

имели нормальную массу тела и у 20 % — наблюдался дисгармоничный уровень физического развития, обусловленный незначительным избытком массы тела, в основном — за счет развития мускулатуры. По градации индекса Рорера на долю детей 3-й группы, занимающихся командными видами спорта, с гармоничным уровнем физического развития приходилось самое большое число, по сравнению с их ровесниками 1-й и 2-й групп (95 % против 80 и 85,5 %). Результаты индивидуальной оценки величин индекса Пирке-Бедузи, свидетельствуют о том, что учащиеся, занимающиеся командными видами спорта, 2-й (71 %) и 3-й (69 %) групп имели большую длину ног, по сравнению с их сверстниками контрольной группы (55,6 %), т. е. большинство учащихся, систематически занимающихся командными видами спорта более 1-го года, имеют правильные пропорции тела. Жизненный индекс, силовые индексы кистей рук и спины у всех детей, занимающихся командными видами спорта, более 1-го года, значительно выше, чем у сверстников контрольной группы ( $P < 0,05-0,01$ ). По индексу Казначеева можно судить о типе функционального реагирования нервно-мышечного аппарата обследованных учащихся, разделяя их на 3 группы по типу в зависимости от преобладания у них выносливости — «стайер», силовых качеств — «спринтер» или одновременно выносливости и силовых качеств — «миксты». Все обследованные учащиеся относятся к группе «стайер» (100 %), то есть это юные спортсмены, способные к выполнению длительных циклических нагрузок на выносливость; в 3-й группе выявлена тенденция к увеличению числа детей, особенно — мальчиков, характеризующихся способностью к нагрузкам смешанного типа.

#### **Выводы**

При определении соматотипов учащихся, занимающихся командными видами спорта, по индексам, определено, что систематические занятия спортом более 1-го года оказывают влияние на крепость и пропорциональность телосложения, способствуют развитию дыхательной функции грудной клетки и увеличению мышечной массы, развитию способностей к выполнению длительных циклических нагрузок на выносливость.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Чирятьева, Т. В. Особенности роста и развития детей на севере / Т. В. Чирятьева. — М.: Крук, 2001. — 239 с.
2. Прахин, Е. И. Современные аспекты проблем эконатологии детского возраста / Е. И. Прахин // Экологическое состояние и природоохранные проблемы Красноярского края: матер. конф. — Красноярск, 2005. — С. 243.
3. Щедрина, А. Г. Онтогенез и теория здоровья: методологические аспекты / А. Г. Щедрина. — Новосибирск: СО РАМН, 2003. — 164 с.

**УДК 618.39-021.3-08**

### **АНАЛИЗ ПРИЧИН НЕДОНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ КОРРИГИРОВАННОЙ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

**Каплан Ю. Д., Захаренкова Т. Н.**

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

#### **Введение**

Невынашивание беременности является актуальной проблемой акушерства. Истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН) занимает значимое место среди факторов, приводящих к невынашиванию беременности. Удельный вес данной патологии у пациенток с невынашиванием составляет 30–40 %. Риск преждевременных родов при развитии ИЦН увеличивается в 16 раз [1, 2, 3].

Прерывание беременности при ИЦН происходит безболезненно. Увеличение нагрузки на область несостоятельного внутреннего зева приводит к пролабированию плодного пузыря в цервикальный канал с последующим инфицированием плодных оболочек при контаминации с флорой влагалища. В дальнейшем беременность осложняется разрывом плодных оболочек и излитием околоплодных вод [4, 5].

Изучение данной патологии позволит существенно снизить частоту недонашивания, в первую очередь, за счет снижения числа глубоко недоношенных детей.

### **Цель**

Проанализировать причины недонашивания беременности при корригированной различными методами истмико-цервикальной недостаточности.

### **Материал и методы исследования**

Проведен ретроспективный анализ 89 индивидуальных карт беременной и родильницы и историй родов пациенток с ИЦН. Коррекция несостоятельности шейки матки на сроке 16–22 недели гестации проведена консервативным (акушерский пессарий), хирургическим (шов) или комбинированным способами. Первую группу (n = 18) составили беременные с корригированной ИЦН, беременность которых закончилась самопроизвольным поздним выкидышем (СПВ) или преждевременными родами (ПР). Во вторую группу вошли беременные с корригированной ИЦН и последующими срочными родами (n = 71).

Статистическая обработка результатов исследования произведена с использованием программы «Ststistica» 8.0. Данные представлены в виде медианы (Me), 25 и 75 перцентилей. Различия между независимыми группами определяли с помощью критерия Манна — Уитни (U). Для выявления различий между группами по качественному признаку использовали двусторонний критерий Фишера. Статистически значимыми считались результаты при значении  $p < 0,05$ .

