

УДК 618.36-02:618.393

І.М. Нікітіна

Досвід використання розвантажувального акушерського пессарію у профілактиці невиношування при багатоплідній вагітності

Сумський державний університет, Україна

PERINATOLOGIYA I PEDIATRIYA. 2017.1(69):51-58; doi 10.15574/PP.2017.69.51

Мета — оцінити ефективність застосування розвантажувальних акушерських пессаріїв у жінок із багатоплідною вагітністю з високим ризиком невиношування.

Пацієнти та методи. Проаналізовано 40 випадків застосування розвантажувальних акушерських пессаріїв у вагітних із двійнями з ознаками невиношування у термінах 18–28 тижнів вагітності, які становили першу групу обстежуваних. Друга група — 12 вагітних із двійнями, яким накладено шов на шийку матки з приводу істміко-цервікальної недостатності. Контрольна група — 18 вагітних із двійнею, яким призначено консервативну терапію. Проведено аналіз перебігу вагітності, пологів, післяпологового періоду та стан неонатальної адаптації в обстежуваних групах.

Результати. Динаміка вкорочення шийки матки була значно повільнішою у пацієток I групи, яким встановлено розвантажувальний акушерський пессарій. Це ефективний метод профілактики та лікування невиношування в жінок із багатоплідною вагітністю, зниження частоти пізнього абортів та передчасних пологів, перинатальних втрат. Передчасний розрив плодових оболонок відмічався у 7 (17,5%) пацієток I групи, у 3 (25,0%) — II групи та у 5 (27,7%) — контрольної групи. У I групі обстежуваних термінові пологи відбулися у 34 (85%) випадках, у II групі — у 9 (75,0%) випадків, у контрольній — у 12 (66,6%) випадках. У контрольній групі перинатальні втрати становили 2,7%. У I групі перинатальних втрат не було. При оцінці стану неонатальної адаптації новонароджених обстежуваних груп відмічалось зниження росто-вагових показників у дітей II та контрольної групи, також зниження показників оцінки стану новонароджених за шкалою Апгар у II та контрольній групі.

Висновки. Методика застосування розвантажувального акушерського пессарію є патогенетично обґрунтованою у вагітних із багатопліддям і дає змогу пролонгувати вагітність до доношеного терміну у 85% жінок досліджуваної групи, знизити медикаментозне навантаження на вагітну та плід.

Ключові слова: багатоплідна вагітність, невиношування вагітності, розвантажувальний акушерський пессарій.

Experience of using load-carrying cervical pessaries for prevention of preterm birth in women with a multiple pregnancy

I.M. Nikitina

Sumy State University, Ukraine

Purpose — to estimate efficiency of using load-carrying cervical pessaries in women with a multiple pregnancy and a high risk of preterm birth.

Materials and methods. The first group of the study consisted of 40 participants with twin pregnancies, whom were inserted load-carrying cervical pessaries considering the signs of preterm birth at 18–28 weeks of gestation. The 12 pregnant women with twin gestations of the second group were treated by applying cervical cerclage because of cervical insufficiency. The control group of 18 pregnant women with twin gestations received conservative treatment. The analysis of pregnancy follow-up, childbirth, postpartum period and neonatal adaptation in the survey groups were performed.

Results. The follow-up control revealed more slowly effacement of the uterine cervix in patients of the inserted pessaries group. It is the efficient method of prevention and treatment of miscarriage in women with multiple pregnancy that decrease the rates of late miscarriage and a loss, and preterm birth, and perinatal loss. The premature rupture of the foetal membrane was observed in 7 patients (17.5 %) of the first group, in 3 cases (25.0 %) of the II group and in 5 women (27.7%) of the control group. The full term delivery was observed in 34 patients (85.0 %) of the first group, in 9 cases (75.0 %) of the II group, and in 12 of patients (66.6%) in control group. The perinatal losses in the control group make up 2.7 %. While in the first group, no perinatal losses were noticed. In making an assessment of postnatal adaptation of neonates of all survey groups, the reducing body mass index was reported in the second and control groups, as well as the decrease of Apgar score was recorded in the same groups.

Conclusions. Treatment with a load-carrying cervical pessary is a pathogenetic therapy in pregnant women with multiple pregnancy and allowed to prevent preterm birth in women with twin gestations in 85 % of women according to our study, reduce the administration of medications and its harm on pregnant woman and foetus.

Key words: multiple pregnancy, miscarriage, load-carrying cervical pessary.

