

Выводы. Таким образом, фактор риска вагинального пролапса – отягощенный акушерский анамнез, рождение детей с массой тела более 3500 г., клинические признаки дисплазии соединительной ткани со стороны других органов. Дифференцированный подход к использованию оперативных методик с учетом возраста, факторов риска, степени опущения и выпадения органов малого таза, соматической патологии позволяет оптимизировать оказание помощи при генитальном пролапсе.

Литература

1. Гаспаров, А. С. Хирургическое лечение пролапса тазовых органов / А. С. Гаспаров [и др.] // Казанский медицинский журнал. – 2014. – Том 95, № 3. – С. 341-347.
2. Kuncharapu, I. Pelvic organ prolapse/ I. Kuncharapu, B. A. Majeroni, D. W. Johnson// American academy of Family Physicians. – 2010. – Vol. 81, № 9. – P. 1111-17.
3. Siddiqui, N. Y. Clinical challenges of the vaginal prolapsed / N. Y. Siddiqui, A. L. Edenfield//Internat Journal of Womens Health. – 2014. – Vol.16, № 6. – P. 83-94.
4. Афанасова, Е. П. Применение сетчатых эндопротезов в лечении пролапса гениталий / Е. П. Афанасова, С. А. Гаспарян, А. В. Стариченко // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2011. – Том 1. – С. 43-46.

ТЕЧЕНИЕ ПЕРИОДА ГЕСТАЦИИ ПОСЛЕ ЭПИЗОДОВ ПОТЕРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Хворик Н. В.¹, Никольская А. К.²

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»,

г. Гродно, Беларусь

²УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно»,
г. Гродно, Беларусь

Актуальность. Проблема невынашивания беременности – одна из центральных в акушерстве и гинекологии. Спорадическое одиночное прерывание принципиально отличается от привычного повторного невынашивания. Для получения положительного результата у женщин с ПН упрощенные стандартные подходы малоэффективны. И наоборот, осмысление патогенеза, комплексная профилактика и терапия дают положительный результат [1, 2]. Чаще всего выкидыш обусловлен не одной, а сразу несколькими причинами. Действие их может быть как одновременно, так и поочередно. Основные научно обоснованные факторы, которые лежат в основе причин прерывания: генетические, иммунологические, иммуногенетические, тромбофилические, эндокринные, инфекционно-воспалительные, а также анатомические [1, 2, 4].

Учитывая медицинскую и социальную значимость проблемы невынашивания беременности, формирование путей ее коррекции – весьма важная задача. Внедрение новых технологий и методов лечения приводит к снижению уровня репродуктивных потерь, однако не изменяет частоту угрозы невынашивания, которая составляет 15-20%. Если профилактика преждевременных родов и поздних самопроизвольных выкидышей достаточно изучена и определена, то вопрос лечения невынашивания на ранних сроках беременности остается поводом для исследования и изучения [2, 4]. Широкое распространение в последние годы гинекологической и соматической патологии среди женщин фертильного возраста приводит к повышению частоты осложнений беременности и родов, разных нарушений репродуктивного здоровья [1, 4].

Цель исследования – оценить течение и тактику ведения беременности в случаях привычного невынашивания в анамнезе.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ историй родов 45 женщин, у которых в анамнезе имелось 2 и более прерываний беременности. Контрольную группу составили 45 пациенток с отсутствием отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза.

Полученные данные обрабатывались путем простого подсчета и с использованием программы Microsoft Office Excel 2010, показатели приводились в их среднем значении с подсчетом стандартной ошибки $M \pm m$. Результаты исследований представлены как в виде натуральных чисел, так и в процентном отношении друг к другу. Полученные данные обрабатывались с помощью программы Statistica 6.0. Статистически значимые результаты считались при использовании оценки t-критерия Стьюдента. Критический уровень значимости принимали при $t > 2$.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст обследованных женщин составил $32,4 \pm 4,6$ года, в основной группе – $31,9 \pm 1,2$, в контрольной – $28,16 \pm 1,6$ года. В среднем менархе приходилось на $13,4 \pm 0,9$ года. Начало половой жизни соответствовало $18,3 \pm 1,5$ года.

Среднее количество беременностей в анамнезе в исследуемой группе составило $3,38 \pm 0,22$, тогда как в контрольной группе – $0,93 \pm 0,18$, $t = 8,44$. В контрольной группе у 46,7% женщин настоящая беременность была первой и планируемой. У женщин из исследуемой группы в анамнезе наблюдались 152 беременности, из них в 36,84% случаев (56 беременностей) оказались неразвивающимися; 32,24% (49 беременностей) закончились самопроизвольным абортом; 18,42% (28 беременностей) – срочными родами; 3,29% (5 беременностей) – преждевременными родами; 3,95% (6 беременностей) – медикаментозным прерыванием беременности; 1,32% (2 беременности) – внематочная беременность; 0,66% (1 беременность) – диагностирована неразвивающаяся беременность по типу анэмбрионии; по 0,66% (1 беременность) – анэмбриония, медикаментозный аборт, аборт по медицинским показаниям, антенатальная гибель плода (в сроке беременности 26 недель).

