

4. Стандарты антенатального ухода и оказания медицинской помощи беременным в учреждениях первичной медико-санитарной помощи. Министерство здравоохранения Республики Узбекистан, UNFPA. Т.: 2016. – 93 с.

5. Antenatal care for uncomplicated pregnancies (The National Institute for Health and Care Excellence, UK, 2017).

УДК: 618.396-085.256.52

**Максимова Т.С., Попова У.Ю., Алиханова Е.С.
ПРИМЕНЕНИЕ ГЕСТАГЕНОВ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ.
АНАЛИЗ ПОКАЗАНИЙ**

Кафедра акушерства и гинекологии
Южно-Уральский государственный медицинский университет
Челябинск, Российская Федерация

**Maksimova T.S., Popova U.IU., Alikhanova E.S.
APPLICATION OF GESTAGENES DURING PREGNANCY.
ANALYSIS OF INDICATIONS**

Department of obstetrics and gynecology
South Ural State Medical University
Chelyabinsk, Russia

E-mail: sts4032@yandex.ru

Аннотация. В статье рассмотрены вопросы касательно показаний к назначению гестагенов во время беременности. Проведено когортное поперечное исследование, включившее 128 беременных женщин, взятых методом сплошной выборки, на разных сроках гестации, среди которых выделена группа пациенток, получавших гестагенную поддержку. Определена частота назначения гестагенов и структура показаний к их применению во время беременности.

Annotation. The article addresses issues regarding the indications for prescribing gestagens during pregnancy. A cohort transverse study, which included 128 pregnant women taken by the continuous sampling method, was performed at different periods of gestation, among which a group of patients who received gestagenic support was identified. The frequency of gestagen administration and the structure of indications for their use during pregnancy was determined.

Ключевые слова: гестагены, показания к применению, невынашивание беременности.

Key words: progestin, indications for use, miscarriage.

Введение

Невынашивание беременности и преждевременные роды являются медицинской и социальной проблемой [3,4]. Так, на долю недоношенных детей приходится до 80% случаев ранней неонатальной заболеваемости и смертности. Мертворождение при преждевременных родах встречается в 8-13 раз чаще, чем при срочных родах. Частота невынашивания беременности в России составляет от 15 до 23% всех зарегистрированных беременностей и продолжает расти, при этом около 50% выкидышей приходится на долю привычной потери беременности. Показатель преждевременных родов также имеет постоянную тенденцию к росту [3,14,8,9]. Таким образом, профилактика невынашивания беременности у женщин группы риска на прегравидарном этапе и во время беременности представляет собой область активного научного интереса. Большое число исследований и мета-анализов посвящены изучению влияния препаратов прогестерона и возможности их применения для профилактики невынашивания и лечения угрозы прерывания беременности [1,2,5,6,7,10,11]. Многолетний опыт использования гестагенов у беременных позволил расширить представления о патогенетических механизмах их воздействия на матку и плод. Если раньше основными показаниями к гормональной терапии гестагенами были состояния, сопровождающиеся недостаточностью лютеиновой фазы, когда речь шла о восполнении гормонального дефицита, то в последние годы получены данные об иммуномодулирующем, нейропротекторном, анксиолитическом и токолитическом эффектах прогестерона. Хотя использование гестагенов для предотвращения преждевременных родов у женщин высокого риска является многообещающим, результаты научных исследований неоднозначны, чаще всего это связано с непрезентативностью сравниваемых групп. Что, в свою очередь, подчеркивает пробелы в наших знаниях о патогенезе преждевременных родов. Нерешенные вопросы относительно возможных механизмов действия различных прогестинов в профилактике преждевременных родов привели к неопределенности в отношении выбора препарата, пути его введения, оптимальной дозировки, длительности терапии и показаний к назначению.

Однако, в практической деятельности акушера-гинеколога препараты прогестерона используются довольно часто. В Приказе 572н производные прегнена и прегнадиена внесены в алгоритм лечения при следующих осложнениях беременности согласно МКБ-Х: О26.2-Медицинская помощь женщине с привычным невынашиванием беременности, О20.0-Угрожающий аборт, О20.8-Другие кровотечения в ранние сроки беременности, О20.9-Кровотечение в ранние сроки беременности неуточненное, N96-Привычный выкидыш, О34.3-Истмико-цервикальная недостаточность, требующая предоставления медицинской помощи матери. В Российской Федерации, среди зарегистрированных препаратов прогестерона, наиболее широко используются дидрогестерон и микронизированный прогестерон, инструкция к применению данных лекарственных средств включает следующие показания к их назначению у беременных: угрожающий аборт или предупреждение