Опыт применения разгружающего акушерского пессария в профилактике невынашивания при многоплодной беременности

И.И. Никитина

Сумской государственной университет, Украина

Цель — оценить эффективность применения разгрузочных акушерских пессариев у женщин с многоплодной беременностью с высоким риском невынашивания.

Пациенты и методы. Проанализированы 40 случаев применения разгрузочных акушерских пессариев у беременных с двойней с признаками невынашивания в сроках 18–28 недель беременности, которые составили первую группу обследуемых. Вторая группа — 12 беременных с двойней, которым был наложен шов на шейку матки по поводу истмико-цервикальной недостаточности. Контрольная группа — 18 беременных с двойней, которым назначалась консервативная терапия. Проведен анализ течения беременности, родов, послеродового периода и состояния неонатальной адаптации в обследуемых группах.

Результаты. Динамика укорочения шейки матки была значительно медленнее у пациенток I группы, которым установлен разгрузочный акушерский пессарий. Это является эффективным методом профилактики и лечения невынашивания у женщин с многоплодной беременностью, снижения частоты позднего аборта и преждевременных родов, перинатальных потерь. Преждевременный разрыв околоплодных оболочек наблюдался у 7 (17,5%) пациенток I группы, у 3 (25,0%) — II группы и у 5 (27,7%) — контрольной группы. В I группе обследуемых срочные роды произошли в 34 (85%) случаях, во II группе — в 9 (75,0%) случаях, в контрольной — в 12 (66,6%) случаях. В контрольной группе перинатальные потери составили 2,7%. В первой группе перинатальных потерь не было. При оценке состояния неонатальной адаптации новорожденных обследуемых групп прослеживалось снижение росто-весовых показателей у детей II и контрольной группы, а также показателей оценки состояния новорожденных по шкале Апгар во II и контрольной группах.

Выводы. Методика применения разгрузочного акушерского пессария является патогенетически обоснованной у беременных с многоплодием и позволяет пролонгировать беременность до доношенного срока у 85% женщин обследуемой группы, снизить медикаментозную нагрузку на беременную и плод.

Ключевые слова: многоплодная беременность, невынашивание беременности, разгружающий акушерский пессарий.

Вступ

Останнім часом у світі спостерігається значний приріст кількості багатоплідних вагітностей. Це зумовлено широким впровадженням у практику охорони здоров'я різноманітних методик лікування неплідності різного генезу, у тому числі застосування допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ), вживанням гормональної контрацепції, збільшенням середнього віку вагітних. За останні 5 років відмічається збільшення питомої ваги багатоплідних пологів на 21,5%. Водночас, виникають нові наукові питання щодо особливостей клінічного перебігу гестаційного періоду в жінок із багатоплідною вагітністю. Зростання кількості багатоплідних пологів приводить до значного збільшення числа гестаційних ускладнень, підвищення питомої ваги кесаревих розтинів, ускладнень у пологах та післяпологовому періоді, підвищення показника перинатальної смертності, порушення процесів неонатальної адаптації новонароджених [1, 2, 10]. Тому пацієнтки з багатоплідною вагітністю відносяться до групи високого ризику перинатальних ускладнень. При багатоплідній вагітності показник перинатальної смертності у п'ять разів вищий за відповідне значення при одноплідній, антенатальна загибель плода у чотири рази вища, а неонатальна смертність — у шість разів [7, 9].

Основною причиною перинатальної смертності при багатоплідній вагітності є недоношеність. У більшості випадків самовільне переривання вагітності має повторюваний характер, що свідчить про наявність факторів, які провокують такий розвиток подій [1, 2, 7]. Частота передчасних пологів при багатоплідді становить 54,3% порівняно з 9,7% при одноплідній вагітності [6, 9]. Втрачені вагітності складають майже 17% від усіх бажаних вагітностей, при цьому 75–80% викиднів трапляються на ранніх термінах, і, на жаль, відсутня тенденція до зниження цих показників [2, 10, 11]. Близько половини вагітностей двійнею перериваються до 36 тижнів вагітності. За даними J. Lumley (1993), в Європі 17% багатоплідних вагітностей перериваються у 20–27 тижнів, 21% — у 28–31 тиждень, 17% пологів відбуваються у період 32–36 тижнів гестації. У зв'язку з цим максимальне пролонгування багатоплідної вагітності є важливою умовою зниження перинатальної захворюваності та смертності в даній групі пацієнток високого ризику.

