

ЛИТЕРАТУРА

1. Акушерство: национальное руководство / Э. К. Айламазян [и др.]. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — С. 237–240 с.
2. Болотских, В. М. Новые подходы к ведению беременности и родов, осложненных преждевременным излитием околоплодных вод при доношенном сроке // Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии: матер. Всерос. науч.-практ. семинара / В. М. Болотских. — М.: Медиабюро StatusPraesens, 2010. — 32 с.
3. Радзинский, В. Е. Руководство к практическим занятиям по акушерству: учеб. пособие / В. Е. Радзинский. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — С. 345–351 с.

УДК 618.3-021.3

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ, СОСТОЯНИЯ ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО У ПАЦИЕНТОК С НАЧАВШИМСЯ САМОПРОИЗВОЛЬНЫМ ВЫКИДЫШЕМ В 1 ТРИМЕСТРЕ

Орлова Ю. А., Журавлёва М. А.

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

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

Введение

Нарушение процессов нормального течения ранней беременности сопровождается осложненным течением гестации с появлением клинической симптоматики угрожающего прерывания беременности, гестоза и фетоплацентарной недостаточности, что обуславливает высокую частоту материнской и перинатальной заболеваемости и смертности [1, 2].

Цель исследования

Провести сравнительный анализ факторов риска невынашивания беременности, особенностей акушерско-гинекологического и соматического анамнезов, течения настоящей беременности, родов и состояния новорожденного у женщин с начавшимся самопроизвольным выкидышем в 1 триместре беременности в сравнении с пациентками с неосложненным течением 1 триместра.

Материалы и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 60 историй родов и новорожденных пациенток УЗ «ГТКБ № 3» у пациенток с госпитализацией в первом триместре беременности по поводу начавшегося выкидыша на сроках 5–11 недель (1 группа, n = 30) в сравнении с беременными без данной патологии (2 группа, n = 30). Статистическая обработка данных выполнялась при помощи пакета прикладных программ «Statistika» 6.1. Для количественных признаков вычислялась медиана, 25, 75 квартили, для качественных признаков вычислялась доля, ошибка доли ($P \pm Ps$), статистические различия вычислялись с помощью критерия Мана-Уитни, χ^2 , точного критерия Фишера. Статистически значимыми считали результаты при уровне $p < 0,05$.

Результаты исследования

Средний возраст в 1 группе беременных составил 28 (23,32) лет, 2 — 27,5 (24, 30). Раннее начало половой жизни (до 18 лет) отмечалось у 11 и 10 пациенток 1 и 2 групп соответственно ($3,7 \pm 0,2$ и $3,3 \pm 0,3$ %). Состояли в браке по 22 ($73,3 \pm 5,6$ %) пациенток обеих групп. Прерывание беременностей в анамнезе (самопроизвольные выкидыши и медицинские аборт) наблюдались у 25 пациенток ($83,3 \pm 6,8$ %), однако у пациенток 1 группы беременности чаще прерывались путем медицинского аборта (14 против 9, $p > 0,05$). Чаще обследование и лечение по поводу гинекологических заболеваний до беременности проходили пациентки 2 группы (11 против 4, $\chi^2 = 6,4$, $p = 0,01$). Пациентки не отличались по структуре гинекологических заболеваний и оперативных вмешательств в анамнезе — в обеих группах преобладали пациентки с псевдоэрозиями шейки матки (по

12 пациенток, $40 \pm 4,2$ %). ИППП и венерические болезни в анамнезе отмечались у 8 и 9 пациенток 1 и 2 группы ($27,7 \pm 3,6$ и $30 \pm 3,0$ % соответственно). Частота вредных привычек и профессиональных вредностей составила $1,3 \pm 0,2$ % (по 4 пациентки). Из соматических заболеваний в анамнезе наиболее часто отмечались болезни органов дыхания (ОРВИ, бронхит, бронхиальная астма, туберкулез легких – 9 и 10 пациенток 1 и 2 групп соответственно (30 ± 3 и $33,3 \pm 3,4$ %), заболевания щитовидной железы (диффузный эндемический зоб, кисты и микрокисты щитовидной железы, аутоиммунный тиреоидит в стадии эутиреоза) по 7 пациенток в каждой группе ($23,3 \pm 2,9$ %). В 1 группе первые роды предстояли 16 пациенткам, во 2 — 22 беременным ($\chi^2 = 2,58$, $p = 0,09$). При анализе осложнений данной беременности в группах было выявлено статистически значимое различие по частоте плацентарной недостаточности (у 8 беременных 1 группы и 3 пациенток 2 группы, $\chi^2 = 6,4$, $p = 0,01$). Клинически она проявлялась СЗРП 1 степени (по 2 случая в группах) и хронической внутриматочной гипоксией плода в стадии компенсации у 7 пациенток 1 группы на фоне гестоза и 1 пациентки 2 группы на фоне хронической никотиновой интоксикации. Другие акушерские и соматические осложнения беременности были представлены угрожающими преждевременными родами на сроках 23–34 недели, частота которых у пациенток 1 группы составила 30 ± 3 % против $20 \pm 1,6$ % во 2 группе ($p > 0,05$), гестозами, анемией легкой степени, вагинитами неспецифической этиологии, а также гестационным пиелонефритом и ОРВИ, которые наблюдались с одинаковой частотой у пациенток обеих групп. Все беременности завершились родами в срок (в 38, 38, 39 недель против 39, 39, 40) за исключением 1 пациентки 1 группы, у которой наблюдались преждевременные роды на сроке 34 недели беременности. Родоразрешение у пациенток исследуемых групп путем операции кесарева сечения осуществлялось в 1 группе у 14 пациенток, во 2 — у 4 ($\chi^2 = 7,9$, $p = 0,005$). Показаниями к плановым операциям кесарева сечения в 1 и 2 группах были рубец на матке (3 и 2 беременные), ВИЧ-инфекция (1 беременная 2 группы), тазовое предлежание и ДЦП у беременной (2 пациентки 1 группы). Хроническая внутриматочная гипоксия плода в стадии субкомпенсации на фоне гестоза у 7 человек 1 группы и 1 пациентки 2 группы, а также 2-кратного тугого обвития пуповины (1 случай в 1 группе) стала показанием к родоразрешению путем кесарева сечения у 8 и 1 пациентки соответственно ($\chi^2 = 6,4$, $p = 0,001$). Одна пациентка 1 группы была родоразрешена путем операции кесарева сечения в экстренном порядке по поводу клинически узкого таза. Масса новорожденных в 1 группе составила 2980 г (2900, 3400), во 2 группе — 3497 г (3045, 3760), $z = 2,0$, $p = 0,04$. Статистически значимых различий при оценке новорожденных по шкале Апгар на 1 и 5 минутах не выявлено: на 1 минуте в асфиксии средней степени родилось 4 ребенка в 1 группе и 3 во второй, на 5 минуте оценка по шкале Апгар 7 баллов сохранялась у 1 новорожденного 1 группы, 1 ребенку 2 группы с врожденной аспирационной пневмонией была начата ИВЛ. В 1 группе в раннем неонатальном периоде у детей наблюдались ГБН, кефалогематома и желтуха неуточненной этиологии (по 1 случаю), во 2 — 1 случай ГБН, 1 случай врожденной аспирационной пневмонии и родился 1 ВИЧ-экспонированный ребенок. В каждой из групп родилось по 2 ребенка, маловесных к сроку гестации. Все доношенные новорожденные выписаны домой на 5–10 сутки в удовлетворительном состоянии.

