

**ИНТРАОПЕРАТОРЗАВИСИМАЯ ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ
ВЛАГАЛИЩНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ**

Авсянникова К. А., Тихомирова А. М., Каплан Ю. Д.

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

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

Введение

В настоящее время опубликовано множество работ, подтверждающих субъективность влагалищного исследования в родах [1]. Данный метод исследования является необходимым для ведения партограммы, позволяющей судить о степени раскрытия шейки матки, ориентации во вставлении и продвижении головки, оценки расположения швов и родничков, т. е. для выяснения акушерской ситуации. Отсутствие тенденции к раскрытию шейки матки влияет на решение подготовки женщины к кесареву сечению. Мануальное влагалищное исследование шейки матки является в определенной степени субъективным и зависит от личностных характеристик врача, имеет свои ограничения и может быть сопряжено с возможными осложнениями [2].

Цель

Изучить вариабельность результатов влагалищного исследования проведенного одним исследователем (интраоператорзависимая вариабельность) на примере фантомной модели шейки матки.

Материал и методы исследования

Проведено экспериментально-клиническое исследование, в котором приняло участие 123 человека с различным клиническим опытом. Исследователям было предложено провести влагалищную оценку раскрытия шейки матки, на примере фантома выполненного их поливиниловые трубок, обшитых мягкой основой. Диаметр предложенных трубок составлял от 1 до 9 см ($\pm 0,2$ см). Каждая трубка поочередно вставлялась в коробку размером 15×15×15 см. Одна сторона коробки была закрыта тканью с прорезью в 8 см, а через другую сторону, прикрытую тканью, вводились сконструированные модели шеек. Испытуемые определяли диаметр предложенных трубок путем выполнения классического вагинального исследования в родах. Данные вносились в отдельный бланк. Осмотр трубок до исследования исключался. Каждый испытуемый давал оценку 9 моделям шейки матки, при этом три модели были предложены для исследования повторно (5, 6 и 7 см). Очередность предложенных моделей шеек была выбрана случайным образом. Всех исследователей разделили на 4 группы: 1-я группа (n = 36) — студенты 4 курса, 2-я группа (n = 30) — студенты 5 курса, 3-я группа (n = 36) — студенты 6 курса субординаторы акушеры-гинекологи, 4-я группа (n = 21) — врачи. Статистическая обработка полученных данных проведена в программе «Statistika» 8.0. Для наличия различий качественных признаков использовался односторонний критерий Фишера (p). Статистически значимыми считались результаты при значении $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

В работе врача акушера-гинеколога важным является не только точность определения раскрытия шейки матки, необходимого для определения фазы первого периода родов, но и возможность врача проводить оценку раскрытия шейки матки в динамике, для правильной интерпретации процесса родов. В связи с этим нами проведена оценка частоты встречаемости ошибки при повторном исследовании одной и той же модели шейки матки одним и тем же исследователем. Данные представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Вариабельность результатов исследования моделей шейки матки, проведенного одним исследователем

Интраоператорзависимая вариабельность (ошибка)	Модель шейки матки 5 см		Модель шейки матки 6 см		Модель шейки матки 7 см	
	абс.	отн.	абс.	отн.	абс.	отн.
Более 2 см	0	0	7	6,5 %	13	10,6 %
± 2 см	8	6,5 %	3	10,6 %	21	17,1 %
± 1 см	77	62,6 %	55	44,7 %	61	49,6 %
0 см	42	34,1 %	48	39 %	28	22,8 %

Таким образом, чем больше раскрытие шейки матки, тем выше интраоператорзависимая ошибка между двумя исследованиями при оценке одной и той же модели шейки матки. Данное явление необходимо учитывать при проведении влагалищного исследования и оценке динамики раскрытия шейки матки в первом периоде родов.

Так же нами приведен анализ влияния опыта работы на частоту интраоператорзависимой вариабельности на примере модели шейки матки в 7 см. Истинный диаметр модели шейки матки (7 см) при первичном исследовании определили 16,2 % (20 из 123) исследователей, при повторном измерении 19,5 % (24 из 123) исследователей. Когда за допустимую ошибку приняли значение ± 1 см, то результаты улучшились до 44,7 % (55 из 123) при первичном и до 63,4 % при повторном исследовании. На рисунке 1 представлены данные вариабельности измерения шейки матки (7 см) по группам.

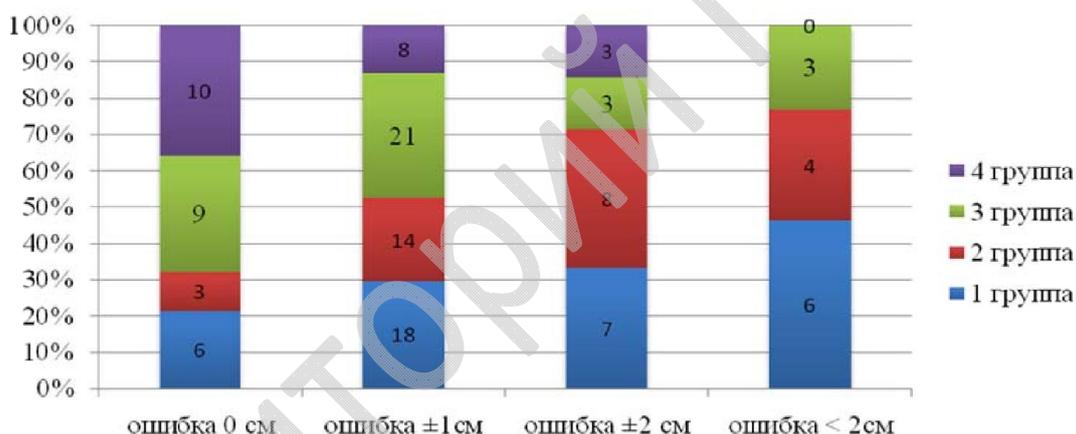


Рисунок 1 — Интраоператорзависимая вариабельность при измерении шейки матки (7 см)

Интраоператорзависимая ошибка на 2 см и более среди врачей составляет 14,2 %, что значительно реже, чем среди студентов 4 (p = 0,004) и 5 курсов (p=0,049), но не имеет значимых различий со студентами 6 курса. Так же не было получено статистически достоверных различий между результатами, продемонстрированными интернами и штатными врачами.

Выводы

1. Чем больше раскрытие шейки матки, тем выше интраоператорзависимая ошибка. В 27,6 % случаев различия составляют 2 см и более.
2. Самая высокая точность в определении истинного размера предложенных моделей шеек матки среди врачей. С учетом допустимой ошибки ± 1 см она составляет 84,1 %.
3. Самая низкая интраоператорзависимая вариабельность среди врачей. С учетом допустимой ошибки ± 1 см она составляет 14,2 %. При этом данный показатель не зависит от стажа работы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мифтахутдинова, Д. К. Протокол ультразвукового исследования в родах / Д. К. Мифтахутдинова, Л. Е. Терегулова, И. Р. Галимова // Практическая медицина. — 2015. — № 4 (89). — С. 143–146.
2. Phelps, J. Y. Accuracy and intraobserver variability of simulated cervical dilatation measurements / J. Y. Phelps, M. H. Smyth, A. R. Mayer // Am J Obstet Gynecol. — 1995. — № 2. — P. 942–945.