Трансвагінальний моніторинг при багатоплідній вагітності несе цінну інформацію про стан шийки матки (довжину, внутрішній зів, цервікальний канал) і сприяє своєчасному формуванню групи підвищеного ризику щодо невиношування вагітності. Впровадження трансвагінального ультразвукового дослідження для оцінки шийки матки під час вагітності вперше запропоноване J. Brawn et al. у 1986 р. На даний час трансвагінальна ехографія є практично безальтернативним методом дослідження, яка використовується для характеристики шийки матки і дає змогу оцінити довжину шийки матки та стан внутрішнього зіву, маючи переваги над вагінальним пальцевим дослідженням та трансабдомінальною ехографією, і є надійним прогностичним критерієм у діагностиці загрози передчасного переривання вагітності [5, 7, 8].

Доведено, що на сьогоднішній день не існує жодного ефективного способу профілактики передчасних пологів при багатоплідній вагітності. Перерозтягнення нижнього сегменту матки та надмірний тиск на шийку матки зазвичай спричиняють розвиток істміко-цервікальної недостатності (ІЦН). Сучасні літературні видання недостатньо висвітлюють проблему застосування розвантажувальних акушерських пессаріїв при зазгоді переривання багатоплідної вагітності. Порівняльна оцінка використання хірургічного серкляжу та атравматичне застосування розвантажувальних пессаріїв довела високу ефективність і певні переваги останніх [3, 5, 10].

За даними рандомізованих досліджень E. Forester et al. та аналізу літературних джерел, можна зробити висновок про рівнозначність цих двох методів лікування ІЦН — хірургічного серкляжу та застосування розвантажувальних акушерських пессаріїв. Суттєвою перевагою останніх є простота і доступність методу, можливість уникнути хірургічного втручання та стаціонарного лікування вагітних.

Мета роботи — оцінити ефективність застосування розвантажувальних акушерських пессаріїв у жінок із багатоплідною вагітністю з високим ризиком невиношування.

Матеріали та методи

Наукове дослідження проводилось на базі Сумського обласного клінічного перинатального центру протягом 2015–2016 рр. До нього увійшли вагітні з дихоріальною діамніотичною

двійнею і точно встановленим терміном гестації, який визначався при ультразвуковому обстеженні до 18 тижнів вагітності. Із дослідження виключені пацієнтки із встановленими структурними та хромосомними аномаліями плода, а також із монохоріальною двійнею у зв'язку з високим ризиком розвитку синдрому фетофетальної гемотрансфузії (СФФТ) та можливою необхідністю дострокового розродження. Не включались також пацієнтки за наявності трійні та більшої кількості плодів та за наявності протипоказань до використання розвантажувальних акушерських пессаріїв.

У дослідженні аналізувалися 40 випадків застосування розвантажувальних акушерських пессаріїв у вагітних із дихоріальною двійнею з ознаками невиношування у термінах 18–28 тижнів вагітності, які становили першу групу обстежуваних. До другої групи увійшло 12 вагітних із дихоріальною двійнею, яким був накладений шов на шийку матки з приводу ІЦН. Контрольну групу склали 18 вагітних із дихоріальною діамніотичною двійнею у терміні 18–28 тижнів вагітності, яким проводилася традиційна токолітична терапія з приводу загрози невиношування вагітності згідно з діючими клінічними протоколами (наказ МОЗ України № 624).

Середній вік обстежуваних основної групи дорівнював $26 \pm 4,2$ року, вагітних контрольної групи — $26 \pm 4,5$ року ($p > 0,05$). За паритетом половина жінок з I групи були першовагітними, решта — мали повторні вагітності, з них в 11 жінок попередні вагітності закінчилися нормальними пологамі, у 9 — в анамнезі були самовільні викидні та штучні аборти. У 5 (41,6%) обстежуваних II групи дана вагітність була першою, решта 7 жінок мали повторні вагітності, причому у 6 (50%) в анамнезі були самовільні викидні та штучні аборти.

Нами вивчався загальний, соматичний, акушерсько-гінекологічний анамнез, перебіг вагітності, пологів, динаміка стану шийки матки при прогресуванні багатоплідної вагітності. Крім клінічних методів обстеження та загальноприйнятих лабораторних досліджень, з метою оцінки загрози передчасного переривання вагітності проводилася трансвагінальна цервікометрія, а також оцінка стану шийки матки за Штембергом, де сума балів 5 і вище була показанням для профілактики та лікування загрози переривання вагітності.

