

ISSN 1816-031X

VINNYTSIA NATIONAL PYROGOV MEMORIAL
MEDICAL UNIVERSITY

BIOMEDICAL AND BIOSOCIAL ANTHROPOLOGY

SCIENTIFIC JOURNAL
№29 2017

BIOMEDICAL AND BIOSOCIAL ANTHROPOLOGY

*Official Journal of the International Academy of Integrative Anthropology
Founded by the International Academy of Integrative Anthropology and Vinnytsia National
Pyrogov Memorial Medical University in 2003*

Періодичність виходу журналу 2 рази на рік
№ 29, 2017

Фахове наукове видання України у галузі медичних наук

Згідно переліку наукових фахових видань України, затвердженого наказом МОН України № 1328 від 21.12.2015 р. (додаток 8)

Фахове наукове видання України у галузі біологічних наук (за групами спеціальностей 14.01.00-14.03.00)

Згідно переліку наукових фахових видань України, затвердженого Наказом МОН України №747 від 13.07.2015 р. (додаток 17)

Editor-in-chief – *Moroz V.M. (Vinnytsia)*
First assistant editor – *Serheta I.V. (Vinnytsia)*
Secretary – *Kyrychenko I.M. (Vinnytsia)*

Editorial board:

Aleksina L.A. (Saint-Petersburg), Vasilenko D.A. (Kyiv), Volkov K.S. (Ternopil), Gunas I.V. (Vinnytsia), Guminskiy Yu.I. (Vinnytsia), Dgebuadze M.A. (Tbilisi), Karimov M.K. (Hudzhand), Kirilenko V.A. (Vinnytsia), Kornetov N.A. (Tomsk), Kostyuk G.Ya. (Vinnytsia), Krivko Yu.Ya. (Lviv), Mostoviy Yu.M. (Vinnytsia), Nikolaev V.G. (Krasnoyarsk), Petrushenko V.V. (Vinnytsia), Pogoriliy V.V. (Vinnytsia), Prokopenko S.V. (Vinnytsia), Sarafinyuk L.A. (Vinnytsia), Stechenko L.O. (Kyiv), Tegako L.I. (Minsk), Halberg F. (Minneapolis), Chaikovsky Yu.B. (Kyiv), Cherkasov V.G. (Kyiv), Shepitko V.I. (Poltava), Shutz Yu. (Munster), Yacenko V.P. (Kyiv)

Editorial council:

Kostinskiy G.B. (Kyiv), Nikityuk D.B. (Moscow), Maievskiy O.E. (Vinnytsia), Masna Z.Z. (Lviv), Mnihovich M.V. (Moscow), Pishak V.P. (Chernivci), Puchlik B.M. (Vinnytsia), Talko V.I. (Kyiv), Topka E.G. (Dnipropetrovsk), Piskun R. P. (Vinnytsia), Furman Yu.M. (Vinnytsia), Vlasenko O.V. (Vinnytsia)

Адреса редакції та видавця:
вул. Пирогова, 56,
м.Вінниця-18, Україна, 21018
Тел.: +38 (0432) 553959
E-mail: biomed@vnmue.edu.ua

Address editors and publisher:
Pyrogov Str. 56,
Vinnytsia, Ukraine - 21018
Tel.: +38 (0432) 553959
E-mail: biomed@vnmue.edu.ua

Технічний редактор Л.О. Клопотівська
Художній редактор Л.М. Слободянюк
Технічний редактор О.П. Віштак

Підписано до друку 27.10.2017 р.

Затверджено Вченою Радою ВНМУ ім. М.І. Пирогова, протокол №3 від 26.10.17 р.
Формат 84x120 1/16. Друк офсетний. Замовлення № 753. Тираж 600

Вінниця. Друкарня ВНМУ, Пирогова, 56

© Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова, (м.Вінниця), 2017
Biomedical and Biosocial Anthropology
Рецензуємий журнал
Свідоцтво про державну реєстрацію КВ №7902 від 18.09.2003

ту та проблем остеосинтезу ДУ "Інститут травматології та ортопедії НАМН України"; +38(044)2347333; Kalashnikov26@ukr.net
 Баяндина Олена Іванівна - к.мед.н., науковий співробітник відділу реабілітації ДУ "Інститут травматології та ортопедії НАМН України"; +38(044)4863209

Майко В'ячеслав Михайлович - д.мед.н., професор, завідувач травматологічного відділення Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М.І. Пирогова; +38(050)5499701

Майко Олена В'ячеславівна - к.мед.н., доцент кафедри внутрішньої медицини лікувального факультету №2 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова; +38(050) 5499701

© Булавенко О.В., Вознюк А.В.

