

ИЦН корригирована цервикальным серкляжем у 14 (23,3%) женщин, разгружающим акушерским pessarium у 10 (16,6%) женщин. Все женщины с ИЦН получали гормональную поддержку препаратами прогестерона.

В контрольной группе у 43 (97,7%) женщин произошли роды в срок, соответственно, у 1 (2,3%) женщины были преждевременные роды. Из родивших женщин ($n=30$) с ИЦН у 16 (53,3%) произошли роды в срок, у 14 (46,7%) женщин произошли преждевременные роды ($p=0,001$). Из преждевременных родов 8 (57,1%) в сроке 34–36 недель беременности, 6 (42,9%) в сроке 32–34 недели беременности. Ранних и очень ранних преждевременных родов у пациенток не было.

В основной группе роды через естественные родовые пути произошли у 21 (70%) женщины, путем операции кесарево сечение – у 9 (30%). В контрольной группе у 26 (60%) женщин произошли роды через естественные родовые пути. В умеренной асфиксии (6 баллов по шкале Апгар) родилось 6 (42,9%) недоношенных новорожденных при преждевременных родах в основной группе.

Выводы

1. Женщины, беременность которых осложнилась истмико-цервикальной недостаточностью, в 45% имеют отягощенный акушерско-гинекологический анамнез ($p=0,001$), включая невынашивание предшествующих беременностей в 28% ($p=0,01$)

2. У беременных с истмико-цервикальной недостаточностью чаще происходят преждевременные роды ($p=0,001$).

3. Исходя из результатов, важно тщательно анализировать акушерско-гинекологический анамнез и внимательно следить за ходом беременности.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Акушерство. Национальное руководство / под ред. Г. М. Савельевой, Г. Т. Сухих, В. Н. Серова [и др.]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – С. 200–250.
2. Привычная потеря беременности: учеб.-метод. пособие / под ред. Л. Д. Белоцерковцевой, А. Э. Каспаровой, Л. В. Коваленко – Сургут: ИЦСурГУ, 2014. – С. 50.
3. Анализ исходов беременностей и родов при истмико-цервикальной недостаточности / П. Г. Анжоева, А. И. Шаманова, Ю. А. Суншева [и др.] // Международный научно-исследовательский журнал. – 2024. – № 6. – С. 144–148.
4. Кох, Л. И. Истмико-цервикальная недостаточность при различных факторах риска / Л. И. Кох, И. В. Сатышева // Сибирское медицинское обозрение. – 2008. – № 2. – С. 1–8.
5. Беспалова, О. Н. Выбор метода коррекции истмико-цервикальной недостаточности / О. Н. Беспалова, С. Г. Спартакович // Журнал акушерства и женских болезней. – 2017. – Т. 66, № 3. – С. 157–168.

УДК 618.39-08-036.8

А. И. Василенко

Научный руководитель: ассистент кафедры Н. П. Пяткова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

СПОСОБЫ ТЕРАПИИ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ОЦЕНКА ИХ ЭФФЕКТИВНОСТИ

Введение

Частота невынашивания беременности составляет 10–25 % всех беременностей. Неблагоприятный исход предыдущей беременности отражается на репродуктивном здоровье женщины, на способности к последующему зачатию и вынашиванию здорового ребенка. Таким образом, невынашивание беременности не теряет своей актуальности в современном акушерстве [1].

Невынашиванием беременности считают самопроизвольное прерывание ее в сроки от периода зачатия до 37 недель гестации [2].

Самопроизвольный аборт (выкидыш) – самопроизвольное изгнание или экстракция эмбриона или плода массой до 500 г, что соответствует гестационному возрасту до 22 недель беременности.

Угрожающий аборт проявляется тянущими болями внизу живота и в пояснице, скудными кровяными выделениями из половых путей. Тонус матки повышен, шейка матки не укорочена, внутренний зев закрыт, тело матки соответствует сроку беременности. При ультразвуковом исследовании регистрируется сердцебиение плода.

В качестве возможных причин угрожающего выкидыша являются:

1. Возраст матери. В возрастной группе женщин от 20 до 30 лет риск самопроизвольного выкидыша составляет 9–17%, в 40 лет – 40%, в 45 лет – 80%.
2. Паритет. У женщин с двумя и более беременностями в анамнезе риск выкидыша выше, чем у нерожавших женщин, причем этот риск не зависит от возраста.
3. Наличие самопроизвольных выкидышей в анамнезе.
4. Курение, употребление кофеина.
5. Дефицит фолиевой кислоты [3].

