что слышали о ПГП, конкретные действия предприняли немногие, в это число входили так же женщины, которые, по их данным, планировали беременность. Лишь менее половины из них 46,7% (n=27) обратились к врачу до зачатия.

Низкие показатели по другим аспектам ПГП – приему йода и витамина D, санации очагов хронической инфекции, скринингу на инфекции – подтверждают общую тенденцию к недооценке важности комплексного подхода. Низкий уровень вовлеченности партнеров (15,6%) отражает укоренившийся гендерный стереотип, согласно которому беременность и подготовка к ней – исключительно женская обязанность.

Выводы

Значительная часть беременностей (43,8%) в исследуемой когорте наступает незапланированно, что является фундаментальным и труднопреодолимым барьером на пути к реализации прегравидарных профилактических программ. Выявлен критический разрыв между относительно высокой осведомленностью женщин о концепции прегравидарной подготовки и ее низким уровнем практического применения. Даже среди пар, планирующих беременность, комплексный подход к подготовке является скорее исключением, чем правилом. Практика применения ключевого элемента прегравидарной подготовки – приема фолиевой кислоты – является неудовлетворительной.

Совершенствование системы прегравидарной подготовки является стратегически важной и экономически эффективной инвестицией в здоровье нации. Преодоление выявленных барьеров требует комплексных, междисциплинарных усилий и перехода от декларативных принципов к их реальному внедрению в повседневную клиническую практику.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Радзинский, В. Е. Прегравидарная подготовка: клинический протокол / В. Е. Радзинский, А. О. Духин, А. А. Костин. – М. : Редакция журнала StatusPraesens, 2016. – 128 с.

2. Об утверждении Государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность» на 2021–2025 годы: Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 19 января 2021 г. № 28. // Национальный правовой портал Pravo.by. − URL: https://pravo.by/document/?guid=12551&p0=C22100028&p1=1 (дата обращения: 16.03.2026).

3. Сикорская, И. С. Репродуктивное здоровье и репродуктивное поведение современной молодежи / И. С. Сикорская, Е. В. Русакевич // Медицинские новости. – 2019. – № 5. – С. 14–18.

УДК 618.146-008-037

К. А. Шпаковская

Научный руководитель: ассистент А. В. Гатальская

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Введение

Проблема невынашивания беременности относится к числу актуальных проблем современного акушерства. Причины невынашивания разнообразны. Одной из важных причин невынашивания беременности является истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН). По данным литературных источников частота ИЦН варьирует от 15 до 40% [1].

Факторы риска ИЦН многочисленны и разнообразны, что затрудняет их совокупную оценку. Факторами, усложняющими течение беременности приИЦН являются многоплодие,

многоводие, тяжелый физический труд. При наличии в анамнезе у женщины прерывания беременности во втором триместре, ранних преждевременных родов требуется коррекция управляемых факторов риска на прегравидарном этапе.

Цель

Выявить клинико-анамнестические факторы риска ИЦН у женщин репродуктивного возраста.

Материал и методы исследования

Был проведен ретроспективный анализ медицинской документации 70 беременных женщин в сроке 16–24 недели, находившихся на стационарном лечении в 2025 году на базе УЗ «Гомельская городская клиническая больница № 1». Беременные женщины были разделены на две группы. Основную группу составили 40 беременных женщин с ИЦН, в группу сравнения вошли 30 беременных без ИЦН.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью программ Microsoft Excel 2020 и Statistica 12.0. Различия между группами по качественным признакам оценивали с помощью метода χ^2. Статистически значимым считался результат между группами при значении $p \leq 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Возраст беременных женщин в основной группе составил 32,0 (30,0; 35,5) года, в группе сравнения – 26,0 (21,4; 31,6) лет, что имело статистически значимые различия (Z=–3,531; p=0,004).

Возраст начала половой жизни в основной группе составил 17,0 (17,0; 18,0) лет, в группе сравнения – 18,0 (17,0; 19,9) лет, что также имеет статистически значимые различия (Z=2,23; p=0,026).

