

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ
МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
BUCOVYNA STATE MEDICAL UNIVERSITY

KLINICHNA TA

CLINICAL & EXPERIMENTAL

EKSPERIMENTAL'NA

PATHOLOGY

PATOLOGIYA

Т. XIII, №2 (48), 2014

**Щоквартальний український
науково-медичний журнал.
Заснований у квітні 2002 року**

**Свідоцтво про державну реєстрацію
Серія КВ №6032 від 05.04.2002 р.**

Засновник і видавець: Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Головний редактор
Т. М. Бойчук

Перший заступник головного редактора
В. Ф. Мислицький

Відповідальні секретарі:
С. Є. Дейнека
О. С Хухліна

Секретар
Г. М. Лапа

Наукові редактори випуску:
д. мед. н., проф. В. М. Коновчук
д. мед. н., проф. І. Ю. Полянський
д. біол. н., проф. С. С. Костишин

Редакційна колегія:

Власик Л. І.
Денисенко О. І.
Іващук О. І.
Ілашук Т. О.
Колоскова О. К.
Коновчук В. М.
Костишин С. С.
Марченко М. М.
Мецишен І. Ф.
Полянський І. Ю.
Руденко С. С.
Сидорчук І. Й.
Сорокман Т. В.

Адреса редакції: 58002, Чернівці, пл. Театральна, 2, видавничий відділ БДМУ.

Тел./факс: (0372) 553754. **E-mail:** vfmyslickij@rambler.ru

Повнотекстова версія журналу представлена на сайті <http://www.bsmu.edu.ua/KEP>

Електронні копії опублікованих статей передаються до **Національної бібліотеки ім. В.В.Вернадського** для вільного доступу в режимі on-line.

Реферати статей публікуються в "**Українському реферативному журналі**", серія "Медицина"

Редакційна рада:

проф. А. В. Абрамов (Запоріжжя, Україна); акад. РАН, проф. І. Г. Акмаєв (Москва, Російська Федерація); проф. Е. М. Алієва (Баку, Азербайджан); проф. А. І. Березнякова (Харків, Україна); проф. В. В. Братусь (Київ, Україна); чл.-кор. НАН України, проф. Г. В. Донченко (Київ, Україна); проф. Т. М. Досаєв (Алмати, Республіка Казахстан); чл.-кор. НАН України, проф. В. М. Єльський (Донецьк, Україна); проф. Н. К. Казимірко (Луганськ, Україна); проф. І. М. Катеренюк (Кишинів, Республіка Молдова); проф. Л. Я. Ковальчук (Тернопіль, Україна); проф. Ю. М. Колесник (Запоріжжя, Україна); проф. М. В. Кришталь (Київ, Україна); проф. А. В. Кубишкін (Сімферополь); чл.-кор. АМН України, проф. В. А. Міхньов (Київ, Україна); акад. НАН України, проф. О. О. Мойбенко (Київ, Україна); акад. АМН, чл.-кор. НАН України, О. Г. Резніков (Київ, Україна); чл.-кор. НАН України, проф. В. Ф. Сагач (Київ, Україна); чл.-кор. НАН України, проф. Р. С. Стойка (Львів, Україна); проф. В. В. Чоп'як (Львів, Україна); проф. В. О. Шидловський (Тернопіль, Україна); проф. Шумаков В. О. (Київ, Україна).

Згідно постанови Президії ВАК України (№1-05/4 від 14.10.2009 р.) журнал "Клінічна та експериментальна патологія" віднесено до таких, де можуть публікуватися основні результати докторських та кандидатських дисертацій із медицини та біології

Рекомендовано Вченою радою Буковинського державного медичного університету (протокол № 9 від 29.05.2014 р.)

Матеріали друкуються українською, російською та англійською мовами

Комп'ютерний набір і верстка -
М.П. Мотрук
Наукове редагування - редакції

Рукописи рецензуються. Редколегія залишає за собою право редагування.

Редагування англійського тексту - Г. М. Лапи

Передрук можливий за письмової згоди редколегії.

