

Выводы

В результате нашего исследования было выявлено, что длительность процесса приводит к увеличению распространенности патологического процесса. Поэтому основополагающим моментом является раннее выявление заболевания. Ввиду того, что заболевание в 54 % случаев может протекать бессимптомно, рекомендуется выполнять профилактическое УЗИ не реже 1 раза в год.

Наращение клинических симптомов свидетельствует о распространении эндометриозного процесса, что является неблагоприятным в плане реализации дальнейшей репродуктивной функции даже после проведенного лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Унанян, А. Л. Эндометриоз и репродуктивное здоровье женщин / А. Л. Унанян // Акушерство, гинекология и репродукция. — 2010. — С. 6.
2. Классификация эндометриоза / Э. К. Айламазян [и др.] // Журнал акушерства и женских болезней. — 2017. — С. 79–80.

УДК 618.3+618.146]:618.339

ПРОЛОНГИРОВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ОТЯГОЩЕННЫМ АКУШЕРСКИМ АНАМНЕЗОМ И КОРРИГИРОВАННОЙ ШЕЙКОЙ МАТКИ

Вовк А. Н., Каплан Ю. Д.

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Этиология самопроизвольного прерывания беременности разнообразна и зависит от многих факторов [1]. Среди основных причин невынашивания беременности выделяют наличие отягощенного акушерского анамнеза (один и более случаев прерывания беременности в сроке 16–34 недели гестации) и наличие «короткой» шейки матки (КШМ) выявленной по данным трансвагинальной ультразвуковой цервикометрии [2]. По данным ряда авторов сочетание этих двух факторов увеличивает риск прерывания беременности [3].

Цель

Оценить длительность беременности у женщин с отягощенным акушерским анамнезом и корригированной шейкой матки.

Материал и методы исследования

Нами были проанализированы истории родов 163 беременных женщин, у которых была проведена коррекция шейки матки. Все пациенты были разделены на две группы: первую группу (n = 62) составили беременные женщины с короткой шейкой матки. Из них: в 1А подгруппу (n = 18) вошли женщины с «короткой» шейкой матки и наличием в анамнезе самопроизвольного прерывания беременности на сроке 16–34 недели; в 1Б подгруппу (n = 44) вошли женщины с «короткой» шейкой матки, и без отягощенного анамнеза. Вторую группу (n = 101) составили пациентки с нормальной длиной шейки матки. Из них: во 2А подгруппу (n = 70) вошли женщины с нормальной длиной шейки матки и наличием в анамнезе самопроизвольного прерывания беременности на сроке 16–34 недели; во 2Б подгруппу (n = 310) вошли женщины с нормальной длиной шейки матки и без отягощенного анамнеза. Статистическая обработка данных производилась

при помощи программы «MedCalc», «Statistica» 8.0. Различия между группами считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Коррекция шейки матки была проведена на сроке 140 (125; 161) у женщин 1 группы и на сроке 140 (124; 154) у женщин второй группы, что не имело статистически значимых различий. Однако, наличие «короткой» шейки матки приводило к более раннему прерыванию беременности. Так пациенты первой группы были родоразрешены на сроке 271 (248; 278) дней, что было значимо раньше пациентов 2 группы, где срок родов составил 275 (267; 280) дней ($U = 2436$; $p = 0,018$). Срок пролонгирования беременности у женщин с корригированной короткой шейкой матки составил 124 (98; 145) дней, что было значимо меньше чем у пациенток с профилактической коррекцией шейки матки 135 (114; 149)) ($U = 155$; $p < 0,0001$). В таблице 1 представлены данные об исходах беременности у пациентов 1 и 2 группы в зависимости от наличия КШМ и отягощенного анамнеза.

Таблица 1 — Исходы беременности у пациентов 1 и 2 группы в зависимости от наличия КШМ и отягощенного анамнеза Me (25; 75)

Признак	1А подгруппа (n = 18)	1Б подгруппа (n = 44)	2А подгруппа (n = 70)	2Б подгруппа (n = 31)	Статистическая значимость, U p
Срок коррекции	127 (117;153)*	145 (135;161)	140 (126;153)#	131 (112; 147)	$U_{1А-1Б} = 254$; $p = 0,029$ $U_{2А-2Б} = 734$; $p = 0,009$
Срок родов	271 (266; 276)	271 (246; 279)	275 (265; 280)	275 (272; 278)	$U_{1А-1Б} = 386$; $p = 0,88$ $U_{2А-2Б} = 1015$; $p = 0,6$
Длина шейки матки	22 (19; 24)	22 (19,5; 23)	35 (31; 37)	35 (32; 37)	$U_{1А-1Б} = 376$; $p = 0,76$ $U_{2А-2Б} = 978$; $p = 0,43$
Срок пролонгирования	140 (115; 151)*	119 (96; 138)	127 (114; 126)#	145 (126; 164)	$U_{1А-1Б} = 265$; $p = 0,042$ $U_{2А-2Б} = 696$; $p = 0,004$

Примечания: * — различия статистически значимы по сравнению с 1Б подгруппой; # — различия статистически значимы по сравнению с 2Б подгруппой.