Срок постановки диагноза ИЦН был 20,8 (18,0; 21,0) недель. Длина шейки матки у беременных с ИЦН по данным трансвагинальной ультразвуковой цервикометрии составила 17,0 (15,0; 19,5) мм.

Анализируя паритет беременностей и родов установлено, что в основной группе пациентки были значимо чаще первобеременными 25,0% (10 из 40), чем в группе сравнения – 56,7% (17 из 30) (χ^2 =5,98; p=0,013).

Отягощенный акушерский анамнез у повторнобеременных пациенток групп исследования наблюдался у 75,0 % (30 из 40) женщин основной группы и у 16,7% (5 из 30) беременных группы сравнения, что имело статистически значимые различия (χ^2=21,06; p=0,001). Невынашивание беременности наблюдалось у 50,0 % (20 из 40) беременных женщин основной группы и 10,0% (3 из 30) пациентов группы сравнения (χ^2=10,69; p=0,006). При этом самопроизвольные выкидыши были у 27,5% (11 из 40) женщин основной группы и 6,7% (2 из 30) группы сравнения (χ^2=3,64; p=0,032). Неразвивающаяся беременность в анамнезе отмечена у 22,5% (9 из 40) женщин основной группы и у 3,3% (1 из 30) женщин группы сравнения (χ^2=3,7; p=0,036). Прерывание беременности по желанию женщины до 12 недель наблюдалось у 25,0% (10 из 40) пациенток основной группы и у 6,7% (2 из 30) пациенток группы сравнения (χ^2=2,87; p=0,05).

Беременность при помощи вспомогательных репродуктивных технологий наступила у 22,5% (9 из 40) женщин в основной группе, в группе сравнения – у 3,33% (1 из 30), что имело статистически значимые различия (χ^2=5,14; p=0,036).

Многоплодная беременность отмечена у 5,0% (2 из 40) женщин в основной группе, в группе сравнения у 6,7% (2 из 30), что не имело статистически значимых различий (p=1,0).

Гинекологический анамнез был отягощен у 80,0% (32 из 40) женщин основной группы и у 56,7% (17 из 30) группы сравнения, что имело статистически значимые различия (χ^2=4,44; p=0,031).

Структура гинекологической патологии представлена в таблице 1.

Таблица 1 – Структура гинекологической патологии, абс. (отн. %)

Гинекологическая патология	Основная группа (n=40)	Группа сравнения (n=30)	Уровень статистической значимости, p
Эрозия шейки матки	18 (45,0%)	5 (16,7%)	0,019
Цервикальная интраэпителиальная неоплазия 1–3 степени	3 (7,5%)	3 (10,0%)	1,0
Воспалительные заболевания органов малого таза	8 (20,0%)	2 (6,7%)	0,171
Полип эндометрия	4 (10,0%)	2 (6,7%)	0,694
Миома матки	9 (22,5%)	1 (3,3%)	0,036
Дисфункция яичников	3 (7,5%)	0 (0,0%)	0,254
Доброкачественные опухоли яичников	0 (0,0%)	2 (6,7%)	0,18
Бесплодие	14 (35,0%)	3 (10,0%)	0,023

В анамнезе у 62,5% (25 из 40) беременных основной группы и у 30,0% (9 из 30) беременных группы сравнения были произведены внутриматочные вмешательства с расширением цервикального канала (χ^2=7,25; p=0,008).

На момент постановки диагноза ИЦН вагинит диагностировали у 15,0% (6 из 40) беременных женщин в основной группе, в группе сравнения в том же сроке у 3,3% (1 из 30), что не имело статистически значимых различий к осложнениям беременности (p=0,226).

При анализе экстрагенитальной патологии у беременных групп исследования статистически значимых различий получено не было, результаты отражены в таблице 2.

