Родоразрешение путем кесарева сечения чаще отмечено у женщин старше 30 лет – у 19 (65,5%; χ^{2}=4,137; p=0,042) против 9 (37,5%) пациенток из первой группы, что в свою очередь может быть связано с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом, который чаще отмечен у пациенток второй группы – у 25 (86,21%, χ^{2}=3,91; p=0,048), в сравнении с 14 (58,3%) из первой группы. Рубец на матке после предыдущего кесарева сечения диагностирован наиболее часто в обеих группах у пациенток с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом – в 1 группе у 16,7% женщин, во 2 группе – у 27,6%. Было выявлено 5 (17,2%, χ^{2}=4,569; p=0,033) случаев ЭКО-индуцированных беременностей, при этом все они наблюдались у рожениц старше 30 лет.

Выводы

В ходе проведенного исследования, у обследованных пациенток выявлено снижение доли естественного зачатия по мере увеличения возраста женщины. Только у пациенток старше 30 лет диагностированы ЭКО-индуцированные беременности (p=0,033), чаще отмечен отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (p=0,048) и, как исход, повышается количество родоразрешений путем операции кесарева сечения (p=0,042). В то же время у женщин младше 30 лет отмечено увеличение частоты разрывов родовых путей (p<0,05), что может быть обусловлено индуцированными родами у 80,5% пациенток. Таким образом, важно своевременное выявление всех возможных осложнений, их купирование и профилактика развития данных осложнений в будущем.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ульянич, А. Л. Психологические факторы и маркеры развития угрозы прерывания беременности у женщин / А. Л. Ульянич, Е. А. Наку // Ученые записки университета имени П. Ф. Лесграфа. – Киров, 2020. – Т. 22, № 6. – С. 541–546.

2. Особенности течения беременности и родов у женщин в разных возрастных группах / Е. А. Росюк, О. В. Плетникова, Ю. Д. Ошкокова, А. Е. Мищенко // Уральский медицинский журнал. – 2025. – Т. 24, №4. – С. 67–77.

3. Obstetrical and perinatal complications in young primiparas / V. E. Radzinsky, M. B. Khamoshina, A. I. Chakchurina, A. A. Orazmuradova // Obstetrics and Perinatology. – 2019. – № 7:6–1. – DOI: https://doi.org/10.31550/1727-2378-2019-162-7-6-11.

4. The impact of advanced maternal age on pregnancy outcomes: A retrospective multicenter study / H. Hochler, M. Lipschuetz, Y. Suissa-Cohen [et al.] // Journal of Clinical Medicine. – 2023. – Vol. 12(17). – P. 5696. – DOI: https://doi.org/10.3390/jcm12175696.

УДК 618.3:616.15-097

А. Е. Карпова, Ю. В. Полоско

Научный руководитель: к.м.н., доцент Е. Л. Лашкевич

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

АНАЛИЗ ИНФОРМИРОВАННОСТИ БЕРЕМЕННЫХ О ПАТОГЕНЕЗЕ И ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЗУС-КОНФЛИКТА

Введение

Резус-конфликт – иммунологическая несовместимость матери и плода по резус-фактору крови. По статистике около 85% населения являются резус-положительными, и 15% – резус-отрицательными. Основной причиной изосерологической несовместимости крови матери и плода является выработка антител против резус-фактора эритроцитов плода. Это возможно при беременности в супружеской паре, в которой мать имеет резус-отрицательную кровь, а отец – резус-положительную [1, 2].

Цель

Провести анализ информированности беременных о патогенезе и современных методах профилактики резус-конфликта.

Материал и методы исследования

Для изучения уровня информированности о патогенезе резус-конфликта и его профилактике было проведено анкетирование на базе родового отделения учреждения «Гомельская областная клиническая больница». В опросе приняли участие 104 респондента. Для проведения сравнительного анализа всех женщин разделили на две группы. Основную группу составили резус-отрицательные беременные (29 человек, 27,9%, χ^2=38,94, p<0,001), а контрольную группу – резус-положительные (75 человек, 72,1%). Статистическая обработка производилась с помощью компьютерной программы Microsoft Office Excel. Сравнение групп по количественным признакам осуществляли с помощью критерия χ^2 с поправкой Йейтса. При сравнении результатов статистически значимыми считали различия при критическом уровне значимости p<0,05.

