Результаты исследования и их обсуждение

При длине шейки матки менее 15 мм в сроке 16–18 недель наложение серкляжа вместе с прогестероном однозначно помогает в предупреждении возникновения преждевременных родов (около 67% родов после 34 недель) в отличие от использования исключительно только прогестерона (до 34 недель не доносил никто), использование пессария с прогестероном при такой длине шейки матки помогает гораздо хуже (33% беременных родили после 34 недель). Пессарии помогают однозначно лучше, чем наложение швов при длине шейки матки 15–20 мм на 2 скрининге (частота родов после 34 недель 47% против 18%) и при длине 20–25 мм на 2 скрининге (51% против 9%).

В целом в группе пациенток с шейкой матки короче 25 мм прогестерон был назначен абсолютно всем. В случае, если шейка матки была короче 15 мм – серкляж оказался самым эффективным методом терапии. В группе пациенток с длиной шейки матки от 15 до 25 мм минимальной частота родов до 34 недель оказалась при использовании пессариев. При длине шейки матки от 25 до 30 мм назначение прогестерона приводило к некоторому снижению частоты родов до 34 недель.

Выводы

Для длины шейки матки менее 15 мм оптимальным методом является наложение швов на шейку матки. Для длины 15–25 мм следует рассмотреть применение акушерских пессариев. Учитывая наши данные об эффективности прогестерона при длине шейки матки 25–30 мм целесообразно изучить его в ходе проспективных исследований в данной когорте пациенток.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Макацария, Н. А. Монохориальная многоплодная беременность / Н. А. Макацария // Акушерство, гинекология и репродукция. – 2014. – № 2. – С. 126-130. – https://doi.10.17749/2313-7347.2015.9.1.006-012.

2. Демографический ежегодник России, 2021 г. Доступно по: https://rosstat.gov.ru/folder/210/document/13207

3. Коваленко, Т. С. Истмико-цервикальная недостаточность при многоплодной беременности / Т.С. Коваленко, М. А. Чечнева, М. В. Капустина и соавт. // Российский вестник акушера-гинеколога». – 2018. – Т. 18. – № 1. – С. 144-150.

4. Жуцзыгули, А. Возраст и индекс массы тела как факторы женского бесплодия и отрицательных результатов применения вспомогательных репродуктивных технологий / А. Жуцзыгули, Н. Н. Рухляда // Акушерство и Гинекология. – 2021. – № 2. – С. 21–26.

5. Клинические рекомендации – Многоплодная беременность – 2021-2022-2023 (24.06.2021) – Утверждены Минздравом РФ.

УДК 618.3-06-08-092

В. А. Боброва

Научный руководитель: к.м.н., доцент П. А Кузнецов

Федеральное государственное
автономное образовательное учреждение высшего образования
«Российский национальный исследовательский медицинский университет
имени Н. И. Пирогова Минздрава России»
г. Москва, Российская Федерация

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА МАТЕРИ И НОВОРОЖДЕННОГО ПРИ НАЛИЧИИ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Введение

Поддержание гемостатического баланса – это сложный динамический процесс, обеспечивающий, с одной стороны, эффективный гемостаз при повреждении сосудистой стен-

ки, а с другой – сохранение текучести крови в интактном русле. Однако вопрос о том, как именно материнская ПЭ влияет на функциональные резервы системы свертывания у ребенка, остается недостаточно изученным ввиду небольшого количества посвященных этому публикаций.

Цель

Сравнительная оценка функционального состояния системы гемостаза у матерей и их новорожденных детей при беременности, осложненной ПЭ.

Материал и методы исследования

Проспективное исследование проведено на клинической базе СПб ГБУЗ «Родильный дом № 13» в течение 2023–2024 годов. Общая численность участниц составила 60 беременных, разделенных на три клинические группы: основную группу с тяжелой ПЭ (n=18), группу сравнения с умеренной ПЭ (n=20) и контрольную группу без гипертензивных расстройств (n=22). Все пациентки были родоразрешены оперативно, посредством кесарева сечения. Комплексная оценка гемостаза включала тромбоэластографический анализ (ТЭГ) и количественное определение уровня циркулирующих микровезикул (МВ) в плазме. Для статистического анализа данных использовался пакет программ STATISTICA 6.0; порог статистической значимости различий был установлен на уровне $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Тромбоэластографический анализ выявил у беременных с ПЭ признаки снижения коагуляционного потенциала. По сравнению с контрольной группой (2,44±1,7 мин) у них наблюдалось достоверное увеличение времени инициации свертывания (R): до 7,47±0,40 мин при тяжелой и 7,1±0,87 мин при умеренной ПЭ. Кинетика формирования сгустка, оцениваемая по α-углу (Angel), также замедлялась: показатели составили 48,73±4,01° и 66,9±4,08° против 73,38±4,48° в контроле. Максимальная плотность фибринового сгустка (G) была значимо ниже в группах ПЭ (10,9±3,26 и 10,5±3,87) относительно контрольных значений (15,52±4,0). Эти данные, указывающие на снижение функционального резерва гемостаза, нашли подтверждение в результатах анализа микровезикул: их концентрация в плазме была минимальной при тяжелой ПЭ (5483,33±900,98), несколько выше при умеренной ПЭ (18102,0±1840,15) и максимальной в контрольной группе(27465,0±3226,32). У новорожденных, рожденных от матерей с ПЭ, была обнаружена сходная картина изменений. Параметры ТЭГ у них также отклонялись в сторону гипокоагуляции: время R увеличивалось до 4,25±0,70 мин (тяжелая ПЭ) и 4,3±0,14 мин (умеренная ПЭ) против 2,5±0,57 мин в контроле; α-угол уменьшался до 50,0±0,85° и 51,0±1,56° (контроль – 82,95±3,41°); прочность сгустка G снижалась до 7,15±0,07 и 6,25±0,92 (контроль – 13,9±1,41). Концентрационный уровень циркулирующих микровезикул в крови новорожденных оказался наиболее низким в группе тяжелой ПЭ (5302,5±745,65), промежуточным – при умеренной ПЭ (5880,0±248,76) и наибольшим в контрольной группе (6615,0±101,4). Все различия были статистически значимыми ($p<0,05$).