привычного аборта вследствие недостаточности прогестерона. Показания к применению микронизированного прогестерона, в отличие от дидрогестерона, включают также предупреждение (профилактику) преждевременных родов у женщин из группы риска (с укорочением шейки матки и/или наличием анамнестических данных преждевременных родов и/или преждевременного разрыва плодных оболочек). Согласно Клиническим рекомендациям Российского общества акушеров-гинекологов, препараты прогестерона могут быть использованы при длине шейки матки 25 мм и менее, что приводит к снижению частоты преждевременных родов [3].

Таким образом, на сегодняшний день, регламентированные показания к назначению гестагенов во время беременности можно разделить на 2 группы: 1 – профилактические, 2 – терапевтические. К первой группе относятся «асимптомные» беременные группы риска: привычное невынашивание, наличие в анамнезе 1 и более преждевременных родов или поздних выкидышей. Вторая группа: угроза прерывания в 1 триместре, истмико-цервикальная недостаточность.

Цель исследования - определить частоту назначения гестагенов и структуру показаний к их применению во время беременности.

Материалы и методы исследования

Проведено когортное поперечное исследование, включившее 128 беременных женщин, взятых методом сплошной выборки, на разных сроках гестации, наблюдавшихся в женской консультации. Статистический анализ полученных данных проводили с использованием программы Microsoft Excel 2016. Из 128 обследуемых выделена группа пациенток, получавших гестагены во время беременности – 42 женщины, что составило – 32,81%.

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст беременных, которым были назначены гестагены, составил – $28,64 \pm 5,69$ лет, в позднем репродуктивном возрасте были 19,05% (8) женщин. Настоящая беременность была самостоятельной (спонтанной) в 88,1% (37) случаев, индуцированная беременность (после экстракорпорального оплодотворения) составила 11,9% (5). Беременность была многоплодной у 7,14% (3) пациенток, при этом в 2 случаях диагностирована гибель 1 плода из двойни на малом сроке.

Соматический анамнез был отягощен у 40,48% (17) беременных: заболевания сердечно-сосудистой и эндокринной систем были выявлены в равном проценте случаев и составили 11,9% (5), избыточную массу тела или ожирение имели – 9,5% (4) женщин, заболевания желудочно-кишечного тракта – также 9,5% (4), хронические специфические инфекции (вирусный гепатит, ВИЧ) – 7,14% (3), заболевания мочевыделительной и респираторной систем – 2,38% (1). Гинекологические заболевания в анамнезе были у 38,1% (16) женщин: миома матки – у 11,9% (5), воспалительные заболевания органов малого таза перенесли – 7,14% (3) пациенток, опухоли и опухолевидные

образования яичников – 7,14% (3), бесплодие в анамнезе имели 7,14% (3) беременных, полип эндометрия – 4,76% (2), СПКЯ – 2,38% (1).

Первобеременными были 42,86% (18) женщин, повторнородящие составили – 30,95% (13). Искусственный аборт до настоящей беременности имела почти каждая 4 пациентка – 23,8% (10), при этом аборт у первородящих составили – 7,14% (3). Невынашивание беременности в анамнезе было у 16,67% (7) беременных: самопроизвольный выкидыш на сроке до 12 недель — 85,71% (6), неразвивающаяся беременность – 28,57% (2), поздний выкидыш — 28,57% (2), преждевременные роды – 14,29% (1). Привычное невынашивание имели 4,76% (2) женщин.

При настоящей беременности, предлежание хориона в I триместре, по данным ультразвукового исследования, диагностировано в 21,43% (9) случаев. Беременность осложнилась угрожающим выкидышем – у 35,71% (15) обследуемых женщин.

Гестагенная поддержка в сроках до 20 недель проводилась у 83,33% (35) беременных обследуемой группы, из них – прием гестагенов после 20 недель был продолжен у 16,67% (7). После 20 недель гестагены были назначены в 16,67% (7) случаев. Дидрогестерон и микронизированный прогестерон применялись практически в равном проценте случаев и составили 54,76% (23) и 45,24% (9) соответственно. У 16,67% (7) пациенток, принимающих дидрогестерон с 1 триместра, после 20 недель данный препарат был заменен на микронизированный прогестерон.