УДК: 618.396.25

Булавенко О.В., Вознюк А.В.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018, Україна)

ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ ІНТЕРВЕНЦІЇ У ЖІНОК ІЗ БАГАТОПЛОДОВОЮ ВАГІТНІСТЮ ТА СОНОГРАФІЧНО ВКОРОЧЕНОЮ ШИЙКОЮ МАТКИ

Резюме. Проведено проспективне дослідження 218 жінок із вагітністю двійнею та сонографічно вкороченою шийкою матки ≤ 25 мм, які були розділені на 4 групи: група №1 (контроль, $n=36$) - вичікувальна тактика, група №2 ($n=65$) - інсталяція пессарію в поєднанні з прогестероном, група №3 ($n=49$) - інтравагінально мікронізований прогестерон та група №4 ($n=69$) - інсталяція шийкового пессарію. Інтравагінальне використання прогестерону у жінок із багатоплодовою вагітністю не знижує рівень передчасних пологів, але супроводжується покращенням вторинних наслідків у порівнянні з вичікувальною тактикою ведення: народження дітей із низькою масою тіла та наявністю дихальних розладів. Використання пессарію ізольовано асоційовалося із збільшенням тривалості латентного періоду від встановлення діагнозу до пологів в середньому на 12,9% ($p=0,016$). При наявності сонографічно вкороченої шийки матки у жінок із багатоплодовою вагітністю можливим є використання пессарію в комбінації з вагінальним прогестероном з огляду на вірогідну сумачію позитивних ефектів кожної із застосованих інтервенцій.

Ключові слова: багатоплодова вагітність, передчасні пологи, коротка шийка матки, шийковий пессарій, вагінальний прогестерон.

Вступ

За останні десятиріччя відзначена загальносвітова тенденція зростання інцидентності багатоплодових вагітностей. Так, у США частота багатоплодових вагітностей збільшилася з 1980 до 2009 року на 76% [5]. При цьому пологи супроводжуються передчасним народженням немовлят у 5 разів частіше, ніж при одноплодових вагітностях [10]. У 2013 році 56,5% близнюків народилися в терміні до 37 тижнів і 11,3% - у терміні до 32 тижнів, тоді як при одноплодових вагітностях 11,3% дітей народилися до 37 тижнів і 1,5% - раніше 32 тижнів [11]. У близнюків спостерігаються більш високий ризик низької маси тіла та перинатальної смертності, а також ускладнень, асоційованих із недоношеністю та низькою масою тіла при народженні в порівнянні з одноплодовими вагітностями [1, 8, 14]. Водночас, не зважаючи на численні спроби покращення стратегій профілактики передчасних пологів у жінок цієї категорії, які ґрунтуються на доказах, багатоплодова вагітність й до теперішнього часу залишається провідним фактором ризику передчасних пологів. Сучасними варіантами попередження останніх є: призначення прогестерону [3, 9], використання цервікального серкляжу [11], цервікального пессарію [7]. Ці методи превенції продемонстрували свою ефективність щодо зменшення частоти передчасних пологів у жінок із одноплодовою вагітністю [2], а у жінок із багатоплодовою вагітністю дані щодо їх ефективності є контро-

версійними. Так, у жінок із багатопліддям на сьогодні не існує доказів ефективності елективного серкляжу або пессарію щодо зниження частоти ранніх спонтанних пологів [12]. У жінок із короткою шийкою матки серкляж навіть збільшує ризик передчасних пологів [9].

Аналіз 23 досліджень, котрі включали 6626 вагітних двійнятами, показав, що жодна з інтервенцій не знижувала рівень передчасних пологів. Інтравагінальне застосування прогестерону супроводжувалося поліпшенням вторинних результатів: народження мало-вагих плодів і необхідність штучної вентиляції легень [6].

Результати проведених на теперішній час досліджень ефективності превентивних комбінацій показали, що у вагітних двійнятами з короткою шийкою використання пессарію в комбінації з вагінальним прогестероном сприяє пролонгації вагітності та поліпшенню перинатальних наслідків [4, 13]. Водночас, на сьогодні чітко не визначені переваги застосування прогестерону інтравагінально додатково до пессарію в порівнянні з призначенням пессарію ізольовано, а також відсутні дані стосовно того, яка з цих двох інтервенцій є більш ефективною і чи повинні пацієнтки отримувати одну з них або більш ефективною все ж таки є превентивна комбінація пессарію та прогестерону.