Структуру самопроизвольных выкидышей составили: 23,1% произошли в сроке 5 нед., 23,1% – в 6 нед., 15,4% – 9 нед. и в 7,7% случаев – в 8, 13, 15, 19, 21 неделю беременности. Замершие беременности чаще наблюдались в сроке 5 недель – 28,6%, 6 недель – 28,6%, 7 недель – 21,4%, 8 недель – 14,3% и в 7,1% случаев – 4, 9, 10, 12 недель. Осложненное течение беременности в основной группе встречалось у 35 женщин (77,8%), в то время как в контрольной группе у 25 женщин (55,6%), $t=2,3$.

Угрожающий ранний самопроизвольный выкидыш (до 12 недель беременности) наблюдался у 33,3% женщин, поздний самопроизвольный выкидыш (до 21 недели и 6 дней беременности) – 50% женщин, угрожающие преждевременные роды – 41,7% женщин. Плацентарные нарушения наблюдались в 17% (8 случаев) в основной группе и 11,1% (5 случаев) – в контрольной группе, $t=0,8$; задержка внутриутробного развития плода – по 4,4% в обеих группах; преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты – по 2,2% в обеих группах; отеки, вызванные беременностью, диагностированы у 4 (8,9%) и 2 (4,4%) пациенток, соответственно; артериальная гипертензия, вызванная беременностью, диагностирована в 8,9 и 2,2% случаев, соответственно, $t=1,4$; угрожающие преждевременные роды у 18 (40%) в исследуемой и у 5 (11,1%) в контрольной группах; частичная отслойка нормально расположенной плаценты у 1 (2,2%) в исследуемой и в контрольной группах; ИЦН у 6 (13,3%) производилась коррекция с помощью РАП и наложением шва на шейку матки. Угрожающий ранний самопроизвольный выкидыш (до 12 нед. беременности) наблюдался у 33,3% женщин, поздний самопроизвольный выкидыш (до 21 нед. и 6 дней беременности) – у 50% женщин, угрожающие преждевременные роды – у 41,7% женщин.

У 97,8% пациенток с привычным невынашиванием родоразрешение произошло в доношенном сроке беременности, и только у 1 женщины (2,2%) произошли преждевременные роды.

Основным осложнением родового акта стал преждевременный разрыв плодных оболочек – 38,6%. Излитие вод при неготовности родовых путей, потребовавшее родовозбуждения, потребовалось в 5,9% случаев, длительный безводный период был у 2,3% рожениц. Путем операции кесарева сечения в плановом порядке родоразрешены 37,8%, в экстренном – 4,4% женщин.

Оперативное родоразрешение составило 42,2% – в 1,4 раза чаще, чем в контрольной группе. Осложненные роды, ставшие причиной оперативного родоразрешения, в основной группе составили 4,4% (клинически узкий таз, слабость родовых сил, не поддающаяся медикаментозной коррекции). В контрольной группе у всех женщин (100%) роды произошли в сроке гестации после 37 недель беременности, из них оперативное родоразрешение составило 31,1%, $t=1,1$. Превалировали плановые операции, однако 6,7% вмешательств выполнено по экстренным показаниям.

Выводы. Таким образом, установлено, что: структуру невынашивания беременности в анамнезе составляют неразвивающиеся беременности (57,2%)

и самопроизвольные выкидыши (46,2%) в сроке 5-8 недель, течение беременности характеризуется наличием осложнений в 77,3% случаев, основное из которых – угроза прерывания, что требует дополнительной гормональной поддержки препаратами прогестерона в 82,2% случаев. Прерывание гестации в анамнезе влияет на течение родов в последующей беременности в виде преждевременного разрыва плодных оболочек, случаев применения родовозбуждения и роста оперативного родоразрешения в 1,4 раза.

Литература

1. Белоцерковцева, Л. Д. Факторы риска формирования истмико-цервикальной недостаточности, приводящие к преждевременным родам / Л. Д. Белоцерковцева, Л. В. Коваленко, Г. Т. Мирзоева // Вестник СурГУ. Медицина. 2014. № 2 (20). С. 26-30
2. Богданова, Г. С. Невынашивание беременности: общий взгляд на проблему / Г. С. Богданова и др. // Медицинский совет. - 2012. - № 1. - С. 67.
3. Solano, M.E. Pregnancy and Fetal Development / M.E. Solano, P.C.Arck // Frontiers in Immunology. – 2020 – V.10. - №3017. – С. 1–13.
4. Twig, G. Pathogenesis of infertility and recurrent pregnancy loss in thyroid autoimmunity. / G. Twig et.al // J Autoimmun - 2012, - №38, – P. 275-281.

МАТЕМАТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ МАТОЧНОГО БЕСПЛОДИЯ ПРИ ГИПОПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ

Царева Н. В.

*УЗ Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя»,
г. Минск, Беларусь*

Актуальность. До настоящего времени проблема недостаточной эффективности практического использования вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) остается нерешенной. По данным разных авторов, результативность первой попытки ЭКО, например, составляет от 8,6 до 46,2%, а повторное применение этого метода еще больше снижает вероятность успешной беременности [1]. При этом у 60% женщин с повторными неэффективными имплантациями диагностируют гипоплазию эндометрия (ГЭ). Значительные различия в эффективности методов ВРТ при множественных рисках их практического использования диктуют необходимость прогнозирования вероятности наступления беременности. Сказанное, наряду с высокой стоимостью современных методик ВРТ, требует разработки новых подходов к определению возможных исходов лечения маточного бесплодия (МБ) при ГЭ.

По данным литературы и собственных исследований, важную информацию о возможности зачатия дает определение таких признаков рецептивности и «окна имплантации», как оптимальная толщина внутреннего