

Проанализировав ответы пациенток из двух групп, мы получили, что у группы 1 (ПОПБ) – средний риск развития ПРД (6,5 баллов), у группы 2 (ППРО) – также средний риск развития ПРД (7 баллов).

### **Выводы**

Таким образом, можем сделать вывод, что в отделении патологии беременности и в послеродовом отделении пациентки имеют одинаковый средний риск развития послеродовой депрессии. В среднем это женщины 30 лет со второй по счету беременностью. Средний риск развития ПРД может быть обусловлен медицинскими, социально-бытовыми и психологическими факторами. Следовательно, необходим скрининг психосоциальных нарушений у ПОПБ и ППРО. Таким образом, можно вовремя выявить ПРД у родильниц, а также спрогнозировать риск развития ПРД и разработать комплекс мер, направленных на предупреждение развития ПРД, включающий социально-просветительскую работу и оказание квалифицированной психологической помощи пациенткам с выявленными рисками у ПОПБ.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Мамчиц Л. П., Жигун-Безак А. Ю., Кононович О. Л., Пересада А. Д. Факторы риска, влияющие на течение беременности женщин и состояние здоровья новорожденных по данным анкетирования // Медицина: теория и практика. – 2019. – №5. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/factory-riska-vliyayuschie-na-techenie-beremennosti-zhenschin-i-sostoyanie-zdorovya-novorozhdennyh-po-dannym-anketirovaniya> (дата обращения: 27.02.2024).
2. Абдуразакова Р. С. Кизи Депрессия в послеродовом периоде / Р. С. Кизи Абдуразакова // FORCIPE. – 2021. – № S1. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/depressiya-v-poslerodovom-periodе> (дата обращения: 27.02.2024).
3. Калачёв, В. Н. Роль психоэмоциональных нарушений у беременных в развитии затянувшегося второго периода родов / В. Н. Калачёв, Т. Н. Захаренкова // Проблемы здоровья и экологии. – 2020. – № 1(63). – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/rol-psihoemotsionalnyh-narusheniy-u-beremennyh-v-razvitii-zatyanuvshegosya-vtorogo-perioda-rodov> (дата обращения: 27.02.2024).
4. ACOG Committee Opinion No. 343: psychosocial risk factors: perinatal screening and intervention // Obstet Gynecol. – 2006. – № 108. – P. 469–77.

**УДК 618.3–008.6:616.61–002–072.7**

**А. А. Конюшенко, Е. С. Мироненко**

*Научный руководитель: к.м.н., доцент Т. Н. Захаренкова*

*Государственное учреждение здравоохранения  
«Гомельская городская клиническая поликлиника № 3»  
г. Гомель, Республика Беларусь,  
Учреждение здравоохранения  
«Речицкая центральная районная больница»  
г. Речица, Республика Беларусь*

## **АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ РОДОВ С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ РАЗРЫВОМ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК**

### **Введение**

Частота осложнений в акушерстве продолжает оставаться на высоком уровне. Одним из таких осложнений является преждевременный разрыв плодных оболочек (ПРПО), который вносит неоспоримый вклад в формирование структуры перинатальной заболеваемости и смертности. Частота встречаемости ПРПО за последнее время увеличилась в 1,5–2 раза. В структуре всех беременностей составляет 2–20%. При доношенной беременности ПРПО наблюдается в 8–10% случаев, сопровождает от 25 до 38 % преждевременных родов и ассоциировано с 18–20% перинатальной смертности [1, 2].

### **Цель**

Оценить особенности течения родов с преждевременным разрывом плодных оболочек у женщин с доношенной беременностью и «зрелой» шейкой матки.

### **Материалы и методы исследования**

В ходе работы был проведен анализ 76 историй родов женщин, поступивших в Учреждение здравоохранения «Гомельскую городскую клиническую больницу № 2» для родоразрешения. Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета прикладных программ Statistica 7.0 и MEDCALC Software. Результаты представлены в виде медианы (Me), 25 и 75 перцентиле, средней и стандартного отклонения (sp%), доли (p%). Сравнения полученных результатов проведено с помощью критерия  $\chi^2$  с поправкой Йетса. Было проведено сравнение количественных и качественных данных. Статистически значимыми считались результаты при значении  $p < 0,05$ .