Для відповіді на ці запитання нами було проведено

Таблиця 1. Деякі характеристики досліджуваних груп

Показник	Група №1 (n=36)	Група №2 (n=65)	Група №3 (n=49)	Група №4 (n=69)
Вік (M±σ) - роки	28,83±5,15	27,89±5,21	29,51±6,7	27,78±5,41
Екстракорпоральне запліднення - n (%)	4 (11,1)	9 (14,1)	5 (10,2)	8 (11,6)
Анамнестично пологи до 37 тижнів	5 (13,9)	11 (17,2)	8 (16,3)	11 (15,9)
Тютюнопаління під час вагітності - n (%)	6 (16,7)	10 (15,6)	8 (16,3)	13 (18,8)
Хоріальність - n (%)				
Дихоріальні	29 (80,6)	54 (84,4)	39 (79,6)	57 (82,6)
Монохоріальні	7 (19,4)	10 (15,6)	10 (20,4)	12 (17,4)
Термін гестації на момент рандомізації (M±σ) - тижні	21,53±3,33	21,45±3,21	21,86±3,9	22,25±4,03
Довжина шийки матки на момент рандомізації				
Me (LQ, HQ) - тижні	20 (14-22) 19	20 (15-22) 35	20 (18-23,5)	20 (17-23)
≤ 20 мм - n (%)	(52,8)	(54,7)	28 (57,1)	36 (52,1)

Примітки: У таблиці наведено середні арифметичні значення досліджуваних показників (M) і середні квадратичні відхилення (σ), медіани (Me) та інтерквартильні розмахи (25-й та 75-й процентилі) (LQ, HQ).

дослідження з метою порівняльної оцінки ефективності різних варіантів профілактичної інтервенції у жінок із багатоплодовою вагітністю та сонографічно вкороченою шийкою матки.

Матеріали та методи

На базі кафедри акушерства та гінекології №2 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова проведено проспективне дослідження 219 жінок із вагітністю двійнею та сонографічно вкороченою шийкою матки ≤25 мм (термін гестації на момент рандомізації від 16 до 30 тижнів), у яких не було ознак передчасних пологів та хоріонаміноніту. Ці жінки були розділені на 4 групи: 36 вагітних склали групу №1 (контрольну), де застосовувалась вичікувальна тактика; жінкам у групах №2, №3 та №4 застосовували три варіанти профілактики передчасних пологів. Група №2 - інсталяція серкляжного шийкового песарію в комбінації з вагінальною формою мікронізованого прогестерону 200 мг (n=65), група №3 - інтравагінально мікронізована форма прогестерону 200 мг (n=49) та група №4 - інсталяція песарію (n=69). Виділені групи були порівнянні за віком, антропометричними даними, акушерським анамнезом, терміном вагітності та довжиною шийки матки на момент рандомізації. Окремі характеристики груп представлено в табл. 1.

Із 219 жінок від початку до кінця в дослідженні взяла участь 218 осіб. Одна жінка з групи песарію вибула за власним бажанням. Після завершення динамічного спостереження за даними групами вагітних проведено порівняльний аналіз перебігу вагітності та найближчих наслідків пологів для матері й новонародженого. Первинним результатом дослідження були спонтанні пологи до 34 тижнів, вторинними - перинатальна смертність, небажані неонатальні наслідки, потреба у спеціалізованій неонатальній допомозі. Материнських втрат на момент завершення даного етапу роботи не зафіксовано.

Статистична обробка отриманих даних виконувалася у статистичному пакеті "SPSS 20" (SPSS Inc.).