Трансвагінальна цервікометрія проводилася за допомогою сучасного ультразвукового апа-

рату «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, 16–22 тижні та 28–34 тижні вагітності. У I триместрі ультразвукова діагностика здійснювалася із застосуванням двох стандартних методик: трансвагінальної ехографії та трансабдомінального сканування з наповненим сечовим міхуром. Окрім дослідження плідного яйця та екстраембріональних структур, проводилося визначення типу плацентациї. Для виконання трансвагінальної цервікометрії вагітну зі звільненим сечовим міхуром вкладали в літотомну позицію. Ультразвуковий датчик вводили в піхву, скеровуючи до переднього склепіння, при цьому намагалися не тиснути на шийку, щоб не спричинити її штучного видовження. Кращим вважається розташування датчика на відстані не менше 1 см від зовнішнього зіву. Після отримання сагітального розрізу шийки використовували ехогенну слизову ендочервіксу для дослідження внутрішнього вічка. Необхідною умовою при дослідженні була візуалізація цервікального каналу на всьому протязі. Кожне обстеження

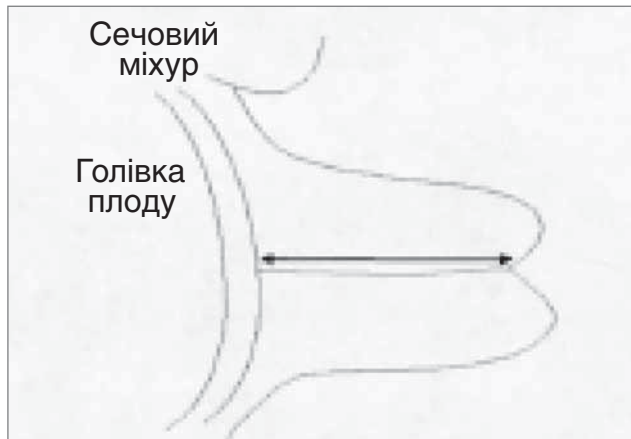


Рис. 1. Схема вимірювання довжини шийки матки при трансвагінальній цервікометрії



Рис. 2. Вимірювання довжини шийки матки при трансвагінальній цервікометрії

тривало близько 2–3 хвилини. Крім ультразвукового моніторингу шийки матки, при одноплідній вагітності здійснювалися стандартні фетометрія і плацентографія та визначення кількості навколоплідних вод.

Вимірювання довжини шийки матки проводилося від зовнішнього до внутрішнього зіву (рис. 1, 2).

При ультразвуковому дослідженні у I триместрі нами визначався тип плацентації у вагітних. Диференційний діагноз моно- і дихоріальної двійні в ранні терміни вагітності ґрунтувався на визначенні кількості плодових яєць, числа ембріонів у плодovому яйці, а також виявленні Т- або Y-ознаки при ретельному дослідженні міжплодової перетинки. Товщина міжплодової перетинки, котра є одним із діагностичних критеріїв хоріальності, коливалася від 0,8 до 1,1 мм при монохоріальній двійні та від 1,4 мм до 2,8 мм при дихоріальному типі плацентації. У більш пізні терміни вагітності додатковими критеріями типу плацентації слугували стать плодів, число плацент, а також відмінності в їх дозріванні (рис. 3, 4).

Основними критеріями загрози переривання вагітності вважалося вкорочення шийки матки до 2,0 см і більше, відкриття цервікаль-

ного каналу на 0,9 см і вище, величина відношення довжини шийки матки до її діаметру на рівні внутрішнього зіву — 1,16 см.

Пессарій виготовлений із біологічно інертного поліетилену. Розробником та виробником акушерських пессаріїв є фірма «Симург», Білорусія. Випускаються вони трьох розмірів. Для нехірургічного серкляжу значно частіше застосовуються пессарії другого розміру, які були встановлені 70% вагітних. Механізм дії пессарію полягає у зменшенні навантаження на шийку матки внаслідок перерозподілу внутрішньоматкового тиску плідного яйця, змиканні шийки матки стінками центрального отвору пессарію, формуванні вкороченої і частково відкритої шийки та зменшенні на неї тиску внаслідок фізіологічної сакралізації шийки матки та часткової передачі внутрішньоматкового тиску на передню стінку матки, збереженні слизової пробки. Показаннями до введення акушерського розвантажувального пессарію є: загроза невиношування вагітності у поєднанні з прогресуючими змінами шийки матки у пацієнок із багатоплідною вагітністю, у тому числі після застосування ДРТ, а також пацієнтки з багатопліддям, котрі мають в анамнезі викидні на пізніх термінах, передчасні пологи, звичне невиношування вагітності. Існують також протипоказання до введення акушерського пессарію: рецидивні кров'яністі виділення зі статевих шляхів у II–III триместрах вагітності, виражена ІЦН із пролабіюванням плідного міхура та порушенням його цілісності. При запальних захворюваннях піхви, шийки матки, зовнішніх статевих органів проводиться попередня санація інфекції з подальшим бактеріологічним контролем.