Коректор - О. Р. Сенчик

ISSN 1727-4338

© "Клінічна та експериментальна патологія" (Клін. та експерим. патол.), 2014

© **Clinical and experimental pathology (Clin. and experim. pathol), 2014**
Founded in 2002
Publishing four issues a year

© "Клиническая и экспериментальная патология" (Клин. и эксперим. патол.), 2014

*циркадіанних хроноритмів
вільнорадикального гомеостазу за
умов свинцевого отруєння*

Г.Я. Ступницька

*Показники функції зовнішнього
дихання та толерантність до
фізичного навантаження у хворих на
хронічне обструктивне захворювання
легень, залежно від індексу маси тіла*

*В.К. Ташчук, О.М. Гінгуляк,
О.С. Полянська*

*Ефективність впровадження деяких
підходів (статини і метаболічна
терапія) до лікування субклінічного
атеросклерозу за даними ультразву-
вкового сканування екстракра-
ніальних судин*

О.В. Ткачук

*Модифікуючий вплив цукрового
діабету на чутливість клітин
лімфоїдної популяції тимуса до
ішемічно-реперфузійного
пошкодження головного мозку*

Н.Я. Чуйко

*Морфометричний аналіз
патологічних змін у артеріях
головного мозку при метаболічному
синдромі, ускладненому інсультом*

А.Ф. Шипко

*Актуальные вопросы детской
эндокринологической службы
Харьковской области*

*М.О. Щербина, Му'авія Салем
Альмарадат, І.Ю. Кузьміна,
О.І. Скорбач*

*Особливості перебігу вагітності й
пологів залежно від методу корекції
істміко-цервікальної недостатності*

*О.Я. Яцкевич, О.О. Абрагамович,
З.В. Яцкевич*

Ерадикація Helicobacter pylori у

*chronorhythms of freeradical homeostasis
under conditions of lead poisoning*

134 *G. Ya. Stupnytska*

*Parameters of pulmonary function test
and exercise tolerance in patients with
chronic obstructive pulmonary disease
depending on body mass index*

139 *V.K. Tashchuk, O.M. Gingulyak,
O.S. Polianska*

*Efficiency of the implementation of some
approaches (statins and metabolic
therapy) to the treatment of subclinical
atherosclerosis according to ultrasound
scan data of extracranial vessels*

144 *A.V. Tkachuk*

*Modifying effect of diabetes mellitus
upon sensitivity of limfoid population
cells of thymus to ischemia-reperfusion
damage of the brain*

151 *N.Y. Chuiko*

*Morphometric analysis of pathological
changes in the cerebral arteries under
the metabolic syndrome, complicated by
stroke*

157 *A.F. Shipko*

*Pressing questions of child's
endocrinology service of Kharkov area*

161 *M.O. Scherbyna, Mu'avia Salem
Almaradat, I. Yu. Kuzmina, E.I. Skorbach*
*Features of the clinical course of
pregnancy and labour, depending on the
method of correction of cervical
incompetence*

164 *O. Ya Yatskevych, O.O. Abrahamovych,
Z.V. Yatskevych*
Eradication of Helicobacter pylori in

УДК 618.146:618.3:616-073.4-8

*М.О.Щербина,
Му'авія Салем Альмарадат,
І.Ю. Кузьміна,
О.І. Скорбач*

Харківський національний медичний
університет

Ключові слова: вагітність,
істміко-цервікальна недостат-
ність, розвантажуючий пессарій,
шви на шийці матки.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ Й ПОЛОГІВ ЗАЛЕЖНО ВІД МЕТОДУ КОРЕКЦІЇ ІСТМІКО-ЦЕРВІКАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

Резюме. Представлений порівняльний аналіз перебігу вагітності й пологів при консервативній та хірургічній корекціях істміко-цервікальної недостатності (ІЦН). При накладенні швів частіше проводилася госпіталізація в стаціонар з приводу загрози переривання вагітності ($p < 0,05$), розродження проводили шляхом кесарева розтину в 30,3% випадків ($p < 0,05$). При використанні розвантажуючого пессарія частіше було потрібна санація піхви у зв'язку з розвитком кольпіту (26,7 %, $p < 0,05$), розродження через природні пологові шляхи - 95,3 % ($p < 0,05$). Проте в цьому випадку переважали допологове вилиття навколоплідних вод (27,1%, $p < 0,05$), епізіотомія (27,5%, $p < 0,001$), травми м'яких тканин пологових шляхів (25,8%, $p < 0,05$). Мимовільні пологи після накладення швів частіше характеризувалися розривами шийки матки (47,8%, $p < 0,001$), швидкими пологами (24,2%, $p < 0,05$).