Результати. Обговорення

Спонтанні передчасні пологи в терміні до 34 тижнів (238 днів) гестації, що первинно було кінцевою метою дослідження, відбулися у 33,3% (12/36) жінок із групи №1 (контроль) та у 10,9% (7/64) жінок із групи №2 (песарію+прогестерон) (СШ: 0,25; 95% ДІ: [0,09-0,7], p=0,006), спонтанні пологи в терміні <37 тижнів також рідше зустрічалися серед жінок із групи №2 (p<0,05). Частота передчасних спонтанних пологів до 34 та до 37 тижнів достовірно відрізнялася також між групами №2 та №3, відповідно: 10,9% проти 26,5% відповідно; СШ: 0,34; 95% ДІ: [0,12-0,93], p=0,031 та 10,9% проти 36,7% відповідно; СШ: 0,21; 95% ДІ: [0,08-0,56], p=0,001) (рис. 1). Використання песарію асоціювалося із збільшенням тривалості латентного періоду від встановлення діагнозу до пологів: 14,86±4,2 тижнів у групі №2 та 14,91±5,09 тижнів у групі №4 проти 12,94±4,5 тижнів у групі №1 та 13,18±4,04 тижнів у групі №3 (критерій Краскела-Уолеса; p=0,016) (рис. 2).

Частота виконання кесарського розтину була однаковою в усіх аналізованих групах. Відмінностей у кількісній та якісній структурі пологового травматизму

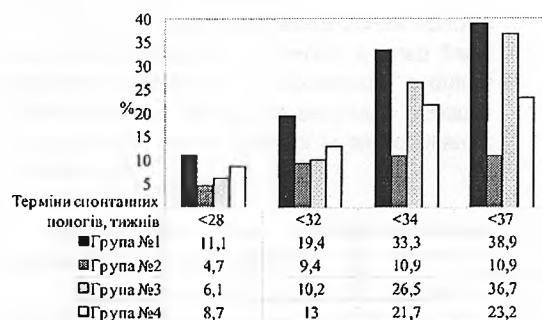


Рис. 1. Частота спонтанних пологів до 28, 32, 34 та 37 тижнів вагітності в групах порівняння.



Рис. 2. Час від встановлення діагнозу до пологів (тиж.) в групах порівняння.

значущої різниці між групами також не виявлено.

Середня маса тіла дітей групи №1 (2126,1±667,5 г) була меншою за такий параметр в групі №2 (2346,9±659,7 г), групи №3 (2416,6±632,8 г) та групи №4 (2342,2±966,2 г) (критерій Краскела-Уолеса; $p=0,011$). Інтравагінальне введення прогестерону та вагінальний прогестерон додатково до песарію супроводжувалися достовірним покращенням вторинних наслідків у порівнянні з групою вичікувальної тактики ведення (група №1): народженням дітей із низькою масою тіла (<2500 г) в цілому на 16,3% (СШ: 0,5; 95% ДІ: [0,26-0,94], $p=0,029$) у групі №3 та критично низькою

Таблиця 2. Відмінності груп щодо перинатальних наслідків.

Показник	Група №1 (n=36)	Група №2 (n=64)	Група №3 (n=98)	Група №4 (n=138)
Перинатальна смертність - n (%)	2 (5,6)	2 (3,2)	5 (5,1)	8 (5,8)
Інтранатальна	1 (2,8)	1 (1,6)	1 (1,0)	4 (2,9)
Неонатальна	1 (2,8)	1 (1,6)	4 (4,1)	4 (2,9)
Неонатальні ускладнення - n (%)				
Інтравентрикулярні крововиливи [III або IV]	2 (5,6)	2 (3,1)	1 (1,0)	3 (2,2)
Респіраторний дистрес синдром	16 (44,4)	15 (23,4)*	19 (19,4)*	52 (37,7)
Некротичний ентероколіт [III або IV]	1 (2,8)	2 (3,1)	0	2 (1,4)
Спеціалізована неонатальна допомога - n (%)				
Перебування у ВАГ	12 (33,3)	19 (29,7)	22 (22,4)	42 (30,4)
Шлужна вентиляція	9 (25,0)	13 (20,3)	8 (8,2)	14 (10,1)
Лікування сепсису	5 (13,9)	10 (15,6)	9 (9,2)	21 (15,2)
Фототерапія	2 (5,5)	5 (7,8)	3 (3,1)	7 (5,1)
Гемотранфузія				

Примітки: * - рівень значущості показників у порівнянні з групою №1 (контроль) $p<0,05$.

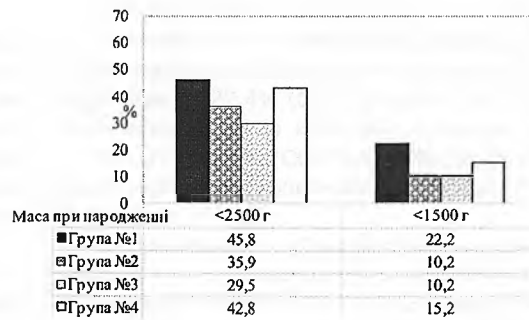


Рис. 3. Частота народження дітей із низькою масою тіла (%) у групах порівняння.

