

## ЛИТЕРАТУРА

1. Внутриутробная инфекция: учеб. пособие / Е. И. Барановская [и др.]. — Минск: Тесей, 2005. — 112 с.
2. Занько, А. С. Анализ перинатальных заболеваний и потерь при внутриутробных инфекциях в Витебской области и пути их снижения / А. С. Занько, И. М. Арестова, Г. К. Баркун // Вестник ВГМУ. — 2012. — Т. 11, № 2. — С. 78–84.
3. Кузьмин, В. Н. Проблема внутриутробной инфекции в современном акушерстве / В. Н. Кузьмин, Л. В. Адамян // Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. — 2017. — № 3. — С. 32–36.
4. Янковская, Н. И. Влияние характера течения беременности и родов на реализацию внутриутробной инфекции у новорожденных / Н. И. Янковская // Актуальные проблемы медицины: материалы ежегодной итоговой научно-практической конференции, Гродно, 25 января 2019. — Гродно, 2019. — С. 639–642.

УДК 618.4-036.6-08

### КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РОЖЕНИЦ С ЗАТЯНУВШИМСЯ ВТОРЫМ ПЕРИОДОМ РОДОВ

*Калачев В. Н., Захаренкова Т. Н.*

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

#### **Введение**

Несмотря на развитие акушерства, проблема динамики родового процесса до сих пор не теряет своей актуальности. Аномалии родовой деятельности занимают лидирующие позиции в структуре осложнений родов [1, 2]. Затянувшийся второй период родов (ЗВПР) является основной причиной оперативного родоразрешения во втором периоде [3, 4]. До сих пор не существует единого представления о данной патологии, а факторы риска множественны и противоречивы.

#### **Цель**

Изучить группу рожениц, роды которых осложнились затянувшимся вторым периодом.

#### **Материал и методы исследования**

Исследование проведено на базе родового отделения Гомельской городской клинической больницы № 2. В основную группу включено 26 рожениц, роды которых осложнились затянувшимся вторым периодом. Все роженицы имели первые роды, одноплодную доношенную беременность. В группу контроля включено 50 рожениц с физиологическими родами, одноплодной доношенной беременностью. Статистический анализ полученных данных проводили при помощи программы «Statistica» 10.0 (Stat Soft, USA). Для выборок, соответствующих критериям нормального распределения, данные представлены в виде среднего значения и квадратичного отклонения. Для выборок, несоответствующих критериям нормального распределения, данные представлены в виде медианы (25 и 75 перцентилей). Сравнения количественных признаков в независимых группах проводили с помощью U критерия Манна — Уитни. Для сравнения качественных признаков использовали  $\chi^2$  или точный критерий Фишера. Статистически значимыми принимались результаты при значении  $p < 0,05$ .

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

В основной группе в 4 (15,3 ± 7 %) случаях роды закончились при помощи кесарева сечения. Средний возраст рожениц в этой группе составил 24 (23; 28) года, против 25 (23; 28) лет в группе контроля ( $p = 0,66$ ). Средний рост в основной группе составил 164 (162; 169) см, а в группе контроля 165 (160; 169) см ( $p = 0,67$ ). В нашем исследовании была выявлена некоторая тенденция к более крупному весу у рожениц из основной группы — 79,5 (69,7; 93) кг, против 72,5 (67,7; 81,6) кг в группе контроля ( $p = 0,06$ ). Большинство женщин обеих групп состояли в браке (основная группа — 89,5 %, группа контроля — 90 %) ( $p = 0,8$ ) и были трудоустроены — 74 и 82 % соответственно ( $p = 0,77$ ).

Состояние соматического здоровья — важнейший фактор в развитии акушерских осложнений. В нашем исследовании доля соматической сопутствующей патологии оказалась довольно высока, но сопоставима между группами и составила в основной группе —  $80 \pm 3,6 \%$ , а в группе контроля —  $70 \pm 8,3 \%$  ( $p = 0,3$ ). Многие женщины имели сочетанную патологию, но тяжелых и декомпенсированных заболеваний не было. Структура соматической заболеваемости в группах отражена в таблице 1.