Вступ

Проблема невиношування вагітності є однією з актуальних в сучасному акушерстві, оскільки не лише призводить до порушення репродуктивної функції жінки, але й чинить негативний вплив на народжуваність, зумовлюючи значне підвищення рівня перинатальної смертності й захворюваності новонароджених у ранньому неонатальному періоді [1,2].

Незважаючи на багатофакторність етіології невиношування, однією з провідних причин, які викликають переривання вагітності в другому триместрі, є істміко-цервікальна недостатність (ІЦН) [3,4], корекцію якої можливо проводити консервативними й хірургічними методами [5,6].

У літературі описані різні методики корекції ІЦН, ефективність яких досягає 83-96 % [7]. Проте ми не зустріли даних про особливості перебігу вагітності залежно від використання консервативного або хірургічного методу корекції.

Мета дослідження

Вивчити особливості перебігу вагітності й пологів залежно від методу корекції ІЦН.

Матеріал і методи

Досліджено перебіг вагітності й пологів у 44 пацієнток з ІЦН. Діагноз ІЦН був верифікований у

13-30 тижнів гестації за даними анамнезу, вагінального та ультразвукового досліджень. Вагінальне дослідження виконувалося всім пацієнткам при постановці на диспансерний облік по вагітності, у другому триместрі за наявності обтяженого акушерського анамнезу й при появі ознак загрози переривання вагітності.

Для оцінки стану шийки матки використовували бальну оцінку ступеня ІЦН за шкалою Штембера. Усім пацієнткам (44 жінки) при появі ознак загрози переривання вагітності проводилася зберігаюча терапія в стаціонарних умовах. З цією метою призначали седативні препарати, спазмолітичні засоби, магnezійну терапію, вітамінотерапію, фізіотерапію. Корекція ІЦН була проведена в 40 жінок: розвантажуючим пессарієм у 60% (І група, $n=24$), накладенням двох П-подібних швів поблизу ділянки внутрішнього зіву шийки матки в 40% (ІІ група, $n=16$). У 4 жінок (9%) корекція не була виконана у зв'язку з пізнім діагностуванням ІЦН.

Для профілактики розвитку запалення піхви проводилося дослідження вагінальних мазків із частотою 1 раз на місяць. При появі ознак кольпіту призначалася санація піхви водорозчинними і полікомпонентними антисептиками. При сприятливому перебігу вагітності розвантажуючий пессарій, або шви на шийці матки видаляли в 36-38 тижнів вагітності.

Отримані дані піддавалися статистичній обробці.

Обговорення результатів дослідження

Вік обстежуваних пацієток в I групі склав у середньому $29,3 \pm 0,3$ років, у II - $25,6 \pm 0,8$ років. Першовагітними в I групі були 32,4 % пацієтки, повторновагітними - 67,6%, в II групі - 25,8% і 74,2%, відповідно. Терміни проведення корекції ІЦН в I групі склали, в середньому, $20,9 \pm 0,9$ тижнів: в 13-15 тижнів - 7,5%, в 16-20 - 41,8%, в 21-30 - 50,7%. У II групі терміни корекції в середньому були $17,9 \pm 0,8$ тижнів: у 13-15 - 6,5%, в 16-20 - 74,2 %, в 21-30 - 19,3 %. Таким чином, корекція ІЦН шляхом накладення швів на шийку матки в більшості випадків здійснюється до 20 тижнів гестації.

Довжина шийки матки, за даними вагінального дослідження, при проведенні корекції ІЦН була в I групі: 5-10 мм - в 17,6 % випадків, 11-15 мм - в 45,6 %, 16-20 мм - в 32,4 %, 21-25 мм - в 4,4 %; у II групі: 5-10 мм - в 30,8% випадків, 11-15 мм - в 38,5 %, 16-20 мм - в 19,2 %, 21-25 мм - в 11,5%. Корекція швами виконувалася при коротшій шийці матки ($p < 0,01$).

Перебіг вагітності ускладнився загрозою переривання в 76,4 % пацієток. Вагітні жалілися на болі внизу живота, у попереку, підвищення тонуусу матки в 79,1 % випадків. Повторна госпіталізація в стаціонар у вагітних I групи була, в середньому, $1,7 \pm 1,5$ раз: 1 раз - 39,8 % ($p < 0,001$), 2 - 23,7 %, 3 - 23,3%; у II групі в середньому $2,5 \pm 1$ раз ($p < 0,05$): 1 раз - 12,1 %, 2 - 45,5%, 3 - 42,4%. Таким чином, пацієтки зі швами на шийці матки підлягають частішій госпіталізації в стаціонар з приводу загрози переривання.

