

ИНДУЦИРОВАННЫЕ РОДЫ: АКУШЕРСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ

Готовко П. А., Коршикова Р. Л.

*Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь
gotovkopolina@mail.ru*

Введение. В последние десятилетия частота индуцированных родов растет: в развитых странах практически каждая четвертая беременная проходит эту процедуру [1]. Тенденция к увеличению среднего возраста матери из-за стремительного развития цивилизации и изменения роли женщины в обществе приводит к накоплению экстрагенитальной патологии к моменту родов и росту частоты осложнений беременности [2, 3]. Родоиндукция рекомендуется, когда риск неблагоприятных акушерских и перинатальных исходов при ожидании спонтанного начала родов выше, чем при сокращении продолжительности беременности [4].

Цель исследования: проанализировать акушерские и перинатальные исходы индуцированных родов в зависимости от показаний и методов индукции.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 175 историй индуцированных родов за 2022 г. на базе УЗ «1-я ГКБ г. Минска». Из анализа исключены пациентки с ПРПО, недоношенной беременностью. Все беременные были разделены на 2 группы: 1-я (первая) включала 84 пациентки, для которых показаниями стали экстрагенитальная патология матери и/или осложнения беременности со стороны матери и/или плода со сроком гестации 266-286 дней (M=279); 2-я (вторая) – 91 пациентка с тенденцией к перенашиванию беременности со сроком гестации 287 дней и более (M=289, максимально 294). Зрелость шейки матки оценивалась по шкале Bishop. Для статистической обработки данных использовалась программа Microsoft Excel. Статистическая значимость различий полученных результатов оценивалась с помощью точного критерия Фишера. Статистически значимыми считались результаты при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Мифепристон одно- или двукратно применялся наиболее часто: в 1-й группе 56 случаев (66,7%), во 2-й – 65 случаев (71,4%) – при незрелой шейке матки (5 и менее баллов), при недостаточном созревании шейки матки использовался дополнительно простин-гель в 1-й группе в 24 случаях (42,9%) и во 2-й – в 27 случаях (41,5%). Простин-гель самостоятельно применялся в 1-й группе в 19 случаях (22,6%), во 2-й – в 17 случаях (18,7%) при недостаточно зрелой шейке матки (6-7 баллов). В каждой группе наблюдалось по 1 случаю применения катетера Фолея с мифепристоном (1,2% в 1-й и 1,1% во 2-й группах). Амниотомия как единственный метод индукции применялась при зрелой шейке матки (8 баллов), по 8 случаев в каждой группе (9,5% в 1-й и 8,9% во 2-й группах).

В 1-й группе кесарево сечение выполнено в 18 случаях (21,4%), во 2-й группе – в 23 случаях (25,3%), его частота в обеих группах сопоставима

(0,608; $p>0,05$), не превышает частоту кесарева сечения при спонтанных родах (35,2% в УЗ «1-я ГКБ» за 2022 г.). Статистически значимых различий в частоте кесарева сечения в 1-й и 2-й группах при применении мифепристона (0,125; $p>0,05$), простин-геля (0,506; $p>0,05$), мифепристона с простин-гелем (1,287; $p>0,05$) не выявлено. При использовании катетера Фолея кесарево сечение было выполнено во всех случаях.

При ведении родов через естественные родовые пути у пациенток 2-й группы в 4 случаях был применен оперативный влагалищный метод родоразрешения в виде вакуум-экстракции плода в связи со слабостью потуг после применения мифепристона (5,88% от всех родов через естественные родовые пути в данной группе).

Таблица – Показания к КС в 1-й и 2-й группах в зависимости от метода родоиндукции, количество случаев

	1-я группа	2-я группа
Мифепристон	5 – дистресс плода в родах. 1 – клинически узкий таз. 1 – неправильное вставление головки. 1 – усугубление преэклампсии	8 – дистресс плода в родах. 1 – усугубление преэклампсии
Простин-гель	1 – дистресс плода в родах. 1 – клинически узкий таз	1 – дистресс плода в родах
Мифепристон + простин-гель	4 – дистресс плода в родах. 1 – слабость родовой деятельности	6 – дистресс плода в родах. 3 – слабость родовой деятельности. 1 – отсутствие эффекта от индукции
Мифепристон + катетер Фолея	1 – слабость родовой деятельности	1 – дистресс плода в родах
Амниотомия	2 – слабость родовой деятельности	1 – дистресс плода в родах. 1 – слабость родовой деятельности

Из таблицы видно, что только в 1 случае наблюдалось отсутствие эффекта от родоиндукции во 2-й группе после применения мифепристона и простин-геля. Наиболее частыми причинами кесарева сечения оказались дистресс плода в родах (55,6% в 1-й и 73,9% во 2-й группах) и слабость родовой деятельности (22,2% в 1-й и 17,4% во 2-й группах).

В удовлетворительном состоянии родился 171 новорожденный (8-9 баллов по шкале Апгар), что составило 97,7% от общего числа детей. Выявлено 4 случая асфиксии умеренной степени после применения простин-геля, из них по 2 случая в каждой группе.

