

## ПРОФИЛАКТИКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ, СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА И МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ

Н. Н. Шаваз

Самаркандский Государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

**Ключевые слова:** Угроза беременности, преждевременные роды, фибронектиновый тест, утрожестан, нифедипин.

**Таянч сўзлар:** Хавфли ҳомиладорлик, муддатидан олдин туғиш хавфи, фибронектинли тест, утрожестан, нифедипин.

**Key words:** Pregnancy threat, premature birth, fibronectin test, utrozhestan, nifedipine.

**Цель исследования:** Определить частоту, основные причины и перинатальные исходы при преждевременных родах (ПР), оптимизировать лечение и ведение родов. Обследованы 126 пациенток со сроком беременности от 22 до 36 недель с явлениями угрожающих преждевременных родов по данным клинического обследования. Пациентки основной группы распределены на 2 подгруппы по 35 человек: Ia – утрожестан, Ib – нифедипин. В группу сравнения вошли 56 беременных (II), которые получали пероральную токолитическую терапию – гексапренилин (гинипрал) в дозе от 500 до 1500 мкг/сут. В нашем исследовании мы использовали тесты для прогнозирования ПР: фибронектиновый тест. **Результаты исследования** показали, что на фоне проводимого лечения у большинства пациенток обеих групп уже на 2–3 день отмечалось субъективное улучшение состояния, уменьшение болей и снижение возбудимости матки, которое подтверждалось данными УЗИ и КТГ. При этом отмечался достоверно более выраженный эффект в группе I (утрожестан/нифедипин) ( $p < 0,05$ ), который подтверждался данными УЗИ и состоянием шейки матки. Таким образом, утрожестан (микронизированный прогестерон) является перспективным альтернативным препаратом для монотерапии угрожающих преждевременных родов или их профилактики.

## МУДДАТИДАН ОЛДИН ТУҒИШНИНГ ПРОФИЛАКТИКАСИ, ЗАМОНАВИЙ ДИАГНОСТИКАСИ ВА МЕДИКАМЕНТОЗ ДАВОЛАНИШИ

Н. Н. Шавзи

Самарканд Давлат тиббиёт институти, Самарканд, Ўзбекистон

**Тақиқод мақсади:** Муддатидан олдин туғишнинг (МОТ) частотасини, асосий сабабларини ва перинатал оқибатини аниқлаш, туғиш жараёнини ва даволашни муқобиллаштиришдан иборат. Клиник текширув натижаларига асосланиб, МОТ хавфи бўлган 22-36 ҳафтадан иборат 126 та ҳомиладор аёллар кузатувга олинди. Асосий гуруҳдаги беморлар ҳар бири 35 аёллардан иборат 2 та кичик гуруҳга бўлинди, Ia – утрожестан, Ib – нифедипин. Таққослаш гуруҳига (2) токолитик перорал терапия – 500 дан 1500 мкг/сут дозасида гексапренилин (гинипрал) олаётган 56 та ҳомиладор аёллар киритилди. Бизнинг тақиқодимизда МОТ ни башорат қилиш учун фибринектинли тестдан фойдаланилди. Тақиқод натижалари шуни кўрсатдики, даволаниш жараёнида иккита гуруҳдаги аёлларда 2-3 кундан бошлаб умумий аҳолининг субъектив томонга ўзгариши кузатилди, оғриқлар камайиши ва бачадон кузгалувчанлиги пасайганлиги УТТ ва КТГ ҳулосасига кўра тасдиқланди. Шу билан бирга, УТТ маълумотларга ва бачадон бўйни ҳолатига кўра, I гуруҳдаги (утрожестан / нифедипин) ҳомиладор аёлларда сезиларли даражада ижобий натижага эришилди ( $p < 0,05$ ). Ҳулоса қилиб айтганда, утрожестан (микронланган прогестерон) МОТ хавфининг монотерапияси ёки унинг профилактикаси учун истикболли муқобил дори воситаси ҳисобланади.

## PREVENTION OF PREMATURE BIRTHS, MODERN DIAGNOSTICS AND MEDICAL THERAPY

N. N. Shavazi

Samarkand state medical institute, Samarkand, Uzbekistan

**Research objective:** To determine the frequency, basic reasons and perinatal outcomes at the premature births (PB), to optimize treatment and conducting childbirth. 126 patients with duration of gestation from 22 to 36 weeks with the phenomena of the menacing premature births according to clinical inspection are examined. Patients of the main group were distributed on 2 subgroups on 35 people: Ia – Utrozhestan, Ib – nifedipine. 56 pregnant women (II) who received oral tokolitics therapy entered into group of comparison – Hexaprolinum (ginipral) from 500 to 1500 mkg/days in a dose. In our research we used tests for forecasting of PB: fibronectin test. Results of a research showed that against the background of the carried-out treatment at most of patients of both groups for 2–3 day subjective improvement of a state, reduction of pains and decrease in excitability of a uterus which was confirmed by data of ultrasonography and KTG was noted. At the same time authentically more expressed effect in group I (utrozhestan/nifedipine) ( $p < 0.05$ ) which was confirmed by data of ultrasonography and with standing of a neck of uterus was noted. Thus, Utrozhestan (the micronized progesterone) is perspective alternative drug for monotherapy of the menacing premature births or their prevention.