Назначение гестагенов согласно, установленным инструкцией к препарату показаниям было в 45,24% (19) случаев: привычное невынашивание – 4,76% (2), угрожающий аборт – 33,33% (14), истмико-цервикальная недостаточность – 7,14% (3). У 35,71% (15) пациенток показания были расширены: индуцированная беременность – 9,52% (4), поздний выкидыш в анамнезе – 2,38% (1), предлежание хориона во время настоящей беременности – 11,9% (5), поздний репродуктивный возраст беременной – 9,52% (4), угрожающие преждевременные роды – 2,38% (1). В 19,05% (8) случаев показания назначения гестагенов беременным женщинам в медицинской документации не были определены.

Выводы:

1. Частота назначения препаратов прогестерона составила 32,81%.
2. Назначение гестагенов согласно, установленным инструкцией к препарату показаниям было в 45,24% случаев.
3. В 35,71% случаев показания были расширены.
4. У 19,05% женщин обследуемой группы показания к назначению гестагенов в медицинской документации не были определены.

Список литературы:

1. Боровкова Е.И. Эффективность и безопасность применения гестагенов у беременных с метаболическим синдромом. / Боровкова Е.И. - Гинекология. – 2014.- 01: 30-34.

2. Кулаков В.И. Преждевременные роды – тактика ведения с учетом срока гестации / Кулаков В.И., Серов В.Н., Сидельникова В.М. // Журнал акушерство и женские болезни. – 2002. - №2. – С.13-17.

3. Российское общество акушеров-гинекологов. Клинические рекомендации. Преждевременные роды. 2016. [Электронный ресурс]. URL: <https://medi.ru/klinicheskie-rekomendatsii/prezhdevre..> (дата обращения: 25.12.2018).

4. Behrman RE. Preterm birth: causes, consequences, and prevention / Behrman RE, Stith Butler A. – Washington, DC : National Academies Press, 2007.

5. Dodd JM et al. Prenatal administration of progesterone for preventing preterm birth [Электронный ресурс] // The Cochrane Database of Systematic Reviews: Reviews –2006.- URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/16437505/> (дата обращения:25.12.2018).

6. Acaia B. Progestogens for Maintenance Tocolysis in Women With a Short Cervix: A Randomized Controlled Trial / Acaia B, Benedetto C, Di Tommaso M, D'Amico R, Facchinetti F, Locatelli A, Marozio L, Pignatti L, Spitaleri M, Vergani P, Vicini R, Zaina B. - Obstet Gynecol. – 2017.- 130(1):64.

7. Celik E. Progesterone and the risk of preterm birth among women with a short cervix./ Celik E, Fonseca EB, Nicolaidis K.H., Parra M, Singh M. - New England Journal of Medicine. -2007.-357: 462-469.

8. Culhane J.F. Epidemiology and causes of preterm birth / Culhane J.F., Goldenberg R.L., Iams J.D. - Lancet. – 2008. – Vol. 371. – P.75-84.

9. Gravett M.G. Global report on preterm birth and stillbirth (2 of 7): discovery science / Gravett M.G., Nunes T.M. , Rubens C.E. // BMC Pregnancy Childbirth. – 2010. – Vol. 10. Suppl 1. – P.S2.

10. Cetingoz E. Vaginal progesterone for preventing preterm birth and adverse perinatal outcomes in singleton gestations with a short cervix: a meta-analysis of individual patient data / Cetingoz E., Conde-Agudelo A., Creasy G.W., Da Fonseca E., Hassan S.S., Nicolaidis K.H., O'Brien J.M., Romero R. // Am J Obstet Gynecol. - 2018.-218(2):161.

11. Nagele F. Oral dydrogesterone treatment during the first trimester of pregnancy: the prevention of miscarriage study (PROMIS). A double-blind, prospectively randomized, placebo-controlled, parallel group trial. / Nagele F., Hefler L., Walch K.// J Matern Fetal Neonatal Med. -2005.- 18 (4): 265–9.

УДК 616-018.2-007.17

Мещерякова М.В., Дианова Д.А., Яхонтова А.В., Майтесян М.М., Акимова А.В., Палабугина П.А.

**КОРРЕЛЯЦИЯ ВНЕШНИХ ПРИЗНАКОВ ДИСПЛАЗИИ
СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ С РАЗМЕРАМИ ЖЕНСКОГО ТАЗА**

Кафедра госпитальной терапии и скорой медицинской помощи
Уральский государственный медицинский университет