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Среди женщин с корригированной ИЦН, вошедших в исследование, частота невынашивания беременности составила 20,2 %. Возраст обследуемых женщин колебался от 18 до 41 года. Настоящая беременность наступила в возрасте 30 (24;34) лет среди женщин первой группы и в возрасте 30 (26;32) лет у женщин во второй группе. Статистически значимых различий между группами выявлено не было.

Все беременные имели высокую частоту различной соматической и гинекологической патологии и были сопоставимы по уровню заболеваемости. Преобладали: нарушение жирового обмена (33,3 % в первой и 30,4 % во второй группе), сердечно-сосудистая патология (44,4 % в первой и 44,9 % во второй), миопия (22,2 % в первой и 17,4 % во второй), бесплодие (22,2 % в первой и 13,1 % во второй группе), хронические воспалительные заболевания органов малого таза (22,2 % в первой и 21,7 % во второй группе), эктопия призматического эпителия (31,4 % в первой и 28,6 % во второй группе).

Паритет беременности и родов в исследуемых группах представлен в таблице 1.

Таблица 1 — Репродуктивный анамнез пациенток с корригированной ИЦН

Признак	1 группа СПВ и ПР, (n = 18)		2 группа СР, (n = 71)		Уровень значимости, p
	абс.	отн. %	абс.	отн. %	
Первобеременные	5*	27,7	5	7,2	p = 0,029
Первородящие повторно-беременные	4	22,2	19	27,5	p > 0,05
Повторнородящие	10	55,5	45	65,2	p > 0,05
Самопроизвольные выкидыши на сроке до 12 недель (один и более)	6	33,3	18	26,1	p > 0,05
Самопроизвольные выкидыши на сроке 12–22 недели (один и более)	6	33,3	19	27,5	p > 0,05
Преждевременные роды в анамнезе	4	22,2	11	15,9	p > 0,05

\* — Статистически значимые различия со 2-й группой.

По результатам трансвагинальной ультразвуковой цервикометрии не обнаружено статистически значимых различий в показателях длины шейки матки на момент коррекции в исследуемых группах. У женщин первой и второй групп средняя длина шейки матки составила 30 (24;35) мм и 30 (19;35) мм соответственно.

Нами проведен анализ формы внутреннего зева диагностированной с помощью трансвагинальной ультразвуковой цервикометрии. Распределение пациентов по форме внутреннего зева представлено в таблице 2.

Таблица 2 — Форма внутреннего зева у женщин с коррегированной ИЦН

Форма внутреннего зева	1 группа СПВ и ПР, (n = 18)		2 группа СР, (n = 71)		Уровень значимости, p
	абс.	отн. %	абс.	отн. %	
T-образная форма	3	16,6	23	32,4	p > 0,05
Y-образная форма	2	11,1	20	28,1	p > 0,05
V-образная форма	4	22,2	8	11,2	p > 0,05
U-образная форма	5	27,7	16	22,2	p > 0,05

Пролабирование плодного пузыря во влагалище значимо чаще приводит к досрочному прерыванию беременности (p = 0,049). Данное осложнение наблюдалось у 4 (22,2 %) женщин первой и у 4 (7 %) женщин второй групп.

Коррекция ИЦН в исследуемых группах проведена на сроке до 22 недель гестации. Распределение пациентов по способу коррекции ИЦН представлены на рисунке 2.

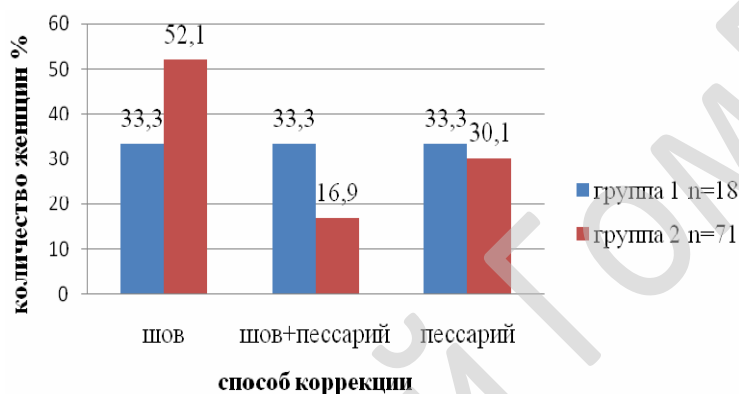


Рисунок 1 — Способы коррекции ИЦН в исследуемых группах

В группе женщин с неблагоприятным исходом беременности число коррекций ИЦН комбинированным способом в 2 раза больше, чем в группе женщин со срочными родами. Однако статистически значимых различий не выявлено.

У большинства пациенток течение первого триместра гестации осложнилось клинически выраженной угрозой прерывания беременности. Так, однократная или повторная госпитализация по поводу угрозы самопроизвольного аборта до коррекции ИЦН статистически значимо чаще потребовалась пациенткам первой группы (p = 0,004). Данное осложнение было выявлено у 16 (88,8 %) женщин первой группы и у 29 (40,8 %) женщин второй группы.

