

Изучена длительность пребывания пациенток в родильном доме до родов и после родоразрешения. Данные представлены в таблице 6.

Таблица 6 — Длительность пребывания в родильном доме, сутки, Ме (25;75)

	Группа А, n=60	Группа Б, n=18
До родов	6 (3;8)	6 (4;11)
После родоразрешения	5 (5;6)	6 (5;7) *

* различие статистически значимо с группой А ($p < 0,05$)

По данным нашего исследования, длительность пребывания в родильном доме после родов у пациенток группы Б больше, чем у обследуемых группы А ($Z = -1,9$, $p = 0,05$), что обусловлено высокими факторами перинатального риска.

Выводы

В результате проведенного анализа нами установлено:

1. Репродуктивный анамнез большинства пациенток, у которых возникла необходимость в подготовке шейки матки к родам, был осложнен патологией со стороны мочеполовой и сердечнососудистой систем, высокой частотой проведенных медицинских абортов. Паритет родов и количество медицинских абортов в анамнезе существенно не влияют на выбор метода подготовки шейки матки к родам.

3. У беременных с высоким пренатальным риском предпочтение отдают медикаментозным методам, направленным на стимуляцию созревания шейки матки.

4. При тенденции к перенашиванию беременности преимущественно используют механические методы подготовки шейки матки к родам. При длительно текущем и не поддающемся медикаментозной терапии гестозе методом выбора является использование простагландинов Е2 интрацервикально или интравагинально.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамченко, В. В. Активное ведение родов: рук-во для врачей / В. В. Абрамченко. — СПб., 2003. — С. 53–63.
2. Гутикова, Л. В. Применение ламинарий для подготовки шейки матки к родам при гестозе легкой степени / Л. В. Гутикова, В. А. Лискович // Акушерство и гинекология. — 2006. — № 5. — С. 8–9.
3. Кузьмина, Л. А. Современные методы подготовки к родам / Л. А. Кузьмина, В. В. Батоева, С. Н. Нужных // Матер. X Российского форума «Мать и дитя». — М., 2009. — С. 105–106.
4. Методы подготовки к родоразрешению / С. Л. Воскресенский [и др.] // Медицинская панорама. — 2002. — № 7. — С. 17–22.
5. Чернуха, Е. А. Родовой блок: рук-во для врачей / Е. А. Чернуха. — 3-е изд. — М.: Триада-Х, 2003. — С. 65–72, 244–253.

УДК 618.146:618.4-089.163

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕХАНИЧЕСКИХ И МЕДИКАМЕНТОЗНЫХ МЕТОДОВ ПОДГОТОВКИ ШЕЙКИ МАТКИ К РОДАМ

Могилат Н. В., Корбут И. А.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Характер течения и исход родов во многом зависят от степени биологической готовности беременной, в частности, от степени зрелости шейки матки, что является наиболее важным прогностическим фактором благополучного течения родов и успеха при проведении родовозбуждения [4]. Незрелая шейка матки не способна к адекватной дилатации в ответ на сокращения тела матки, что приводит к неэффективности индукции родов и росту частоты оперативных методов родоразрешения [2, 4]. С целью ускорения созревания шейки матки используют механические и медикаментозные методы [1]. Существующая в обществе тенденция выбирать наилучшее соотношение цена-качество неизбежно откладывает отпечаток на выбор тактики ведения беременности и родов.

Цель: сравнить эффективность механических и медикаментозных методов подготовки шейки матки к родам.

Материалы и методы

Ретроспективный анализ 78 историй родов женщин, родоразрешенных в Гомельской областной клинической больнице и в Гомельской городской клинической больнице № 3 за период ноябрь 2008–сентябрь 2009 г.

Пациенток разделили на следующие группы исследования: группа А — 60 историй родов женщин, у которых использовали механические методы подготовки к родам, группа Б — 18 историй родов обследуемых, которым проводили медикаментозную стимуляцию созревания шейки матки. Среди механических методов подготовки к родам использовали баллонную дилатацию шейки матки катетером Фолея (30 беременных — группа В) и интрацервикальное введение ламинарий (30 беременных — группа Г), из медикаментозных методов — интрацервикально Препидил гель (9 женщин — группа Д) и интравагинально Простин Е2 (9 пациенток — группа Е). Степень зрелости шейки матки определялась по шкале M.S.Burnhill (1962 г). При суммарном числе баллов 0-2 шейка матки считалась «незрелой», 3-4 балла — недостаточно «зрелой», 5-8 баллов — «зрелой».

Статистический анализ проводили с определением доли и стандартной ошибки доли ($P \pm Sp$ %), вычисляли медиану, 25-й и 75-й процентиля, отношение шансов (OR) и доверительный интервал (CI), U-критерий Манна-Уитни, критерий Крускала-Уоллиса (H).

Результаты и обсуждение

Всем беременным определяли степень зрелости и динамику изменений шейки матки по M.S. Burnhill до начала и после проведения методов, направленных на подготовку шейки матки к родам, данные приведены в таблице 1.

Таблица 1 — Степень зрелости и динамические изменения шейки матки, баллы, Ме (25; 75 процентиля)

	Группа В, n = 30	Группа Г, n = 30	Группа Д, n = 9	Группа Е, n = 9
До родоиндукции	2 (1;2)	3 (2;4)	2 (1;2)	4 (2;4)
После родоиндукции	7 (6;7)	7 (6;7)	6 (5;8)	7 (6;7)
Динамика изменений	5 (4;6) *	3 (2,3;5)	4 (4;5)	3 (3;4)

* различие статистически значимо с группой Г ($p < 0,01$)

Была выявлена более выраженная динамика созревания шейки матки при экстраамниальном введении катетера Фолея по сравнению с гигроскопическими расширителями ($H=12,03$, $Q=3,28$, $p < 0,01$).

Изучены исходы подготовки шейки матки к родам, данные приведены в таблице 2.

Таблица 2 — Исходы подготовки шейки матки к родам, n, $P \pm Sp$, %

	Группа А, n = 60	Группа Б, n = 18
Спонтанная родовая деятельность	19 ($31,7 \pm 6,0$ %)*	13 ($72,2 \pm 10,5$ %)
Родовозбуждение с ранней амниотомией	39 ($65,0 \pm 6,2$ %)**	3 ($16,7 \pm 8,8$ %)
Отсутствие эффекта	1 ($1,7 \pm 1,6$ %)	2 ($11,1 \pm 7,4$ %)
Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты	1 ($1,7 \pm 1,6$ %)	—

* различие статистически значимо с группой Б ($p < 0,01$);

** различие статистически значимо с группой Б ($p < 0,001$)

Установлено, что спонтанная родовая деятельность чаще развилась у беременных группы Б ($p < 0,01$), а родовозбуждение посредством ранней амниотомии более часто проводили пациенткам группы А ($OR=6,8$, 95 % CI от 2,4 до 19,5, $p < 0,001$). Наступление родов до проведения индукции у женщин, получающих простагландины для созревания шейки, является следствием сходных механизмов действия экзогенных и эндогенных простагландинов, что в итоге выражается в размягчении и раскрытии шейки матки [4].

Оценили временной интервал, прошедший от начала подготовки шейки матки к родам до развития регулярной родовой деятельности, данные представлены в таблице 3.

Таблица 3 — Интервал до развития родовой деятельности (n, P ± Sp, %)

	Группа А, n = 60	Группа Б, n = 18
Первые 12 часов	5 (8,3 ± 3,6 %)*	10 (55,6 ± 11,7 %)
12–36 часов	41 (68,3 ± 6,0 %)**	5 (27,8 ± 10,6 %)
Позже 36 часов	14 (23,3 ± 5,5 %)	3 (16,7 ± 8,8 %)

* различие статистически значимо с группой Б (p<0,001);

** различие статистически значимо с группой Б (p<0,01)

По результатам исследования, развитие родовой деятельности в течении первых 12 часов наступает чаще после использования медикаментозных методов подготовки шейки матки к родам ($Z = -3,02$, $p = 0,002$). Появление регулярной родовой деятельности во временной интервал 12-36 ч более характерно для применения механических методов родоиндукции ($Z = 2,6$, $p = 0,009$). Это может быть обусловлено физиологическим воздействием простагландина Е2 на шейку матки, который запускает каскад реакций, направленных на снижение коллагена в ее структуре и оказывает релаксирующее действие на гладкую мускулатуру, что является доминирующим в начале родового акта [5]. Изучены осложнения, развившиеся в родах, данные представлены в таблице 4.

Таблица 4 — Осложнения, развившиеся в родах у обследуемых женщин, n, P ± Sp, %

Осложнения	Группа А, n = 60	Группа Б, n = 18
Аномалии родовой деятельности	15 (25,0 ± 5,6 %)	3 (16,7 ± 8,8 %)
Преждевременное излитие околоплодных вод	5 (8,3 ± 3,6 %)	6 (33,3 ± 11,1 %)*
Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты	1 (1,7 ± 1,6 %)	—
Дисстресс плода	—	1 (5,6 ± 5,4 %)
Клинически узкий таз	2 (3,3 ± 2,3 %)	1 (5,6 ± 5,4 %)

* различие статистически значимо с группой А (p<0,008)

Преждевременное излитие околоплодных вод как осложнение родов с большей частотой встречалось в группе Б ($Z = -2,7$, $p = 0,008$). Аномалии родовой деятельности в 1,5 раза чаще диагностировались у пациенток группы А.

Частота проведения кесарево сечения в группе А составила 16,7 ± 4,8 %, наиболее частыми показаниями были аномалии родовой деятельности, неподдающиеся медикаментозной терапии. В группе Б кесарево сечение выполняли с частотой 22,2 ± 9,8 %, преимущественно, по поводу отсутствия эффекта от родовозбуждения.

Субинволюция матки в послеродовом периоде была диагностирована только у пациенток из группы А и составила 9 (15,0 ± 4,6 %) случаев. При этом данное осложнение в 8 случаях было у рожениц, которым в процессе подготовки шейки матки к родам интрацервикально вводили ламинарии, и в 1 случае у пациенток после баллонной дилатации шейки матки (p<0,05). Это могло явиться результатом несоблюдения правил асептики и антисептики при введении растительных гидроколлоидов. Профилактика развития субинволюции матки проводилась у всех пациенток до родоразрешения, во время и после родов. Данные представлены в таблице 5.

Таблица 5 — Стоимость лечения пациенток, rub, Me (25; 75 процентиля)

Стоимость	Группа А, n=60	Группа Б, n=18
До родов:		
— без учета метода родоиндукции	4274 (1201;10741)	7561 (1170;37034)
— с учетом метода родоиндукции	14748 (3271;23352)*	72654 (67084;103220)
Роды	5641,5 (3799;68647)	51746 (5279;74826)
После родоразрешения	990 (639;6431)	3039 (1054;12640)
Общая	29895 (18227;93299)**	146383 (74371;193779)

* различие статистически значимо с группой Б ($p < 0,001$);

** различие статистически значимо с группой Б ($p < 0,001$)

По результатам нашего исследования, использование медикаментозных методов подготовки шейки матки к родам делает лечение пациенток до родов более дорогим не зависимо от сопутствующей патологии ($Z = -6,4$, $p < 0,001$), что соответственно сказывается и на общей стоимости лечения женщин ($Z = -4,6$, $p < 0,001$).

Выводы

1. Экстраамниальное введение катетера Фолея вызывает более выраженные динамические изменения в созревании шейки матки, что обеспечивает большую степень «зрелости» шейки при ее изначальной «незрелости».

2. При использовании медикаментозных методов, направленных на стимуляцию созревания шейки матки, как правило, наступает спонтанная родовая деятельность и она развивается в течении первых 12 часов. При использовании механических методов подготовки шейки матки чаще возникает необходимость прибегать к родовозбуждению посредством ранней амниотомии, и, соответственно, роды наступают во временной интервал 3-12 часов. При применении простагландинов Е2 интрацервикально или интравагинально роды чаще осложняются преждевременным излитием околоплодных вод.

4. При введении ламинарий необходимо четко соблюдать правила асептики для предупреждения развития послеродовых воспалительных заболеваний.

5. Использование медикаментозных методов подготовки шейки матки к родам делает лечение пациенток более дорогим, не зависимо от лечения сопутствующей патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамченко, В. В. Активное ведение родов: рук-во для врачей / В. В. Абрамченко. — СПб., 2003. — С. 53–63.
2. Гутикова, Л. В. Применение ламинарий для подготовки шейки матки к родам при гестозе легкой степени / Л. В. Гутикова, В. А. Лискович // Акушерство и гинекология. — 2006. — № 5. — С. 8–9.
3. Кузьмина, Л. А. Современные методы подготовки к родам / Л. А. Кузьмина, В. В. Батоева, С. Н. Нужных // Матер. X Российского форума «Мать и дитя». — М., 2009. — С. 105–106.
4. Малевич, Ю. К. Применение простагландинов для индукции родов: метод. рекомендации / Ю. К. Малевич, В. А. Шостак. — Мн.: ДокторДизайн, 2009. — 32 с.
5. Современный подход к подготовке шейки матки к родам с помощью Препидил геля / И. С. Сидорова [и др.] // Вестн. Рос. ассоциации акушеров-гинекологов. — 2000. — № 1. — С. 110–112.

УДК 616.44 – 073 – 07

ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ — ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЙ

**Москвичева Т. И., Чернова Н. Ф., Зекенова К. К., Евдочкова Т. И.,
Селькина В. Д., Сницаренко Е. Н.**

**Государственное учреждение
«Республиканский научно-практический центр
радиационной медицины и экологии человека»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Первичный гиперпаратиреоз (ПГПТ) — это клинико-лабораторный симптомокомплекс, развивающийся в результате гиперпродукции паратиреоидного гормона патологически измененными паращитовидными железами и проявляющийся нарушением фосфорно-кальциевого обмена и метаболизма костной ткани. ПГПТ рассматривают как одно из распространенных заболеваний эндокринной системы, занимающее четвертое место после сахарного диабета, ожирения, тиреотоксикоза [1, 2, 3].