Согласно рекомендациям, принятым в нашей стране, начавшийся аборт (выкидыш) является показанием для госпитализации в гинекологическое отделение. Назначают постельный режим (физический и сексуальный покой), спазмолитические препараты (дротаверина гидрохлорид при выраженных болевых ощущениях внутримышечно по 40 мг (2 мл) 2–3 раза в сутки с последующим переходом на пероральный прием от 3 до 6 таблеток в сутки (40 мг в 1 таблетке, препараты магния). Назначение препарата фолиевой кислоты в суточной дозе 0,4 мг ежедневно. При выраженных кровяных выделениях из половых путей с гемостатической целью используется этамзилат по 250 мг в 1 мл – по 2 мл внутримышечно 2 раза в сутки с переходом на пероральный прием по 1 таблетке (250 мг) 2–3 раза в день. Для остановки кровотечения также используется транексамовая кислота. Длительность лечения устанавливается индивидуально в зависимости от интенсивности и длительности кровяных выделений. [4].

Цель

Изучить анамнестические и клинические данные у женщин с угрожающим выкидышем, оценить особенности течения заболевания и эффективность проводимой терапии

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 66 медицинских карт пациентов с диагнозом угрожающий выкидыш за 2024 год, госпитализированных в гинекологическое отделение Государственного учреждения здравоохранения «Гомельская городская клиническая больница скорой медицинской помощи». Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием «Microsoft Office Excel 2021».

Результаты исследования и их обсуждение

В результате изучения данных историй болезни средний возраст исследуемых пациенток составил $30,2 \pm 2,8$ года. Анализ клинических данных показал, что основной жалобой во время госпитализации было наличие кровянистых выделений из половых путей различной интенсивности – 37 (56%) женщин, также боли внизу живота были отмечены в 12 (18%) случаях, а сочетание указанных симптомов было выявлено у 17 (26%) женщин с различными сроками беременности от малого срока (менее 5 недель) до 20 недель (рисунок 1). Анализ данных ультразвукового исследования показал, что в 17 (26%) случаях была выявлена ретрохориальная гематома.

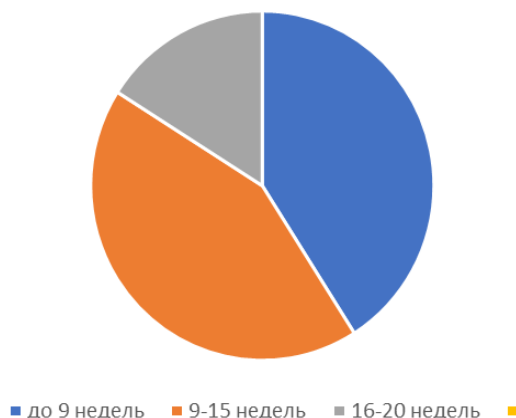


Рисунок 1 – Сроки беременности у пациенток с диагнозом «Угрожающий аборт», госпитализированных в отделение гинекологии ГУЗ «ГГКБСМП» за 2024 г.

Анализируя акушерский анамнез, было выявлено, что настоящая беременность являлась первой у 24 (36%) девушек, второй – у 23 (35%) пациенток, третьей – у 12 (18%) женщин, четвертой – у 5 (8%) девушек, также было выявлено по 1 (2%) случаю пятой и восьмой беременностей. При сборе репродуктивного анамнеза было выявлено, что предыдущие беременности заканчивались самопроизвольным выкидышем у 19 (29%) женщин, в том числе по 1 самопроизвольному выкидышу было у 14 (21%) исследуемых, 2 выкидыша – у 4 (6%) женщин. Кроме того, был выявлен 1 случай с 7 выкидышами в анамнезе. Без ранних перинатальных потерь было зарегистрировано 47 (71%) женщин.

Анализ сопутствующих соматических заболеваний показал, что у 9 (14%) женщин был отягощен соматический анамнез. Так, хроническая артериальная гипертензия была зарегистрирована у 3 (5%) женщин, хронический пиелонефрит вне обострения был зарегистрирован у 2 (3%) женщин. Кроме того, было выявлено из анамнеза по 1 (2%) случаю острого лимфобластного лейкоза в ремиссии, наружного геморроя, синдрома Жильбера, антифосфолипидного синдрома.

