

Показаниями для оперативного родоразрешения в основной группе в 38,9 % случаях был рубец на матке и 36,4 % в контрольной. Преэклампсия умеренной степени тяжести встречается в 5,7 % только в основной группе.

Оперативное родоразрешение было выполнено у 41,1 % женщин основной группы и в 12,3 % контрольной группы ($p < 0,05$).

В контрольной группе преваляировали плановые операции в 65,8 % случаев, тогда как в основной группе соотношение плановых и экстренных операций было 1:1 (по 7 наблюдений).

Выводы

Таким образом, избыточную массу тела и ожирение до наступления беременности следует рассматривать, как фактор высокого риска развития аномалий родовой деятельности и акушерского травматизма.

ЛИТЕРАТУРА

1. Густоварова, Т. А. Актуальные вопросы абдоминального родоразрешения в современном акушерстве / Т. А. Густоварова, А. Н. Иванян // Рос. вестн. акуш.-гин. — 2006. — № 3. — С. 18–21.

УДК 618.3:618.146-089-036.8

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДА КОРРЕКЦИИ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Белкина Т. М., Старостенко И. О., Каплан Ю. Д.

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН) является одной из важных проблем современного акушерства. Согласно классическому определению ИЦН — это размягчение, расширение и укорочение шейки матки до 37-й недели гестации при отсутствии угрозы прерывания беременности. ИЦН является причиной 15–40 % поздних самопроизвольных выкидышей и до 30 % преждевременных родов [1]. Перед практикующим врачом акушером-гинекологом стоит сложная задача в организации своевременной диагностики, дифференцированного подхода к выбору метода хирургической коррекции и сроков ее проведения. В настоящее время не существует объективных диагностических тестов для выявления пациенток группы высокого риска развития ИЦН ни до, ни во время беременности [2]. Высокой диагностической значимостью во время беременности обладает трансвагинальное ультразвуковое исследование шейки матки. В зависимости от степени выраженности ИЦН и срока гестации выделяют три вида серкляжа: профилактический, лечебный и экстренный. Однако, эффективность наложения шва на шейку матки и дальнейший прогноз вынашивания зависят от многих факторов, таких как срок проведения коррекции, длина шейки матки при проведении коррекции и другие.

Цель

Оценить эффективность хирургического метода коррекции шейки матки в зависимости от степени выраженности ИЦН.

Материал и методы исследования

Был выполнен ретроспективный анализ историй родов у 87 пациенток с проведенной хирургической коррекцией шейки матки. Всех пациенток мы разделили на четыре группы. Первую группу ($n = 22$) составили беременные женщины, которым был нало-

жен экстренный серкляж при пролабировании околоплодных оболочек за границу наружного зева или во влагалище. Вторую группу (n = 9) составили беременные женщины, которым был наложен терапевтический серкляж, при длине шейки матки менее 25 мм по данным ТВУЗИ. Третью группу (n = 37) составили беременные женщины, которым был произведен профилактический серкляж, при длине шейки матки более 25 мм по данным ТВУЗИ. Четвертую группу (n = 19) составили беременные женщины, которым был наложен шов по результатам мануальной оценки шейки матки. Статистическая обработка данных производилась при помощи программы MedCalc Statistica 8.0. Различия между группами считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение.

Срок коррекции шейки матки у пациентов 1 группы составил 124 (119; 133) дня, что не имело статистически значимых различий с пациентами других групп ($p > 0,05$). Полученные данные представлены в таблице 1.

У всех исследуемых пациенток сроки проведения хирургической коррекции были сопоставимы и не имели статистически значимых различий между группами.

Таблица 1 — Эффективность хирургического метода коррекции шейки матки в зависимости от степени выраженности истмико-цервикальной недостаточности (n = 91) Me (25; 75)

Вид серкляжа	Срок проведения хирургической коррекции	Статус шейки матки	Длительность пролонгирования беременности	Срок родов
Экстренный серкляж (n = 22)	124 (119; 133)	Пролабирование оболочек за пределы наружного зева	87 (64; 118)	240 (222; 256)
Терапевтический серкляж (n = 9)	138 (122; 145)	< 25 мм по данным ТВУЗИ	125 (115; 139)	271 (261; 273)
Профилактический серкляж (n = 37)	125 (112; 138)	≥ 25 мм по данным ТВУЗИ	142 (125; 155)	272 (267; 275)
Терапевтический (по данным мануальной оценки шейки матки) (n = 19)	129 (112; 141)	Структурные изменения шейки матки по данным мануальной оценки	135 (115; 164)	267 (250; 276)

Самая высокая длительность пролонгирования беременности была у пациентов с профилактической коррекцией шейки матки и составила 142 (125; 155) дня, срок родов в данной группе пациентов составил 272 (267; 275) дня, что соответствует срокам прерывания физиологической беременности. Самая низкая длительность пролонгирования беременности была у пациентов с экстренной коррекцией шейки матки и составила 87 (64; 118) дней, срок родов в данной группе пациентов составил 240 (222; 256) дней.

