

Таблица 1 — Частота встречаемости потенциальных факторов риска СЗРП (n, %)

Факторы риска	Обследованные группы		Уровень значимости P
	основная группа, n = 43	группа сравнения, n = 28	
Экстрагенитальная патология	22 (51,2%)	12 (42,9%)	0,49
Гинекологическая патология	9 (20,9%)	5 (17,9%)	0,75
Первородящие	30 (69,8%)	16 (57,1%)	0,27
Медицинские аборт в анамнезе	7 (16,3%)	3 (10,7%)	0,51
Анемия беременных	9 (20,9%)	4 (14,3%)	0,48
Гестационная артериальная гипертензия	14 (32,6%)*	3 (10,7%)	0,036

* — Статистически значимые различия с контрольной группой

С одинаковой частотой у пациентов обеих групп в анамнезе наблюдается экстрагенитальная и гинекологическая патология. Не выявлено влияния паритета беременности и родов на развитие СЗРП, а также не установлена значимая связь между наличием анемии у матери и развитием СЗРП. Тем не менее, в группе СЗРП статистически чаще беременность у матери осложнялась гестационной артериальной гипертензией ($p = 0,036$).

Выводы

Проведенное исследование показывает важность выявления факторов риска развития СЗРП, для отнесения женщин в группы риска развития данной патологии. Доказанными факторами риска развития СЗРП в нашем исследовании явились возраст матери ($p = 0,002$) и развитие во время беременности артериальной гипертензии ($p = 0,036$).

УДК 2:3658_8369-4

ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ НА ФОРМИРОВАНИЕ ТАЗОВОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛОДА

Дробышевская М. Р., Батракова В. Ю., Шабатина Д. В.

Научный руководитель: ассистент Я. И. Бик-Мухаметова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Тазовое предлежание — одно из разновидностей продольных положений плода, при котором у входа в малый таз находится тазовый конец плода. Вопросу ведения родов при тазовых предлежаниях уделяется большое внимание, ввиду высокой перинатальной смертности (5–14,3 %), высоким риском родовой травмы (в 10–13 раз выше), асфиксии (в 3–8 раз выше) по сравнению с родами в головном предлежании. При тазовом предлежании плода число операций кесарева сечения колеблется от 45 до 83 %, что увеличивает риск развития осложнений у матери.

Тазовое предлежание плода, диагностируемое до 32 недель беременности, требует только наблюдения, так как у 70 % повторнородящих и у 30 % первородящих женщин поворот на головку происходит спонтанно до родов.

Особое внимание среди факторов развития тазовых предлежаний уделяют тону передней брюшной стенке, на изменение которого направлены многочисленные методики корригирующей гимнастики. Согласно многочисленным исследованиям применение корригирующей гимнастики рассматривается как метод, позволяющий перевести тазовое предлежание в головное.

Цель

Оценить влияние уровня физической активности женщины во время беременности на формирование тазового предлежания плода.

Материал и методы исследования

Нами было проведено анкетирование 85 женщин, имевших во время беременности тазовое предлежание плода. Группу сравнения составили 44 женщины, у которых плод перевернулся из тазового предлежания в головное: до 32 недель (подгруппа сравнения 1) — 24 женщины и после 32 недель (подгруппа сравнения 2) — 20 человек; основную группу составили 41 женщина, у которых тазовое предлежание плода сохранилось до родов. Для уточнения уровня физической активности у беременных был применен опросник: Двигательная активность «ОДА-23+» с подсчетом баллов (Д. М. Аронов, В. Б. Красницкий, М. Г. Бубнов, 2013), позволивший разделить всех опрошенных на три группы: с низким, умеренным и высоким уровнем физической активности. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программ «MedCalc 10.2.0.0» и стандартного приложения «Microsoft Office Excel» (2010), с помощью анализа долей (р %), стандартной ошибки доли (sp %). Общее межгрупповое различие качественных признаков определяли с помощью критерия χ^2 с поправкой Йетса на непрерывность, для малых выборок — с помощью точного критерия Фишера (Р). Статистически значимыми считались результаты при значении $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Данные по уровню физической активности, полученные в результате опроса родивших женщин, у которых было тазовое предлежание плода во время беременности представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Уровень физической активности беременных женщин с тазовым предлежанием плода во время беременности

