

Как видно из приведенных данных, во втором триместре уровень ИСТР в основной группе также статистически значимо превышал значение данного показателя как в группе сравнения ($p = 0,001$), так и в группе контроля ($p = 0,0001$). При анализе динамики изменения концентрации С-терминального телопептида коллагена I типа от I ко II триместру беременности выявлено, что у беременных II и III групп данный показатель либо незначительно увеличился (в группе контроля — с 0,24 до 0,31 нг/мл, $p = 0,31$), либо остался идентичным (в группе сравнения), что согласуется с данными литературы и демонстрирует стабильную концентрацию карбокситерминального телопептида коллагена I типа у здоровых беременных в I и II триместрах. В то же время у пациенток основной группы уровень ИСТР ко II триместру снизился на 44,9 % относительно уровня в I триместре с 1,29 [0,57; 1,49] до 0,71 [0,54; 0,83] нг/мл, $p = 0,015$) что требует дополнительного исследования на более многочисленной выборке беременных. Однако такой эффект может объясняться усилением синтеза коллагена под действием растущих по мере прогрессирования беременности концентраций прогестерона и хорионического гонадотропина, которые оказывают стимулирующее действие на синтез коллагена [1].

Заключение

Таким образом, у пациенток с ИЦН на фоне НДСТ выявлено достоверно более высокое медианное значение сывороточной концентрации С-терминального телопептида коллагена I типа как в первом, так и во втором триместрах беременности по сравнению с группами сравнения и контроля. Полученные результаты позволяют рассматривать С-терминальный телопептид коллагена I типа в качестве прогностического фактора развития ИЦН у беременных с НДСТ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ильина, И. Ю. Влияние гормонов на метаболизм коллагена у женщин с дисплазией соединительной ткани и без нее / И. Ю. Ильина, С. В. Юмина, М. С. Жданова // Вестник РУДН, серия Медицина. — 2009. — № 5. — С. 207–215.
2. Национальные клинические рекомендации Российского научного медицинского общества терапевтов по диагностике, лечению, реабилитации пациентов с дисплазиями соединительной ткани // Материалы XII Национального конгресса терапевтов. — М., 2017. — С. 7–25.
3. Petersen, L. K. Cervical collagen in non-pregnant women with previous cervical incompetence / L. K. Petersen, N. Uldbjerg // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. — 1996. — Т. 67, № 1. — P. 41–45.
4. Biochemical markers of bone turnover during pregnancy: a longitudinal study / L. Hellmeyer [et al.] // Exp. Clin. Endocrinol. Diabetes. — 2006. — Vol. 114, № 9. — P. 506–510.
5. Cervical collagen is reduced in non-pregnant women with a history of cervical insufficiency and a short cervix / I. Sundtoft [et al.] // Acta. Obstet. Gynecol. Scand. — 2017. — Vol. 96, № 8. — P. 984–990.

УДК 618.2/4 – 053.8

ПОЗДНИЙ РЕПРОДУКТИВНЫЙ ВОЗРАСТ — ВЫЗОВ ДЛЯ МАТЕРИНСТВА

Корбут И. А., Будюхина О. А.

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

Введение

Возраст матери более 35 лет является одним из факторов перинатального риска, однако в последнее время в нашей стране наметилась тенденция к так называемому «позднему материнству». При этом, развитие общества в целом и медицины в частности, увеличение продолжительности жизни и периода социальной активности приводит к сдвигам в самом термине «возрастная беременная». В средние века средний возраст деторождения был 16–20 лет, в 70-е гг. XX в. — 20–25 лет, в настоящее время — 25–30 лет [2]. Причины, приводящие к выполнению женщинами своей репродуктивной функции в более позднем возрасте, можно сгруппировать в социальные (психологическая него-

товность, стремление сделать карьеру и добиться финансовой безопасности) и медицинские (бесплодие, хронические заболевания). При этом, с возрастом накапливается груз как гинекологических, так и соматических заболеваний, что также оказывает влияние на течение гестационного периода [1].