У пациентов с хирургической коррекцией шейки матки частота прерывания беременности до 37 недель гестации составила 22,9 % (20 из 87). При этом, у пациентов с экстренным наложением шва при пролабировании плодного пузыря за границу наружного зева преждевременные роды произошли у 77,2 % (17 из 22) пациентов. В группе пациентов с терапевтической коррекцией — в 22,2 % (2 из 9) случаев. При проведении профилактической коррекции ИЦН беременность досрочно прервалась у 8,1 % (3 из 37) пациентов. У беременных женщин, которым был наложен шов по результатам мануальной оценки шейки матки, преждевременные роды произошли у 42 % (8 из 19) пациентов.

Выводы

Коррекция ИЦН при пролабировании плодного пузыря за границу наружного зева и проведение в связи с этим экстренной хирургической коррекции позволяет пролонгировать беременность на 87 (64; 118) дней. При этом частота досрочного прерывания

беременности в данной группе пациентов остается весьма высокой и составляет 77,2 %. Проведение терапевтической коррекции шейки матки позволяет пролонгировать беременность на 125 (115; 139) дней. Однако, каждая пятая беременность прерывается досрочно. При проведении профилактического серкляжа беременность удается пролонгировать на 142 (125; 155) дня, что соответствует срокам прерывания физиологической беременности. Частота преждевременных родов в данной группе составляет 8,1 %, при этом все преждевременные роды произошли на сроках более 36 недель гестации. У беременных женщин, которым был наложен шов по результатам мануальной оценки шейки матки, преждевременные роды произошли у 42 % (8 из 19) пациенток, а беременность удалось пролонгировать на 135 (115; 164) дней. Столь высокий процент потерь беременности в четвертой группе обусловлен отсутствием в данной когорте пациенток объективного метода исследования состояния шейки матки и в связи с этим необоснованной тактике ведения таких пациенток.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кулаков, В. И. Преждевременные роды — тактика ведения с учетом сроков гестации / В. И. Кулаков, В. Н. Серов, В. М. Сидельникова // Журнал акушерства и женских болезней. — 2002. — № 2. — С. 13–18.
2. Сидельникова, В. М. Невынашивание беременности / В. М. Сидельникова. — М.: Триада-Х, 2003. — 304 с.

УДК 618.14-006.5

ХАРАКТЕРИСТИКА МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ПОЛИПОВ МАТКИ У ПАЦИЕНТОК ДЕТОРОДНОГО ВОЗРАСТА

Белов А. И.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Н. А. Пономарева

**Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
г. Курск, Российская Федерация**

Введение

На сегодняшний день полипы эндометрия (ПЭ) среди гинекологических больных встречаются с частотой от 7,5 до 35 %. На репродуктивный возраст приходится от 1,9 до 17 % случаев. Клинические проявления при ПЭ у женщин репродуктивного возраста различные — бесплодие, аномальные маточные кровотечения, а у части больных протекают бессимптомно [1, 2].

В анализе морфологической структуры длительное время использовалась классификация, предложенная О. К. Хмельницким, в которой ПЭ разделяются на 8 типов по гистологическому строению [2, 3]. В 2015 г. А. Marlica и E. D. Euscher представили международную патоморфологическую классификацию полипов, в настоящее время которой рекомендовано придерживаться [3]. Данная классификация включает 5 вариантов ПЭ: гиперпластический, атрофический, функциональный, смешанный и аденоматозный [4, 5].

Цель

Определение характеристики морфологической структуры ПЭ у женщин репродуктивного возраста в соответствии с международной классификацией (2015 г.).

Материал и методы исследования

В ходе исследования было проанализировано 105 пациенток, находившихся на лечении в отделении оперативной гинекологии ОБУЗ «Курский городской клинический родильный дом» за 2016–2018 гг., которым проводилось комплексное обследование (таблица 1), включающее клиничко-анамнестическое, общепринятое гинекологическое, лабораторное и гистероскопическое исследования, УЗИ, а также гистологическое ис-