

Кесарева сечения у 12 пациенток. Одни роды в анамнезе встречались у 13 женщин(29,5%), двое родов 33,3%(15 женщин). Интервал до настоящей беременности более 2-х лет у 55,2%. Доля медицинских абортс составила 45%, у 27,4% – один аборт, у 17,6% – более двух абортс. Самопроизвольный выкидыш – у 3 женщин(5,55%), замершая беременность – у 5,55%, преждевременные роды – в 1 случае. Кровопотеря составила 568,18±119,21 мл. Оценка развития ребенка по шкале Апгар- 7,96-8,26баллов. Расхождение лонных костей по высоте(17±9мм) и разрыв лонного сочленения(1,79±0,33мм) были зафиксировано у 7 женщин (20,36%).

Масса плода в среднем составила 3,370±0,350кг, длина 52,77±1,97см, окружность живота 104,62±7,79см. Родилось 27 мальчиков(61,36%) и 17 девочек(38,63%).

Анализируя выше перечисленные показатели можно представить следующую модель: женщина 30 лет с ростом 165,4 см, с весом 79,9 кг на 38 неделе беременности, имеющая в анамнезе двое и более родов, один медицинский аборт, урогенитальную инфекцию и в среднем одно соматическое заболевание, замужем, работает.

Список литературы:

1. Мерц, Э. Ультразвуковая диагностика в акушерстве и гинекологии // Э.Мерц.- М.: МЕДпресс-информ, 2011.– С.512-585.
2. Некрасова, Е.С. Многоплодная беременность / Е.С.Некрасова.- М.: Реал. Тайм, 2009.- С.81-93.
3. Chalouhi, G.E. Outcome of triplet pregnancies managed for twin-totwin transfusion syndrome: A single center experience / G.E.Chalouhi, T.Quibel, N.Benzina, J.P.Bernard //J. Gynecol.Obstet. Biol. Reprod. – 2016.- Vol.45, № 8.- P.929-935.
4. Chang, Y.L. Fetoscopic guide laser therapy for twin-twin syndrome / Y.L.Chang// Gynecology and Minimally Invasive Therapy.-2013.- Vol.23.- P 56-94.
5. Deprest, J. Prenatal management of the fetus with isolated congenital diaphragmatic hernia in the era of the TOTAL trial / J.Deprest, P.Brady, K.Nicolaides// Fetal. Neonatal. Med.- 2014.- Vol.19, № 6.- P.338-348.

УДК 61:001.89

Трофимова Е.С., Якушев А.М., Обоскалова Т.А.
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДОВ
БЕРЕМЕННОСТИ У ПОВТОРОРОДЯЩИХ ПАЦИЕНТОК С
ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ ИЗЛИТИЕМ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД И У
ПАЦИЕНТОК С ИНДУЦИРОВАННЫМИ РОДАМИ

Кафедра акушерства и гинекологии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

Trofimova E.S., Yakushev A.M.

**COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF THE COURSE AND
OUTCOMES OF PREGNANCY IN MULTIPAROUS WOMEN WITH
PREMATURE DISCHARGE OF AMNIOTIC FLUID AND IN PATIENTS
WITH INDUCED CHILDBIRTH**

Department of obstetrics and gynecology

Ural state medical university

Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail:trofek@icloud.com

Аннотация. В статье рассмотрено течение и исходы беременности у пациенток с преждевременным излитием околоплодных вод и у пациенток с индуцированными родами (амниотомия).

Annotation. The article discusses the course and outcomes of pregnancy in patients with premature discharge of amniotic fluid and in patients with induced childbirth (amniotomy).

Ключевые слова: индукция родов, амниотомия, преждевременное излитие околоплодных вод, шейка матки, шкала Бишопа.

Key words: induction of labor, amniotomy, premature discharge of amniotic fluid, cervix, Bishop scale.

Введение

Родовозбуждение(inductionoflabor) – искусственное индуцированиеродовой деятельности с целью родоразрешения через естественные родовые пути. Наиболее частый метод родовозбуждения-это амниотомия (вскрытие плодного пузыря). Механизм действия амниотомии до конца не известен. Считается, что после нее активизируется выработка простагландинов прессорного действия. Кроме того, после вскрытия плодного пузыря усиливается раздражение тканей родовых путей подлежащей частью и происходит рефлекторное их сокращение[1,3].

