і вище була показанням для профілактики і лікування загрози переривання вагітності.

Трансвагінальна цервікометрія проводилась за допомогою сучасного ультразвукового апарату «MEDISON» з використанням трансвагінального датчика 6,5 МГц. У більш пізні терміни конвексних датчиків 3,5 і 5 МГц у двовимірному ехорежимі відповідно до термінів 10 – 13 тижнів, проводилося визначення життєздатності, кількості плодів, кількості хоріонів, товщини комірцевого простору, вроджених вад розвитку, точного терміну гестації. У більш пізньому терміні - 18-22 та 28 – 34 тижні вагітності, - проводилась ультразвукова фетометрія, дослідження плаценти включало вимірювання її товщини і оцінку ступеня зрілості за P.Grannum і співавт. (1979).

Основними критеріями загрози переривання вагітності вважали вкорочення шийки матки до 2,0 см і більше, відкриття цервікального каналу на 0,9 см і вище, величина відношення довжини шийки матки до її діаметра на рівні внутрішнього зіву – 1,16 см.

Песарій вводили вагітним у терміні 18 – 28 тижнів в амбулаторних умовах та в стаціонарі. При спостереженні за жінками після введення песарія проводилось регулярне бактеріологічне дослідження вагінальних мазків, транс вагінальна цервікометрія та контроль розташування песарія кожних 3 – 4 тижні. Механізм дії песарія полягає в зменшенні навантаження на шийку матки внаслідок перерозподілу внутрішньоматкового тиску плідного яйця, змиканні шийки матки стінками центрального отвору песарія, формуванні вкороченої і частково відкритої шийки та зменшення на неї тиску внаслідок фізіологічної сакралізації шийки матки та часткової передачі внутрішнього маткового тиску на передню стінку матки, збереження слизової пробки. Показаннями до введення акушерського розвантажувального песарія були: загроза невиношування вагітності в поєднанні з прогресуючими змінами шийки матки в пацієток з багатоплідною вагітністю, у тому числі після застосування ДРТ, а також пацієтки з

багатоплідям, котрі мали в анамнезі викидні на пізніх термінах, передчасні пологи, звичне невиношування вагітності. Враховувались також проти покази до введення акушерського пессарія: рецидивуючі кров'яністі виділення з статевих шляхів у II-III триместрах вагітності, виражена ІЦН з пролабіюванням плідного міхура та порушення його цілісності. При запальних захворюваннях піхви, шийки матки, зовнішніх статевих органів проводилась попередня санація інфекції з наступним бактеріологічним контролем.

У плановому порядку акушерський пессарій вилучався в 37 тижнів вагітності або з початком пологової діяльності. Перед введенням пессарія проводилась санація статевих шляхів антисептичним середником з урахуванням особливостей мікробіоценозу піхви. Поряд із введенням розвантажувальних акушерських пессаріїв жінкам I групи призначали натуральний мікронізований прогестерон Лютеїна у вигляді сублінгвальної та вагінальної форми. Формування дози та спосіб застосування: у жінок I групи з передчасними пологоми в анамнезі – мікронізований прогестерон по 200 мг вагінально з 16 – 20 до 34 – 37 тижнів; при короткій шийці матки (довжина в II триместрі коротше 15 мм) – лютеїна, мікронізований прогестерон вагінально 200 мг з 16 – 20 до 34 – 37 тижнів вагітності. Таблетки сублінгвальні по 100 мг (2 таблетки) 3 рази на добу, при загрози викидня, передчасних пологів, в якості прегравідарної підготовки. Окрім цього, вагітним двійнею, після ЕКЗ протягом 77 днів після перенесення ембріонів призначали сублінгвальну форму Лютеїни по 100 мг 3-4 рази на добу. Наявність сублінгвальної та вагінальної форми мікронізованого прогестерону дозволяє переходити з однієї форми на іншу за потреби, а також одночасно поєднувати застосування обох форм для швидкого насичення організму вагітної прогестероном в умовах прогестеронової недостатності для ліквідації симптомів загрози переривання вагітності. На момент перебування в стаціонарі за наявності ознак загрози переривання вагітності призначалась токолітична терапія ніфедипіном протягом 48 год.

