

4. Quantitative Untersuchungen zur Resorption von Trypsin, Chymotrypsin, Amylase, Papain und Pancreatin aus dem Magen–Darm–Trakt nach oraler Appli-

kation / J. Seifert [et al.] // Allgemeinarzt.– 1990.– Vol. 19.– P. 132.

УДК 612.63

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДА РОДОВ У ЖЕНЩИН С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ ИЗЛИТИЕМ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД.

В.Г. ВОЛКОВ*, О.В. СОБОЛЕНКОВ**

* *Медицинский институт, Тульский государственный университет, ул. Болдина, 128, г. Тула, 300028*

** *ГУЗ «Родильный дом №1», ул. Революции, 4, г. Тула, 300041*

Аннотация: одним из основных факторов для определения тактики ведения родов при преждевременном разрыве плодных оболочек является состояние шейки матки. В настоящее время перспективным направлением в оценке состояния шейки матки становится трансвагинальное сканирование в родах. В статье приведены данные использования ультразвуковой оценки шейки матки у рожениц с дородовым излитием околоплодных вод для прогнозирования течения и исхода родов.

Ключевые слова: роды, преждевременный разрыв плодных оболочек, трансвагинальное сканирование, шейка матки, аномалии родовой деятельности.

PROGNOSIS AND REPRODUCTIVE OUTCOMES IN DELIVERY WITH PREMATURE BURSTING OF AMNIOTIC WATERS

V.G. VOLKOV*, O.V. SOBOLENKOV**

* *Department of Obstetrics and Gynecology, Tula State University, Tula,*

** *Maternity Hospital №1, Tula.*

Abstract: one of the main factors to determine the tactics of labor with premature rupture of membranes is the condition of the cervix. Currently, a promising direction is the assessment transvaginal ultrasonography of cervical area in labor. The article presents data of the use of ultrasonic evaluation of the cervix in the women with bursting of amniotic waters to prognosis the course and outcome of labor.

Key words: labor, premature rupture of membranes, transvaginal ultrasonography, the cervix, abnormal labor.

Дородовое излитие околоплодных вод является важной проблемой в современном акушерстве. Преждевременный разрыв оболочек плодного пузыря составляет 15% [1,6,7]. При дородовом излитии околоплодных вод в большинстве случаев существенно нарушается нормальное течение родов: увеличивается риск развития аномалий родовой деятельности, травматизации мягких тканей родовых путей, гипотонических и атонических кровотечений, оперативного родоразрешения, что может негативно сказаться на состоянии ребёнка [2,3].

Трансвагинальное сканирование в оценке состояния шейки матки используется, как скрининговый метод, для прогнозирования возникновения и течения преждевременных родов [4,5,6]. Однако данная методика мало изучена при срочных родах, протекающих с преждевременным разрывом оболочек плодного пузыря.

Цель исследования – оценить возможность прогнозирования течения родов с помощью трансва-

гинального сканирования шейки матки в родах при преждевременном излитии околоплодных вод.

Материалы и методы исследования. На базе акушерского физиологического отделения родильного дома №1 города Тулы обследовано 176 рожениц в возрасте от 17 до 41 года. В исследование включены роженицы с одноплодной доношенной беременностью сроком 37-41 недели, в головном предлежании, у всех них отмечалось дородовое излитие околоплодных вод. Критерием исключения являлись многоплодная беременность, неправильное положение плода, преждевременные роды.

В ходе исследования учитывались следующие факторы: социальные факторы (семейный статус, место жительства), акушерско-гинекологический анамнез (предыдущие беременности и роды, наличие эрозий шейки матки, хронических аднекситов), экстрагенитальная патология, особенности течения настоящей беременности, факторы, характеризующие течение родов (характер шейки матки при бимануальном ис-

следовании, многоводие, безводный промежуток, характер околоплодных вод, аномалии родовой деятельности, применение эпидуральной анестезии (ЭДА), состояние плода в родах, родоусиление, эпизиотомия, разрывы мягких тканей родовых путей, ручное отделение и выделение послеродового, родовые травмы мягких тканей, состояние новорожденного.

Состояние плода оценивалось с помощью кардиотокографии (КТГ). Стимуляция родовой деятельности проводилась окситоцином, энзапростом.

Ультразвуковая оценка состояния внутреннего зева шейки матки производилась при трансвагинальном сканировании датчиком 7 МГц на аппарате LOGIQ 3 PRO. Обследование проводилось до начала родовой деятельности. Вагинальное исследование шейки матки и последующая оценка по шкале Bishop в родах проходили независимо от ультразвукового сканирования.