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст пациентов составил 30,6±5,2 лет (диапазон 17–42 года, n=104). В основной группе 25 (86,2%, χ^2=27,59, p<0,001) женщин проживает в городе и 4 (13,8%) – в городском поселке. У пациенток данной группы выявлен следующий уровень образования: высшее образование – у 18 (62,1%), среднее специальное – у 8 (27,6%), среднее – у 3 (10,3%) беременных. В контрольной группе также отмечается преобладание городских жителей: 62 (82,7%, χ^2=61,44, p<0,001) человека проживает в городе, а 13 (17,3%) – в поселке городского типа. Распределение по уровню образования: высшее образование у 39 (52,0%), среднее специальное – у 26 (34,7%), среднее – у 10 (13,3%) пациентов. Статистический анализ не выявил значимых различий между группами (по месту проживания p=0,89; по уровню образованию p=0,65).

При анализе источников информации о резус-конфликте было выявлено, что большинство беременных (64, 61,5%, χ^2=10,17, p=0,001) получали сведения из интернета, 15 (14,4%) человек – с научных и медицинских сайтов, 34 (32,7%) – от врача женской консультации, и лишь 8 (7,7%) – из книг и брошюр.

Особенности акушерского анамнеза обследованных пациенток представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Акушерский анамнез у обследуемых беременных, n (p%)

Показатель	Основная группа (n=29)	Контрольная группа (n=75)	Уровень значимости, χ^2; p
Количество беременностей	2,5±1,2	2,6±2,1	0,761
Распределение по паритету родов: – первые роды; – вторые роды; – третьи роды и более	 4 (13,8%) 7 (24,1%) 18 (62,1%)	 18 (24%) 22 (29,3%) 35 (46,7%)	 0,77; 0,391 0,081; 0,775 1,42; 0,234
Медицинские аборты	1 (3,4%)	10 (13,3%)	1,24; 0,264
Самопроизвольные выкидыши	1 (3,4%)	7 (9,3%)	0,36; 0,549
Внематочная беременность	0 (0%)	1 (1,3%)	0,25; 0,62
Предыдущее введение иммуноглобулина человека антирезус Rho(D)	18 (62,1%)	0 (0%)	<0,001

Исходя из данных таблицы 1, обследуемые женщины сопоставимы по акушерскому анамнезу. Единственное различие касалось предшествующего введения иммуноглобулина человека антирезус Rho(D): в основной группе его получали 18 (62,1%) женщин, что обусловлено их резус-отрицательным статусом.

В основной группе средний срок беременности составил 34,9±5,6 недели, а в контрольной – 34,7±5,7 недели (p=0,872). Во время настоящей беременности 20 (69,0%) резус-отрицательных уже получили иммуноглобулин человека антирезус Rho(D), а 3 (10,3%) – планировали его введение (таблица 2).

Таблица 2 – Особенности течения беременности у обследуемых женщин, n (p%)

Показатель	Основная группа (n=29)	Контрольная группа (n=75)	Уровень значимости, χ^2; p
Введен иммуноглобулин человека антирезус Rho(D)	20 (69%)	0 (0%)	<0,001
Планируют введение иммуноглобулина антирезус Rho(D)	3 (10,3%)	0 (0%)	0.029
Срок постановки на учет: – до 12 недель; – 13–27 недель	 28 (96,5%) 1 (3,5%)	 71 (94,7%) 4 (5,3%)	 0.013; 0,910 0,022; 0,883
Кровянистые выделения во время беременности	2 (6,9%)	4 (5,3%)	0,026; 0,871

Анализ уровня информированности показал, что резус-отрицательные беременные лучше осведомлены о резус-конфликте, чем резус-положительные женщины (таблица 3). Средний балл за тест (по результатам 10 вопросов) в основной группе составил 9,8; а в контрольной – 8,52 (p<0,001). Наибольшие различия между группами выявлены по вопросам профилактики резус-конфликта. Все резус-отрицательные женщины (100%) знали, что иммуноглобулин человека антирезус Rho(D) вводят на 28–32 неделе и после родов при рождении резус-положительного ребенка, тогда как в контрольной группе правильный ответ дали лишь 74,7% (p=0,0067).