Пессарій вводили вагітним у стаціонарі. При спостереженні за жінками після введення пессарію проводилося регулярне бактеріологічне дослідження вагінальних мазків, трансвагінальна цервікометрія та контроль розташування пессарію кожних 3–4 тижні. У плановому порядку акушерський пессарій вилучався в 37 тижнів вагітності або з початком пологової діяльності. Після вилучення пессарію проводилась санація статевих шляхів вагінальним гелем Гінодек (Юрія-фарм), до складу якого входить декаметоксин та гіалуронова кислота, що має антибактеріальні та протизапальні властивості, у тому числі профілаксує післяпологові гнійно-септичні ускладнення.

Статистична обробка отриманих даних проводилася параметричними методами з викори-



Рис. 3. Т-ознака при монохоріальній двійні



Рис. 4. λ-ознака при дихоріальному типі плацентації

Таблиця 1

Довжина шийки матки в різні терміни гестації при фізіологічному перебігу одноплідної вагітності

Термін гестації (тижні)	22–24	25–27	28–30	31–33	34–36	37–38
Довжина шийки матки (мм)	38,6±4,9	36,85±5,0	36,15±3,8	35,32±4,2	34,66±4,3	31,4±3,7

Таблиця 2

Довжина шийки матки у обстежуваних вагітних з двійнею (мм)

Термін вагітності, тижнів	Група		
	контрольна	друга	перша
До 15	37,5±5,6	32,2±5,43	35,2±4,3
16–18	33,2±4,3	33,3±4,6	34,0±3,9
19–21	31,3±3,8	31,04±5,5	33,3±4,2
22–24	27,5±4,5	30,9±3,7	32,2±4,9
25–27	26,7±3,6	26,7±3,5	31,2±4,5
28–30	25,1±2,5	22,5±3,9	30,2±4,1
31–33	21,8±3,2	18,3±4,2	27,2±4,0
34–36	20,7±3,1	15,6±4,3	23,8±3,1

станням комп'ютерних статистичних програм, із застосуванням варіаційно-статистичного методу аналізу отриманих результатів за допомогою персонального комп'ютера IBM PC Intel Celeron™ 556 МГц та прикладної програми роботи з електронними таблицями Microsoft® Exel 97 у середовищі Windows Millenium. Статистична обробка матеріалу здійснювалася методами варіаційної та парної статистики, а також застосовувався метод відмінності з використанням t-критерію Стьюдента. Отримані результати вважалися достовірними, якщо коефіцієнт достовірності p, який знаходили по таблиці Стьюдента, був меншим 0,05 [4].

Результати дослідження та їх обговорення

При трансвагінальній цервікометрії виявлено, що темпи вкорочення шийки матки при багатоплідній вагітності значно перевищували такі при одноплідній (табл. 1).

Так, у 22–24 тижні вагітності в нормі довжина шийки матки при багатоплідній вагітності становила 33,2±4,5 мм. При загрозі передчасних пологів довжина шийки матки дорівнювала 19±2,3 мм, при чому зміни шийки матки

проявлялися не тільки її укороченням, але й V- або U-подібним розкриттям внутрішнього зіву та цервікального каналу. У пацієток із двійнею довжина шийки матки <19 мм є критерієм ризику «ранніх» передчасних пологів. Таким вагітним проводилася вищезазначена профілактична терапія загрози передчасних пологів.

Наші дослідження показали, що для багатоплідної вагітності характерним є прогресивне зменшення довжини шийки матки в міру збільшення гестаційного терміну (табл. 2).

