

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ МНОГОПЛОДИИ

Короткевич А. И., Пинчук Е. В., Кардаш В. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент *Е. А. Эйныш*

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

Введение

Многоплодная беременность сопровождается значительным числом осложнений, повышенным уровнем потерь плодов на всех сроках гестации, существенными проблемами здоровья близнецов [1].

Цель

Выявление особенностей течения беременности и родов при многоплодии, разработка мероприятий динамического наблюдения пациенток с многоплодной беременностью для улучшения акушерских и перинатальных исходов.

Материалы и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 83 историй родов пациенток с многоплодной беременностью в родильных отделениях учреждения здравоохранения (УЗ) «Гомельская городская клиническая больница № 3», УЗ «Гомельская городская клиническая больница № 2», УЗ «Гомельская областная клиническая больница» за 2014 г. Изучены клиничко-анамнестические данные, протоколы ведения родов и операций кесарева сечения, истории развития новорожденных. Статистическая обработка выполнялась при помощи пакета прикладных программ «Microsoft Excel» и «Statistika» 6.0. Данные представлены в виде медианы, 5,95 перцентилей, средних значений и их ошибки, доли и ее ошибка. Статистические различия вычислялись с помощью критерия χ^2 с поправкой Бонферонни для множественных сравнений. Статистически значимыми считали результаты при уровне $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст пациенток составил 27 (22; 35) лет. В оптимальном возрасте для зачатия были 23 (27,4 ± 4,9 %) пациентки, 1 (1,2 ± 1,1 %) — в возрасте до 18 лет, 59 (70,2 ± 4,9 %) — старше 25 лет, $p < 0,0001$. Первородящих было 46 (55,4 ± 5,4 %), повторнородящих — 27 (32,5 ± 5,1 %), женщин с паритетом родов 3 и более — 10 (12,0 ± 3,5 %). Все случаи многоплодных беременностей были представлены двойнями. Чаще встречались диамниотические дихориальные двойни — 54 (65,1 ± 5,2 %) против 28 (33,7 ± 5,1 %) диамниотических монохориальных и 1 (1,2 ± 1,1 %) моноамниотической монохориальной, $p < 0,001$. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез имели 47 (56,6 ± 5,4 %) беременных. У 7 (8,4 ± 3,0 %) пациенток отмечалась беременность в результате ЭКО, показанием к которому в пяти случаях явилось бесплодие, остальные беременности были спонтанными ($p < 0,0001$). Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез был у 68 женщин (81,9 ± 4,2 %), $p < 0,0001$. В структуре гинекологической патологии у 15 женщин (18,1 ± 4,2 %) отмечался хронический аднексит, осложненный бесплодием в 2 случаях; у 20 (24,1 ± 4,6 %) — вагинит (преимущественно кандидозный), у 35 (42,2 ± 5,4 %) — эктопия шейки матки. Прерывания беременности в анамнезе были у 27 пациенток (32,1 ± 5,0 %): самопроизвольные выкидыши в анамнезе отмечались у 9 пациенток (10,7 ± 3,3 %), медицинское прерывание беременности — у 18 (21,4 ± 4,4 %). Отягощенный соматический анамнез был у 52 (62,65 ± 5,3 %) жен-