Таблица 1 — Сравнение структуры соматической заболеваемости в исследуемых группах

Показатели	Основная группа n = 26	Группа контроля n = 50	Значение p
Эндокринные заболевания	11 ( $42,3 \pm 9,6 \%$ )	15 ( $30 \pm 6,4 \%$ )	0,28
Заболевания желудочно-кишечного тракта	7 ( $26,9 \pm 8,6\%$ )	6 ( $12 \pm 4,5 \%$ )	0,10
Заболевания мочевыделительной системы	8 ( $30 \pm 9 \%$ )	10 ( $20 \pm 5,6 \%$ )	0,44
Болезни ЛОР органов	0	8 ( $16 \pm 5,1 \%$ )	
Сердечно-сосудистая патология	4 ( $15,3 \pm 7 \%$ )	11 ( $22 \pm 5,8 \%$ )	0,75
Болезни дыхательной системы	0	2 ( $4 \pm 2,7 \%$ )	—

Мы изучили течение и наиболее часто встречающиеся осложнения беременности в исследуемых группах. Результаты представлены в таблице 2.

Таблица 2 — Осложнения беременности в исследуемых группах

Показатели	Основная группа n = 26	Группа контроля n = 50	Значение p
Анемия	12 ( $46,1 \pm 9,7 \%$ )	16 ( $32 \pm 6,5 \%$ )	0,75
Кольпит	9 ( $34,6 \pm 9,3 \%$ )	24 ( $48 \pm 7 \%$ )	0,12
ОРИ	8 ( $30,7 \pm 9,5 \%$ )	14 ( $28 \pm 6,3 \%$ )	0,85
Угроза прерывания беременности	5 ( $19,2 \pm 7,7 \%$ )	26 ( $52 \pm 7 \%$ )	0,004
Хроническая гипоксия плода	2 ( $7,6 \pm 5,2 \%$ )	3 ( $6 \pm 3,3 \%$ )	0,83
Инфекция мочевыводящих путей	5 ( $19,2 \pm 7,7 \%$ )	5 ( $10 \pm 4,2 \%$ )	0,75
Артериальная гипертензия	0	3 ( $6 \pm 3,3 \%$ )	—

Согласно полученным результатам видно, что группы в основном не имели значимых различий в течении беременности. В то же время наблюдались значительные различия в течении родов. Некоторые особенности течения родов в исследуемых группах представлены в таблице 3.

Таблица 3 — Особенности течения родов в исследуемых группах

Показатели	Основная группа n = 26	Группа контроля n = 50	Значение p
Родоиндукция, n (P ± Sp)	12 ( $46,1 \pm 9,7 \%$ )	11 ( $22 \pm 5,8 \%$ )	0,02, $\chi^2 = 4,71$
Аномалии родовой деятельности, n (P ± Sp)	15 ( $57,6 \pm 9,6 \%$ )	10 ( $20 \pm 5,6 \%$ )	0,002, $\chi^2 = 10,01$
Длительность первого периода, мин, Me (25; 75)	367 (325; 525)	305 (255; 470)	0,036, U = 793
Потребность в окситоцине, n (P ± Sp)	19 ( $73 \pm 8,6 \%$ )	18 ( $36 \pm 6,7 \%$ )	0,002, $\chi^2 = 9,42$
Обезболивание промедолом, n (P ± Sp)	15 ( $57,6 \pm 9,6 \%$ )	13 ( $26 \pm 6,2 \%$ )	0,006, $\chi^2 = 7,38$
Задний вид затылочного предлежания, n (P ± Sp)	6 ( $23 \pm 8,2 \%$ )	1 ( $2 \pm 2,7 \%$ )	< 0,0001

В структуре аномалий родовой деятельности в основной группе преобладала вторичная родовая слабость — 9 ( $60 \pm 12,6 \%$ ) случаев, в то время как в группе контроля преобладала первичная родовая слабость — 8 ( $80 \pm 12,6 \%$ ) случаев.