На основании данного критерия из обследованных сформировано 2 группы: I группу (n=89) составили женщины, у которых выявлялась T-образная форма внутреннего зева шейки матки, II группу (n=87) – женщины с измененной формой внутреннего зева шейки матки (V-, U-, Y-образная).

Статистическая обработка данных включала определение достоверности (p) исследований с помощью критерия χ^2 , расчёт значений отношений шансов (ОШ) в доверительных интервалах (ДИ) при выбранном уровне доверия 95%.

Результаты и их обсуждение. Среди обследованных в незарегистрированном браке находились: 19 (21,4%) I группы и 10 (11,5%) II. В Тульской области проживали 29 (32,6%) из I и 25 (28,7%) II группы, остальные – в городе Туле.

Характеристика экстрагенитальной патологии у рожениц представлена в табл. 1.

Таблица 1

Структура экстрагенитальной патологии среди обследованных (abc/%)

Показатели	I группа n=89	II группа n=87
Заболевания сердечно-сосудистой системы (вегетососудистая дистония, гипертоническая болезнь)	7 / 8,5%	4 / 8%
Хронические инфекции мочевыделительной системы (пиелонефриты, циститы)	10 / 11,2%	16 / 18,4%
Миопия 2-3 степени	7 / 8,5%	5 / 5,7%
Ожирение	8 / 9%	10 / 11,5%
Заболевания ЛОР-органов (хронические тонзиллиты, риносинуситы)	11 / 12,4%	9 / 10,3%
Заболевания органов дыхания (бронхиальная астма, хронические бронхиты)	3 / 3,4%	4 / 4,6%

Хронические аднекситы у имели место у 12 обследуемых (13,5 %) в I группе и у 8 (9,2%) во II. Сочетание эрозий шейки матки и хронических аднекситов в обеих группах соизмеримо.

Среди рожениц, у которых обнаруживались за-

болевания, передающиеся половым путём (ЗППП), во время настоящей беременности не проводилось лечение 12 (15,7%) I группы и 17 (19,5%) II. В обследуемых влагалищных мазках на флору в третьем триместре беременности выявлялась IV степень чистоты у 7 обследуемых (7,8%) в I группе и в 5 (5,7%) случаях во II. Первородящие преобладали в I группе – 64 (72%), по сравнению со II – 46 (52,9%). Среди первородящих 94,4% обследованных составили I группу.

Особенности течения беременности представлены в табл. 2.

Таблица 2

Осложнения течения беременности по триместрам среди обследованных (abc/%)

Показатели	I группа n=89	II группа n=87
I триместр	Анемии	3/3,4%
	Угроза прерывания	21/23,6%
	Токсикоз	14/15,7%
II триместр	Анемии	12/13,5%
	Угроза прерывания	18/20,2%
III триместр	Анемии	8/9%
	Угроза прерывания	7/7,9%
	Гестоз	28/31,5%

Таблица 3

Сравнительный анализ обследованных (расчёт ОШ в ДИ при выбранном уровне доверия 95%)

Показатели	I группа n=89	II группа n=87	ОШ	ДИ
Первородящие	94.4%	67.8%	7.36	(2.79-19.74) <0.001
Первородящие	72%	46%	2.26	(1.2 – 4.2) <0.01
«Незрелая» шейка матки по шкале Бишопу	21.3%	2.3%	9.46	(2.4 – 36.6) <0.001
Аномалии родовой деятельности	37%	20.7%	2.2	(1.14-4.34) <0.02
Родоусиление	43.8%	26.4%	2.15	(1.14-4.03) <0.02
ЭДА	24.7%	10.3%	2.02	(1.22-3.39) <0.02
Кесарево сечение	28%	5.7%	5.9	(2.2 – 15.7) <0.001
Гипоксия плода по данным КТГ	11.2%	6.9%	1.66	(0.59 – 4.62) >0.2
Мекониальный характер околоплодных вод	10.1%	11.5%	0.87	(0.34 – 2.21) <0.01
Многоводие	12.3%	11.5%	1.08	(0.44 – 2.64) <0.1
Разрывы промежности	13.5%	12.6%	1.07	(0.45 – 2.64) >0.2
Ручное обследование полости матки	10.1%	15%	0.87	(0.35 – 2.12) >0.2
Эпизиотомия	47.2%	52.9%	0.80	(0.44 – 1.44) >0.2
Новорожденный в ОРИТ	4.5%	1.1%	3.04	(0.47 – 19.73) >0.1

В ходе исследования выявлялось преобладание «незрелой» шейки матки по шкале Bishop отмечалось в I группе. Длительный безводный промежуток в I группе встречался в 2 раза чаще, чем во II. Родоусиление проводилось в 2 раза чаще в I группе. Преобладание аномалий родовой деятельности, а также

проведение ЭДА, кесарева сечения также преобладали в I группе 9%. Сопоставимыми оказались в обеих группах наличие ФПН, многоводие, характер вод, наличие крупного плода, эпизиотомия, травмы мягких тканей родовых путей.

