

щин (в 1-й группе — 85,7 %, 2-й — 83,3 %). Общая продолжительность родов несколько была увеличена при эпидуральной анестезии — 7 ч 49 мин, спинальной — 8 ч 21 мин, по сравнению с контрольной группой — 6 ч 34 мин. Частота наблюдения физиологического типа кардиотокографии в 1-й группе — 57,1 %, 2-й — 54,2 % и достоверно ($p < 0,001$) отличается от частоты наблюдения в 3-й группе — 79,3 %. С вероятностью безошибочного прогноза 95 % можно утверждать, что зеленые задние околоплодные воды наблюдались чаще в 1-й группе (5,8 %), чем в контрольной (17,3 %). Оценка состояния плода по шкале Апгар в 1-й группе составляла 7,6/8,6, 2-й — 7,7/7,7, 3-й — 8/8,6.

Выводы

1. Использование регионарных методов обезболивания чаще отмечается у первородящих женщин.
2. Использование регионарных методов обезболивания приводит к увеличению общей продолжительности родов и частоте экстренного кесарева сечения.
3. При применении эпидуральной и спинальной анестезии отмечается более низкая оценка состояния плода по шкале Апгар.
4. Регионарная анестезия не должна использоваться у женщин с хронической гипоксией плода и зелеными околоплодными водами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Куликов, А. В. Регионарная анестезия в акушерстве: лекция / А. В. Куликов; УГМУ, каф. анестезиологии и реаниматологии. — Урал, 2014. — 4–45 с.
2. Регионарная аналгезия родов / Практические рекомендации / Общероссийская общественная организация «Федерация анестезиологов и реаниматологов». — СПб., 2014. — 1–26 с.
3. William, F. Перевод: Мустафин Э. Регионарная анестезия в акушерстве: метод. рекомендации / F William; перевод: Э Мустафин; Нью-Йоркская школа регионарной анестезии. — Нью-Йорк, 2011. — 4–30 с.

УДК 618.25:618.39

АНАЛИЗ ПРИЧИН ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ ПРИ МНОГОПЛОДИИ

Коледа Е. М., Каплан Ю. Д.

Научный руководитель: Т. Н. Захаренкова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

На сегодняшний день многоплодная беременность является одной из актуальных проблем современного акушерства. Частота встречаемости многоплодия в большинстве европейских стран колеблется от 0,7 до 1,5 %. Широкое внедрение методов вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) привело к повышению количества многоплодных беременностей [1].

Одной из причин преждевременных родов (ПР) при многоплодии является развитие короткой шейки матки. При многоплодной беременности, в отличие от одноплодной, период гестации все время протекает в условиях повышенной механической нагрузки на шейку матки [1]. Для прогнозирования преждевременных родов необходимо исследование состояния шейки матки. При этом метод выбора — трансвагинальная ультразвуковая цервикометрия, позволяющая помимо оценки длины шейки матки определить состояние внутреннего зева, что невозможно при мануальном исследовании.

Среди методов профилактики преждевременных родов в настоящее время широко применяются акушерские пессарии, гормональные препараты, дозированный постельный режим «bed rest», наложение швов на шейку матки. Однако эффективность данных методов при многоплодной беременности не доказана.

Цель

Провести анализ причин развития преждевременных родов при многоплодной беременности.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 36 историй родов ГУЗ ГГКБ № 2 за 2015–2016 гг. В зависимости от исхода родов все женщины разделены на две группы. Первую (основную) группу ($n = 19$) составили женщины с преждевременными родами на сроке 22–37 недель (154–258 дней). Вторую (контрольную) группу ($n = 17$) составили женщины родоразрешенные в срок (после 37 недель или 259 дней гестации).

Статистическая обработка полученных данных проведена в программе «Statistika» 8.0. Данные представлены в виде медианы Me , 25 и 75 перцентилей. Различия между независимыми группами вычисляли с помощью критерия Mann-Whitney (U). Для наличия различий качественных признаков использовался односторонний критерий Фишера (p). Статистически значимыми считались результаты при значении $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Нами проведен анализ частоты встречаемости многоплодных родов согласно данным статистики ГУЗ ГГКБ № 2 за 2015–2016 гг. Результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Статистика родов за 2015–2016 гг. ГУЗ «ГГКБ № 2»

Года	Всего родов	ПР (всего)	% ПР (всего)	Многоплодные роды	ПР (многоплодие)	ПР (многоплодие)
2015	3820	189	4,9 %	48 (1,3 %)	20	41,7 %
2016	3766	170	4,5 %	38 (1 %)	18	47,4 %

Как видно из данных таблицы 1, отмечается рост числа преждевременных родов среди женщин рассматриваемой когорты, несмотря на то, что общее число родов при многоплодии уменьшилось в 2016 г.