Але вже до 22–24-го тижня при багатоплідді визначалися нижчі показники довжини шийки матки: 27,5±4,5 мм у пацієток контрольної групи проти 30,9±3,7 мм у I групі та 32,2±4,9 мм — у II групі (відмінності статистично не достовірні), порівняно з розмірами шийки матки при одноплідній вагітності, характерні для даного гестаційного терміну (36,8±5,2 мм). Тобто, за даними таблиці 2, починаючи з цього терміну, темпи укорочення шийки матки при вагітності двійнею значно перевищували в жінок контрольної групи, котрі отримали лише токолітичну терапію. Динаміка вкорочення шийки

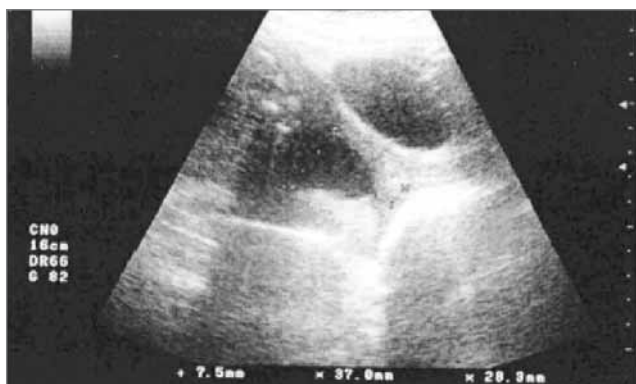


Рис. 5. Виразене вкорочення шийки матки у вагітної I групи



Рис. 6. Відкриття внутрішнього зіву (Y-подібної форми у пацієтки I групи, 24–25 тижнів гестації)

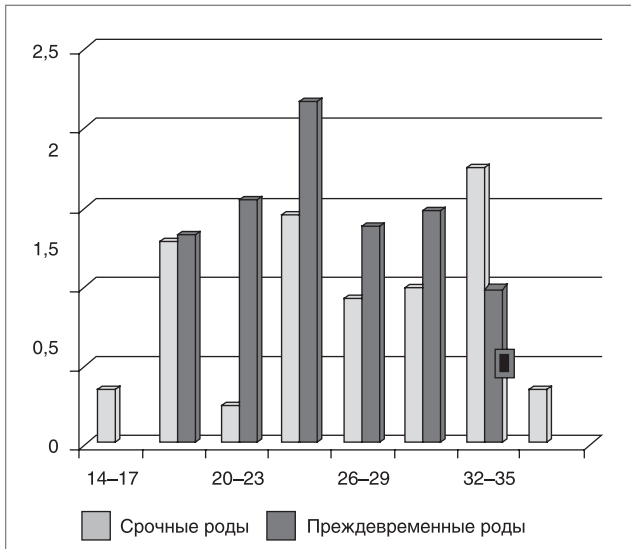


Рис. 7. Швидкість вкорочення шийки матки при вагітності двійнею

матки була значно повільнішою в пацієнток I групи, яким встановлено розвантажувальний акушерський пессарій (рис. 5).

При оцінці стану внутрішнього зіву звертало увагу те, що майже в половині (47%) пацієнток із багатоплідністю, які народили в строк, відкриття внутрішнього зіву різного ступеня вираженості зазначалося вже в 23–27 тижнів вагітності (рис. 6).

У довжині шийки матки в пацієнток із моноі дихоріальною двійнею, а також у першота повторнонароджуючих не відмічалось достовірних відмінностей. У довжині шийки матки в пацієнток із багатоплідною вагітністю, що наступила мимовільно і після екстракорпорального запліднення, також не відмічалось різниці.

За даними рис. 7, у пацієнток із багатоплідністю, які народили передчасно, найбільші відмінності в темпах укорочення довжини шийки матки порівняно з тими, що народили в строк, відзначалися на 20–23-му тижні, коли швидкість потижневого укорочення шийки матки у 6,8 разу перевищувала таку в пацієнток, які народили в строк (1,57 мм/тиждень проти 0,23 мм/тиждень). Подібна тенденція динаміки довжини шийки матки зберігалась протягом усієї вагітності.

Однак, починаючи з терміну 22–24 тижні у пацієнток II групи швидкість укорочення шийки матки була значно більш вираженою: 5,53 мм/тиждень проти 2,33 мм/тиждень проти пацієнток, котрим був запропонований консервативний серкляж за допомогою розвантажувального акушерського пессарію. При терміні настання пологів у 32–35 тижнів довжина шийки матки становила $28 \pm 3,8$ мм



Рис. 8. U-подібне розширення внутрішнього зіву у вагітної II групи у 24 тижні (пологи у 30 тижнів)

у 25–27 тижнів, а при передчасних пологах до 32 тижнів шийка матки була в 1,47 разу коротше — $19 \pm 3,2$ мм. При цьому, чим раніше настали пологи при двійні, тим більш значущими були зміни з боку шийки матки, які виявлялися не тільки її укороченням, але й V- або U-подібним відкриттям внутрішнього зіву (рис. 8).