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

Для исследования были изучены 38 историй родов женщин, имевших ПРПО (основная группа) и 38 историй родов со своевременным излитием околоплодных вод (контрольная группа). В основной группе первородящие – 17 женщин (44,8%), повторнородящие – 21 женщина (55,3%), в контрольной группе первородящие 16 женщин (42,2%) и повторнородящие – 22 женщины (57,8%). Был проведен сравнительный анализ, структурирование групп по анамнезу, экстрагенитальной патологии представлено в таблице 1. Невынашивание беременности отмечалось у 10 рожениц (26,3%) основной группы, в контрольной группе: невынашивание – 4 (10,5%),  $p=0,05$ ; экстрагенитальная патология у 25 (65,7%) рожениц основной группы, экстрагенитальная патология 15 (39,4%) контрольной группы,  $p=0,03$ ; заболевания во время беременности основная группа – 29 (76,3%), контрольная группа – 21 (55,3%),  $p=0,04$ , среди которых преобладали ОРИ во время беременности, вагинит, анемия беременных, плацентарная недостаточность, стадия компенсации (таблица 1).

Таблица 1 – Сравнительная характеристика данных анамнеза, наличия экстрагенитальной патологии

| Показатели                            | Основная группа (n=38) | Контрольная группа (n=38) | Уровень значимости |
|---------------------------------------|------------------------|---------------------------|--------------------|
| Невынашивание беременности в анамнезе | 10 (26,3%)             | 4 (10,5%)                 | $p=0,07$           |
| Экстрагенитальная патология           | 25 (65,7%)             | 15 (39,4%)                | $p=0,03$           |
| Заболевания во время беременности     | 29 (76,3%)             | 21 (55,3%)                | $p=0,04$           |
| Гинекологические заболевания          | 10 (26,3%)             | 6 (15,8%)                 | $p=0,09$           |

В основной группе 21(55,3%) женщин нуждались в применении лекарственных средств для родоиндукции (таких, как простагландин E2, окситоцин) в виду отсутствия регулярной родовой деятельности на фоне нарастания безводного промежутка, в контрольной группе – 2(5,2%) с целью лечения вторичной родовой слабости,  $p=0,1$ ; связь между факторным и результативным признаком статистически значима.

Средняя длительность безводного промежутка у женщин в основной группе составила 550 мин (60; 795), что в 3,06 раза больше чем в контрольной группе 179 мин (15; 500),  $p=0,02$ . В основной группе продолжительность родов составляла 448 мин (56; 725), в контрольной 503 мин (110; 660),  $p=0,06$ . Статистически значимые различия отмечаются во втором периоде родов. Продолжительность второго периода родов основной группы 48 мин (15; 110), что 3,7 раза выше чем продолжительность контрольной группы 13 мин (5; 35), (таблица 2).

Таблица 2 – Характеристика течения родов

| Длительность безводного промежутка |                    | Уровень значимости |
|------------------------------------|--------------------|--------------------|
| Основная группа                    | Контрольная группа |                    |
| 550 мин (60;795)                   | 179 мин (15; 500)  | p=0,02             |
| Общая продолжительность родов      |                    |                    |
| 448 мин (560;725)                  | 503 мин (110;660)  | p=0,06             |
| Продолжительность 1 периода родов  |                    |                    |
| 390 мин (90;630)                   | 480 мин (80;690)   | p=0,06             |
| 2 период родов                     |                    |                    |
| 48 мин (15;110)                    | 13 мин (5;35)      | p=0,03             |
| 3 период родов                     |                    |                    |
| 10 мин (5 ;15)                     | 10 (5 ; 20)        | p=0,09             |

При изучении материнского травматизма было выявлено (таблица 3): эпизиотомии были выполнены у 18 (68,4%) женщин основной группы, 6 (37,5%) – контрольной группы, p=0,03, разрывы в области половых губ и гимена – 4 (10,5%), 2(5,3%) соответственно.

Таблица 3 — Материнский травматизм в родах

| Показатели                          | Основная группа | Контрольная группа | Уровень значимости |
|-------------------------------------|-----------------|--------------------|--------------------|
| Эпизиотомия                         | 18 (68,4%)      | 13 (34,2%)         | p=0,03             |
| Разрывы влагалища                   | 4 (10,5%)       | 9 (23,7%)          | p=0,07             |
| Разрывы в области малых половых губ | 4 (10,5%)       | 2 (5,3%)           | p=0,03             |
| Разрывы в области гимена            | 2 (5,3%)        | 0                  | p=0,03             |

В основной группе 37 детей (97%) родились с оценкой по шкале Апгар 8/8 контрольной группе все новорожденные по шкале Апгар были оценены в 8–9 баллов. Ранний послеродовой период в обеих группах протекал без осложнений.