В табл. 3 представлены статистически значимые показатели для обеих групп исследования.

Таким образом, среди рожениц с Т-образным зевом шейки матки при ультразвуковом исследовании преобладали первобеременные и первородящие; применение ЭА в родах; наличие незрелой шейки матки при бимануальном исследовании; частое возникновение аномалий родовой деятельности; длительный безводный промежуток; проведение родоусиления; высокая частота кесаревых сечений.

Таким образом, в нашем исследовании было установлено, что оценка формы шейки матки может использоваться как не прямой индикатор ее готовности. Т-образная форма внутреннего зева шейки матки являлась прогностически «неблагоприятной» для течения и исхода родов при преждевременном излитии околоплодных вод, протекающими с более частыми осложнениями и приводящими к оперативному вмешательству. Практически в половине случаев при выявлении данной формы внутреннего зева требовалось родоусиление. Кроме того, «незрелая» шейка матки по шкале Бишоп имела место только в 21% при Т-образной форме внутреннего зева шейки матки, что, возможно, объясняется субъективной оценкой бимануального исследования. Длительный безводный промежуток довольно часто сопровождается преждевременным излитием околоплодных вод, увеличивая возможность инфицирования плода и матери [4]. В нашем исследовании данный параметр встречался в 2 раза чаще у рожениц с Т-образной формой внутреннего зева.

Группами риска для формирования Т-образной формы внутреннего зева шейки матки являются первобеременные и первородящие.

Выводы. Трансвагинальное сканирование внутреннего зева шейки матки зарекомендовало себя как быстрый и безопасный метод для выявления жен-

щин, относящихся к группе риска по развитию осложнений в родах при дородовым излитием околоплодных. Наличие Т-образной формы внутреннего зева шейки матки у рожениц с преждевременным разрывом плодных оболочек при ультразвуковом исследовании определяет тактику ведения родов – раннее индуцирование родов.

Литература

1. Акушерство: национальное руководство / Э.К. Айламазян [и др.]– М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.– 200 с.
2. Волков, В.Г. Современные подходы к прогнозированию возникновения преждевременных родов / В.Г. Волков, Ф.Я. Заикина, С.В. Кулыгина // Вестник новых медицинских технологий.– 2009.– Т.16.– № 4.– С.112–113.
3. Козловская, И.А. Особенности клинического течения срочных родов при преждевременном излитии околоплодных вод. Автореферат дисс...кандидата медицинских наук / И.А. Козловская.– Иркутск, 2009.– 21 с.
4. Мартыненко, П.Г. Клиническая эффективность скрининга состояния шейки матки для предупреждения спонтанных преждевременных родов / П.Г. Мартыненко, В.Г. Волков, Ф.Я. Заикина // Вестник новых медицинских технологий.– 2011.– Т.18.– № 1.– С. 46–47.
5. Радзинский, В.Е. Преждевременный разрыв плодных оболочек. Информационное письмо / В.Е. Радзинский, И.М. Ордиянц.– М.: Медиабюро StatusPraesens, 2011.– 20 с.
6. Тоноян, Л.А. Акушерская тактика при преждевременном излитии околоплодных вод / Л.А. Тоноян // Журнал РОАГ.– 2009.– №1.– С. 18–22.
7. Tan, P.C. Predictors of newborn admission after labour induction at term: Bishop score, pre-induction ultrasonography and clinical risk factors / P.C. Tan, S. Suguna, N. Vallikkannu, J. Hassan // Singapore Med. Journal.– 2008.– 49 (3).– P.193–198.

УДК 616.441

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДА ДООПЕРАЦИОННОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ШЕИ ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

С.С. СЕРЁГИН*, А.П. ПЕЧЕНЬИ*, А.И. БЕЖИН**, В.В. ХВОСТОВОЙ*, В.В. НОЗДРУНОВ***

* БУЗ Орловской области «Орловский онкологический диспансер», пер. Инподромный, 2, г. Орел

** Курский государственный медицинский университет, ул. Карла Маркса, 3, Курск, 305041

*** Государственный университет – УНПК, Наугорское шоссе, 29, г. Орел, 302020

Аннотация: ретроспективно проанализированы результаты дооперационной диагностики рака щитовидной железы у 100 пациентов, проходивших лечение в Орловском онкологическом диспансере. В контрольной