Вагітним II групи призначалась токолітична терапія ніфедипіном протягом 48 год. на період проведення хірургічного серкляжу, під час перебування стаціонарі у схеми лікування були включені препарат синтетичного прогестерону (дідрогестерон) короткотривалими курсами під контролем рівня прогестерону в крові вагітної. Оцінка ефективності запропонованої схеми профілактичного лікування проводилась на основі клініко-лабораторного моніторингу стану вагітної і плодів, а також порівняльного аналізу результатів вагітності в обстежуваного контингенту жінок.

Статистичну обробку матеріалу проводили методами варіаційної та парної статистики, а також застосовували метод відмінності з використанням t-критерію Стьюдента [4]. Отримані результати вважали достовірними, якщо коефіцієнт достовірності p, який знаходили за таблицею Стьюдента, був меншим 0,05.

Результати дослідження та їх обговорення

Середній вік вагітних вірогідно не відрізнявся. Так в обстежуваних I групи він становив $28,5 \pm 1,5$ року, у II групі – $29,0 \pm 1,4$, у контрольній групі – $27,5 \pm 1,6$ ($p > 0,05$). За паритетом половина жінок з I групи були першовагітними, решта жінок мали повторні вагітності, всі повторно вагітні мали обтяжений акушерський анамнез (медичні аборти, самовільні викидні, замерлі вагітності), з них у 11 жінок попередня вагітність закінчилась нормальними пологоми, у 9 – в анамнезі мали місце самовільні викидні та штучні аборти. У 17 (42,5 %) обстежуваних II групи ця вагітність була першою, решта 23 жінки мали повторні вагітності, причому у 18 (45 %) в анамнезі були самовільні викидні та штучні аборти. Екстрагенітальної патології обстежувани не мали.

Основними критеріями загрози переривання вагітності вважали вкорочення шийки матки до 2,0 см і більше, відкриття цервікального каналу на 0,9 см і вище, величина відношення довжини шийки матки до її діаметру на рівні внутрішнього зіву – 1,16 см.

Таблиця 1. Довжина шийки матки при ультразвуковому дослідженні

Термін вагітності, тижні	Контрольна група, мм	І група, довжина шийки матки, мм	ІІ група, довжина шийки матки, мм
До 15	$35,4 \pm 5,6$	$32,2 \pm 5,43$	$35,2 \pm 4,3$
16-18	$34,3 \pm 4,3$	$31,02 \pm 5,12$	$34,0 \pm 3,9$
19-21	$31,3 \pm 3,8$	$30,9 \pm 5,5$	$33,3 \pm 4,2$
22-24	$28,7 \pm 3,7$	$27,5 \pm 4,5$	$32,2 \pm 4,9$
25-27	$26,7 \pm 3,6$	$27,2 \pm 3,5$	$31,2 \pm 4,5$
28-30	$25,1 \pm 2,5$	$26,15 \pm 3,9$	$29,2 \pm 4,1$
31-33	$23,8 \pm 3,2$	$25,3 \pm 4,2$	$27,2 \pm 4,0$
34-36	$21,4 \pm 3,1$	$21,6 \pm 4,4$	$23,8 \pm 3,1$

При трансвагінальній цервікометрії виявлено, що темпи вкорочення шийки матки при багатоплідній вагітності значно перевищували такі при одноплідній. При загрози передчасних пологів довжина шийки матки складала $19 \pm 2,3$ мм, при чому зміни шийки матки проявлялися не тільки її укороченням, але й V- або U- подібним розкриттям внутрішнього зіву і цервікального каналу. У пацієток з двійнею довжина шийки матки < 19 мм є критерієм ризику "ранніх" передчасних пологів. Цим вагітним проводилась вищезазначена профілактична терапія загрози передчасних пологів.

Вже до 22-24 тижня при багатоплідді зазначалися нижчі показники довжини шийки матки, ніж при одноплідній вагітності: $27,5 \pm 4,5$ мм у пацієток II групи проти $32,2 \pm 4,9$ мм у I та $28,7 \pm 3,7$ мм – у контрольній групі. Динаміка вкорочення шийки матки була значно повільнішою в пацієток I групи, яким було встановлено розвантажувальний акушерський пессарій та призначався натуральний мікронізований прогестерон.

