

тоцин в родах (78 %); 3 не получали окситоцин в родах (22 %); у 86 новорожденных уровень билирубина составил < 205 мкмоль/л, из них 39 женщин, которые получали окситоцин (45 %); 47 не получали окситоцин в родах (55 %), таблица 2.

Таблица 2 — Уровень билирубина новорожденных на первые и третьи сутки, n (%)

| Группа | 1-е сутки | | 3-е сутки | |
|-------------|----------------|--------------------|-----------------|---------------------|
| | до 35 мкмоль/л | больше 35 мкмоль/л | до 205 мкмоль/л | больше 205 мкмоль/л |
| Основная | 25 (50 %) | 25 (50 %) | 39 (78 %) | 11 (22 %)* |
| Контрольная | 30 (60 %) | 20 (40 %) | 47 (94 %) | 3 (6 %) |

Примечание. * — наблюдаются значимые различия с контрольной группой ($\chi^2 = 2,0$; $p = 0,01$).

Таким образом к 1-м суткам нет различий между основной и контрольной группами; к 3-м суткам у большинства новорожденных нормальный уровень билирубина, но наблюдалось значимое различие по высокому уровню билирубина в сравнении с контрольной группой.

Выводы

Результаты данных уровня билирубина взятого из сосудов пуповины сразу после рождения новорожденного нельзя связать с введенным окситоцином, так как еще процесс гемолиза не завершен. Оценку уровня билирубина следует проводить в конце 1-х суток. Однако исключить влияние окситоцина невозможно, так как на 3-и сутки значимо больше количество новорожденных, матери которых получали окситоцин в родах, имели высокий показатель билирубина, хотя статистически значимой разницы средних показателей не получено. Данная работа требует детального анализа других факторов, приводящих к гипербилирубинемии новорожденных.

Желтуха новорожденных достоверно наблюдается у детей, матери которых имели патологию беременности и (или) родов, которые привели к тем осложнениям, которые требуют назначения окситоцина в интранатальном периоде. Использование окситоцина в родах в допустимых дозировках не влияет на гипербилирубинемия у новорожденных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Желтухи неонатального периода: учеб.-метод. пособие / А. К. Ткаченко [и др.]. — Минск: БГМУ, 2017. — 68 с.
2. Research Journal of Pharmaceutical, Biological and Chemical Sciences July — August 2016 RJPBCS 7(4) Page No. 2098 [Electronic resource] / «Oxytocin and Neonatal Hyperbilirubinemia: A Cohort Study». — Режим доступа: https://www.researchgate.net/publication/309529405_Oxytocin_and_neonatal_hyperbilirubinemia_A_cohort_study. — Дата доступа: 21.02.2019.
3. Анализы. Полный справочник. Ингерлейб М.Б. [Электронный ресурс]. — 2011. — Режим доступа: https://www.e-reading.club/chapter.php/1013815/54/Ingerleyb_-_Analizy._Polnyy_spravochnik.html. — Дата доступа: 21.02.2019.
4. Реестры УП «Центр экспертиз и испытаний в здравоохранении» [Электронный ресурс] / Инструкция по применению окситоцина. — Режим доступа: <https://www.rceth.by/Refbank>. — Дата доступа: 21.02.2019.

УДК 618.5-089-06-071.1

ОСОБЕННОСТИ АНАМНЕЗА И ТЕЧЕНИЯ ЗАТРУДНЕННЫХ РОДОВ

Некрасова В. А., Кона К. Н.

Научный руководитель: к.м.н., ассистент *М. С. Недосейкина*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В настоящее время, затрудненные роды являются серьезной проблемой в связи с высокими показателями травматизма матери и новорожденного. Приоритетным становится поиск факторов прогноза затрудненных родов.

Цель

Изучить особенности анамнеза и течения затрудненных родов.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ историй родов родильного отделения учреждения «Гомельская областная клиническая больница» за 2018 г. В исследование включены 30 пациенток, у которых диагностированы затрудненные роды. В основную группу вошли 13 женщин, которые при затрудненных родах были родоразрешены путем операции кесарево сечение. Группу сравнения составили 17 пациенток, роды которых закончились через естественные родовые пути с или без применения родоразрешающих влагалищных операций. Критерием исключения являлись случаи острой гипоксии плода, когда родоразрешение индуцировано по показаниям плода. В группах изучали: возраст, индекс массы тела (ИМТ), размеры таза роженицы, наличие родоиндукции, использование спазмолитических лекарственных средств в дородовом периоде, способ родоразрешения, применение влагалищных операций, общая продолжительность родов, осложнения в родах; со стороны плода: вес и оценка по шкале Апгар при рождении.

Для описания количественных признаков, имеющих нормальное распределение, использовали среднее арифметическое и стандартное отклонение ($M \pm SD$), для их сравнения использовали критерий Стьюдента (T), при распределении признаков, не подчинявшемся закону нормального распределения, — с помощью медианы и интерквартильного размаха Me (25; 75), сравнение проводили с помощью критерия Манна-Уитни (Z). Качественные признаки описывали с помощью доли и ошибки доли ($p \pm s_p\%$). Частоту встречаемости качественных признаков оценивали с помощью критерия χ^2 и одностороннего критерия Фишера. Результаты считали значимыми при $p < 0,05$. Статистическую обработку данных проводили с помощью программы «MedCalc 10.2.0.0» (MedCalc, Mariakerke, Belgium).

Результаты исследования и их обсуждение

Женщины двух групп были сопоставимы по возрасту на момент родов: в основной группе 29 (23; 33) лет и 29 (24; 33) лет в группе сравнения. ИМТ перед родами в основной группе составил 29,4 (5,1; 33,9) кг/м² и в группе сравнения 28,2 (25,6; 30,2) кг/м² ($p = 0,7$). Данные наружной пельвиометрии представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Размеры большого таза у пациенток в исследуемых группах, $M \pm SD$ см

| Размер | Основная группа (N = 13) | Группа сравнения (N = 17) | Уровень статистической значимости |
|-------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------------------------------|
| Distantia spinarum | 25 ± 1,68 | 27,1 ± 2,89 | T = 2,3; p = 0,03 |
| Distantia cristarum | 27,3 ± 1,44 | 29,6 ± 2,95 | T = 2,5; p = 0,02 |
| Distantia trochanterica | 32,3 ± 3,03 | 33,4 ± 3,28 | T = 0,9; p = 0,32 |
| Conjugata externa | 19,9 ± 0,83 | 20,9 ± 1,81 | T = 1,8; p = 0,07 |

Немаловажным фактором затрудненных родов является утомление пациентки вследствие плохого сна, на что может указывать использование спазмолитиков до начала родовой деятельности. В основной группе до наступления родов в 4 (30,77 ± 12,8 %) случаях назначены спазмолитики по сравнению с 2 (11,76 ± 7,81 %) женщинами, которые родили через естественные родовые пути ($\chi^2 = 0,7$; $p = 0,4$).

Родоиндукцию простагландинами в основной группе применяли у 5 (38,46 ± 13,49 %) женщин и в 2 (11,76 ± 7,81 %) случаях при вагинальном родоразрешении ($\chi^2 = 2,8$; $p = 0,09$). Активацию родовой деятельности окситоцином проводили 7 (53,85 ± 13,83 %) роженицам основной группы и 14 (82,35 ± 9,25 %) женщинам группы сравнения ($\chi^2 = 2,7$; $p = 0,09$).

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 (χ^2), точный критерий Фишера (P). Количественные признаки описывали средним значением (M) и средним квадратическим отклонением (s). Ста-