щин, $p < 0,0001$. В структуре соматической патологии преобладала миопия различной степени тяжести — 19 ($22,89 \pm 4,6 \%$), 16 ($19,0 \pm 4,3 \%$) случаев эндемического зоба, клинического эутиреоза, 7 ($8,4 \pm 3,0 \%$) заболеваний сердечно-сосудистой системы, 5 случаев ($6,0 \pm 2,5 \%$) хронического пиелонефрита. Из осложнений беременности отмечалась высокая частота угрозы прерывания беременности: в 1 триместре — 30 случаев ($36,0 \pm 5,3 \%$), во 2 — 42 ($50,0 \pm 5,5 \%$), в 3 — 47 ($56,0 \pm 5,4 \%$), всего 119 госпитализаций. Острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ) в 1 триместре отмечалось у 16 женщин ($19,3 \pm 4,3 \%$), во 2 — 14 ($16,8 \pm 4,1 \%$), в 3 — у 7 женщин ($8,4 \pm 3,0 \%$). Анемия в 1 триместре встречалась у 23 ($27,7 \pm 4,9 \%$), во 2 — у 33 ($39,7 \pm 5,3 \%$), в 3 — у 51 женщины ($61,4 \pm 5,3 \%$). Вагинит в 1 триместре был выявлен у 14 ($16,8 \pm 4,1 \%$), во 2 — у 20 ($24,1 \pm 4,6 \%$), в 3 — у 34 женщины ($40,9 \pm 5,3 \%$). Гестоз во 2 триместре отмечался у 8 ($9,6 \pm 3,2 \%$), в 3 триместре у 38 женщин ($45,7 \pm 5,4 \%$). Частота ИЦН в 1 триместре (1–14 неделя) составила 2 случая ($2,4 \pm 1,68 \%$), во 2 триместре — 16 ($19,0 \pm 4,3 \%$), в 3 триместре — 31 ($37,0 \pm 5,3 \%$), данная патология статистически значимо чаще выявлялась в 3 триместре беременности ($\chi^2 = 4,1$, $p = 0,04$). Пациенткам с истмико-цервикальной недостаточностью (ИЦН) было проведено лечение акушерским пессарием в 46 случаях ($55,4 \pm 5,4 \%$) и прогестероном в 1 случае ($1,2 \pm 1,1 \%$), $p < 0,0001$. Плацентарная недостаточность во 2 триместре была выявлена у 1 пациентки ($1,2 \pm 1,1 \%$), в 3 триместре у 23 женщин ($27,7 \pm 4,9 \%$), $p < 0,0001$. Синдром задержки развития плода (СЗРП) отмечалась у 6 детей ($3,5 \pm 1,4 \%$).

Роды на сроке гестации 25–30,6 недель произошли в 4 случаях ($4,8 \pm 2,3 \%$), 31–36,6 — в 32 случаях ($38,1 \pm 5,2 \%$), в 37–40 недель — в 47 случаях ($55,9 \pm 5,4 \%$). Частота преждевременных родов составила $42,8 \pm 5,4 \%$. У пациенток с преждевременными родами отмечалась высокая частота ОРВИ — 10 ($27,7 \pm 7,4 \%$) во время беременности, 15 женщин ($44,1 \pm 8,5 \%$) с преждевременным излитием околоплодных вод лечились по поводу вагинита, 20 ($23,8 \pm 4,6 \%$) пациенток имели гестоз, у 12 пациенток ($14,3 \pm 3,8 \%$) была выявлена плацентарная недостаточность. Кесарево сечение выполнено 70 пациенткам ($84,4 \pm 3,9 \%$), роды через естественные родовые пути проведены у 13 женщин ($15,6 \pm 3,9 \%$), $p < 0,0001$.

Оценка по шкале Апгар в раннем неонатальном периоде на 1-й минуте для первого плода составила 8 (6; 8), на пятой минуте — 8 баллов (7; 9), для второго плода — 8 (5; 8) и 8 (6; 9) соответственно. С оценкой по Апгар ниже 7 баллов на 1 минуте было 22 первых плода ($13,2 \pm 2,6 \%$) и 27 детей ($16,2 \pm 2,8 \%$), родившихся вторыми. На 5 минуте с оценкой по Апгар ниже 7 баллов оставались 3 ($1,8 \pm 1,0 \%$) и 5 детей ($3,0 \pm 1,3 \%$) соответственно ($p < 0,0001$). Масса 1-го плода составила 500–1500 г — 3 случая ($3,6 \pm 2,0 \%$), 1550–2500 г — 24 случая ($28,9 \pm 4,9$). Средняя масса первого плода составила 2655 ± 389 г. Масса второго плода составила: 500–1500 г — 5 случаев ($6,0 \pm 2,6 \%$), 1550–2500 г — 28 случаев ($59,0 \pm 5,3 \%$). Средняя масса второго плода составила 2575 ± 434 г. Неонатальная желтуха отмечена в 32 случаях ($19,2 \pm 3,0 \%$), анемия выявлена в 8 случаях ($4,8 \pm 1,6 \%$), маловесными к сроку гестации были 5 детей ($3,0 \pm 1,3 \%$).