При введенні акушерського пессарія у жодної вагітної першої групи не відмічено ускладнень, навіть при тривалому використанні пессарія протягом 20 тижнів, не відмічено випадків трофічних ускладнень піхви. У 6 (12,5 %) вагітних довелося проводити лікування кандидозу піхви до видалення пессарія. Токолітична терапія згідно з Наказом МОЗ № 624 проводилась у 13 (32,5 %) жінок за наявності скарг на болі внизу живота як до, так і після введення пессарія. Аналіз клінічних результатів застосування комплексного методу лікування та профілактики невиношування у вагітних з багатопліддям із застосуванням розвантажувального акушерського пессарія у комбінації з натуральним мікронізованим прогестероном поданий у табл. 2.

Так, зменшення клінічних симптомів ЗПВ у I групі спостерігалось вже на $1,5 \pm 1,0$ день, у контрольній групі – $2,0 \pm 1,2$, у II групі – $3,0 \pm 2,0$ день, регрес ультразвукових маркерів ЗПВ (нормалізація товщини міометрія, звуження просвіту цервікального каналу та сповільнення динаміки вкорочення шийки матки) було відзначено на $3,2 \pm 0,5$ день у I групі, у контрольній групі – на $3,5 \pm 1,2$ день, та на $4,0 \pm 1,0$ день у вагітних II групи.

Таблиця 2. Аналіз клінічних результатів

Група обстеження	Кількість жінок	Зменшення клінічних симптомів ЗПВ, день	Регрес УЗ-маркерів ЗПВ, день	ПРПО, кількість випадків, %	Тривалість перебування в стаціонарі, дні
Контрольна група	40	$2,0 \pm 1,2^*$	$3,5 \pm 1,2^*$	13 (32,5%)*	$18 \pm 1,3^*$
II група	40	$3,0 \pm 2,0^{**}$	$4,0 \pm 1,0^{**}$	10 (25,0%)**	$21 \pm 1,6^{**}$
I група	40	$1,5 \pm 1,0$	$3,2 \pm 0,5$	7 (17,5 %)	$12 \pm 1,2$

Примітка: * - показник достовірності між групами

У І групі термінові пологи відбулися у 34 (85 %) випадках, у ІІ групі – у 29 (72,5 %) випадків, у контрольній – 25 (62,5%) випадках. Перебіг пологів ускладнився передчасним розривом плодових оболонок (ПРПО) у 7 (17,5 %) пацієнток І групи, у 10 (25,0 %) жінок ІІ групи та в 13 (32,5 %) вагітних контрольної групи, безводний проміжок не перевищував $8,4 \pm 1,5$ год та $12,4 \pm 2,3$ год. відповідно ($p < 0,05$). Середня тривалість пологів склала $10,4 \pm 2,3$ у І групі, $8,6 \pm 1,5$ год. – у ІІ групі та $9,5 \pm 2,6$ год. у контрольній групі. Крововтрата в пологах через природні пологові шляхи склала в середньому в жінок І групи – 290 ± 25 мл, 315 ± 27 мл у ІІ групі та 320 ± 37 мл у контрольній групі. Патологічної крововтрати під час пологів через природні пологові шляхи в обстежуваних групах не було.

Розродження шляхом кесарського розтину було проведено у 7 (17,5 %) вагітних І групи, у 9 (22,5 %) пацієнток ІІ групи та у 11 (27,5 %) вагітних контрольної групи. У контрольній групі передчасні пологи мали місце у 15 (37,5 %) вагітних, перинатальні втрати склали 2,5 % (один новонароджений). У вагітних ІІ групи, котрим було проведено хірургічне лікування ПЦН, в одному випадку розвинувся хоріоамніоніт, у зв'язку з цим була призначена антибактеріальна терапія та знятий циркулярний шов, у цієї вагітної пологи відбулися в терміні 28 тижнів, мала місце перинатальна втрата одного новонародженого, що склало 2,5 %.

Тривалість перебування в стаціонарі склала в середньому $12 \pm 1,2$ дні в жінок І групи, $21 \pm 1,6$ днів у ІІ групі та $18 \pm 1,3$ в обстежуваних контрольної групи ($p < 0,05$).

