

Среди беременных с МС меньший удельный вес женщин с самопроизвольным началом родовой деятельности (22,2 %) и большее число пациенток с индуцированными родами (43,3 %) по сравнению с беременными без МС (51,5 и 27,3 % соответственно),  $p < 0,05$ . У 14,4 % женщин основной группы и 15,2 % женщин группы сравнения роды были преждевременными,  $p > 0,05$ . Если рассматривать удельный вес пациенток с преждевременными родами в подгруппах, выявлено, что в подгруппах МС+гестоз (17,5 %) и гестоз (27,3 %) количество женщин с преждевременными родами больше, чем в контрольной подгруппе (3,0 %),  $p < 0,05$ . Среди осложнений родового процесса в основной группе достоверно чаще наблюдались слабость родовой деятельности (13,3 % ( $n = 12$ )) и акушерский травматизм (глубокие разрывы промежности, влагалища, гематомы) — 12,2 % ( $n = 11$ ), чем в группе сравнения — 3 % ( $n = 2$ ) и 3 % ( $n = 2$ ) соответственно,  $p < 0,05$ .

В подгруппе пациенток с МС ИМТ новорожденных был достоверно выше, чем в группе сравнения, по остальным параметрам статистически достоверных различий выявлено не было (таблица 2).

Таблица 2 — Состояние новорожденных в исследуемых группах

Показатель	Беременные с МС, ( $n = 90$ )	Беременные без МС, ( $n = 66$ )	p
Масса ребенка, г	$3556 \pm 462$	$3520 \pm 461$	$p = 0,36$
ИМТ ребенка, $\text{кг}/\text{м}^2$	$12,44 \pm 1,2$	$12,02 \pm 1,01$	$p < 0,05$
Оценка по шкале Апгар на 5 минуте	$8,13 \pm 0,74$	$8,25 \pm 0,8$	$p = 0,35$
Гипоксия, n (%)	18 (20)	11 (16,7)	$p > 0,05$
Осложненное течение раннего неонатального периода, n (%)	38 (42,2)	27 (40,9)	$p > 0,05$
Пребывание в ОАРИТ, n (%)	12 (13,3)	7 (10,6)	$p > 0,05$

### Выводы

1. Беременность, протекающая на фоне МС, чаще осложняется угрозой прерывания, ранним токсикозом, ФПН с развитием СЗРП, а также гипертензивными нарушениями и ГСД.

2. Женщины с МС угрожаемы по развитию слабости родовой деятельности и акушерскому травматизму в родах и рождению детей с избыточной массой тела.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Данилова, Л. И. Сахарный диабет и беременность : учеб.-метод. пособие / Л. И. Данилова, И. И. Бурко, З. В. Забаровская. — Минск: БелМАПО, 2010. — 33 с.
2. Митьковская, Н. П. Метаболический синдром – диагноз, вводящий в заблуждение / Н. П. Митьковская, Е. А. Григоренко // Мед. журн. — 2006. — № 3. — С. 27–29.
3. Михалевич, С. И. Акушерские проблемы у пациенток с метаболическим синдромом / С. И. Михалевич, А. В. Ещенко // Мед. новости. — 2011. — № 6. — С. 18–22.
4. Committee Opinion № 549. Obesity in Pregnancy // ACOG. — 2013. — Vol. 212, № 1. — P. 213–217.
5. Horvath, B. The metabolic syndrome and the risks of unfavourable outcome of pregnancy / B. Horvath, L. Kovacs, M. Riba // Orv Hetil. — 2009. — Vol. 150, № 29. — P. 1361–1365.

УДК 618.5

## ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ АНОМАЛИЙ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

*Зварико С. Г.*

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

### Введение

Одним из главных факторов, влияющих на течение и исход родов, является сократительная деятельность матки (СДМ). На сегодняшний день нарушения СДМ состав-

ляют 16-20%, что влечет за собой развитие эндометрита, хориоамнионита, кровотечения в послеродовом и послеродовом периодах, гипоксия и гибель плода [1].