В нашем исследовании в 21,5 % (35 из 163) случаев беременность прервалась досрочно. При этом у пациенток с «короткой» шейкой матки частота прерывания беременности до 37 недель гестации составила 30,6 % (16 из 62), что было в 2,3 раза чаще, чем у пациентов с нормальной длиной шейки матки, где частота преждевременных родов (ПР) составила 15,8 % ($OR = 2,3$; 95 % CI 1,22–1,82; $p = 0,021$). При этом, частота невынашивания беременности среди пациентов 1А подгруппы составила 16,7 % (3 из 18) случаев, среди пациентов 1Б подгруппы 36,4 % (16 из 44) случаев. Стоит отметить, что у женщины с КШМ и без отягощенного анамнеза в 2 раза чаще беременность прерывалась досрочно, однако статистически значимых различий между подгруппами выявлено не было ($p = 0,14$). Что касается женщин, которым коррекция была проведена при длине шейке матки более 25 мм, то у пациентов 2А подгруппы частота ПР составила 20 % (14 из 70), что было в 12,4 раза чаще чем у пациентов 2Б подгруппы, где ПР произошли у 2 (6,5 %) пациентов ($OR = 12,4$; 95 % CI 2,7–54,4; $p = 0,0012$).

Выводы

У пациентов с КШМ и отягощенным анамнезом беременность была пролонгирована на 140 (115; 151) дней, при этом частота преждевременных родов составила 16,7 %. У пациентов с КШМ без отягощенного анамнеза беременность была пролонгирована на 119 (96; 138) дней, при этом частота ПР составила 36,4 %. У пациенток с профилактической коррекцией шейки матки и отягощенным анамнезом срок пролонгирования беременности после проведенной коррекции составил 127 (114; 126) дней, при этом частота прерывания беременности составила 20 %. У пациенток без отягощенного анамнеза и нормальной длиной шейки матки беременность была пролонгирована на

145 (126; 164) дней и частота невынашивания беременности в данной когорте пациентов составила 6,5 %. Столь высокий процент потерь беременности у женщин с КШМ и без отягощенного анамнеза обусловлены более поздней верификацией укорочения шейки матки и в связи с этим более позднего проведения коррекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Макаров, О. В. Профилактика и ведение невынашивания беременности и преждевременных родов / О. В. Макаров, Л. В. Ганковская, П. В. Козлов // *Акушерство и гинекология*. — 2008. — № 5. — С. 19–24.
2. Сухорукова, О. И. Профилактика преждевременных родов / О. И. Сухорукова // *Акушерство и гинекология*. — 2012. — № 7. — С. 22–24.
3. Савельева, Г. М. Современные проблемы преждевременных родов / Г. М. Савельева, Р. И. Шалина, Е. Р. Плеханова // *Российский вестник акушера-гинеколога*. — 2010. — № 3. — С. 52–59.

УДК 618.56-005.1

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ УПРАВЛЯЕМОЙ БАЛОННОЙ ТАМПОНАДЫ В ЛЕЧЕНИИ ГИПОТОНИЧЕСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Волоконцева О. В., Кашина Т. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент И. В. Фомина

**Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Тюменский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
г. Тюмень, Российская Федерация**

Введение

Акушерские кровотечения являются частыми и грозными осложнениями беременности и родов, особую значимость имеет послеродовое кровотечение. По данным мировой статистики материнская смертность от кровотечений в послеродовом периоде составляет 25 % и занимает первое место [2]. Причиной смертности родильниц, в основном, являются осложнения массивной кровопотери (геморрагический шок, полиорганная недостаточность и другие). Но основная задача акушерской службы профилактировать массивные акушерские кровотечения, поэтому основная цель борьбы с кровотечением — остановка его на как можно более раннем этапе. Этим и объясняется приоритет консервативного этапа лечения кровотечения, а именно управляемой баллонной тампонады (УБТ) за счет быстроты и легкости его выполнения при отработанном в коллективе алгоритме оказания помощи при гипотоническом кровотечении [4]. Поскольку от четкости, быстроты и слаженности работы команды при оказании помощи в данной ситуации зависит и объем кровопотери и, соответственно, конечный результат. Поэтому метод УБТ, позволяющий остановить кровотечение на консервативном этапе, и доказавший свою эффективность, активно внедрен в акушерскую практику [1]. Общепризнанными факторами риска развития гипотонического маточного кровотечения в раннем послеродовом периоде являются: нарушение репродуктивного здоровья матери, затяжные роды, роды крупным плодом и аномалии родовой деятельности. Одним из основных методов лечения кровотечений в акушерской практике до настоящего времени остается хирургический гемостаз [3]. Однако уже представляется возможность рассмотреть альтернативы радикальным хирургическим способам остановки кровотечений в акушерстве.

Цель

Изучить эффективность управляемой баллонной тампонады в лечении послеродовых гипотонических кровотечений.