При виявленні патологічного біоценозу піхви проводилась санація вагінальним гелем Гінодек (Юрія-фарм), що має антибактеріальні та протизапальні властивості, у тому числі профілаксує післяпологові гнійно-септичні ускладнення. Видалення пессарію на фоні санації не проводилось. При введенні акушерського пессарію в жодній вагітній першій групі не відмічалось ускладнення в жодному з випадків, навіть при тривалому використанні пессарію протягом 20 тижнів, не виявлялися випадки трофічних ускладнень піхви. У 6 (12,5%) вагітних довелося проводити лікування кандидозу піхви до видалення пессарію. Токोलітична терапія згідно з наказом МОЗ України № 624 проводилась у 13 (32,5%) жінок за наявності скарг на біль унизу живота як до, так і після введення пессарію.

У I групі обстежуваних термінові пологи відбулися у 34 (85%) випадках, у II групі — у 9 (75,0%) випадках, у контрольній — 12 (66,6%) випадках. Перебіг пологів ускладнився передчасним відходженням навколоплідних вод у 7 (17,5%) пацієнток I групи, у 3 (25,0%) жінок II групи та у 5 (27,7%) 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 становила $10,4 \pm 2,3$ год. у I групі, $8,6 \pm 1,5$ год. — у II групі та $9,5 \pm 2,6$ год. — у контрольній групі. Крововтрата в пологах через природні пологові шляхи дорівнювала в середньому в жінок

I групи — 290 ± 25 мл, 315 ± 27 мл у II групі та 320 ± 37 мл у контрольній групі. Патологічна крововтрата під час пологів через природні пологові шляхи в обстежуваних групах не відмічалася.

Розродження шляхом кесарського розтину проводилося у 7 (17,5%) вагітних I групи, у 3 (25,0%) пацієнток II групи та у 5 (27,7%) вагітних контрольної групи. У I групі кесарів розтин виконувався у плановому порядку, показанням було тазове передлежання першого плода з двійні. У II групі операція проводилася у плановому порядку у двох випадках, у третьому випадку виконувалася ургентна операція кесаревого розтину з приводу передчасного відшарування плаценти у I періоді пологів. У контрольній групі планові операції проводилися у трьох випадках з приводу тазового передлежання першого плода, у двох наступних випадках виконувався ургентний кесарів розтин із приводу дистресу плода в пологах у терміни 35 та 36 тижнів вагітності.

У контрольній групі при проведенні консервативної токолітичної терапії 18 жінкам передчасні пологи мали місце у 6 (33,3%) вагітних, перинатальні втрати становили 2,7% (1 новонароджений). У 12 вагітних II групи, яким проводилося хірургічне лікування ІЦН, в 1 випадку розвинувся хоріонамніоніт, у зв'язку з цим була призначена антибактеріальна терапія та знятий циркулярний шов, у цієї вагітної пологи відбулися у терміні 28 тижнів та мала місце перинатальна втрата одного новонародженого, що склало 4,1%. У I групі перинатальні втрати не відмічалися.

Тривалість перебування в стаціонарі становила в середньому $12 \pm 1,2$ дня в жінок I групи, $18 \pm 1,6$ дня у II групі та $21 \pm 1,3$ дня — в обстежуваних контрольної групи ($p < 0,05$).

При вивченні стану неонатальної адаптації новонароджених обстежуваних груп відмічали-

ся такі результати. Середня вага новонароджених I групи становила 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 і 5-й хвилині, була відповідно: у новонароджених I групи — $7,5 \pm 1,4$ та $8,4 \pm 1,3$ балу, у II групі — $7,3 \pm 1,6$ та $8,2 \pm 1,1$ балу, у контрольній групі — $7,2 \pm 1,6$ та $8,6 \pm 1,2$ балу ($p_1 - p_2 > 0,05$).

Висновки

Таким чином, за результатами проведеного дослідження можна зробити висновки:

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

Методика застосування розвантажувального акушерського пессарію є патогенетично обґрунтованою у вагітних із багатопліддям і дає змогу пролонгувати вагітність до доношеного терміну у 85% жінок досліджуваної групи, знизити медикаментозне навантаження на вагітну та плід.