При вивченні стану неонатальної адаптації новонароджених були отримані наступні результати. Середня вага новонароджених І групи склала 3245 ± 280 г, у ІІ групі 2865 ± 365 г, у контрольній групі – 2975 ± 325 г ($p > 0,05$). Оцінка стану новонароджених за шкалою Апгар, відповідно на 1-й та на 5-й хвилині, була відповідно: у новонароджених І групи $7,5 \pm 1,4$ та $8,4 \pm 1,3$ бала, у ІІ групі – $7,3 \pm 1,6$ та $8,2 \pm 1,1$ бала, у контрольній групі – $7,2 \pm 1,6$ та $8,6 \pm 1,2$ (p -р $2 > 0,05$).

Висновки

Таким чином, за результатами проведеного дослідження можна зробити наступні висновки:

1. Використання розвантажувального акушерського пессарія є ефективним методом профілактики та лікування невиношування у вагітних з багатоплідною вагітністю, зниження частоти пізнього абортів та передчасних пологів, перинатальних втрат за рахунок сумарного впливу, що призводить до змикання та сакралізації шийки матки, перерозподілу тиску плідного яйця, кращого формуванню вкороченої та частково розкритої шийки матки.

2. Методика застосування розвантажувального акушерського пессарія є патогенетично обгрунтованою у вагітних з багатопліддям і дозволяє пролонгувати вагітність до доношеного терміну у 85 % жінок досліджуваної групи, знизити медикаментозне навантаження на вагітну та плід.

3. Комбіноване застосування неінвазивного серкляжу та мікронізованого прогестерону зменшує ризик передчасних пологів більше, ніж у два рази. Застосування натурального мікронізованого прогестерону сприяє швидкому усуненню клінічних симптомів та регресу ультразвукових маркерів загрози переривання вагітності, коротшому періоду перебування в стаціонарі, зменшенню кількості ускладнень на 50 % порівняно з іншими гестагенами.

4. Під час застосування неінвазивного серкляжу більш доцільним є призначення сублінгвальної форми мікронізованого прогестерону, оскільки застосування пессаріїв може порушувати всмоктування вагінальної форми прогестерону.

Использование неинвазивного серкляжа в сочетании с микронизированным прогестероном при невынашивании многоплодной беременности

Резюме. Нами представлены результаты комбинированного метода лечения и профилактики невынашивания беременности у женщин с многоплодием и высоким риском угрозы прерывания путем использования разгружающих акушерских пессариев в сочетании с микронизированным прогестероном. Об эффективности данного метода свидетельствует быстрое устранение клинических симптомов угрозы прерывания беременности, ускорение регресса ультразвуковых маркеров, уменьшение количества осложнений беременности и сокращение сроков пребывания в стационаре.

Цель исследования: оценить эффективность применения разгрузочных акушерских пессариев в комбинации с микронизированным прогестероном у женщин с многоплодной беременностью и высоким риском невынашивания.

Материалы и методы. Нами проанализированы 120 случаев многоплодной беременности с признаками невынашивания в терминах 16 - 28 недель. Первую группу обследуемых составили 40 беременных с двойней, которым в схеме лечебно-профилактических мероприятий было предложено применение разгрузочного акушерского пессария в сочетании с непрерывной терапией натуральным микронизированным прогестероном до срока 36 недель беременности. Во вторую группу вошло 40 беременных с двойней, которым был наложен шов на шейку матки по поводу истмико-цервикальной недостаточности и применялись краткосрочные курсы терапии гестагенами. Контрольную группу составили 40 беременных с двойней в сроке 16 - 28 недель беременности которым проводилась терапия по поводу угрозы невынашивания беременности согласно действующих клинических протоколов (Приказ МОЗ Украины № 624). Проведенный анализ течения беременности, родов, послеродового периода и состояние неонатальной адаптации у обследуемых групп.