масою тіла (<1500 г) на 12% (СШ: 0,4; 95% ДІ: [0,18-0,88], $p=0,02$) в групі №2 (рис. 3) та наявністю дихальних розладів на 25% (СШ: 0,4; 95% ДІ: [0,2-0,8], $p=0,009$) та на 21% (СШ: 0,51; 95% ДІ: [0,27-0,96], $p=0,034$) відповідно (табл. 2).

У жінок, яким призначали песарій ізольовано на встановлено переваг цієї інтервенції щодо небажаних неонатальних наслідків чи потреби у спеціалізованій неонатальній допомозі (табл. 2). Жодна з інтервенцій не знижувала рівень перинатальної смертності та потребу у спеціалізованій неонатальній допомозі (табл. 2).

Отримані дані свідчать, що у жінок із багатоплодовою вагітністю та сонографічно вкороченою шийкою матки 33,3% близнюків народилися в терміні до 34 тижнів, що в цілому співвідноситься з даними сучасної літератури. Використання профілактичної інтервенції дозволяє покращити певні досліджувані параметри. Так, наприклад, встановлення песарію - більш ефективно у збільшенні латентного періоду від встановлення діагнозу до пологів та гестаційного віку при народженні; інтравагінальне застосування пргестерону - допомагає поліпшити перинатальні наслідки; застосування вагінального прогестерону додатково до песарію - асоціювалося із зниження частоти передчасних спонтанних пологів ($p<0,05$). Термінові пологи в групі вагітних-користувачів акушерського песарію та прогестерону відбулись у 89% випадків.

Оскільки проблема передчасних пологів при багатоплодовій вагітності є дуже багатогранною, комбінація превенцій є більш ефективною з огляду на вірогідну сумачію позитивних ефектів кожної із застосованих інтервенцій.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Встановлено, що у жінок із багатоплодовою вагітністю та сонографічно вкороченою шийкою матки (<25 мм) частота спонтанних передчасних пологів до 34 тижнів

досягає 33,3%.

2. Інтравагінальне використання прогестерону у жінок із багатоплодовою вагітністю не знижує рівень передчасних пологів, але супроводжується покращенням вторинних наслідків у порівнянні з вичікувальною тактикою ведення: народження дітей із низькою масою тіла (<2500 г) в цілому на 16,3% (СШ: 0,5; 95% ДІ: [0,26-0,94]) та наявністю дихальних розладів на 25% (СШ: 0,4; 95% ДІ: [0,2-0,8]).

3. У жінок із багатоплодовою вагітністю при довжині шийки матки менше 25 мм цервікальний песарій не зменшує частоту передчасних пологів та не покращує перинатальні наслідки, але використання песарію асоціювалося із збільшенням тривалості латентного періоду від встановлення діагнозу до пологів у порівнянні з вичікувальною тактикою ведення в середньому на 12,9% ($p=0,016$).

4. Встановлено, що додаткове до песарію інтравагінальне введення прогестерону зменшує абсолютний ризик виникнення спонтанних передчасних пологів до 34 тижнів на 22,4% (СШ: 0,25; 95% ДІ: [0,09-0,7]), народження дітей із критично низькою масою тіла (<1500 г) на 12% (СШ: 0,4; 95% ДІ: [0,18-0,88]), дихальних розладів у новонародженого на 21% (СШ: 0,51; 95% ДІ: [0,27-0,96]).

5. При наявності сонографічно вкороченої шийки матки у жінок із багатоплодовою вагітністю можливим є використання песарію в комбінації з вагінальним прогестероном з огляду на вірогідну сумачію позитивних ефектів кожної із застосованих інтервенцій.

Перспективою подальшого дослідження є вивчення залежності акушерських та перинатальних наслідків вагітності від ступеня вкорочення шийки матки <20 мм та ≥ 20 мм.