Таблица 3 – Уровень информированности беременных о патогенезе и профилактике резус-конфликта, n (p%)

Вопрос теста	Основная группа (n=29)	Контрольная группа (n=75)	Уровень значимости, χ; p
1. Что такое резус-конфликт?	28 (96,6%)	73 (97,3%)	0,193; 0,660
2. Когда возникает риск резус-конфликта?	29 (100%)	74 (98,7%)	0,246; 0,620
3. Чем он опасен для ребенка?	29 (100%)	66 (88%)	2,44; 0,118
4. Как предотвращают резус-конфликт?	29 (100%)	71 (94,7%)	0,49; 0,484
5. Когда проводят профилактику?	29 (100%)	56 (74,7%)	7,37; 0,0067
6. Другие ситуации для профилактики резус-конфликта	27 (93,1%)	52 (69,3%)	5,23; 0,022
7. Частота проверки антирезусных антител	29 (100%)	65 (86,7%)	2,88; 0,090
8. Как работает иммуноглобулин антирезус Rho(D)?	29 (100%)	71 (94,7%)	0,49; 0,484
9. Поможет ли он при уже имеющихся антителах?	28 (96,6%)	59 (78,7%)	3,67; 0,055
10. Какая беременность опаснее с точки зрения резус-конфликта?	27 (93,1%)	52 (69,3%)	5,23; 0,022
Средний балл информированности	9,8	8,52	p<0,001

Резус-отрицательные беременные также лучше ориентировались в показаниях для экстренного введения иммуноглобулина антирезус Rho(D): 93,1% (p=0,022) знали о необходимости его применения после абортов, выкидышей, внематочной беременности и инвазивных процедур против 69,3% в контрольной группе. Кроме того, большинство резус-отрицательных женщин (93,1%) понимали, что последующие беременности опаснее первой

с точки зрения развития резус-конфликта при отсутствии профилактика, так как в организме уже могут присутствовать антитела. Среди резус-положительных этот показатель был значительно ниже – 69,3% (p=0,022).

Выводы

В исследовании приняли участие 104 беременные женщины, из которых 27,9% (p<0,001) были резус-отрицательные и 72,1% резус-положительных. При сравнительном анализе установлено, что обе группы были сопоставимы по основным социально-демографическим характеристикам, а также по ключевым параметрам акушерского анамнеза и течения беременности.

Анализ уровня информированности показал, что базовое теоретическое понимание сути резус-конфликта, его механизмов, факторов риска, а также знание о необходимости регулярного контроля антител и неэффективности иммуноглобулина человек антирезус Rho(D) при уже имеющихся антителах было одинаково высоким и статистически не различалось между группами. В то же время, резус-отрицательные женщины значительно лучше осведомлены о сроках проведения профилактики (100% против 74,7%; p=0,0067), о необходимости введения иммуноглобулина после абортов, выкидышей и инвазивных процедур (93,1% против 69,3%; p=0,022), а также о том, что последующие беременности представляют больший риск при отсутствии профилактики (93,1% против 69,3%; p=0,022). Во время настоящей беременности у 23 (79,3%, χ^2=17,66, p<0,001) пациенток планировалась профилактика резус-конфликта: 20 (69%) резус-отрицательных беременных уже получили иммуноглобулин антирезус Rho(D), 3 (10,3%) – планировали его введение. Полученные данные свидетельствуют о необходимости дальнейшей профилактической работы среди беременных с целью снижения риска развития резус-конфликта и перинатальных потерь.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Акушерство : учебник / Г. М. Савельева, Р. И. Шалина, Л. Г. Сичинава [и др.]. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 576 с.

2. Радзинский, В. Е. Акушерство : учебник / В. Е. Радзинский, А. М. Фукс. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 1047 с.

УДК 618.3:618.14-003.92

О. В. Козлова, Ю. А. Дведари

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

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

БЕРЕМЕННОСТЬ ПРИ НАЛИЧИИ РУБЦА НА МАТКЕ

Введение

Современная акушерская практика демонстрирует выраженную тенденцию к учащению оперативного родоразрешения, что, в свою очередь, приводит к постоянному увеличению количества беременных женщин с рубцом на матке. Наличие рубца значительно повышает риски специфических осложнений, среди которых наиболее опасным является угроза разрыва матки [1]. Решающее значение в прогнозировании исхода беременности и планировании способа родоразрешения имеет оценка состоятельности рубца матки: его клиническая безболезненность и эхографическая толщина, где критическим порогом безопасности считается показатель не менее 2,0–2,5 мм [2]. Полноценность формирования рубцовой ткани