Результаты исследования и их обсуждение. В первой группе обследуемых срочные роды произошли у 34 (85%) случаях, во II группе - у 29 (72,5%) случаев, в контрольной - 25 (62,5%) случаях. Родоразрешение путем кесарева сечения было проведено в 7 (17,5%) беременных I группы, у 9 (22,5%) пациенток II группы и у 11 (27,5%) беременных контрольной группы. При изучении состояния неонатальной адаптации новорожденных обследуемых групп, были получены следующие результаты. Средний вес новорожденных I группы составила 3245 ± 280 г, во II группе 2865 ± 365 г, в контрольной группе - 2975 ± 325 г ($p > 0,05$). Оценка состояния новорожденных по шкале Апгар, соответственно на 1-й и на 5-й минутах, была соответственно: у новорожденных I группы $7,5 \pm 1,4$ и $8,4 \pm 1,3$ балла, во II группе - $7,3 \pm 1,6$ и $8,2 \pm 1,1$ балла, в контрольной группе - $7,2 \pm 1,6$ и $8,6 \pm 1,2$ (p -р $2 > 0,05$).

Выводы. Комплексная профилактика не вынашивания при многоплодной беременности, сочетающая применение атравматичного серкляжа шейки матки с помощью разгрузочных акушерских пессариев с препаратами прогестерона дает возможность пролонгировать беременность, предупреждая развитие преждевременных родов, способствует улучшению перинатальных показателей.

I.N. Nikitina¹, A.V. Boychuk², V.K. Kondratiuk³, T.V. Babar⁴

Use of Noninvasive Cerclage in Combination of Micronized Progesterone in Miscarriage of Multifetal Pregnancy

¹Sumy State University, Sumy, Ukraine

²Ternopil State Medical University, Ternopil, Ukraine

³National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

Abstract. We represent the results of the combined method of treatment and prevention of miscarriage in women with a multiple pregnancy and a high risk of the threat of termination the pregnancy because of using the obstetric unloading pessaries, combined with micronized progesterone. The efficiency of this method of treatment is evidenced by the rapid elimination of clinical symptoms of threatened abortion, accelerating the regression of ultrasound markers, reducing the number of complications in of pregnant women and reducing the time of their stay in hospital.

Goal: To evaluate the effectiveness of the handling the obstetric pessary in combination with micronized progesterone at women with

multifetal pregnancy and a high risk of miscarriage.

Materials and methods. We analyzed 120 cases of multifetal pregnancies with signs of miscarriage within the terms from 16 to 28 weeks. The first group of the examined women was: 40 pregnant women with twins and signs of miscarriage, who in the scheme of treatment and prophylactic measures were offered to use the unloading obstetric pessaries in combination with continuous therapy by natural micronized progesterone until 36 weeks of pregnancy. The second group included 40 pregnant women with twins, who were laid seam on the cervix because of isthmicocervical insufficiency and were applied short-term courses of therapy by gestagens. The control group comprised 40 pregnant women with twins at the age of 16-28 weeks of pregnancy who were conducted the therapy about the threat of miscarriage according to the current clinical protocols (Order of the Ministry of Health of Ukraine No. 624). It was carried out the analysis of the course of pregnancy, childbirth, the postpartum period and the state of neonatal adaptation in the surveyed groups.

Results of the research and their discussion. In the first group, urgent childbirth occurred in 34 (85%) cases, in group II in 29 (72.5%) cases, in control group – in 25 (62.5%) cases. Cesarean delivery was performed in 7 (17.5%) patients of group I pregnant women, in 9

(22.5%) of group II patients and in 11 (27.5%) in the pregnant group. When studying the state of neonatal adaptation of newborns in the examined groups, the following results were obtained. The average weight of the newborns in group I was 3245 ± 280 g, in group II 2865 ± 365 g, in the control group - 2975 ± 325 g ($p > 0.05$). The evaluation of the state of newborns on the Apgar scale, respectively at the 1st and 5th minutes, was respectively: in newborns of the I group, 7.5 ± 1.4 and 8.4 ± 1.3 points, in group II - 7.3 ± 1.6 and 8.2 ± 1.1 points, in the control group – 7.2 ± 1.6 and 8.6 ± 1.2 (p 1-p 2 > 0.05).