### **Выводы**

Преобладающими факторами, влияющими на ПРПО были заболевания, возникшие во время беременности у 29 (76,3%), рожениц основной группы, что выше в 1,36 раза, чем у контрольной группы, среди которых преобладали ОРИ у 18 (47,0%) рожениц основной группы, вагинит – 20 (52,0%), анемия – 12 (30,5%), ИМВП 5 (13,8%), различия между основной и контрольной группой были статистически значимы, уровень значимости p=0,04. У 25 (65,7%) рожениц основной группы имелись экстрагенитальные заболевания, что выше в 1,67 раза чем у контрольной группы, среди которых преобладали: заболевания щитовидной железы 14 (37,0%), хронические заболевания органов дыхания – 9 (23,6%), заболевания сердечно-сосудистой системы – 7 (18,4%). Средняя длительность безводного промежутка в основной группе в 3,07 раза больше, чем в контрольной группе. В основной группе 21 (55,3%) роженица нуждалась в использовании лекарственных средств для родоиндукции, ввиду отсутствия регулярной родовой деятельности. Статистически значимые различия отмечаются во втором периоде родов – продолжительность в основной группе в 3,7 раза выше, чем в контрольной. В основной группе материнский травматизм наблюдался в 1,2 раза выше, чем у контрольной группы.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Борщева, А. А. Факторы риска и исход родов при несвоевременном излитии околоплодных вод / А. А. Борщева, Г. М. Перцева, И. А. Логинов // Кубанский научный медицинский вестник. – 2017. – № 24 (5). – С. 10–13.
2. Тошева, И. И. Исходы беременности при преждевременном разрыве плодных оболочек / И. И. Тошева, Г. А. Ихтиярова // РМЖ. Мать и дитя. – Т. 3, № 1. – 2020 – С. 16–19.

УДК 616–007–053.1

**Е. В. Кравцова**

*Научные руководители: к.м.н., доцент О. А. Будюхина<sup>1</sup>,  
врач акушер-гинеколог отделения пренатальной диагностики И. Э. Марцулевич<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»,  
<sup>2</sup>Учреждение здравоохранения  
«Гомельский областной диагностический  
медико-генетический центр с консультацией «Брак и семья»  
г. Гомель, Республика Беларусь

## КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПОЛИКИСТОЗА ПОЧЕК

### **Введение**

Поликистоз почек – генетическое заболевание, связанное с образованием и прогрессированием кист в паренхиме почек [1]. Различают аутосомно-рецессивный (АРПК, инфантильный) и аутосомно-доминантный (АДПК, взрослый) типы поликистоза почек [1, 2].

Аутосомно-рецессивный поликистоз почек является редкой врожденной аномалией с неблагоприятным прогнозом [3]. Частота АРПК составляет в среднем 1 случай на 20000–40000 родов. Существует 25% риск повторения заболевания не зависимо от пола [4]. Прогноз крайне неблагоприятный, летальность достигает почти 100%.

Частота АДПК составляет около 1:1000 [4]. АДПК чаще проявляется в детском возрасте. Эхографические признаки АДПК в пренатальном периоде проявляются редко, поэтому большинство случаев АДПК пренатально не диагностируется. Риск повторения заболевания 50% не зависимо от пола.

Крайне важно, проводя пренатальную ультразвуковую диагностику, дифференцировать данные заболевания.

### **Цель**

Изучить особенности анамнеза, диагностики, течение и исход беременности у пациенток при выявленном поликистозе почек у плода.

### **Материал и методы исследования**

Представлены клинические случаи поликистозной болезни почек у плодов. Оценены анамнестические данные пациенток, течение и исход беременности.

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

*Клинический случай № 1.* Повторнобеременная, 30 лет. Данная беременность вторая. Первая беременность закончилась срочными родами мальчика 3380 грамм.

Пациентка была направлена в УЗ «Гомельский областной диагностический медико-генетический центр с консультацией «Брак и семья» (далее – УЗ «ГОДМГЦ с консультацией «Брак и семья») к врачу-генетику для проведения медико-генетического консультирования. У ребенка, супруга и его матери – поликистоз почек взрослого типа.