Выводы:

1. С целью преиндукции и индукции родов наиболее часто использовались медикаментозные методы. При незрелой шейке матки применялся мифепристон, при недостаточно зрелой – простин-гель.

2. Применяемые методы индукции – эффективны. Только в 1 случае наблюдалось отсутствие эффекта от родоиндукции после сочетанного применения мифепристона и простин-геля в группе пациенток с тенденцией к перенашиванию беременности.

3. Индукция родов не ухудшила прогноз для матери и плода: не отмечено увеличения частоты осложнений как со стороны матери, так и со стороны плода в сравнении с исходами спонтанных родов, согласно итогам работы акушерско-гинекологической службы УЗ «1-я ГКБ г. Минска» за 2022 г.

4. Частота кесарева сечения при родоиндукции (23,4%) не превышает соответствующий показатель при спонтанных родах за 2022 г. в УЗ «1-я ГКБ г. Минска» (35,2%).

5. При анализе индуцированных родов в зависимости от срока гестации не выявлено достоверных различий по исходам для матери и плода. Следует отметить, что в группе со сроком гестации 287 дней и более встречалось оперативное влагалищное родоразрешение в виде вакуум-экстракции плода (5,88% родов через естественные родовые пути в данной группе) после применения мифепристона, чего не было выявлено в группе с более ранними сроками гестации.

6. При использовании катетера Фолея во всех случаях выполнено кесарево сечение. Это может быть связано с недостаточным числом наблюдений и, как следствие, недостаточным опытом его использования, что требует дальнейшего изучения эффективности данного механического метода индукции родов.

Литература

1. Индукция родов: тенденции в мировой практике (обзор литературы) / С. А. Васильев, О. А. Пересада, И. В. Курлович, Т. П. Ващилина, В. Л. Семенчук, С. А. Виктор // Медицинские новости. – 2021. – № 5. – С. 9–14

2. Радзинский В.Е. Портрет современной пациентки. Ориентиры современности. Российский вестник акушера-гинеколога. 2020;20(6):7-11.

3. Kahveci, B., Melekoglu, R., Evruke, I.C. et al. The effect of advanced maternal age on perinatal outcomes in nulliparous singleton pregnancies. BMC Pregnancy Childbirth 18, 343 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1984-x>.

4. Гурьев Д.Л., Охапкин М.Б., Гурьева Д.Д. и др. Оценка эффективности индукции родов в стационаре. РМЖ. Мать и дитя. 2020;3(1):9-15. DOI: 10.32364/2618-8430-2020-3-1-9-15.

INDUCED LABOR: OBSTETRIC AND PERINATAL OUTCOMES

Gotovko P. A., Korshicova R. L.

Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

gotovkopolina@mail.ru

The article discusses the main methods of pre-induction and induction of labor. It was found that the methods used for induction of labor are effective and do not

worsen the prognosis for the mother and fetus as compared to the outcomes of spontaneous labor. In addition, there were no significant differences in obstetric and perinatal outcomes of induced labor in full-term pregnancies at different gestational periods.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГИПЕРЕСТЕЗИИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ

Грищенко А. В.

*Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь
Aleksander.grishchenko@mail.ru*

Введение. Большинство пациентов обращаются к врачу-стоматологу с жалобами на повышенную чувствительности от разных раздражителей.

Гиперестезия твердых тканей зубов – повышенная болевая чувствительность твердых тканей зубов к действию температурных, химических и механических раздражителей (О. Л. Пихур, Д. С. Тишков и др. 2020 г.).

В исследованиях говорится, что ее распространенность варьирует от 42,7 до 67,3% случаев (Л. Н. Дедова, С. П. Рубникович и др. 2017 г.).

По литературным данным, это состояние расценивают как отдельную нозологическую форму заболевания, так и как симптом разных патологических состояний. Поэтому врачу-стоматологу необходимо дифференцировать это состояние для составления персонализированного плана лечения.

При лечении пациента с чувствительным дентином наилучшие результаты будут в том случае, если четко определить ее как патологию или как симптом, что в свою очередь будет подразумевать разные подходы к лечению и в будущем более желаемые результаты.

Цель исследования: составить анализ терминологии и распространенности чувствительного дентина в мире и Республике Беларусь (РБ).

Материалы и методы. 11 русскоязычных и 11 иностранных научных источников по теме исследования гиперестезии твердых тканей зубов; международных классификаций МКБ-10 (1997 г.) и МКБ-11 (2023 г.); классификации Ю. А. Федорова и соавт. (1981 г.); сводная ведомость – форма № 039-СВ/у10; формы учета № 039-СВ/у10 по Республике Беларусь и «Университетской стоматологической клинике» (данные статистического центра Республики Беларусь (2022)); 70 стоматологических амбулаторных карт формы № 043/у-10 студенческого приема (возраст пациентов 20-24, 25-34, 45-54 года).

Результаты исследования. Анализ литературы по терминологии показал, что чувствительный дентин в русскоязычных источниках чаще определяется под термином *гиперестезия* [2, 3]. Термин *чувствительный дентин* используется в МКБ-10 (1997 г.) и МКБ-11 (2019 г., 2023 г.) и