

## ПРЕВЕНТИВНАЯ ТЕРАПИЯ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

*Ганчар Е.П.<sup>1</sup>, Кажина М.В.<sup>1</sup>, Колесникова Т.А.<sup>2</sup>*

*Гродненский государственный медицинский университет<sup>1</sup>,  
УЗ "Гродненский областной клинический перинатальный центр"<sup>2</sup>*

**Актуальность.** Невынашивание беременности остается важной проблемой современного акушерства и перинатологии. Частота невынашивания беременности составляет 10-25% всех беременностей. Среди множества факторов, приводящих к досрочному прерыванию беременности, важное место занимает истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН). Частота ИЦН составляет 1-9% в популяции и 15,5-42,7% у пациентов с невынашиванием беременности. Известно, что риск преждевременных родов при развитии ИЦН увеличивается в 16 раз. В этой ситуации крайне важным является решение вопросов, связанных с рациональной тактикой ведения при ИЦН во время беременности. С 1980-х годов идут активные исследования эффективности препаратов прогестерона в профилактике и лечении преждевременных родов, поскольку основная их роль в патогенезе функциональной ИЦН принадлежит критическому снижению уровня именно этого гормона. Физиологическая роль прогестерона заключается в расслаблении миометрия и сужении внутреннего зева. В патогенезе развития функциональной ИЦН лежит снижение уровня прогестерона. В этом аспекте заслуживает внимания предлагаемая коррекция ИЦН с использованием препаратов прогестерона вплоть до 36 недель беременности. В настоящее время в литературе много работ подтверждающих эффективность коррекции функциональной ИЦН препаратами прогестерона. Однако известно, что в группе пациентов с ИЦН остается высокий процент преждевременных родов [1, 2]. Таким образом, актуальным остаются вопросы: предикция ИЦН, своевременная терапия препаратами прогестерона в группе риска по ИЦН.

Учитывая, что ни определение уровня прогестерона, ни цервикометрия не являются доказательными, а следовательно, облигатными методами диагностики, то вопрос ранней диагностики и возможности назначения превентивной терапии ИЦН остается одной из наиболее актуальных проблем.

**Цель.** Оценить эффективность превентивного назначения натурального микронизированного прогестерона в группе риска функциональной ИЦН (укорочении шейки матки 35–25 мм в сроке беременности 16-18 недель).

**Методы исследования.** С целью оценки эффективности превентивного назначения натурального микронизированного прогестерона в группе риска функциональной ИЦН было выделено 2 группы пациентов. Основную группу составили 106 женщин, получивших превентивную терапию в группе риска функциональной ИЦН. В группу сравнения вошли 102 беременные, которые не

получали превентивного лечения. Критериями отбора беременных для исследования были: срок беременности 16-18 нед., одноплодная беременность, отсутствие беременностей в анамнезе, группа риска по ИЦН (укорочение шейки матки 35-25 мм в сроке беременности 16-18 нед.), нормальный уровень 17-оксипрогестерона, дегидроэпиандростерона. Был проведен детальный анализ амбулаторных карт и историй родов.

Ультразвуковые исследования проводились на аппарате Aloka Alpha 5 с использованием вагинального многочастотного датчика 4,5-7,5 МГц. Измерение длины шейки матки проводили трансвагинальным датчиком по следующей методике:

- женщина опорожняет мочевой пузырь и укладывается на спину, при этом ноги должны быть согнуты в коленях;
- ультразвуковой датчик вводится во влагалище и располагается в переднем своде. Нужно стараться избегать чрезмерного давления на шейку матки, которое может приводить к искусственному увеличению её длины;
- на экране должно отображаться сагиттальное сечение шейки матки, и эхогенная слизистая эндоцервикса используется как ориентир настоящего месторасположения внутреннего зева, таким образом, удаётся избежать ошибочного измерения нижнего маточного сегмента;
- калиперы используются для измерения линейного расстояния между треугольной областью повышенной эхогенности наружного зева и V-образной выемкой в области внутреннего зева;
- каждое измерение должно проводиться с перерывом в 2-3 минуты. В 1% случаев длина шейки матки может меняться из-за маточных сокращений, и в этих случаях документируется наименьшее значение длины цервикального канала.

Измерение длины шейки матки трансвагинальным методом обладает высокой воспроизводимостью, и в 95% случаев разница между двумя измерениями, выполненными одним и тем же специалистом или двумя разными, составляет 4 мм и менее.

Терапию натуральным микронизированным прогестероном начинали с момента диагностики укорочения шейки матки 35–25 мм в сроке беременности 16-18 нед. и продолжали до 36 нед. гестации. Режим дозирования – ежедневное применение 400 мг натурального микронизированного прогестерона, вагинально.

Различия считались статистически значимыми при  $p < 0,05$ . Количественные данные представлены в виде медианы значения с указанием границ интерквартильного размаха (Me, 25%, 75%). При оценке долей доверительный интервал (ДИ) принят 95%.

**Результаты и их обсуждение.** Сравнимые группы достоверно не различались по возрасту. Возраст женщин колебался от 21 до 38 лет, составляя в среднем  $29 \pm 3,2$  года ( $p > 0,05$ ).

Не выявлены статистически значимые различия по частоте встречаемости экстрагенитальной патологии ( $p > 0,05$ ). Экстрагенитальная патология у

обследованных пациентов была выявлена в 66% (ДИ<sub>95</sub> 56,6–74,4) случаев в основной группе и в 67,6% (ДИ<sub>95</sub> 58,1–75,9) случаях в контрольной (p>0,05). Не выявлено достоверных различий и в частоте встречаемости отдельных нозологий (p>0,05): заболевания сердечно-сосудистой системы (33% и 26,4%); хронические заболевания желудочно-кишечного тракта (17% и 18,6%); заболевания эндокринной системы (11,3% и 8,8%); заболевания почек (11,3% и 6,9%); хронические заболевания органов дыхания (7,5% и 5,9%).