Використання розвантажувального акушерського пессарію має ряд переваг порівняно з хірургічним серкляжем, зокрема, безболісність і простота введення, можливість застосування методу в амбулаторних умовах, економічна доцільність, зниження ризику інфікування і травматизму в пологах.

Розвантажувальний акушерський пессарій не чинить негативного впливу на перебіг пологів, зростання числа випадків оперативного розродження і стан здоров'я новонароджених.

ЛІТЕРАТУРА

1. Баранов І.І. Перинатальні исходы при многоплодных родах / І.І. Баранов, З.З. Токова, А.А. Тадевосян // Акушерство и гинекология. — 2012. — № 1. — С. 98—102.
2. Вдовиченко Ю.П. Багатоплідна вагітність: навчальний посібник. Ч. II (для викладача) / ред.: Ю.П. Вдовиченко, Н.Г. Гойда, О.М. Юзко. — Київ, 2011. — 360 с.
3. Занько С.Н. Предупреждение преждевременных родов с помощью акушерского разгружающего пессария / С.Н. Занько, А.Ю. Журавлев // Здоровоохранение. — 2009. — № 8. — С. 6—9.
4. Лапач С.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С.Н. Лапач, А.В. Чубенко, П.Н. Бабич. — Киев: Морион, 2000. — 320 с.
5. Михайлова В.В. Опыт использования акушерского разгружающего пессария у женщин с высоким риском преждевременных родов / В.В. Михайлова, Н.К. Рубан, С.В. Цемашко // Здоровье женщины. — 2008. — Т. 32, № 4. — С. 68—70.
6. Нікітіна І.М. Багатоплідна вагітність: навчальний посібник / І.М. Нікітіна, М.Л. Кузьоменська. — Суми: Університетська книга, 2014. — С. 55—57.

7. Особливості неонатальної адаптації новонароджених з двійні / І.М. Нікітіна, А.Б. Сухарев, А.В. Бойчук, С.А. Сміян // Журнал клінічних та експериментальних медичних досліджень. — Суми: СумДУ, 2016. — С. 264—271.
8. Современные проблемы многоплодной беременности / В.И. Краснопольский, С.В. Новикова, М.В. Капустина [и др.] // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2009. — № 2. — С. 79—81.
9. Almonte L. Spontaneous and non-spontaneous twins: a comparasion study of preterm labor, preterm premature rupture of membranes, gestational age at delivery, maternal age, and len th of hospital stay / L. Almonte, M. Davis, C. Ward [et al.] // Twin Research and Human Genetics. — 2012. — Vol. 15, № 2. — P. 170.
10. Multicentre controlled trial of cerclage in women at moderate risk of preterm delivery / R. Renaud, P. Lazar, S. Guegun [et al.] // British Journal of Obstetrics and Gynecology. — 2008. — № 91. — P 731—735.
11. The risk of birth defects in dichorionic twins conceived by assisted reproductive technology / T. Kuwata, S. Matusubara, A. Ohkuchi [et al.] // Twin Res. — 2004. — Vol. 7. — P. 223—227.

Сведения об авторах:

Никитина Ирина Николаевна — к.мед.н., доц. каф. акушерства и гинекологии Сумского государственного университета. Адрес: г. Сумы, ул. Санаторная, 31.
Статья поступила в редакцию 24.01.2017 г.

НОВОСТИ

Модель женской репродуктивной системы обещает перевернуть медицину

Американские ученые создали миниатюрную реплику женской репродуктивной системы, используя ткани человека и мышей, передает ВВС.

Получилось устройство размером с ладонь. По словам специалистов, оно поможет больше узнать о болезнях репродуктивных тканей и органов. Еще это отличная тестовая система для испытания новых лекарств.

Конечная цель — забор клеток у человека и создание персональной модели его тела для тестирования схем лечения. На сегодняшний день устройство представляет собой набор кубов (каждый — это часть репродук-

тивной системы). В отдельном кубе можно найти живые клетки из яичников, фаллопиевых труб, матки, шейки матки и влагалища (в каждом — свои). Кубы соединены тонкими трубками, через которые перетекает жидкость (проходит по всей системе подобно крови).

Это также означает, что миниорганы способны общаться, используя гормоны. Нечто похожее происходит в теле женщины. Кстати, один из кубов — это печень. Данный орган важен для метаболизма препаратов, поэтому его включили в систему. Испытания показали: ткани в системе реагировали на циклические изменения и колебания гормонов.

Источник: med-expert.com.ua