СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Корбут, И. А. Факторы риска ювенильных маточных кровотечений у девочек Гомельской области / И. А. Корбут, Т. Н. Захаренкова // Современные проблемы подростковой медицины и репродуктивного здоровья подростков и молодежи. Кротинские чтения : сборник трудов VI Научно-практической конференции, Санкт-Петербург, 2 декабря 2022 г. / под ред. А. М. Куликова, М. Ф. Ипполитовой. – Санкт-Петербург, 2022. – С. 168–169.

2. Соматическая патология как триггер аномальных маточных кровотечений пубертатного периода / А. В. Емельянова, Ю. А. Олейникова, М. О. Ревнова [и др.] // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2022. – № 4 (97).

УДК 618.39-089.888.14

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

ВОЗМОЖНОСТИ СНИЖЕНИЯ ЧАСТОТЫ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Введение

Преждевременные роды занимают ведущее место среди проблем современного акушерства и имеют огромное значение при определении перинатальной заболеваемости и смертности. За последние 20 лет количество двоен, которые рождаются в России ежегодно увеличилось приблизительно в 2,5 раза. Если в абсолютном количестве кажется, что начинает стабилизироваться количество двоен, рождающихся ежегодно, то в процентном соотношении такой стабилизации нет и это связано не только с применением вспомогательных репродуктивных технологий, но и с тем, что растет средний возраст на момент родов, от генетики и других факторов. С каждым годом при многоплодной беременности отмечается увеличение частоты преждевременных родов, что в первую очередь связано с увеличением многоплодной беременности в связи с широким распространением вспомогательных репродуктивных технологий. Самым сложным с точки зрения исходов сроком является 22–28 нед., на этот срок приходится около 3% всех преждевременных родов. Приблизительно в 2% случаев беременность прерывается в сроке 12–22 нед.

Цель

Оценить эффективность различных методов снижения частоты преждевременных родов (швы, пессарии и прогестерон) при различных длинах шейки матки у пациенток с многоплодной беременностью.

Материал и методы исследования

Мы провели ретроспективное поперечное когортное исследование, охватившее 5094 пациентки с многоплодием, прошедших через кабинеты пренатальной диагностики в 2018–2021 гг., и оценили исходы беременностей в данной выборке. Суммарно им выполнили 13047 трансвагинальных цервикометрий.

Всем пациенткам выполнялось УЗИ с измерением длины шейки матки в 16–18 недель (3473 исследования) и в ходе второго скрининга (19–21 неделя) – 4933 исследования.

Мы выделили 4 группы пациенток в зависимости от метода лечения, которое им применяли: 1 – прогестерон; 2 – прогестерон + швы; 3 – прогестерон + пессарий; 4 – без прогестерона. Первичной конечно точкой мы считали роды до 34 недель.

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-