Выводы

1. У пациенток с начавшимся самопроизвольным выкидышем в 1 триместре беременности статистически значимо чаще развивается фетоплацентарная недостаточность ($\chi^2 = 6,4$, $p = 0,01$).
2. Родоразрешение у пациенток 1 группы осуществлялось чаще путем операции кесарева сечения в связи с субкомпенсацией плацентарной недостаточности к концу беременности в связи с присоединением гестоза ($\chi^2 = 7,9$, $p = 0,005$).
3. Новорожденные у пациенток, получавших лечение по поводу начавшегося самопроизвольного выкидыша в 1 триместре беременности, имели меньшую массу при рождении ($z = 2,0$, $p = 0,04$).

ЛИТЕРАТУРА

1. Сидельникова, В. М. Привычная потеря беременности / В. М. Сидельникова. — М., 2002. — 304 с.
2. Подзолкова, Н. М. Невынашивание беременности: учеб.-метод. пособие // Н. М. Подзолкова, М. Ю. Скворцова. — М., 2010. — 42 с.

УДК 618.36-06

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ НА ФОНЕ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Орпик В. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Р. Л. Коршикова

Учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет»
г. Минск, Республика Беларусь

Введение

В структуре причин перинатальной смертности фетоплацентарная недостаточность составляет более 30 %. Многолетние наблюдения за развитием детей, рожденных матерями с плацентарной недостаточностью, позволили прийти к выводу, что указанная патология обуславливает многочисленные изменения в организме ребенка, которые на протяжении первых лет жизни являются причиной нарушений в его физическом и умственном развитии, повышенной соматической и инфекционной заболеваемости.

Цель исследования

Выявить факторы риска развития фетоплацентарной недостаточности и определить закономерности течения беременности на фоне данной патологии.

Материалы и методы исследования

Анализ историй болезни пациентов с фетоплацентарной недостаточностью.

Результаты исследования

В ходе исследования были изучены 82 истории болезни пациенток с фетоплацентарной недостаточностью, зарегистрированных в 1 ГКБ г. Минска. В контрольную группу были включены 30 историй болезни пациенток без данной патологии:

1. Средний возраст пациенток в исследуемой группе составил 27,3 года. 37 % пациенток были в возрасте 30 и более лет. В контрольной группе средний возраст — 26 лет. 40 % женщин были старше 30 лет. При этом в исследуемой группе у 70 % пациенток данные роды были первыми, у 20 — вторыми (24 %). У 6 % женщин в анамнезе было более двух родов. В контрольной группе первородящими оказались 47 % женщин, повторнородящими — 43 %. У 10 % пациенток было более двух родов.

2. При изучении структуры и частоты встречаемости экстрагенитальной патологии в исследуемой группе у 7 (9 %) пациенток был отмечен сахарный диабет, у 10 (12 %) — патология щитовидной железы, у 12 (15 %) — пиелонефрит. Заболевания сердечно-сосудистой системы отмечены у 28 %. В контрольной группе заболевания щитовидной железы встречались у 10 % женщин. Сахарный диабет наблюдался у 3 % пациенток, патология сердечно-сосудистой системы — у 17 %, пиелонефрит — у 7 % исследуемых.

3. При анализе акушерско-гинекологического анамнеза в исследуемой группе прерывание беременности было отмечено у 20 % женщин. Патология яичников наблюдалась у 5 % пациенток, патология тела матки — у 4 % женщин. Заболевания шейки матки встречались у 28 % пациенток. ВЗОМТ зарегистрированы у 43 (52 %) женщин. В контрольной группе прерывание беременности встречалось в 30% случаев. ВЗОМТ в анамнезе имелись в 63 % случаев.