Факторами риска развития данной патологии являются: имеющиеся в анамнезе указания на слабость родовой деятельности; первородящие женщины; патологические состояния матки; многоводие; многоплодие; крупный плод; наличие ожирения; гиподисфункции щитовидной железы и коры надпочечников; гипоталамический синдром; несостоятельность миометрия после абортов, кесарева сечения, большого количества родов; анатомически или клинически узкий таз; хроническая фетоплацентарная недостаточность и неудовлетворительное состояние плода [2].

### **Цель**

Проанализировать возможные факторы риска, способствующие развитию аномалий родовой деятельности.

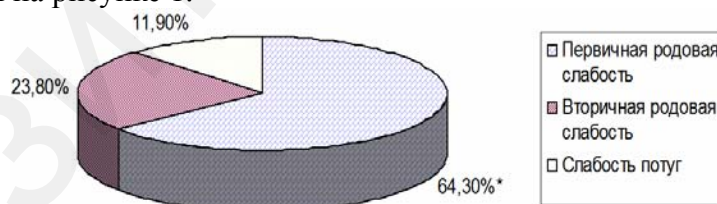
### **Материалы и методы исследования**

Ретроспективно оценен анамнез, течение беременности, ход родов у 72 пациенток родоразрешенных в родильном отделении учреждения здравоохранения «Гомельская городская клиническая больница № 2» за период с 29.10.2014 г. по 09.02.2015 г. Основную группу составили 42 пациентки с аномалией спонтанной родовой деятельности. В группу сравнения были включены 30 пациенток без аномалий родовой деятельности. В исследование не были включены пациентки, которые родоразрешались путем индукции родовой деятельности. Оценивались параметры: возраст женщины, паритет беременностей, паритет родов, отягощенный гинекологический и акушерский анамнезы, течение беременности и родов, экстрагенитальная патология, состояние шейки матки.

Статистическая обработка проводилась с помощью пакета компьютерных программ «Medcalc» 10.2.0.0. Рассчитывались доля и 95 % доверительный интервал доли, медиана и ее 95% доверительный интервал, сравнение качественных показателей проводилось с помощью критерия  $\chi^2$ , количественных — методом Манна — Уитни (значимыми считались показатели при  $p < 0,05$ ).

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Из 42 пациенток с выявленными аномалиями родовой деятельности у 27 наблюдалась первичная родовая слабость, у 10 — вторичная родовая слабость, у 5 — слабость потуг. Первичная родовая слабость встречалась значительно чаще, чем вторичная ( $p = 0,0016$ ) и слабость потуг ( $p < 0,0001$ ). Данные структуры слабости родовой деятельности представлены на рисунке 1.



**Рисунок 1 — Структура слабости родовой деятельности**

**Примечание:** \* значимое различие по сравнению с другими видами аномалий.

Все пациентки в исследовании были в возрасте от 17 до 39 лет. Средний возраст пациенток основной группы был статистически значимо меньше, чем пациенток группы сравнения и составил 24,5 (21; 29) лет против 28,5 (25; 32) лет в группе сравнения ( $Z = 2,8$ ;  $p = 0,006$ ).

По паритету беременностей группы значимо различались между собой. Число первобеременных основной группы было статистически значимо больше, чем первобеременных группы сравнения и составило 26 ( $61,9 \pm 7,5$  %) против 10 ( $33,3 \pm 8,6$  %) группы сравнения ( $p = 0,03$ ).

По паритету родов группы также значимо различались между собой. Число первородящих основной группы было статистически значимо больше, чем первородящих группы сравнения и составило 34 ( $81,0 \pm 6,1$  %) против 15 ( $50 \pm 8,6$  %) группы без аномалий родовой деятельности ( $p = 0,01$ ).