Цель

Изучить особенности течения беременности, родов, послеродового периода у женщин старше 35 лет, а также состояние здоровья их новорожденных.

Материал и методы исследования

Ретроспективный анализ 185 историй родов пациентов родового отделения ГОКБ за 9 месяцев 2019 г. и их индивидуальных карт беременной и родильницы. Статистическую обработку полученных результатов производили при помощи пакета прикладных программ «Statistica» 6.0 (StatSoft, USA). Для статистической обработки количественных данных применялись методы вариационной статистики Фишера — Стьюдента с определением доли ($p\%$) изучаемого признака и стандартной ошибки доли ($S_p\%$). Для величин, распределение которых по результатам проведенных тестов на нормальность (Шапиро — Уилка и Колмогорова — Смирнова) не соответствовало нулевой гипотезе закона нормального распределения, вычислены медиана и квартили (Me ; 25–75-й).

Результаты исследования и их обсуждение

Возраст обследованных был 36 (35; 39), диапазон — от 35 до 43 лет.

Первобеременными были 14 ($7,7 \pm 2\%$) женщин. Медицинский аборт отягощал анамнез у 176 ($96,2 \pm 1,4\%$) пациенток, причем у 170 ($92,9 \pm 1,9\%$) он был выполнен хирургическим путем. Самопроизвольные выкидыши встречались у 32 ($17,5 \pm 2,5\%$) обследованных. Гинекологическая патология была представлена эрозией шейки матки и хроническим сальпингоофоритом у 98 ($53,6 \pm 3,7\%$) и 76 ($41,5 \pm 3,6\%$) женщин, соответственно. Вышеперечисленное свидетельствует о накоплении груза гинекологических заболеваний, что также увеличивает риск перинатальной патологии.

В структуре соматической патологии преобладала артериальная гипертензия — у 54 ($29,5 \pm 3,4\%$) пациентов. Кроме того, с одинаковой частотой встречался пролапс митрального клапана и варикозное расширение вен нижних конечностей — по 37 ($20,2 \pm 3\%$) случаев. Также часто отмечена миопия разной степени — у 29 ($15,8 \pm 2,9\%$) женщин, периферическая дистрофия сетчатки, в том числе лазер-коагулированная — у 4 ($2,2 \pm 1,1\%$). Заболевания щитовидной железы в виде эндемического и узлового зоба были у 56 ($30,6 \pm 3,4\%$) человек. Избыток массы тела и ожирение были диагностированы у 20 ($10,9 \pm 2,3\%$) обследованных. Кроме того, у 28 ($15,3 \pm 2,7\%$) пациентов был диагностирован хронический гастрит. Это свидетельствует о высокой распространенности соматической патологии в данной возрастной группе.

У большинства обследованных беременность наступила в естественном цикле, а у 15 ($8,2 \pm 2\%$) — на фоне применения вспомогательных репродуктивных технологий. Это подтверждает вклад бесплодия как важного аспекта сдвига выполнения женщиной своей репродуктивной функции.

Наиболее частым осложнением гестации была угроза ее прерывания — у 143 ($78,4 \pm 3,1\%$) женщин, что потребовало использования препаратов прогестерона в виде вагинальных и пероральных форм у 71 ($38,8 \pm 3,6\%$) беременной. Истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН) развилась у 12 ($6,6 \pm 1,8\%$) пациенток, была скорректирована циркулярным швом на шейке матки и разгружающим акушерским пессарием. Использование препаратов прогестерона и коррекция ИЦН позволили пролонгировать настоящую беременность, несмотря на отягощенный анамнез.