Отягощенный гинекологический анамнез был у 25 (38%) женщин, в том числе интрамуральная лейомиома матки, выявленная до беременности, была у 4 (6%) женщин, дисплазия шейки матки – у 4 (6%) человек, киста яичника – у 3 (5%) пациенток.

Течение данной беременности осложнилось острым вагинитом в 30 (45%) случаях, анемией легкой степени – в 7 (11%) случаях, децидуальным полипом шейки матки – у 2 (3%) женщин.

В стационаре проводилась терапия следующими препаратами: папаверина гидрохлорид (94%), дротаверина гидрохлорид (86%), сустен (39%), дюфастон (33%), этамзилат натрия (73%), фолиевая кислота (71%), транексамовая кислота (9%), Ферромед (9%), а также терапия сопутствующих заболеваний.

Беременность была сохранена в 56 (85%) случаях. Прерывание беременности на фоне проводимой терапии наблюдалось у 4 (6%) женщин. У 6 (9%) оценить эффективность проводимого лечения не предоставляется возможным, поскольку они отказались от стационарного лечения и были выписаны без динамики. Все женщины исходно получали беременность сохраняющую терапию (спазмолитическую, гормональную), а также терапию по сопутствующим заболеваниям (острый вагинит, острый ринофарингит, хроническая артериальная гипертензия).

Среди женщин, беременность у которых прервалась, было 2 случая с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом (лейомиома матки больших размеров, рубец на

матке) и 2 случая осложнений во время данной беременности (острый ринофарингит с температурой и острый аппендицит).

У всех женщин с прервавшейся беременностью по УЗИ была обнаружена ретрохориальная гематома объемом более 0,2 см³.

Выводы

1. К факторам риска самопроизвольного выкидыша можно отнести возраст старше 30 лет, осложнения течения беременности (ретрохориальные гематомы), острые воспалительные заболевания, а также отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (миома матки больших размеров, рубец на матке). С профилактической целью необходимо на этапе прегравидарной подготовки и во время беременности женщин старше 30 лет и женщин, имеющих осложнения течения беременности и отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, отнести в группу риска по невынашиванию беременности и во время следующей беременности профилактически госпитализировать данных женщин в гинекологическое отделение за 1–2 недели до критического срока беременности.

2. Наличие ретрохориальной гематомы ухудшает прогноз беременности, поэтому необходимо на стационарном этапе проводить повторные УЗИ в динамике каждые 7 дней или при возобновлении кровянистых выделений для своевременной диагностики отслойки хориона.

3. Беременность сохраняющая терапия угрожающего выкидыша с кровянистыми влагалищными выделениями, сочетающая спазмолитический и гормональный компоненты, является эффективной в 85% исследуемых случаев и может быть рекомендована к использованию в учреждениях здравоохранения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Невынашивание беременности / Л. В. Ткаченко, Т. И. Костенко, Н. Д. Углова [и др.] // Вестник ВолГМУ. – 2015. – № 1 (53).
2. Шутова, Т. В. Диагностика и лечение невынашивания беременности / Т. В. Шутова, О. В. Шнякина, Е. М. Романцова // Вестник Клинической больницы. – 2010. – Т. 3, № 51. – С. 35–37.
3. Савельева, Г. М. Акушерство / Э. К. Айламазян, В. Е. Радзинский, В. И. Кулаков, Г. М. Савельева // Национальное руководство «Акушерство». – М., 2009. – С. 1218.
4. Комплексное лечение урогенитальных инфекций у женщин, страдающих невынашиванием беременности / А. П. Лазарев, О. Ф. Серова, Н. В. Зароченцева [и др.] // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2005. – № 5. – С. 36–38.

УДК 618.2-089.888.11

В. А. Гарунович, Д. В. Котович

Научный руководитель: старший преподаватель О. Э. Могильницкая

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ, ВЕДЕНИЯ И ИСХОДОВ БЕРЕМЕННОСТИ В РЕЗУЛЬТАТЕ ЭКО

Введение

Характер изменения демографических показателей ставит проблему бесплодного брака в ряд наиболее важных в современной медицине. При частоте бесплодия 15% и более возникают социально-демографические проблемы государственного масштаба [1]. В Республике Беларусь каждая пятая семейная пара нуждается в оказании медицинской помощи по причине бесплодия. Одним из эффективных методов преодоления бесплодия является экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО).