

В основной группе пациентки были родоразрешены путем операции кесарево сечение. Показания к абдоминальному родоразрешению: клинический узкий таз (46,15 %; N = 13), вторичная слабость родовой деятельности (46,15 %; N = 13), прием спазмолитиков до наступления родов (30,77 %; N = 13), макросомия (7,69 %; N = 13).

В группе сравнения 10 (58,82 ± 11,94 %) женщин родили через естественные родовые пути без применения влагалитических родоразрешающих операций, у 7 (41,18 ± 11,94 %) женщин для родоразрешения проведены следующие операции: вакуум-экстракция (29,41 %; N = 17), эпизиотомия (11,76 %; N = 17).

Одним из значимых факторов для успешного завершения родов является масса плода. В группе женщин, родоразрешенных путем операции кесарево сечение, средняя масса новорожденных составила 3873 ± 395,17 г против 3383 ± 402,51 г при родах через естественные родовые пути (T = -3,3; p = 0,003). В основной группе у 1 (7,69 ± 7,39 %) пациентки диагностирован крупный плод, в группе сравнения вес при рождении у всех новорожденных был менее 4 кг.

#### **Выводы**

При затрудненных родах у пациенток с абдоминальным родоразрешением отмечены меньшие значения Distantia spinarum (p = 0,03) и Distantia cristarum (p = 0,03) и больший вес новорожденных (p = 0,003) по сравнению с женщинами, родившими через естественные родовые пути.

УДК 618.146-08:618.2

### **ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ НА ДАЛЬНЕЙШЕЕ ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ**

*Ничипоренко А. П.*

**Научный руководитель: к.м.н., ассистент М. А. Кустова**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Заболевания шейки матки (ШМ) и их лечение являются актуальной проблемой современной медицины. По данным разных авторов распространенность патологии среди женщин репродуктивного возраста составляет 15–25 % [1]. В последнее время разработано множество методов лечения заболеваний ШМ. Важными условиями при выборе лечения являются: радикальность и сохранение физиологической функции ШМ [2, 3]. Патологические состояния ШМ могут приводить к возникновению различных нарушений во время беременности и усложнять ее ведение. В некоторых исследованиях неблагоприятные исходы беременности связывают с хирургическим лечением данной патологии [4].

#### **Цель**

Изучить течение беременности и родов у женщин с пролеченной и не пролеченной патологией ШМ.

#### **Материал и методы исследования**

Проведен ретроспективный анализ 60 историй родов пациенток с пролеченной (основная группа 1, N=30) и не пролеченной патологией шейки матки (контрольная группа 2, N=30) за 2016–2018 годы. Проведен статистический анализ полученных данных. При обработке качественных признаков использовали: определение доли (P) и ошибки доли (Sp), хи-квадрат ( $\chi^2$ ), точный критерий Фишера (P). Количественные признаки описывали средним значением (M) и средним квадратическим отклонением (s). Ста-

статистически значимым уровнем ошибки считали  $p \leq 0,05$ . Статистическая обработка данных проводилась при помощи программы «MedCalc 10.2.0.0» (MedCalc, Mariakerke, Belgium).

Для каждой пациентки была заведена и заполнена специально разработанная нами анкета, которая включала в себя основные показатели репродуктивной функции. А также учитывалось течение беременности и родов после проведенного лечения.

**Результаты исследования и их обсуждение**

Средний возраст пациенток составил  $29,6 \pm 4,0$  лет в группе 1 и  $29,2 \pm 4,8$  лет в группе 2. В основной группе 18 женщинам была выполнена диатермокоагуляция, 10 пациенткам — радиоволновая конизация и 2 женщинам — криодеструкция ШМ до беременности. Среди женщин контрольной группы с непролеченными заболеваниями ШМ во всех случаях встречалась эктопия цилиндрического эпителия. Нами проанализированы осложнения беременности у пациенток данных групп и не установлено значимых различий по частоте их встречаемости (таблица 1). Оперативное родоразрешение также наблюдалось с одинаковой частотой — 9 ( $30 \pm 8,4$  %) случаев в группе 1 и 10 ( $33,3 \pm 8,6$  %) случаев в группе 2.

Таблица 1 — Осложнения беременности при пролеченной и непролеченной патологии ШМ, (P ± Sp, %)

Осложнения беременности	Группы исследования	
	группа 1, N = 30	группа 2, N = 30
Угроза прерывания беременности	12 ( $40 \pm 8,9$ %)	10 ( $33,3 \pm 8,6$ %)
Истмико-цервикальная недостаточность	3 ( $10 \pm 5,5$ %)	2 ( $6,7 \pm 4,5$ %)
Воспалительные заболевания влагалища	10 ( $33,3 \pm 8,6$ %)	15 ( $50 \pm 9,1$ %)
Маловодие	1 ( $3,3 \pm 3,3$ %)	0
Многоводие	0	1 ( $3,3 \pm 3,3$ %)
Синдром задержки роста плода	2 ( $6,7 \pm 4,5$ %)	3 ( $10 \pm 5,5$ %)
Преждевременные роды	3 ( $10 \pm 5,5$ %)	1 ( $3,3 \pm 3,3$ %)
Преждевременное излитие околоплодных вод	10 ( $33,3 \pm 8,6$ %)	8 ( $26,7 \pm 8,1$ %)

Для оценки влияния метода лечения патологии ШМ на течение беременности и родов нами были проанализированы осложнения беременности и родов внутри группы 1 (таблица 2).