Течение настоящей беременности также осложнялось анемией легкой и средней степени у 68 ($37,2 \pm 3,6\%$) обследованных, коррекция осуществлялась диетой, богатой

железосодержащими продуктами, и приемом железосодержащих препаратов. Преэклампсия умеренной степени была диагностирована у 37 ($20,2 \pm 3 \%$) женщин, что потребовало госпитализации в родовое отделение. Гестационный сахарный диабет был диагностирован у 4 ($2,2 \pm 1,1 \%$) пациенткам, которым вследствие этого была назначена гипогликемическая диета.

Срочными были роды у 161 ($88 \pm 2,4 \%$) обследованных, преждевременными — у 22 ($12 \pm 2,4 \%$), причем экстремально ранних и очень ранних преждевременных родов не наблюдалось. Частота преждевременных родов несколько выше средней может быть обусловлена осложнениями предыдущих и настоящей беременности. Значительное количество женщин было родоразрешено через естественные родовые пути — 164 ($89,6 \pm 2,3 \%$). При этом, наиболее частыми осложнениями родов были аномалии родовой деятельности по типу слабости родовых сил — у 101 ($55,2 \pm 3,7 \%$) человек, что потребовало назначения утеротонических препаратов, а у 34 ($18,6 \pm 2,9 \%$) были кровотечения в послеродовом периоде. Это также может быть связано с предшествующими прерываниями беременности, в особенности хирургическим путем, что привело к дистрофическим процессам и снижению рецептивности миометрия и/или недостаточной выработкой эндогенного окситоцина.

Дети, рожденные матерями старше 35 лет, имели оценку по шкале Апгар на 1 минуте 8 (7; 9) баллов, на 5 минуте 8 (8; 9) баллов. Маловесных к сроку гестации было 14 ($7,7 \pm 2 \%$) новорожденных. Внутриутробную пневмонию диагностировали у 5 ($2,7 \pm 1,2 \%$) младенцев.

Выводы

В структуре заболеваний у женщин старше 35 лет преобладают хронический сальпингоофорит ($41,5 \pm 3,6 \%$), заболевания шейки матки ($53,6 \pm 3,7 \%$), а также артериальная гипертензия ($29,5 \pm 3,4 \%$) и заболевания щитовидной железы ($30,6 \pm 3,4 \%$). Акушерский анамнез женщин в возрасте старше 35 лет был отягощен прерываниями беременностей — $96,2 \pm 1,4 \%$, чаще хирургическим путем, что является фактором риска угрозы прерывания беременности, наблюдавшегося у $78,4 \pm 3,1 \%$ пациентов. Слабость родовых сил ($55,2 \pm 3,7 \%$) и кровотечения в раннем послеродовом периоде ($18,6 \pm 2,9 \%$) также могут быть следствием дистрофических изменений в миометрии. Дети, рожденные матерями старшего репродуктивного возраста, рождались без признаков гипоксии, однако $7,7 \pm 2 \%$ были маловесными к сроку гестации, а у $2,7 \pm 1,2 \%$ была выявлена врожденная пневмония.

ЛИТЕРАТУРА

1. Овариальный резерв и фертильность: сложности XXI века. Рациональный подход к сохранению репродуктивного резерва как залог фертильности и осознанного деторождения. Информационное письмо / под ред. В. Е. Радзинского. — М.: StatusPraesens, 2015. — 24 с.
2. National Center for Health Statistics, National Vital Statistics Reports. — Web: www.cdc.gov/nchs.

УДК 618.14-006.36-089.87/618.5-07

РОЛЬ ПРЕГНАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ В ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ МИОМЭКТОМИИ

Кухарчик Ю. В.¹, Колесникова Т. А.², Кухарчик И. В.¹

¹Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»,

²Учреждение здравоохранения

«Гродненский областной клинический перинатальный центр»

г. Гродно, Республика Беларусь

Введение

«Омоложение» миомы матки и современная тенденция планирования беременности в возрасте старше 30–35 лет делают проблему миомы матки и беременности особенно актуальной [1, 2, 4]. Беременность на фоне этой патологии часто осложняется угрозой преры-