Уровень физической активности	Основная группа (N = 41)	Группа сравнения (N=44)		Результат межгруппового сравнения	
		подгруппа сравнения 1 (N = 24)	подгруппа сравнения 2 (N = 20)		
Низкий	0	20*(45,5 ± 7,5%)		P < 0,0001	
		11 (45,8 ± 10,2 %)	9*(45 ± 11,1 %)	—	P < 0,0001
Умеренный	38* (92,7 ± 4,1 %)	21 (47,7 ± 7,5 %)		P < 0,0001	
		11 (45,8 ± 10,2 %)	10 (50 ± 11,2 %)	—	P = 0,0005
Высокий	3 (7,3 ± 4,1%)	3 (6,8 ± 3,8 %)		P = 1,0000	
		2 (8,4 ± 5,6 %)	1 (5 ± 4,9 %)	—	P = 1,0000

* — Статистически значимое различие между группами

Согласно нашим данным, среди женщин, у которых тазовое предлежание плода сохранилось до родов, преобладал умеренный уровень физической активности (92,7 ± 4,1 %), не было женщин с низким уровнем физической активности, высокий уровень физической активности был установлен у 7,3 ± 4,1 % женщин. Распределение по уровням физической активности среди беременных, у которых тазовое предлежание плода сохранилось до родов и у женщин с тазовым предлежанием плода, которое перешло в головное, статистически значимо отличалось: 92,7 ± 4,1 % беременных с умеренным уровнем физической активности в основной группе против 47,7 ± 7,5 % женщин в группе сравнения (P < 0,0001) и полное отсутствие женщин с низким уровнем физической активности в основной группе против 45,5 ± 7,5 % беременных в группе сравнения (P < 0,0001). Частота умеренного уровня физической активности среди беременных с диагнозом — тазовое предлежание плода, сохранившимся до родов, статистически значимо превышала частоту данного уровня физической активности среди женщин, у

которых ребенок перевернулся в головное предлежание после 32 недель: $92,7 \pm 4,1$ % женщин в основной группе против $50 \pm 11,2$ % беременных в подгруппе сравнения 2 ($P = 0,0005$). Низкий уровень физической активности не был установлен среди женщин, у которых тазовое предлежание плода сохранилось до родов, таким образом, встречался статистически значимо реже, чем среди беременных, у которых ребенок перевернулся в головное предлежание после 32 недель ($45 \pm 11,1$ %) ($P < 0,0001$).

Выводы

1. Умеренный уровень физической активности для женщин с тазовым предлежанием плода не может способствовать переводу тазового предлежания плода в головное.
2. Установление предпочтительного уровня физической активности и ее видов для профилактики тазового предлежания плода требует дальнейшего изучения.

УДК 618.2–089.5–032:611.829

ВЛИЯНИЕ НЕЙРОАКСИАЛЬНОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ РОДОВ ПОСРЕДСТВОМ СПИНАЛЬНОЙ АНАЛЬГЕЗИИ НА ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПЕРВОГО И ВТОРОГО ПЕРИОДОВ РОДОВ

Змушко В. А., Гнедько К. А.

Научный руководитель: ассистент *М. А. Санталова*

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

Введение

Одной из ключевых проблем современного акушерства является проблема обезболивания родов. В ряду наиболее эффективных методов числится спинальная анальгезия (СА). В современной практике для СА родов применяются низкие дозы местного анестетика при одномоментном введении препарата или длительно через катетер. Одномоментное введение имеет такие преимущества, как относительная простота выполнения и быстрое наступление эффекта. По мнению некоторых авторов, при данном виде обезболивания отмечаются укорочение активной фазы первого периода родов и устранение дискоординации родовой деятельности [1]. Применение спинальной анальгезии в родах не влияет на частоту кесарева сечения и других осложнений со стороны матери и плода [2].

Цель

Оценить влияние использования спинальной анальгезии в родах на длительность первого и второго периодов родов.

Материал и методы исследования

Был проведен анализ историй родов 75 первородящих пациенток в возрасте 17–34 лет на базе ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница №3» в 2018–2019 гг. Обследуемые были разделены на две группы. Исследуемая группа включала 45 пациенток, которым была проведена спинальная анальгезия при раскрытии акушерского зева на 3–4 см с целью обезболивания. Контрольная группа включала 30 пациенток, которым не проводилось нейроаксиальное обезболивание родов.

Обработка данных проводилась с использованием пакета программ «Statistica» 13.3. В выборке с ненормальным распределением данные представлены в виде медианы 25-го и 75-го перцентилей ($Me(25;75)$). При сравнении показателей двух групп использовался критерий Манна — Уитни. За уровень статистической значимости принимался $p < 0,05$.