Наличие ретрохориальной или ретроамниальной гематомы, как осложнение течения первого триместра, статистически значимо чаще наблюдалось у женщин первой группы (p = 0,029). Данное осложнение было выявлено в 4 (22,2 %) и 3 (4,2 %) случаях у женщин первой и второй групп соответственно.

Течение первого и второго триместра осложнилось развитием воспалительных заболеваний нижних отделов мочеполовой системы у каждой третьей женщины. Однако статистически значимых различий в группах выявлено не было.

Среди женщин первой группы в 3 (16,6 %) случаях произошел самопроизвольный поздний выкидыш, в 2 (11,1 %) случаях очень ранние преждевременные роды, в 5 (29,4 %) случаях ранние преждевременные роды и в 8 (44,4 %) случаях преждевременные роды на сроке 34–37 недель.

Одним из механизмов прерывания беременности при ИЦН является преждевременное излитие околоплодных вод (ПИОВ). Нами проведен анализ случаев развития данного осложнения среди обследуемых женщин. У женщин первой группы в трех случаях произошло прерывание беременности в сроке до 22 недель гестации по причине преждевременного излития околоплодных вод, клинически протекающие без сократительной активности миометрия.

В таблице 3 представлены результаты анализа частоты развития спонтанной родовой деятельности и ПИОВ, ставшие причиной досрочного родоразрешения.

Таблица 3 — Частота развития спонтанной родовой деятельности и ПИОВ среди обследуемых пациенток

Признак	1 группа**, ПР, (n = 15)		2 группа СР, (n = 71)		Уровень значимости, p
	абс.	отн. %	абс.	отн. %	
ПИОВ (всего случаев)	8*	61,1	13	18,3	p = 0,003
ПИОВ без последующего развития спонтанной родовой деятельности	6*	50	6	8,4	p = 0,012
ПИОВ с развитием спонтанной родовой деятельности	2	11,1	7	9,9	p > 0,05
Спонтанная родовая деятельность	7*	38,8	58	81,6	p < 0,001

\* — Статистически значимые различия со 2-й группой; \*\* — в группе не учитывали женщин с СПВ.

### Выводы

1. Частота невынашивания беременности среди женщин с корригированной ИЦН составила 20,2 %.

2. Факторами риска неблагоприятного исхода беременности являются: первая беременность (p = 0,029), пролабирование плодного пузыря до уровня наружного зева или во влагалище (p = 0,049), клинически выраженная угроза прерывания беременности в первом триместре (p = 0,004), наличие ретрохориальной и ретроамниальной гематом (p = 0,029).

3. При комбинированной коррекции ИЦН у каждой третьей женщины происходит досрочное прерывание беременности, однако данные не являются статистически значимыми.

4. Досрочное прерывание беременности происходит в результате ПИОВ (p = 0,003) без последующего развития спонтанной родовой деятельности (p = 0,012). Однако в 38,8 % случаев корригированной ИЦН недонашивание беременности обусловлено началом спонтанной родовой деятельности и своевременным излитием околоплодных вод, что требует более активной тактики направленной на снижение тонуса матки.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Arabin, B. Cervical pessaries for prevention of spontaneous preterm birth: past, present and future / B. Arabin, Z. Alfirevic // *Ultrasound Obstet. Gynecol.* — 2013. — Vol. 42, № 2. — P. 390–399.
2. Хирургическая коррекция истмико-цервикальной недостаточности / С. В. Борисюк [и др.] // *Оренбургский медицинский вестник.* — 2015. — Т. 3, № 2. — С. 67–71.
3. Лукьянова, Е. А. Истмико-цервикальная недостаточность: взгляд на проблему / Е. А. Лукьянова // *Охрана материнства и детства: Рецензируемый науч.-практич. мед. журнал.* — 2010. — № 1 (15). — С. 73–77.
4. A blueprint for the prevention of preterm birth: vaginal progesterone in women with a short cervix / R. Romero [et al.] // *J. Perinat. Med.* — 2013. — Vol. 41. — P. 27–44.
5. Lotgering, F. K. Clinical aspects of cervical insufficiency / F. K. Lotgering // *BMC Pregnancy Childbirth.* — 2007. — Vol. 7. — P. 17.

УДК 614.88:[001.891.3:[003.6+930.2]

## ИСТОРИКО-СЕМИОТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СИМВОЛИКИ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Каплиев А. А.<sup>1</sup>, Каплиева М. П.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Государственное научное учреждение

«Институт истории Национальной академии наук Беларуси»

г. Минск, Республика Беларусь,

<sup>2</sup>Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

### Введение

Современная медицина имеет очень древнюю и богатую историю символов и знаков. Чаша Гигиен, Посох Асклепия, Кадуцей, и, конечно же, различные по форме и цветовой гамме кресты, а также звезды, полумесяцы и другие обозначения настолько прочно вошли в наше сознание, что мы зачастую забываем их истинное значение и историю появления.