Іншими ускладненнями вагітності на тлі корекції ІЦН, що проводиться, стали кольпіт і плацентит, за даними УЗД. У I групі частота кольпіту склала 26,7%, в II - 12,1 % ($p < 0,05$). Явища плацентиту, за даними УЗД, навпаки, частіше діагностувалися в II групі - 6,1 % випадків проти 2,1 % в I групі ($p < 0,001$).

Пологи у фізіологічний термін (37-41 тиждень) настали в 93,3 % жінок, передчасні пологи (23-36 тижнів) - у 4,7 %, мимовільний викидень (19-22 тижнів) - у 2 %. У I групі термінові пологи склали 93,6 %, передчасні - 6,4 %, в 2 - 87,9 % і 12,1%, відповідно.

Розродження *per vias naturalis* було виконане в 90,9 % жінок, шляхом кесаревого розтину - у 7,1 %. Свідченнями для проведення оперативного розродження стали: міопія високого ступеню, рубець на матці, гестоз середнього й важкого

ступеня, фетоплацентарна недостатність у стадії субкомпенсації, клінічно вузький таз, дискоординація пологової діяльності, передчасне відшарування плаценти, загроза розриву матки.

Розродження шляхом кесаревого розтину було виконано у 4,7 % пацієток I групи і в 30,3 % жінок 2 групи ($p < 0,05$). Провідними показниками до оперативного розродження в I групі були екстрені ситуації при пологах - клінічно вузький таз, аномалії пологової діяльності, преексплампсія важкого ступеня, загроза розриву матки, тоді, як для II групи такими причинами була наявність обтяженого акушерського анамнезу.

У пацієток I групи аномалії пологової діяльності були відмічені в 11,4% випадків, у II групі - в 9,1 %, передчасне вилиття навколоплідних вод - 27,1% і 15,2 %, раннє вилиття навколоплідних вод - 8,1 % і 12,1 %, епізіотомія - 27,5% і 0 % ($p < 0,05$), травми м'яких тканин пологових шляхів - 25,8 % і 8,7% ($p < 0,05$), розриви шийки матки - 7,6 % і 48,6 % ($p < 0,05$), відповідно.

Загальна тривалість пологів в I і II групах практично не відрізнялася й склала $6,8 \pm 3,2$ год і $6,4 \pm 2,4$ год відповідно ($p > 0,05$).

При накладенні швів достовірно частіше здійснювалася госпіталізація в стаціонар з приводу загрози переривання вагітності, при використанні розвантажуючого пессарія достовірно частіше потрібно проводити санацію піхви у зв'язку з розвитком кольпіту.

Результат закінчення вагітності не розрізняється при різних методах корекції ІЦН по кількості термінових і передчасних пологів. При накладенні швів на шийку матки достовірно частіше проводиться розродження шляхом кесарева розтину, а при використанні розвантажуючого пессарія - через природні пологові шляхи. Проте, в цьому випадку, переважають допологове вилиття навколоплідних вод, епізіотомія, травми м'яких тканин пологових шляхів.

У пологах через природні пологові шляхи після накладення швів на шийку матки з приводу ІЦН частіше спостерігалися розриви шийки матки.

Висновки

Таким чином, на підставі проведеного дослідження виявлено, що корекція ІЦН шляхом накладення швів на шийку матки в більшості випадків здійснюється до 20 тижнів гестації. Корекція швами, порівняно з розвантажуючим пессарієм, виконується при коротшій шийці матки. Пацієтки, зі швами на шийці матки, частіше потребують госпіталізації з приводу загрози переривання, проте при використанні розвантажуючого пессарія достовірно частіше

потрібно проводити санацію піхви у зв'язку з можливим розвитком кольпіту.

При накладенні швів на шийку матки достовірно частіше проводиться розродження шляхом кесарево розтину, а при використанні розвантажуючого пессарія - через природні пологові шляхи.

Перспективи подальших досліджень

Подальші дослідження будуть спрямовані на розробку нового, безпечного консервативного методу корекції ІЦН, який буде мати значні переваги, порівняно з вже існуючими методами лікування цього ускладнення при вагітності.