Выводы

Полученные данные позволяют утверждать, что развитие преэклампсии у матери ассоциировано с формированием однонаправленных изменений в системе гемостаза, характеризующихся снижением ее функционального резерва. Важно, что эти нарушения носят системный характер и в равной степени выявляются как в организме матери, так и в организме новорожденного, что указывает на глубокое интегративное влияние ПЭ на состояние фетоплацентарного комплекса.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Rana, S. Preeclampsia: pathophysiology, challenges, and perspectives / S. Rana, E. Lemoine, J. P. Granger, S. A. Karumanchi // Circ. Res. – 2019. – Vol. 124(7). – P. 1094–1112. – DOI:10.1161/CIRCRESAHA.118.313276.

2. Новые технологии в решении проблем преэклампсии / Н. А. Никитина, И. С. Сидорова, М. Б. Агеев [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2022. – Vol. 10. – P. 5–13. – DOI: 10.18565/aig.2022.10.5-13.

3. The etiology of preeclampsia / E. Jung, R. Romero, L. Yeo [et al.] // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2022. – Vol. 226(2). – S844–S866. – DOI: 10.1016/j.ajog.2021.11.1356.

УДК 613.88:613.96

Т. В. Богомазова

Научный руководитель: к.м.н., доцент Е. А. Ботоева

Учреждение образования
«Бурятский государственный университет имени Доржи Банзарова»
г. Улан-Удэ, Республика Бурятия, Российская Федерация

НАРУШЕНИЯ СЕКСУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ КАК МАРКЕР ТЯЖЕСТИ ПРЕДРАКОВОЙ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ

Введение

Оценка сексуальной функции у женщин с цервикальной интраэпителиальной неоплазией (CIN) изучена недостаточно. Остается открытым вопрос о природе сексуальных дисфункций у пациенток с патологией шейки матки.

Цель

Оценить характер нарушений сексуальной функции у женщин с различной степенью CIN и их связь с тяжестью патологии.

Материал и методы исследования

Обследованы 165 женщин 18–45 лет: I группа (n=85) – хронический цервицит; II (n=56) – LSIL; III (n=24) – HSIL. Проведено анкетирование по оценке либидо, сексуальной удовлетворенности, регулярности половых контактов.

Результаты исследования и их обсуждение

Выявлено статистически значимое снижение полового влечения при прогрессировании патологии: 17,6% в I группе, 78,5% во II (OR=16,8; p<0,001), 75,0% в III (OR=14,4; p<0,001). Сексуальная неудовлетворенность возрастала с 43,5% до 87,5% (OR=8,3; p=0,001). Регулярность половых контактов снижалась с 54,1% до 12,5% (p=0,00013). Корреляционный анализ выявил сильную связь между тяжестью патологии и нарушениями сексуальной функции (ρ от -0,71 до +0,83). При этом удовлетворенность семейным положением не различалась между группами (p=0,25).

Выводы

Выраженные нарушения сексуальной функции при отсутствии различий в удовлетворенности семейным положением свидетельствуют о биологической природе выявленных изменений. Оценка сексуальной функции должна быть компонентом комплексного обследования пациенток с патологией шейки матки.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Sexual morbidity associated with poorer psychological adjustment among gynecological cancer survivors / A. O. Levin, K. M. Carpenter, J. M. Fowler [et al.] // Int. J. Gynecol. Cancer. – 2010. – Vol. 20(3). – P. 461–470.

2. Cancer and sexual problems / R. Sadovsky, R. Basson, M. Krychman [et al.] // J. Sex. Med. – 2010. – № 7(1 Pt 2). – P. 349–373.

3. Lindau, S. T. Sexual morbidity in very long-term survivors of vaginal and cervical cancer: a comparison to national norms / S. T. Lindau, N. Gavrilova, D. Anderson // Gynecol Oncol. – 2007. – Vol. 106(2). – P. 413–418.

4.Vaginal changes and sexuality in women with a history of cervical cancer / K. Bergmark, E. Avall-Lundqvist, P. W. Dickman [et al.] // N. Engl. J. Med. – 1999. – Vol. 340(18). – P. 1383–1389.