В последние годы в акушерстве наблюдается увеличение частоты индукции родов (родовозбуждения) до 20-25% (WHO recommendationsforinductionoflabour, 2014). Индукция родов не является безопасной процедурой, а эффективность зависит от правильного выбора показаний и противопоказаний, времени проведения, метода или последовательности применения методов, обоснованных в конкретной клинической ситуации. Данное положение обуславливает необходимость оптимизации подходов к подготовке шейки матки и родовозбуждению, а также создание алгоритмов их проведения.[1,2,3]

Цель родовозбуждения: предотвращение неблагоприятных материнских и перинатальных исходов при родах через естественные родовые пути в клинические ситуациях, когда продолжение беременности и ожидание

спонтанного начала родовой деятельности представляет более высокий риск, чем процедура родовозбуждения как для матери, так и для плода. [1]

В настоящее время общепризнанными показаниями к проведению родовозбуждения являются: вторичная плацентарная недостаточность, перенашивание беременности, изосенсибилизация крови матери и плода, внутриутробная гибель плода. В некоторых странах в качестве показаний к индукции родов рассматривают синдром задержки роста плода, хориоамнионит, предшествующее кесарево сечение, осложнение беременности гипертензией или преэклампсией, что, безусловно, является следствием плацентарной недостаточности или сопровождается ей. (Calder A. et al., 2008; ACOG, 2009). Показанием к досрочному завершению беременности путем родовозбуждения может служить соматическое заболевание беременной. К таким состояниям эксперты ACOG (Американской коллегии акушеров и гинекологов) относят сахарный диабет, заболевания почек, хронические заболевания легких, хроническую артериальную гипертензию, антифосфолипидный синдром. [1,2,3,4]

Преждевременный разрыв плодных оболочек (ПРПО) — это осложнение беременности, характеризующееся нарушением целостности оболочек плодного пузыря и излитием околоплодных вод (до начала родовой деятельности) на любом сроке беременности.

Причины, вызывающие ПРПО, до конца не изучены, и нельзя с точностью ответить на вопрос, какой именно из факторов риска приведёт к этой патологии. Единственное, о чём можно с точностью утверждать, это то, что чаще всего с ПРПО обращаются женщины, имевшие преждевременное излитие вод при предыдущей беременности, не доношенной до срока. Риск рецидива в этом случае составляет 16-32%. [4]

Американская коллегия акушеров и гинекологов указывает на следующие причины и факторы риска приводящие к ПРПО:

1. Воспалительные заболевания половых органов матери и интраамниотическая инфекция;
2. Клинически узкий таз и аномалии предлежания и положения плода;
3. Истмико-цервикальная недостаточность;
4. Инструментальное медицинское вмешательство (амниоцентез, кордоцентез);
5. Аномалии развития матки и многоплодная беременность;
6. Травмы во время беременности. [4]

Цель исследования- сравнение особенности течения беременности и исходов родов у повторнородящих пациенток с самопроизвольным разрывом плодных оболочек и искусственным вскрытием плодного пузыря путем амниотомии.

Задачи:

1. Изучить структуру показаний к индуцированным родам;
2. Сравнить течение беременности и родового акта при самопроизвольном

и искусственном разрыве плодных оболочек;

3. Оценить исходы родов при самопроизвольном и искусственном разрыве плодных оболочек.

4. Найти, проанализировать и сравнить данные по родовозбуждению с амниотомией в международных исследованиях со своими результатами.

Материалы и методы исследования

На базе родового отделения МАУ ГКБ №40 в период с января по март 2019 года было проведено кагортное ретроспективное исследование с использованием истории родов 80 пациенток, разделенных на две группы: с ПРПО и с родовозбуждением амниотомией. Критериями включения являлись: повторнородящие женщины, доношенный срок беременности, удовлетворительное состояние женщины и плода, план ведения родов через естественные родовые пути, “зрелая” шейка матки (5-8 баллов по шкале Бишопа). Критерии исключения: “незрелая” (0-2 балла) или “недостаточно зрелая” (3-4 балла) шейка матки.

Результаты исследования и их обсуждение

У женщин с амниотомией был исходно более отягощенный акушерско-гинекологический анамнез – регрессирующие беременности, аборт и в т.ч. наличие воспалительных заболеваний органов малого таза (Таблица 1). У 65% женщин с амниотомией имелась соматическая патология, у женщин с ПРПО – в 45% случаев. Угроза преждевременных родов была выше у пациенток с амниотомией (15% против 2,5% при ПРПО). Хроническая плацентарная недостаточность встречалась у 30% женщин с амниотомией, в то время как в группе с ПРПО частота встречаемости составила 42,5%. Частота встречаемости умеренной преэклампсии и гестационной артериальной гипертензии составил 5% в группе родовозбуждения с амниотомией, что в два раза больше, чем в группе с ПРПО (2,5%). Эпидуральная анестезия в родах использовалась чаще у пациенток с ПРПО (12,5%). Попытки воздействия окситоцина, как следующего этапа родовозбуждения, использовалось только в группе женщин с амниотомией (7,5%). У пациенток, которым применили родовозбуждение амниотомией за данный период времени, в 100% случаев началась самостоятельная родовая деятельность, у 10% женщин с ПРПО родовая деятельность так и не началась. У 5% женщин с амниотомией была проведена операция кесарево сечение, в связи с развитием слабости родовой деятельности, что значительно меньше, чем у женщин с ПРПО (20%). Общая продолжительность родов практически не отличалась в группах сравнения (4,7 ч против 4,9 ч), так же, как и безводный период (6,07ч против 7,3ч). Оценка новорожденных по Апгар в группе с ПРПО составила $4/5 \pm 1$ баллов, что ниже, чем в группе сравнения $7/8 \pm 1$ баллов. В группе амниотомии не было ни одного случая наложения акушерских щипцов, в то время, как в группе сравнения – 2,5 %. Среднее значение кровопотери не имело достоверных различий (295мл/296 мл).