Conclusions. Comprehensive prophylaxis of non-pregnancy in multiple pregnancies, combining the use of a traumatic cardiac cervix with the help of unloading obstetric pessaries with progesterone preparations, allows prolonging pregnancy, preventing the development of prematurity, contributes to the improvement of perinatal indicators.

Key words: multiple pregnancy, miscarriage, unload obstetrical pessary.

Надійшла: 24.10.2017

Завершено рецензування: 04.12.2017

Прийнята до друку: 26.12.2017

DOI: 10.21802/gmj.2017.4.7

УДК 618.3-06

Остафійчук С.О.

Динаміка гестаційного збільшення в вазі у жінок з різною масою тіла до вагітності

Кафедра акушерства і гінекології ім. І.Д. Ланового (зав. каф. – д.мед.н., професор Генік Н.І.)

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

svitlana.ostafijchuk@gmail.com

Резюме. Міжнародні та вітчизняні протоколи регламентують гестаційне збільшення маси тіла (ГЗМТ) залежно від індексу маси тіла (ІМТ) до вагітності. Недостатнє зростання у вазі збільшує частоту народження маловагових дітей, а надмірна надбавка асоціюється з макросомією, затримкою надлишкової ваги в післяпологовому періоді, розвитком ожиріння. **Метою** нашого дослідження було встановити динаміку гестаційного збільшення маси тіла в жінок з різною вагою до вагітності. **Матеріал і методи.** Обстежено 219 вагітних жінок з різною прегравідарною масою тіла. У 45 ((20,5±2,7) %) пацієнток нами діагностовано недостатню, у 100 ((45,7±3,4) %) – нормальну та в 74 ((33,8±3,2) %) – надмірну надбавку маси тіла за період вагітності. Проводили антропометрію, зважування на електронних вагах, замір зросту за допомогою ростоміра, розраховували ІМТ за формулою Кетле (1865) та ГЗМТ в кожному триместрі вагітності. Отриманий цифровий матеріал обробляли статистично з використанням комп'ютерної програми „Statistica 5.5”. **Результати.** Встановлено, що чим більший ІМТ до вагітності, тим менше збільшення у вазі впродовж гестаційного періоду $r = -0,25$ ($p < 0,001$). Найбільшу надбавку у вазі мають жінки з нормальною вихідною масою, у той час як вагітні з ожирінням мають мінімальні значення. Однак чим нижча маса пацієнтки перед вагітністю, тим вищий ризик патологічно недостатнього ГЗМТ, а у жінок з надлишковою масою і ожирінням більший відсоток надмірної ваги впродовж гестаційного періоду. Динаміка збільшення маси тіла в час вагітності демонструє, що дефіцит або відсутнє зростання маси тіла в першому триместрі асоціюється

з недостатньою надбавкою до кінця вагітності $r = 0,58$ ($p < 0,001$). І навпаки, різкий початок надмірного зростання у вазі до 12 тижнів вагітності призводить до подальшого надлишкового ГЗМТ $r = 0,77$ ($p < 0,001$). **Висновки.** Маса тіла до вагітності є незалежним детермінантом ГЗМТ. Надбавка ваги в рекомендованих межах не призводить до ожиріння в жінок всіх груп, тоді як патологічно низьке та високе ГЗМТ призводить до неадекватного накопичення жирової тканини, що негативно впливає на метаболізм материнського та плодового організмів.

Ключові слова: вагітність, індекс маси тіла, гестаційне збільшення маси тіла.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

За даними ВООЗ поширеність надмірної маси тіла серед жінок віком понад 18 років в Україні сягає 58,5 %, ожиріння – 28,4 %, а ІМТ становить 26,1 (24,3-28,0) kg/m^2 (при нормі 18,5-24,9 kg/m^2) [3, 6]. Надмірне збільшення маси тіла під час вагітності призводить до накопичення жирової тканини, сповільнення її редукції, є сильним предиктором збереження зайвої ваги в післяпологовому періоді і призводить до стійкої надлишкової ваги, розвитку ожиріння та метаболічного синдрому у жінок дітородного віку, сприяє патології обміну речовин у плода і є вагомим фактором ризику ожиріння у дітей [7]. За даними міжнародних когортних досліджень, патологічну вагу від рекомендованої набирають від 20 до