Таблица 2 – Частота экстрагенитальной патологии у женщин групп исследования, абс. (отн. %)

Экстрагенитальная патология	Основная группа (n=40)	Группа сравнения (n=30)	Уровень статистической значимости, p
Анемия	7 (17,5%)	3 (10,0%)	0,498
Заболевания щитовидной железы	8 (20,0%)	12 (40,0%)	0,108
Заболевания дыхательной системы	2 (5,0%)	1 (3,3%)	1,0
Заболевания желудочно-кишечного тракта	1 (2,5%)	4 (13,3%)	0,156
Повышенный индекс массы тела	16 (40,0 %)	13 (43,3%)	0,811

Коррекция шейки матки выполнена путем наложения вагинального серкляжа 47,5% беременным женщинам, разгружающим акушерским пессарием – 52,5% беременным женщинам в основной группе. Всем пациенткам основной группы был назначен микронизированный прогестерон.

Выводы

В ходе проводимого исследования были выявлены следующие факторы риска ИЦН: возраст старше 30 лет (p=0,004), раннее начало половой жизни (p=0,026), отягощенный акушерский анамнез (χ^2=21,06; p=0,001), отягощенный гинекологический анамнез (χ^2=4,44, p=0,031). Важное значение имеют внутриматочные вмешательства, связанные с расширением цервикального канала (χ^2=7,25; p=0,008). Беременность, наступившая с помощью вспомогательных репродуктивных технологий, не исключает риск развития ИЦН (χ^2=5,14; p=0,036).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Analysis of risk factors and predictors of pregnancy loss and strategies for the management of cervical insufficiency in pregnant women at a high risk of preterm birth / S. Barinov, N. Artymuk, O. Novikova [et al.] // The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine. – 2021. – Vol. 34, № 13. – P. 2071–2079.

УДК 618.4:618.14-089.85-036

Д. Н. Щурко, А. Г. Панкевич

Научный руководитель: к.м.н., доцент В. Б. Белуга

Учреждение образования
«Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь

ОДИН РАЗ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ – ВСЕГДА КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ. НО!

Введение

Проблема родоразрешения беременных с рубцом на матке приобретает все большую актуальность в связи с неуклонным ростом частоты кесарева сечения (КС) во всем мире. По данным ВОЗ, глобальная частота абдоминального родоразрешения достигла 21% и в настоящее время продолжает увеличиваться со средним темпом 4% в год. Это означает, что каждая пятая женщина репродуктивного возраста имеет рубец на матке, а вопрос выбора метода родоразрешения при последующей беременности становится одним из ключевых в современном акушерстве [1]. Таким образом, попытка родов через естественные родовые пути у беременных с рубцом на матке способствует уменьшению повторных операций КС.

Цель

Провести анализ исходов родов у женщин с рубцом на матке после предыдущего кесарева сечения.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 25 случаев родов через естественные родовые пути у женщин с рубцом на матке за период 2025 – начало 2026 г. в УЗ «ГКБСМП» г. Гродно.

Средний возраст пациенток составил 29,52±0,97 лет. Для определения акушерской тактики оценивались следующие показатели: паритет беременности, показания к предыдущим вмешательствам, состояния рубца на матке по данным УЗИ, проведение ручного обследования матки, течение послеродового периода, а также масса новорожденного и оценка его состояния по шкале Апгар.

Результаты исследования и их обсуждение

Распределение женщин по паритету беременности: 2 были у 7 пациенток, 3 – 5, 4 – 10, 5 – 3. У исследуемых 25 повторнородящих предыдущее кесарево сечение было выполнено: в плановом порядке в – 12 случаях, в экстренном порядке в – 13 сл.

Показаниями к плановой операции кесарево сечение явились: тазовое предлежание – 5 сл., расхожение лонного сочленения 2 ст. – 4 сл., многоплодная беременность – 1 сл, ВПС (тетрада Фалло) – 1 сл.

Показаниями к экстренным вмешательствам: угрожающее состояние плода – 8 случаев, слабость родовой деятельности – 3 сл., клинически узкий таз – 1 сл., прэклампсия – 1 сл., миопия тяж. ст. – 1 сл.

Во всех случаях отмечалась одноплодная беременность, головное предлежание. По результатам эхографической картины оценивалось состояние нижнего сегмента матки: толщина рубца (от 2,0 мм до 5,0 мм), однородной структуры, кровоток визуализировался,