Преждевременные роды – это роды в сроки от 22-х до 36-ти недель беременности, являются важной медико-социальной и демографической проблемой в силу высокой частоты осложнений и перинатальной смертности. Согласно данным ВОЗ (2003г.) ежегодно в мире происходят 5-6% преждевременных родов, а по данным некоторых исследователей частота данного осложнения составляет 15-20% случаев (Кулаков В.И. и соавт., 2002; Мурашко Л.Е., 2002; Сидельникова В.М. и соавт., 2002; Wilkins I. et al., 2005 Lockwood C.J. 2009; Melissa M. et al., 2007). Частота ПР составляет 7–10% от всех родов, причем, 9–10% детей рождаются до 37 недельного срока.

**Цель исследования:** Определить частоту, основные причины и перинатальные исходы при преждевременных родах, оптимизировать лечение и ведение родов. Перспективным и интересным в данном аспекте представляется препарат микронизированного прогестерона – утрожестан.

**Материалы и методы исследования:** Вошли 126 пациенток со сроком беременности от 22 до 36 недель с явлениями угрожающих преждевременных родов по данным клинического обследования. Основную группу составили 70 беременных (I), которым с целью профилактики ПР назначалась монотерапия: перорально нифедипин 40 мг в сутки (по 10 мг 4 раза в день во время еды) либо утрожестан 200 мг в сутки 1 раз в день вагинально на ночь. Рандомизация проводилась с рандомизационным коэффициентом равным 0,5, начиная с утрожестана (микронизированного прогестерона). Таким образом, пациентки основной группы распределились на 2 подгруппы по 35 человек: Ia – утрожестан, Ib – нифедипин. В группу сравнения вошли 56 беременных (II), которые получали пероральную токолитическую терапию – гексопреналин (гинипрал) в дозе от 500 до 1500 мкг/сут. В случаях выраженных изменений шейки матки 23 (32,8%) пациенткам I группы с разгружающей целью нами вводился акушерский пессарий на фоне санации влагалища.

В нашем исследовании мы использовали тесты для прогнозирования ПР: фибронектиновый тест, оценку длины шейки матки при помощи вагинального ультразвукового исследования и оценку длины шейки матки посредством аппарата цервиленс. Все тесты показали свою высокую информативность в отношении диагностики угрожающих ПР. Однако, диагностическая ценность объективного измерения длины шейки матки (аппарат цервиленс) и фибронектинового теста оказались выше.

**Результаты исследования:** На фоне проводимого лечения у большинства пациенток обеих групп уже на 2–3 день отмечалось субъективное улучшение состояния, уменьшение болей и снижение возбудимости матки, которое подтверждалось данными УЗИ и КТГ. При этом отмечался достоверно более выраженный эффект в группе I (утрожестан/нифедипин) ( $p < 0,05$ ), который подтверждался данными УЗИ и состоянием шейки матки. При сравнительном анализе Ia и Ib подгрупп мы не выявили существенных и достоверных данных по всем показателям эффективности. Необходимо отметить, что во II группе беременных, принимавших гексопреналин (гинипрал), в несколько раз чаще отмечались нежелательные побочные эффекты: тахикардия, аритмия, слабость, тремор, снижение артериального давления и др., тогда как у беременных Ib подгруппы (нифедипин) данные осложнения выявлялись достоверно реже, были менее выражены и носили адаптивный характер. Ни у одной пациентки в I группе не было выявлено индивидуальной непереносимости, аллергических реакций, диспепсических явлений и нарушений функций печени по данным УЗИ и показателей биохимического анализа крови. В большинстве случаев в обеих группах беременность была пролонгирована до доношенного срока (37 недель). Однако, в ретроспективной группе (гексопреналин) частота ПР составила 12,5% (7), тогда как в I группе данный показатель был достоверно ниже и составил лишь 7,1% (5) ( $p < 0,05$ ).

**Выводы:** Наш опыт показал сравнимую эффективность, а так же хорошую переносимость и отсутствие побочных реакций при применении нифедипина или утрожестана в качестве монотерапии в профилактике и лечении угрожающих ПР. На основании выше изложенного можно сказать, что утрожестан (микронизированный прогестерон) является пер-

спективным альтернативным препаратом для монотерапии угрожающих преждевременных родов или их профилактики. Эффективность его сравнима с нифедипином, препарат хорошо переносится и не вызывает побочных эффектов.

**Использованная литература:**

1. Бодяжина В.И., Жмакин К.Н., Кирющенко А.Л. Акушерство. 2009. М., Медицина.
2. Ванина Л.В. Беременность и роды при пороках сердца. Москва, 2001.
3. Ванина Л.В. Специализированная помощь беременным с заболеваниями сердца. //Акуш. и гин. 2001. №4. С. 72-76.
4. Вахабова У. К., Турсунов Т. А. Самарканд вилоятда оналар улимани камайтириш ишларида терапевтларнинг урни //Вестник врача общей практики. 2007. №1. С. 46-48.
5. Денисов И.Н. Практическое руководство по акушерству. М., 2001. ГЕОТАР-МЕДИА.
6. Джаббарова Ю.К., Пахомова Ж.Е. Профилактика акушерских осложнений в женской консультации и поликлинике. Ташкент 2004.
7. Дуда В.И., и соавт. Практическое акушерство. Минск, 2012.