

2. *Rendi, M.* Medscape [Electronic resource] / M. Rendi, P. Swanson, M. Upton // Crohn Disease Pathology. — 2017. — Date of access: 24.12.2017.
3. *Белоусова, Е. А.* Европейский консенсус по лечению болезни Крона: перевод и комментарий / Е. А. Белоусова // РМЖ. — 2012. — № 15. — С. 741–747.
4. Гастроэнтерология. Национальное руководство: краткое издание / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. — С. 163–164.
5. *Head, K.* Inflammatory Bowel Disease Part II: Crohn's Disease — Pathophysiology and Conventional and Alternative Treatment Options / K. Head, J. Jurenka // Alternative Medicine Review. — 2004. — Vol. 9, № 4. — P. 361–401.
6. Патология: руководство / под ред. М. А. Пальцева, В. С. Паукова, Э. Г. Улумбекова. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002.

УДК 618.4:618.346-008.811.4

АНАМНЕЗ, ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С МАЛОВОДИЕМ

Ветрова А. В.

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

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

Введение

Одним из недостаточно изученных разделов в акушерстве является патология околоплодной среды, в частности маловодие — уменьшение количества околоплодных вод во второй половине беременности менее 100 мл [1]. Олигогидрамнион встречается при выраженных пороках развития почек и кишечника плода, выраженной плацентарной недостаточности с задержкой роста плода, идиопатическим маловодием [2].

Цель

Выявить особенности анамнеза, течения беременности и родов при маловодии.

Материал и методы исследования

Выполнен ретроспективный анализ 60 историй родов ГУЗ «ГТКБ № 2» за 2015 г. Исследовались 2 группы женщин: основная — 30 женщин с беременностью, осложненной маловодием, и их новорожденные; контрольная — 30 женщин с физиологическим течением беременности и их дети. Критерий включения в основную группу — индекс амниотической жидкости менее 50 мм. Критерием для группы сравнения — отсутствие патологии околоплодных вод. В группах изучали возраст, акушерско-гинекологический анамнез (паритет беременности и родов), течение настоящей беременности и родов, а также физическое развитие новорожденных в раннем неонатальном периоде.

Для статистического анализа данных использовалась программа «MedCalc 10.2.0.0» (MedCalc, Mariakerke, Belgium). Описание количественных признаков, имеющих нормальное распределение, производилось при помощи среднего арифметического и стандартного отклонения ($M \pm SD$), для их сравнения использовали критерий Стьюдента (T). Качественные признаки описывали с помощью доли и ошибки доли ($p \pm sp\%$). Частота встречаемости качественных признаков оценивалась при помощи критерия χ^2 и точного критерия Фишера (ТКФ). Результаты считали значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Возраст обследуемых находился в диапазоне от 20 до 38 лет. Средний возраст основной группы — $26,8 \pm 3,2$ лет, в контрольной группе — $27,8 \pm 4,7$ лет ($T = 0,6$, $p = 0,5$). У большей части женщин основной группы беременность (16; 53,3 %) и роды (18; 60 %) были первыми против пациенток с первой беременностью и родами в контрольной группе — 7 ($23,3 \pm 7,7$ %; $\chi^2 = 5,7$; $p = 0,02$) и 8 ($26,7 \pm 8,1$ %; $\chi^2 = 6,8$; $p = 0,01$) соответственно.

По течению беременности различий между группами выявлено не было, результаты представлены в таблице 1. TORCH-инфекции, бактериальный вагиноз у беременных обеих групп не диагностированы. В основной группе 3 ($10 \pm 5,5$ %) беременным проведена антибактериальная терапия в связи с маловодием.

Таблица 1 — Особенности течения беременности у женщин в исследуемых группах, n (p ± s_p%)

Признак	Основная группа (N = 30)	Группа сравнения (N = 30)	Статистическая значимость
ИППП (инфекции, передаваемые половым путем)	1 (3,3 ± 3 %)	0	ТКФ, p = 0,9
Вагинит	9 (30 ± 8,4 %)	10 (33,3 ± 8,6 %)	$\chi^2 = 0,01$; p = 0,9
ОРИ (острые респираторные инфекции)	11 (36,7 ± 8,8 %)	11 (36,7 ± 8,8 %)	$\chi^2 = 0,07$; p = 0,8
Тонзиллит	1 (3,3 ± 3 %)	0	ТКФ, p = 0,8
Пиелонефрит	0	1 (3,3 ± 3,1 %)	ТКФ, p = 0,9
Анемия	2 (6,7 ± 4,6 %)	0	ТКФ, p = 0,5

У 17 (56,7 ± 9,1 %) беременных с маловодием по данным УЗИ выявлены признаки плацентарной недостаточности, из них у 5 (29,4 %; N = 17) — задержка роста плода, против группы сравнения, у которых беременность протекала без патологии фетоплацентарного комплекса (ТКФ, p < 0,0001).

Родоразрешение путем операции кесарево сечение в основной группе произведено в 5 (16,7 ± 1,7 %) случаях в срочном порядке. Преждевременными родами в основной группе закончились 3 (10 ± 5,5 %) беременности. В контрольной группе — все роды срочные. При анализе течения родов выявлен ряд осложнений, представленных в таблице 2.

Таблица 2 — Осложнения течения родов у женщин при маловодии и нормальном количестве околоплодных вод, n (p ± s_p%)

Признак	Основная группа (N = 30)	Группа сравнения (N = 30)	Статистическая значимость
Быстрые роды	3 (10 ± 5,5 %)	0	ТКФ, p = 0,2
Травмы родовых путей	10 (33,3 ± 8,6 %)	1 (3,3 ± 3,1 %)	$\chi^2 = 7,1$; p = 0,01
Плоский плодный пузырь	6 (20 ± 7,3 %)	4 (13,3 ± 6,2 %)	$\chi^2 = 0,1$; p = 0,7
Несвоевременное излитие околоплодных вод	3 (10 ± 5,5 %)	4 (13,3 ± 6,2 %)	$\chi^2 = 0,1$; p = 0,6
Острая гипоксия плода	1 (3,3 ± 3,1 %)	0	ТКФ, p = 0,8
Слабость родовой деятельности	2 (6,7 ± 4,6 %)	0	ТКФ, p = 0,5

Послеродовой период у родильниц обеих групп протекал без особенностей.

Средняя масса детей в основной группе составила 3048 ± 407 г против 3448 ± 240 г в группе контроля. Осложнения раннего неонатального периода отмечены только у 8 (26,7 ± 8,1 %) детей основной группы (ТКФ, p = 0,002), из которых 2 (25 %; N = 8) имели врожденные пороки развития (врожденная косолапость, аплазия мозжечка). Дети контрольной группы имели физиологическое течение раннего неонатального периода.

Выводы

Среди пациенток с маловодием отмечена большая доля первобеременных (53,3 %; p = 0,02) и первородящих (60 %; p = 0,01). При снижении количества околоплодных вод у 56,7 % беременных диагностируется плацентарная недостаточность (p < 0,0001), а у их новорожденных детей имеется осложненное течение раннего неонатального периода (26,7 %; p = 0,002).

ЛИТЕРАТУРА

1. Любич, О. А. Акушерские и перинатальные аспекты маловодия / О. А. Любич // Сибирский медицинский журнал. — 2007. — № 5. — С. 78–80.
2. Сайфиддинова, Л. М. Клиническое значение объема амниотической жидкости в конце беременности и родах / Л. М. Сайфиддинова // Доклады академии наук Республики Таджикистан. — 2009. — Т. 52, № 6. — С. 479–484.