

4. Фомина И.В., Пономарева М.Н., Алыева А.А. Кесарево сечение у женщин с патологией органа зрения // Евразийское научное объединение. – 2017. – Т.1, №3 (25). – С. 85-86.

5. Чабанова Н.Б., Василькова Т.Н., Полякова В.А., Шевлюкова Т.П. Оценка характера жировоголожения в динамике гестационного процесса по данным ультразвукового исследования // Российский электронный журнал лучевой диагностики. 2018. Т.8, №1. С. 129-136.

УДК 618.5

**Шавзи Н.Н., Султанов С.Н., Худаярова Д.Р.
ПРОФИЛАКТИКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ, СОВРЕМЕННАЯ
ДИАГНОСТИКА И МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ.**

Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета
Самаркандский Государственный Медицинский Институт, Самарканд,
Узбекистан

**Shavazi N.N., Sultanov S.N., Hudoyarova D.R.
PREVENTION OF PREMATURE BIRTHS, MODERN DIAGNOSTICS AND
MEDICAMENTOUS THERAPY.**

Department of obstetrics and gynecology of medical faculty
Samarkand State Medical Institute, Uzbekistan

E-mail: dr.zarrina.b.b@mail.ru

Аннотация. В статье рассмотрены эффективность фибронектинового теста и лечение угрозы.

Annotation. In article the efficiency of the fibronektinovy test and treatment of threat are considered.

Ключевые слова: Угроза, преждевременные роды, фибронектиновый тест, нифедипин, группы.

Keywords: Threat, premature birth, fibronektinovy test, nifedipine, groups.

Введение

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 недельном сроке.

Цель исследования – определение частоты, основных причин и перинатальных исходов 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 – гексапреналин (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 и их обсуждение

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

Список литературы:

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, 1971.
3. Ванина Л.В. Специализированная помощь беременным с заболеваниями сердца. //Акуш. и гин. – 1991. - №4. –С. 72-76.
4. Вахабова У. К., Турсунов Т. А. Самарканд вилоятида оналар улимини камайтириш ишларида терапевтларнинг урни //Вестник врача общей практики. -2007. -№1. -С. 46-48.
5. Вялов С., Ермолов А., Чорбинская С., Черниенко Е., Васина Т. и соавт. Митральная недостаточность. Москва, 2013
6. Денисов И.Н. Практическое руководство по акушерству. – М., - 2001. ГЕОТАР-мед.
7. Джаббарова Ю.К., Пахомова Ж.Е. Профилактика акушерских осложнений в женской консультации и поликлинике. Ташкент 2004.
8. Дуда В.И., и соавт. Практическое акушерство. Минск, 2012.

УДК 618.39

Шамро В.А., Моисеенко М.В., Аскерова М.Г.
АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА НЕВЫНАШИВАНИЯ
БЕРЕМЕННОСТИ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ УГРОЗЫ
ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В I И II ТРИМЕСТРАХ НА ЭТАПЕ
СТАЦИОНАРА

Кафедра акушерства и гинекологии лечебно-профилактического
факультета

Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

Shamro V.A., Moiseenko M.V., Askerova M.G.