Параметры отягощенного гинекологического анамнеза двух групп статистически не различались. Оценивались следующие заболевания: вульвовагинальный кандидоз, псевдоэрозия, эндоцервицит, вагинит, урогенитальный хламидиоз и уреаплазмоз, хронический сальпингоофорит, миома матки и цервикальная интраэпителиальная неоплазия (CIN). У пациенток группы сравнения не было в анамнезе CIN, а у пациенток основной группы диагноз был установлен в 3 из 42 случаев — 3 ( $7,1 \pm 4,0$  %), по поводу чего была выполнена радиоволновая эксцизия, что требует дальнейшего изучения вклада данного вмешательства в процесс течения родов.

По параметрам отягощенного акушерского анамнеза (медицинский аборт, самопроизвольный выкидыш, неразвивающаяся беременность) группы статистически не различались ( $p = 0,86$ ,  $p = 1,00$ ,  $p = 0,96$  соответственно). По количеству всех внутриматочных манипуляций группы также статистически значимо не различались ( $p = 0,86$ ).

При анализе течения настоящей беременности статистически значимых различий в группах выявлено не было. Более часто в основной группе наблюдалась такая патология, как клинический узкий таз у 7 ( $16,7 \pm 5,8$  %) пациенток против 1 ( $3,3 \pm 3,3$  %) — в группе сравнения. Возможно, изначально недостаточная родовая деятельность приводит к ситуации несоответствия размеров таза матери и головки плода или же не заподозренное до родов несоответствие приводит к развитию аномалий родовой деятельности, что нуждается в дальнейшем исследовании взаимосвязи данных осложнений родов.

В основной группе более часто встречались такие осложнения как: плоский плодный пузырь 13 ( $31,0 \pm 7,1$  %) против 6 ( $20,0 \pm 7,3$  %) в группе сравнения, преждевременный разрыв плодных оболочек, произошедший у 17 ( $40,5 \pm 7,6$  %) пациенток против 6 ( $20,0 \pm 7,3$  %) — в группе сравнения.

Не было выявлено статистически значимых различий между группами по экстрагенитальной патологии, однако несколько чаще в основной группе встречались анемии — 7 ( $16,7 \pm 5,8$  %) против 2 ( $6,7 \pm 4,6$  %) — группе сравнения.

По состоянию шейки матки на момент первого осмотра по поводу начала родовой деятельности (оценка по шкале Бишопа) обе группы статистически значимо не различались: основная группа — 7 (6; 9), группа сравнения — 6,5 (6; 9),  $Z = -0,7$ ,  $p = 0,5$ .

### **Выводы**

1. При аномальном течении родовой деятельности наиболее часто наблюдается первичная родовая слабость — 64,3 %, чем вторичная ( $p = 0,0016$ ) и слабость потуг ( $p < 0,0001$ ) и отсутствуют другие виды аномалий, что говорит о недостаточности методов диагностики состояния родовой деятельности.

2. Слабость родовой деятельности значимо чаще встречалась у первобеременных ( $p = 0,03$ ) и первородящих ( $p = 0,01$ ) молодых женщин в возрасте 24,5 (21; 29) и не зависела от состояния шейки матки при первичном осмотре в связи с началом родовой деятельности.

3. В 1,5–2 раза чаще слабая родовая деятельность, чем нормальная, сочетается с плоским плодным пузырем и преждевременным разрывом плодных оболочек, и в 5 раз чаще сопровождается развитием клинически узкого таза.

4. Из экстрагенитальных заболеваний в группе со слабостью родовой деятельности в 2,5 раза чаще встречались анемии.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Зефирова, Т. П. Аномалии родовой деятельности: механизмы формирования, факторы риска / Т. П. Зефирова, М. Е. Железова, Н. Е. Яговкина. — Редакция, 2010.
2. Мальцева, Л. И. Факторы риска и прогнозирование развития аномалий родовой деятельности у беременных с хронической урогенитальной инфекцией / Л. И. Мальцева, Т. П. Зефирова. — Редакция, 2009.
3. Семенов, А. К. Слабость родовой деятельности / А. К. Семенов // Охрана материнства и детства. — 2011. — № 1. — С. 47–56.