Література. 1. Сидельникова, В.М. Привычная потеря беременности / В.М. Сидельникова. - М.: Триада-Х, 2003. - 304 с. 2. Шкваренко Т.И. Новый подход в лечении ИЦН при невынашивании беременности // Тез. докл. научно-практической конференции "Невынашивание беременности". - Южно-Украинск, 2001. С. 15. 3. Ковпий Ю.В. Дифференцированная тактика ведения беременных с функциональной истмико-цервикальной недостаточностью текст./ Ковпий Ю.В. // Росс. вестн. акушера гинекол. 2004. - №4.-С. 55-57. 4. Blair O. A randomized controlled trial of out patient versus inpatient cervical cerclage / O.Blair, H.Fletcher, S.Kulkarni // Journal of Obstetrics and Gynecology. 2002. - Vol. 22, No. 5. - P.493-497. 5. Опыт лечения невынашивания беременности с помощью акушерского пессария /Л.Н. Комарцева, А.А. Марчак, Т.А. Максимова и соавт. // Амбулаторная хирургия. Стационарзаменяющие технологии. - 2004. - № 3(15). - С. 44-45. 6. Bergelin J. Patterns of normal change in cervical length and width during pregnancy in nulliparous woman: a prospective, longitudinal ultrasound study / J. Bergelin, L.Valentin // Ultrasound Obstetric Gynecology. 2001. - Vol. 9, №n 18(3).-P.217-222.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕТОДА КОРРЕКЦИИ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Н.А. Щербина, Му'авия Салем Альмарадат, И.Ю. Кузьмина, Е.И. Скорбач

Резюме. Представлен сравнительный анализ течения беременности и родов при консервативной и хирургической коррекции истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН).

При наложении швов чаще производилась госпитализация в стационар по поводу угрозы прерывания беременности ($p < 0,05$), родоразрешение проводили путем кесарева сечения в 30,3% случаев ($p < 0,05$). При использовании разгружающего пессария чаще требовалось санирование влагалища в связи с развитием кольпита (26,7%, $p < 0,05$), родоразрешение через естественные родовые пути - 95,3 % ($p < 0,05$). Однако в этом случае преобладали родовое излитие околоплодных вод (27,1%, $p < 0,05$), эпизиотомия (27,5 %, $p < 0,001$), травмы мягких тканей родовых путей (25,8%, $p < 0,05$). Самопроизвольные роды после наложения швов чаще характеризовались разрывами шейки матки (47,8 %, $p < 0,001$), быстрыми родами (24,2 %, $p < 0,05$).

Ключевые слова: беременность; истмико-цервикальная недостаточность; разгружающий пессарий; швы на шейку матки.

FEATURES OF THE CLINICAL COURSE OF PREGNANCY AND LABOUR, DEPENDING ON THE METHOD OF CORRECTION OF CERVICAL INCOMPETENCE

M.O. Scherbyna, Mu'avia Salem Almaradat, I. Yu. Kuzmina, E.I. Skorbach

Abstract. A comparative analysis of the course of pregnancy and labour after conservative and operative correction of cervical incompetence (CI) has shown that, after cerclage, patients were more often hospitalized due to a threatened miscarriage ($p < 0,05$), and the delivery was caesarean in 30,3% of cases ($p < 0,05$). After the application of a pessary, the patients more often needed vaginal sanitation in connection with the development of colpitis 26,7 % ($p < 0,05$), and the delivery was vaginal in 95,3 % ($p < 0,05$). However, there was a prevalence of the following: xerotocia (27,1%, $p > 0,05$), episiotomy (27,5%, $p < 0,001$), soft tissue traumas (25,8 %, $p < 0,05$). Spontaneous deliveries after cerclage were more often marked with laceration of cervix (47,8 %, $p < 0,001$) and oxytocia (24,2 %, $p < 0,05$).

Key words: pregnancy; cervical incompetence; pessary; cervical cerclage.

Kharkive National Medical University, (Kharkiv)

Clin. and experim. pathol.- 2014.- Vol.13, №2 (48).-P.161-163.

Надійшла до редакції 01.06.2014

Рецензент – проф. О. В. Кравченко

© М.О.Щербина, Му'авия Салем Альмарадат, И.Ю. Кузьмина, Е.И. Скорбач, 2014