Выводы

1. В группе пациенток с многоплодной беременностью преобладали женщины старше 25 лет ($p < 0,0001$) со спонтанными диамниотическими дихориальными двойнями ($p < 0,0001$), отягощенным акушерско-гинекологическим и соматическим анамнезом ($p < 0,0001$).

2. Для изученной группы пациенток характерно осложненное течение беременности: высокая частота угрозы прерывания беременности (119 случаев госпитализаций), ИЦН (49 случаев, $\chi^2 = 5,3$, $p = 0,02$), которая чаще выявлялась только в 3 триместре беременности ($\chi^2 = 4,1$, $p = 0,04$) и корригировалась акушерским пессарием ($p < 0,0001$).

Частота преждевременных родов составила $42,8 \pm 5,4 \%$, что статистически значимо чаще общепопуляционного показателя. У пациенток с преждевременными родами отмечалась высокая частота ОРВИ ($27,7 \pm 7,4 \%$), вагинита ($44,1 \pm 8,5 \%$), гестоза ($23,8 \pm 4,6 \%$), половина всех выявленных случаев плацентарной недостаточности.

3. Основным способом родоразрешения было кесарево сечение — 70 случаев ($84,4 \pm 3,9 \%$), $p < 0,0001$. Тем не менее, в асфиксии на 1 минуте было 22 первых детей из двойни ($13,2 \pm 2,6 \%$) и 27 детей ($16,2 \pm 2,8 \%$), родившихся вторыми, что статистически значимо выше, чем на 5 минуте ($p < 0,0001$).

4. С массой тела менее 2500 г родилось 26 ($15,6 \pm 2,8 \%$) первых плодов из двойни и 33 ($19,8 \pm 3,0 \%$) вторых плодов. Наиболее частой патологией раннего неонатального периода являлась неонатальная желтуха — 32 случая ($19,2 \pm 3,0 \%$), анемия — 8 случаев ($4,8 \pm 1,6 \%$), маловесными к сроку гестации были 5 детей ($3,0 \pm 1,3 \%$).

5. Учитывая полученные результаты, необходимо своевременно определить женщин с многоплодной беременностью в группу высокого риска по развитию акушерских осложнений, проводить им профилактику невынашивания беременности, своевременную коррекцию ИЦН, профилактику гестоза и плацентарной недостаточности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акушерство: российское национальное рук-во / под ред. Э.К. Айламазяна [и др.]. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 1200 с.

УДК 616-006.6-085

КИБЕР-НОЖ — НЕИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ОНКОЗАБОЛЕВАНИЙ

Костина Ю. М.

Научный руководитель: к.б.н. Н. Е. Фомченко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Онкология — одна из тех областей медицины, которые до сих пор до конца не изучены. В настоящее время продолжается поиск и разработка новых методов диагностики ранних стадий онкологических заболеваний и совершенствуются способы лечения. Сейчас для ранней диагностики злокачественных опухолей используются передовые технологии и инновационное оборудование, а лечение проводится с минимальным воздействием на здоровые клетки и системы организма (терапия длительная, сложная по подбору методов и манипуляций, но весьма щадящая с медицинской точки зрения). На смену традиционным хирургическим методам лечения пришли неинвазивные методы: гамма-нож, нейтрон-захватная терапия, протонная терапия и кибер-нож. Последний является новейшей радиохирургической системой лечения опухолей.

Первый кибер-нож разработал профессор нейрохирургии и радиационной онкологии Стенфордского университета (США) Джон Адлер в 1987 г. В 1991 г. американское учреждение FDA допустило лечение мозговых и головных опухолей посредством кибер-ножа, а в 2000 г. допуск был расширен на лечение опухолей любой локализации. В Европе разрешение на использование кибер-ножа было получено в 2002 г. В настоящее время в мире установлено около 250 установок кибер-ножа, которые находятся в клиниках США, Японии, странах Европы и Азии.

Само название «кибер-нож» может вызвать ассоциации, связанные с оперативным вмешательством и использованием скальпеля. Но на самом деле, кибер-нож — неинвазивная альтернатива оперативному лечению опухолей. Он применяется там, где нож хи-