По данным анамнеза, средний возраст наступления менархе у пациентов основной группы составил 14±1,5 года, контрольной – 14±1,2 года (p>0,05). Длительность менструального цикла в основной группе – 35±1,5 дня, в контрольной – 33±1,5 (p>0,05). У 18,9% исследуемых основной группы и у 17,6% контрольной группы имелось нарушение менструального цикла по типу олигоменореи (p>0,05).

Не выявлены достоверные различия в структуре гинекологических заболеваний в основной и контрольной группе (p>0,05). Среди гинекологических заболеваний преобладали: патология шейки матки (16,9% и 9,8%), неспецифические и специфические воспалительные заболевания (26,4% и 14,7%), кисты яичников (5,7% и 4,9%), миома матки (3,8% и 2,9%).

Среди осложнений настоящей беременности в основной и контрольной группе выявлены статистически значимые различия по частоте угрозы прерывания, плацентарных нарушений (p<0,05). Частота клинически выраженной угрозы прерывания беременности в основной группе составила – 34% (ДИ<sub>95</sub> 25,7–43,4), в контрольной – 63,7% (ДИ<sub>95</sub> 54,1–72,4) (p<0,05). Частота госпитализаций по поводу угрозы прерывания беременности в сравниваемых группах была также различной. В основной группе она потребовалась для 28 из 106 беременных (26,4% (ДИ<sub>95</sub> 19–35,5)), в контрольной группе частота госпитализаций была достоверно выше 65 из 102 беременных – 63,7% (ДИ<sub>95</sub> 54,1–72,4) (p<0,05). У женщин контрольной группы достоверно чаще беременность осложнялась плацентарными нарушениями – 41,5% (ДИ<sub>95</sub> 32,1–50,1) и 10,4% (ДИ<sub>95</sub> 5,6–17,6), соответственно, (p<0,05).

Выявлены достоверные различия в сроках родоразрешения в сравниваемых группах (p<0,05). Частота встречаемости преждевременных родов в основной группе составила – 5,7% (ДИ<sub>95</sub> 2,6–11,8), в контрольной – 18,6% (ДИ<sub>95</sub> 12,3–27,3) (p<0,05). Все преждевременные роды в основной группе произошли в интервале 34-37 недель гестации, тогда как в контрольной группе – 9 из 19 случаев преждевременных родов произошли до 34 недель.

Достоверных различий в способах родоразрешения женщин в сравниваемых группах выявлено не было (p>0,05). Женщины из основной группы родоразрешены в 22,6% (ДИ<sub>95</sub> 15,7–31,5) случаев путем операции кесарева сечения, через естественные родовые пути в 77,4% (ДИ<sub>95</sub> 68,5–84,2), в контрольной группе 34,3% (ДИ<sub>95</sub> 25,8–43,9) и 65,7% (ДИ<sub>95</sub> 56,1–74,1), соответственно.

Достоверных различий в течение послеродового периода в сравниваемых группах не было ( $p > 0,05$ ).

**Выводы.** 1. Проведение планового ультразвукового исследования в сроке 16-18 недель необходимо с целью формирования группы риска по ИЦН.

2. Превентивное назначение натурального микронизированного прогестерона при укорочении шейки матки 35-25 мм в сроке 16-18 недель приводит к достоверному снижению частоты преждевременных родов, плацентарных нарушений.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Vaginal progesterone in women with an asymptomatic sonographic short cervix in the midtrimester decreases preterm delivery and neonatal morbidity: a systematic review and metaanalysis of individual patient data / R. Romero, K. Nicolaides, A. Conde-Agudelo [et al.] // Am. J Obstet. Gynecol. – 2012. – 206 (2). – P. 1–19.

2. Vaginal progesterone, cerclage or cervical pessary for preventing preterm birth in asymptomatic singleton pregnant women with history of preterm birth and a sonographic short cervix / Z. Alfirevic, J. Owen, E. Carreras Moratona [et al.] // Ultrasound Obstet. Gynecol. – 2013. – №41. – P 146–151.

### ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ: РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОГО СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ЦЕНТРА

*Гарелик П.В., Арещенко К.В., Дубровщик О.И., Мармыш Г.Г., Червакова О.В.,  
Шевчук Д.А.*

*Гродненский государственный медицинский университет*

**Актуальность.** Одной из наиболее актуальных проблем в экстренной хирургии являются гастродуоденальные кровотечения (ГДК). У 15-20% пациентов страдающих язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки развиваются кровотечения. У 75-80% случаев кровотечение останавливается самостоятельно, а у 10-25%, при первичном эндоскопическом исследовании, является активным. Несмотря на значительные успехи хирургии и анестезиологии, летальность при острых ГДК составляет 5-14%, а при рецидиве возрастает до 30-40% и не имеет тенденции к уменьшению [5]. Основу лечения язвенного кровотечения на сегодняшний день составляют лечебная эндоскопия и фармакотерапия. Эндоскопические методы позволяют провести диагностику, оценить риск развития рецидива кровотечения и осуществить гемостаз, а фармакотерапия направлена на образование и стабилизацию тромба в язве и лечение путем подавления секреции соляной кислоты. Сейчас имеется широкий набор способов эндоскопического гемостаза, различных по физической природе,