В нашем исследовании частота преждевременных родов при многоплодии составила 52,7 % (19 из 36). Проведен анализ структуры преждевременных родов по срокам родоразрешения. Сверхранние преждевременные роды (154–195 дней) произошли у 2 (5,6 %) пациенток, ранние преждевременные роды (196–237 дней) имели место в 3 (8,3 %) случаях и преждевременные роды в сроке 238–258 дней в 14 (38,9 %) случаях.

Среди исследуемых женщин наступление беременности в результате использования ВРТ отмечено у 5 (13,9 %) пациенток. Из них у 3 (15,8 %) женщин основной группы и у 2 (11,8 %) женщин группы контроля ($p > 0,05$).

Нами не выявлено значимых отличий между группами по паритету беременности и родов. Данные представлены в таблице 2.

Таблица 2 — Паритет беременности и родов

Факторы риска	Основная группа, (n = 19)		Группа контроля, (n = 17)		Статистическая значимость, p
	абс.	отн.	абс.	отн.	
Первобеременные	8	42,1 %	7	41,2 %	p = 0,96
Повторнобеременные	11	57,9 %	10	58,8 %	
Первородящие	12	63,2 %	7	41,2 %	p = 0,19
Повторнородящие	7	36,8 %	10	58,8 %	
Самопроизвольные потери беременности до 12 недель	7*	36,8 %	1	5,9 %	p = 0,03

* — Статистически значимые различия между основной группой и группой контроля

Значимым фактором риска преждевременных родов при многоплодной беременности является наличие ранних самопроизвольных потерь ($p = 0,03$).

Ведение многоплодной беременности предполагает проведение профилактических госпитализаций в сроках, регламентированных протоколами МЗРБ. Учитывая этот факт, не удалось точно дифференцировать случаи госпитализаций по причине клинически выраженной угрозы прерывания беременности. Общее количество госпитализаций в исследуемых группах было сопоставимы. Данные по частоте госпитализаций представлены в таблице 3.

Таблица 3 — Частота госпитализаций в исследуемых группах

Триместр беременности	Основная группа, n = 19		Контрольная группа, n = 17		p
	абс.	отн.	абс.	отн.	
I триместр	11	40,7	7	33,3	p = 0,6
II триместр	9	33,3	8	38	p = 0,73
III триместр	7	26	2	28,7	p = 0,83

Воспалительные заболевания влагалища, выявленные на разных сроках гестации, имели место у 5 (26,3 %) женщин основной группы и 6 (35,3 %) женщин контрольной группы. Значимых различий между группами не выявлено ($p > 0,05$).

Трансвагинальная цервикометрия, как объективный метод оценки состояния шейки матки, проведена у 11 (30,6 %) пациенток, в 8 (42,1 %) и 3 (17,6 %) случаях основной и контрольной группы соответственно. Длина шейки матки по данным ТВУЗИ в основной группе составила 27,5 (21; 35) мм, в контрольной группе 35 (36; 39) мм. Короткая шейка матки диагностирована только у 4 женщин основной группы, во всех случаях коррекция проведена с использованием акушерского пессария. Учитывая безболезненное расширение внутреннего зева при ИЦН, мануальная оценка шейки матки неинформативна, как и однократно проведенное ТВУЗИ шейки матки. Таким образом, необходимо широкое внедрение объективных методов оценки состояния шейки матки в группах высокого риска, к которым относятся женщины с многоплодной беременностью.

Выводы

1. Частота преждевременных родов при многоплодной беременности увеличивается.
2. Фактором риска преждевременных родов при многоплодной беременности является наличие в анамнезе ранних самопроизвольных потерь ($p = 0,03$).
3. Отсутствие широкого внедрения динамической трансвагинальной ультразвуковой цервикометрии не позволяет объективно оценить состояние шейки матки и тем самым спрогнозировать развитие преждевременных родов при многоплодной беременности, что снижает эффективность профилактических мер.

ЛИТЕРАТУРА

1. Многоплодная беременность — риск преждевременных родов / Вл. В. Архипов [и др.] // *Мать и дитя в Кузбассе*. — 2012. — № 1. — С. 13–19.
2. Сичинава, Л. Г. Многоплодие. Современные подходы к тактике ведения беременности / Л. Г. Сичинава // *Акушерство, гинекология и репродукция*. — 2014. — № 2. — С. 131–138.
3. Перинатальные исходы при многоплодии / В. С. Прохорова [и др.] // *Журнал акушерства и женских болезней*. — 2010. — № 3. — С. 55–59.

УДК 611.66:611.96: 616-007

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РАЗМЕРОВ МАТКИ ПРИ МАЛЫХ АНОМАЛИЯХ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Колесникова К. И., Сотникова В. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент В. Н. Жданович

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

Введение

Ультразвуковое исследование (УЗИ) матки и ее придатков, то есть яичников и маточных труб, проводят для диагностики различных заболеваний, беременности и т. д. УЗИ помогает выявить наличие патологий в развитии и расположении матки, а также толщину слизистого слоя — эндометрия.

Цель

Изучить вариабельность размеров матки при малых аномалиях органов малого таза.