Список посилань

1. Савельева, Г.М., & Шалина, Р.И. (2012). Преждевременные роды как важнейшая проблема современного акушерства. *Акушерство и гинекология*, 2, 4-10.
2. Alfirevic, Z., Owen, J., & Carreras Moratonaş E. (2013) Vaginal progesterone, cerclage or cervical pessary for preventing preterm birth in asymptomatic singleton pregnant women with a history of preterm birth and a sonographic short cervix. *Ultrasound Obstet. Gynecol.*, 41 (2), 146-151.
3. Arabin, B., Halbesma, J. R., & Vork F. (2003). Is treatment with vaginal pessaries an option in patients with sonographically detected short cervix? *J. Perinat. Med.*, 31 (2), 122-133.
4. Fox, N. S., Gupta, S., & Lam-Rachlin J. (2016). Cervical Pessary and Vaginal Progesterone in Twin Pregnancies With a Short Cervix. *Obstet. Gynecol.*, 127 (4), 625-630.
5. Hamilton, B. E., Martin, J. A., Ventura, S. J. (2013). Births: preliminary data for 2012. *Natl. Vital. Stat. Rep.*, 62 (3), 1-20.
6. Jarde, A., Lewis-Mikhael, A. M., & Dodd, J. M. (2017). Preterm birth prevention in twin pregnancies with progesterone, pessary, or cerclage: a systematic review and meta-analysis. *BJOG*, 124 (8), 1163-1173.
7. Nicolaides, K., Syngelaki, A., & Poon L. (2016). Cervical pessary placement for prevention of preterm birth in unselected twin pregnancies: a randomized controlled trial. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 214 (1), 3-5.
8. Obiechina, Nj., Okolie, V., & Eleje, M.G. (2011). Twin versus singleton pregnancies: the incidence, pregnancy complications, and obstetric outcomes in a Nigerian tertiary hospital. *Int. J. Womens Health*, 3, 227-230.
9. Rafael, T. J., Berghella, V., & Alfirevic, Z. (2014). Cervical stitch for preventing preterm birth in women with a multiple pregnancy. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 10 (9). CD009166. doi: 10.1002/14651858.CD009166. pub2.
10. Rizwan, N., Abbasi, R.M., & Mughal, R. (2010). Maternal morbidity and perinatal outcome with twin pregnancy. *J. Ayub. Med. Coll. Abbottabad*. 22 (2), 105-107.
11. Roman, A., Rochelson, B., & Martinelli, P. (2016). Cerclage in twin pregnancy with dilated cervix between 16 to 24 weeks of gestation: retrospective cohort study. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 215 (1), 1-11.
12. Saccone, G., Rust, O., & Althuisius, S. (2016). Cerclage for short cervix in twin pregnancies: systematic review and meta-analysis of randomized trials using individual patient-level data. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.*, 94 (4), 352-358.
13. Stricker, N., Timmesfeld, N., & Kyvernitakis I. (2016). Vaginal progesterone combined with cervical pessary: A chance for pregnancies at risk for preterm birth. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 214 (6), 739.e1-739.
14. Vogel, J. P., Torloni, M. R., & Seuc, A. (2013). Maternal and Perinatal Outcomes of Twin Pregnancy in 23 Low- and Middle-Income Countries. *PLoS One*. 8 (8), e70549.

Булавенко О.В., Вознюк А.В.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ИНТЕРВЕНЦИЙ У ЖЕНЩИН С МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ И СОНОГРАФИЧЕСКИ УКРОЧЕННОЙ ШЕЙКОЙ МАТКИ

Резюме. Проведено проспективное исследование 218 женщин с беременностью двойней и сонографически укороченной шейкой матки ≤ 25 мм, которые были разделены на 4 группы: группа №1 (контроль, $n=36$) - выжидательная тактика, группа №2 ($n=65$) - установка песария в сочетании с прогестероном, группа №3 ($n=49$) - интравагинально микроинтервагированный прогестерон и группа №4 ($n=69$) - установка цервикального песария. Интравагинальное использование прогестерона у женщин с многоплодной беременностью не снижает уровень преждевременных родов, но сопровождается улучшением вторичных последствий по сравнению с выжидательной тактикой ведения: рождение детей с низкой массой тела и наличием дыхательных расстройств. Использование песария изолированно ассоциировалось с увеличением продолжительности латентного периода от установления диагноза до родов в среднем на 12,9% ($p=0,016$). При наличии сонографически укороченной шейки матки у женщин с многоплодной беременностью возможно использование песария в сочетании с вагинальным прогестероном, учитывая вероятное суммирование положительных эффектов каждой из применяемых интервенций.

Ключевые слова: многоплодная беременность, преждевременные роды, короткая шейка матки, шеечный песарий, вагинальный прогестерон.