Таблица 1

**Сравнительная характеристика течения и исходов беременностей у пациенток с
ПИОВ и родовозбуждением амниотомией.**

	Амниотомия	ПИОВ
Отягощенный акушерский анамнез	30%	0%
Соматические заболевания	65%	45%
Угроза прерывания	15%	2.5%
Хроническая плацентарная недостаточность	30%	42.5%
Умеренная преэклампсия и гестационная артериальная гипертензия	5%	2.5%
Эпидуральная анальгезия	0%	12.5%
Родовозбуждение окситоцином	7.5%	0%
Начало родовой деятельности	100%	90%
Кесарево сечение	5%	20%
Щипцы в родах	0%	2.5%
Шкала Апгар	7/8 ±1 балл	4/5±1балл
Общая продолжительность родов	4.7 ч	4.9 ч
Без вод	6.07 ч	7.3 ч
Кровопотеря	295 мл	296 мл

По данным зарубежных рандомизированных мультицентровых исследований, амниотомия не уменьшает продолжительность родов, не увеличивает риски Кесарева сечения, не влияет на материнские и младенческие исходы, не оказывает влияния на послеродовые кровотечения. В 50% случаев снижает количество аномальной родовой деятельности (когда нет прогресса в открытии шейки матки в течение 2 часов или маточные сокращения неэффективны).[5,6,7,8]

Выводы:

1) Амниотомия – адекватный выбор метода родовозбуждения при «зрелой» шейке матки у повторнородящих женщин.

2) Низкая оценка по Апгар в группе женщин с ПРПО является отражением внутриутробной гипоксии плода, развившейся вследствие плацентарной недостаточности.

3) В группе женщин с ПРПО в 4 раза больше процент оперативного родоразрешения, что обусловлено вторичной плацентарной недостаточностью и прогрессирующей гипоксией плода.

4) «Зрелая» шейка матки – интегральный критерий готовности организма женщины к развитию родовой деятельности, который диктует необходимость родовозбуждения у повторнородящей женщины, не дожидаясь перехода «саногенной» гипоксии плода в патологическую, что может быть существенным ограничением к ведению родов через естественные родовые пути.

Список литературы:

1. Айламазян Э.К. Акушерство: национальное руководство /Э.К. Айламазян, В.И. Кулаков, В.Е. Радзинский, Г.М. Савельева. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 1200 с.
2. Баев О.Р. Подготовка шейки матки к родам и родовозбуждение: клинический протокол / О.Р. Баев, Н.Е. Кан, В.П. Румянцева, Н.К. Тетрашвили - Москва, 2012.
3. Болотских В.М. Новые подходы к ведению беременности и родов, осложнённых преждевременным излитием околоплодных вод при доношенном сроке // Материалы Всероссийского научно-практического семинара «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии». — М.: Медиа бюро StatusPraesens, 2010 — 32 с.
4. ACOG Committee on Practice Bulletins - Obstetrics, authors. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. (ACOG Practice Bulletin No. 80: premature rupture of membranes) / Obstet Gynecol., 2007. №109. — P. 1007–1019.
5. Cooney L.G. / The Association between Early Artificial Amniotomy and Chorioamnionitis in Nulliparous Induction of Labor /IntSchResNotices. -2014.
6. Ghafarzadeh M. Effect of early amniotomy on dystocia risk and cesarean delivery in nulliparous women: a randomized clinical trial /Arch Gynecol Obstet. – 2015.
7. Matern J. Early versus late amniotomy for labour in duction: a randomized controlled trial /Fetal Neonatal Med.- 2012.
8. Worthley M. Does amniotomy shorten spontaneous labor or improve outcomes /The journal of family practice. Clinical inquires. – 2018.

УДК 618-019

ФедороваЕ.С, ХаперкинаИ.А, ЗвычайныйМ.А
ВЛИЯНИЕ ГОРМОНАЛЬНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ НА
СЕКСУАЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ ЖЕНЩИН

Кафедра акушерства и гинекологии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

FedorovaE.S., HaperkinaI.A., ZvychainyiM.A.
EFFECT OF HORMONAL CONTRACEPTION ON
WOMEN'S SEXUAL FUNCTION

Department of obstetrics and gynecology
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation