

ОЦЕНКА ПРЕНАТАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ВЫБОР МЕТОДА ПОДГОТОВКИ ШЕЙКИ МАТКИ К РОДАМ

Могилат Н. В., Корбут И. А.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Физиологически протекающая беременность сопровождается переключением функции репродуктивной системы с плодосохраняющей на плодоизгоняющую к концу гестационного периода [2]. При необходимости родоразрешения, по медицинским показаниям, в случае отсутствия самостоятельной родовой деятельности возникает необходимость в индукции родов. Родовозбуждение при незрелой шейке матки связано с повышенной частотой осложнений как со стороны матери (аномалии родовой деятельности, затяжные роды), так и плода (внутриутробная гипоксия), поэтому в акушерстве разработаны и широко используют механические (катетер Фолея, ламинарии) и медикаментозные (простагландины Е2) методы подготовки к родам, которые имеют как различный механизм действия, так и стоимость [1, 3].

Цель

Изучить репродуктивный анамнез женщин и факторы, влияющие на выбор метода 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.

Факторы перинатального риска были оценены по шкале Л. С. Персианинова (1976 г). К группе беременных высокого риска отнесены женщины с суммарной оценкой перинатальных факторов 10 баллов и более, к группе среднего риска — 5–9 баллов, низкого — до 4 баллов.

Статистический анализ проводили с определением доли и стандартной ошибки доли ($P \pm Sp\%$), вычисляли медиану, 25-й и 75-й перцентили, U-критерий Манна-Уитни.

Результаты и обсуждение

Средний возраст беременных в группе А составил — $25,7 \pm 3,9$ лет, в группе Б — $27,9 \pm 6,6$ лет.

Всем женщинам оценили факторы риска во время беременности и в родах. Данные представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Факторы риска во время беременности и в родах, Me (25; 75 перцентили)

Факторы риска	Группа А, n=60	Группа Б, n=18
Во время беременности	6 (4;8,5)*	9 (6;17,3)
В родах	5 (2;6)	2 (2;6)
Суммарный перинатальный риск	11 (8;16)	13 (11;20)

* различие статистически значимо с группой Б ($p < 0,02$)

По результатам исследования, пренатальный риск был выше у пациенток с медикаментозными методами подготовки шейки матки к родам ($Z = -2,3$, $p = 0,02$).

Проведен анализ экстрагенитальной патологии у женщин групп исследования, данные представлены в таблице 2.

Таблица 2 — Экстрагенитальная патология беременных, n, P±Sp, %

Соматическая патология	Группа А (n=60)	Группа Б (n=18)
Соматоформная вегетативная дисфункция по гипертоническому типу	12 (20,0 ± 5,1 %)	7 (38,9 ± 11,5 %)
Ожирение	8 (13,3 ± 4,4 %)	1 (5,6 ± 5,4 %)
Хронический гастрит	6 (10,0 ± 3,9 %)	2 (11,1 ± 7,4 %)

По данным нашего исследования, у пациенток обеих групп самой частой экстрагенитальной патологией была соматоформная вегетативная дисфункция по гипертоническому типу, при этом у беременных группы Б данная патология диагностировалась в 1,9 раз чаще по отношению к беременным группы А. Ожирение встречалось в 2,4 раза чаще у женщин с использованием механических методов подготовки шейки матки к родам. Воспалительные заболевания мочевыделительной и половой систем в анамнезе у беременных, данные приведены в таблице 3.

Таблица 3 — Воспалительные заболевания мочеполовой системы обследованных, n, P ± Sp, %

Нозология	Группа А n = 60	Группа Б n = 18
Хронический сальпингоофорит	8 (13,3 ± 4,4 %)	1 (5,6 ± 5,4 %)
Цервицит	19 (31,7 ± 6,0 %)	2 (11,1 ± 7,4 %)
Хронический пиелонефрит	6 (10,0 ± 3,9 %)*	5 (27,8 ± 10,6 %)

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

Установлено, что хронический пиелонефрит в анамнезе встречался чаще у беременных с медикаментозными методами подготовки шейки матки к родам (Z = -2,7, p = 0,008). У обследуемых из группы А в 2,8 раза чаще диагностировались цервицит и в 2,4 раза — хронический сальпингоофорит, чем у женщин из группы Б.

Проанализирован акушерский анамнез беременных, данные приведены в таблице 4.

Таблица 4 — Паритет беременности и родов у пациенток, n, P ± Sp, %

	Группа А, n = 60	Группа Б, n = 18
Беременность	1	8 (44,4 ± 11,7 %)
	2	6 (33,3 ± 11,1 %)
	3 и более	4 (22,2 ± 9,8 %)
Роды	1	13 (72,2 ± 10,5 %)
	2	4 (22,2 ± 9,8 %)
	3 и более	1 (5,6 ± 5,4 %)
Медицинский аборт, всего	18 (30,0 ± 5,9 %)	7 (38,9 ± 11,5 %)
Из них:	1	6 (85,7 ± 13,2 %)
	2 и более	1 (14,2 ± 13,2 %)

У половины женщин обеих групп исследования данная беременность и роды были первыми. Частота медицинского аборта в анамнезе была одинаковой в обеих группах, при этом два и более медицинских аборта в 4 раза чаще было проведено пациенткам группы А.

У всех женщин беременность была доношенной. Показания для индукции родов представлены в таблице 5.

Тенденция к перенашиванию беременности, как показание для индукции родов, доминировала в обеих группах исследования и в 1,4 раза чаще была показанием в группе беременных, у которых использовали механические методы подготовки к родам. Это может быть результатом активного ведения настоящей беременности. У пациенток группы Б по сравнению с группой А в 1,9 раз чаще показанием для родоиндукции явился длительно текущий либо неподдающийся медикаментозной терапии гестоз.

Таблица 5 — Показания для индукции родов, n, P ± Sp, %

Показания	Группа А, n = 60	Группа Б, n = 18
Тенденция к перенашиванию беременности	38 (63,3 ± 6,2 %)	8 (44,4 ± 11,7 %)
Хроническая внутриматочная гипоксия плода	13 (21,7 ± 5,3 %)	5 (27,8 ± 10,6 %)
Гестоз	9 (15,0 ± 4,6 %)	5 (27,8 ± 10,6 %)

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.