Так же были изучены антропометрические показатели новорожденных. Результаты представлены в таблице 4.

Таблица 4 — Размеры и вес новорожденных в исследуемых группах

Показатели	Основная группа n = 26	Группа контроля n = 50	Значение p
Окружность головки, см, Me (25; 75)	35 (34; 35)	35 (34; 35)	0,1
Длина, см, Me (25; 75)	55 (54; 57)	54 (53; 55)	0,009 (U = 587)
Вес, г, Me (25; 75)	3710 (3450; 4050)	3390 (3220; 3680)	0,0009 (U = 539)
Вес более 4000 г, n (P ± Sp)	7 (26,9 ± 8,6 %)	4 (8 ± 3,8 %)	0,03

Вес и длина новорожденных рожениц из основной группы оказались значительно более высокими, чем в группе рожениц с физиологическими родами. Так же чаще встречались новорожденные имеющие крупную массу тела.

### **Выводы**

На основании полученных результатов можно сделать вывод, что группы были сопоставимы по росту, весу и возрасту. Так же не было достоверных различий в состоянии соматического здоровья и течения беременности. Однако, мы наблюдали значительные различия в некоторых особенностях течения родов и в антропометрических показателях новорожденных. Так, роженицы, роды которых осложнились ЗВПР, чаще имели отклонения от физиологического течения родов уже в первом периоде родов. Им чаще требовались стимуляция ( $p = 0,02$ ) и аналгезия ( $p = 0,006$ ) родов. Частота родов в заднем виде затылочного предлежания при ЗВПР была значительно выше чем при физиологических родах ( $p < 0,0001$ ).

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Cheng, Y. W. How long is too long: Does a prolonged secondstage of labor in nulliparous women affect maternal and neonatal outcomes? Defining an abnormal first stage of labor based on maternal and neonatal outcomes / Y. W. Cheng, L. M. Hopkins, A. B. Caughey // Am J Obstet Gynecol. — 2014. — Vol. 210 (6). — P. 536.
2. Pirogova, N. I. Operativnoye akusherstvo / N. I. Pirogova // Zdorov'ye Ukrainy. — 2011. — № 5. — P. 18–20.
3. Caesarean section at full cervical dilatation / G. Davis [et al.] // Aust NZ J Obstet & Gynecol. — 2015. — Vol. 55(6). — C. 565–571.
4. Zhu, B. Labor dystocia and its association with interpregnancy interval / B. Zhu, V. Grigorescu, T. Le // Am J Obstet. Gynecol. — 2006. — Vol. 195. — P. 121.

УДК 618.3-06: 616-007.15

## **КАРБОКСИТЕРМИНАЛЬНЫЙ ТЕЛОПЕПТИД КОЛЛАГЕНА I ТИПА КАК ПРЕДИКТОР РАЗВИТИЯ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ**

*Копоненко И. С., Жукова Н. П., Хайрулина Н. В.*

**Учреждение образования**

**«Витебский государственный медицинский университет»**

**г. Витебск, Республика Беларусь**

### **Введение**

Одной из основных причин недонашивания беременности, и, соответственно, поздних репродуктивных потерь является истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН), на долю которой приходится от 14,3 до 65 % поздних выкидышей и преждевременных родов. В последние годы все больше исследователей указывает на связь между дисплазией соединительной ткани и развитием ИЦН, отмечая негативное влияние недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ) на запирательную функцию шейки матки во время беременности, более высокую частоту ИЦН у беременных с указанным синдромом, а также генетическую детерминированность данного гестационного осложнения: треть беременных с ИЦН имеют родственниц первой