Таблица 2 — Течение беременности после различных видов лечения патологии ШМ, (P ± Sp, %)

Осложнения беременности	Метод лечения патологии шейки матки		
	диатермо-коагуляция, N = 18	радиоволновая конизация, N = 10	Крио-деструкция, N = 2
Угроза прерывания беременности	6 ( $33,3 \pm 11,1$ %)	6 ( $60 \pm 15,5$ %)	0
Истмико-цервикальная недостаточность	1 ( $5,6 \pm 5,4$ %)	2 ( $20 \pm 12,7$ %)	0
Воспалительные заболевания влагалища	4 ( $22,2 \pm 9,8$ %)	5 ( $50 \pm 15,8$ %)	1 ( $50 \pm 35,4$ %)
Маловодие	1 ( $5,6 \pm 5,4$ %)	0	0
Синдром задержки роста плода	1 ( $5,6 \pm 5,4$ %)	1 ( $10 \pm 9,5$ %)	0
Преждевременные роды	1 ( $5,6 \pm 5,4$ %)	2 ( $20 \pm 12,7$ %)	0
Преждевременное излитие околоплодных вод	4 ( $22,2 \pm 9,8$ %)	5 ( $50 \pm 15,8$ %)	1 ( $50 \pm 35,4$ %)

Нами не обнаружено значимых различий в осложнениях периода гестации в зависимости от способа лечения патологии ШМ до беременности. Родоразрешение путем кесарева сечения было проведено 4 ( $22,2 \pm 9,8$  %) пациенткам с диатермокоагуляцией в анамнезе и 5 ( $50 \pm 15,8$  %) пациенткам с конизацией ШМ. Все женщины с криодеструкцией родили через естественные родовые пути.

### **Выводы**

При лечении патологии ШМ методами диатермокоагуляции, радиоволновой эксцизии, криодеструкции в последующем во время беременности в 1,2 раза чаще встречаются преждевременное излитие околоплодных вод, угроза прерывания беременности, в 1,5 раза чаще истмико-цервикальная недостаточность и в 3 раза чаще преждевременные роды, в сравнении с непролеченной патологией ШМ. При непролеченной патологии ШМ беременность в 1,5 раза чаще осложнялась воспалительными заболеваниями влагалища. На данном этапе нашей работы, невозможно достоверно утверждать, какой из методов лечения наиболее благоприятен в отношении беременности. Необходимо провести дополнительные исследования на большем количестве пациентов для получения статистически значимых результатов.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. *Прилепская, В. Н.* Эктопии и эрозии шейки матки / В. Н. Прилепская, Е. Б. Рудакова, А. В. Кононов. — М.: МЕДпресс-информ, 2002. — 176 с.
2. *Бадретдинова, Ф. Ф.* Репродуктивная функция женщин после деструктивных операций на шейке матки / Ф. Ф. Бадретдинова, В. В. Коргунова // *Акушерство, гинекология и репродукция.* — 2015. — № 1. — С. 54–58.
3. *Радзинский, В. Е.* Радиохирургическое лечение доброкачественных заболеваний шейки матки / В. Е. Радзинский // *Хирургические заболевания шейки матки.* — М., 2001. — С. 69–71.
4. *Bruinsma, F. J.* The risk of preterm birth following treatment for precancerous changes in the cervix: a systematic review and meta-analysis / F. J. Bruinsma, M. A. Quinn // *BJOG.* — 2011. — № 118. — P. 1031–1041.

**УДК 618.1:616-08**

## **ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ КОНСЕРВАТИВНОЙ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

*Орлова Е. Г., Данилович С. С.*

**Научный руководитель: ассистент И. С. Кононенко**

**Учреждение образования**

**«Витебский государственный медицинский университет»**

**г. Витебск, Республика Беларусь**

### **Введение**

Проблема преждевременного прерывания беременности является одной из наиболее актуальных в современном акушерстве. В структуре ранней неонатальной смертности 60–70 % составляют недоношенные дети, 50 % из них имеют различную степень выраженности неврологических расстройств и высокий риск инвалидизации [1].

Одной из основных причин невынашивания беременности является истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН) — на ее долю приходится от 14,3 до 65 % поздних самопроизвольных выкидышей и спонтанных преждевременных родов [2]. ИЦН обусловлена функциональным и (или) структурным дефектом шейки матки вследствие различных этиологических факторов, и сопровождается до 30 % беременностей у женщин с повторяющимися поздними выкидышами [3]. Патогномичным анамнестическим признаком ИЦН является быстрое, малоболезненное укорочение и раскрытие шейки матки во II или начале III триместра беременности. Этапами развития ИЦН являются структурные изменения шейки матки, часто с пролабированием плодного пузыря в цервикальный канал или во влагалище и преждевременным разрывом плодных оболочек [4].

### **Цель**

Провести сравнительный анализ эффективности современных консервативных, оперативных и комбинированных методов коррекции ИЦН.