

Литература

1. Барашнев, Ю.И. Патогенетические основы перинатальных поражений плода / Ю.И. Барашнев // Акушерство и гинекология. – 1993. – № 3. – С. 14-18.
2. Бурдули, Г.М. Репродуктивные потери / Г.М. Бурдули, О.Г. Фролова. – М.: Триада-Х, 2001. – 188 с.
3. Савельева, Г.М. Пути снижения перинатальной заболеваемости и смертности / Г.М. Савельева // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 1998. – № 2. – С. 2-9.
4. Шехтман, М.М. Клинико-иммунологические варианты острых вирусных гепатитов и беременность / М.М. Шехтман // Гинекология. – 2004. – Т. 6, № 1. – С. 180.
5. Hunter, M. Polycystic ovary Syndrom; It's not just infertility / M. Hunter, J. Sterrett // Am. Family Physician. – 2000. – Vol. 52. – P. 5.

ИСХОДЫ РОДОВ ПРИ СЛАБОСТИ РОДОВЫХ СИЛ

¹Егорова Т. Ю., ¹Янушко Т.В., ²Пашенко Е.Н., ²Качук Н.В.

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»

²УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»

Актуальность. Патология сократительной деятельности матки (СДМ) продолжает оставаться одной из главных проблем акушерства и проявляется аномалиями родовой деятельности, маточными кровотечениями, перенашиванием и невынашиванием беременности, различными осложнениями в родах и послеродовом периоде. Аномалий родовой деятельности (АРД) матки встречаются у 15-20% всех рожаящих женщин, более часто у первородящих (80-85%), чем у повторнородящих, особенно у первородящих женщин, старше 30 лет [1]. АРД особенно часто возникают у женщин страдающих экстрагенитальной патологией, гестозами, а также морфофункциональными изменениями матки [2] Первичная слабость родовой деятельности возникает обычно у беременных с гипотонусом матки. Важное значение в ее этиологии имеет недостаточность импульсов, вызывающих, поддерживающих и регулирующих сократительную деятельность матки, а также ее неспособность воспринять эти импульсы или ответить на них достаточно мощным сокращением миометрия. Диагноз первичной слабости родовой деятельности устанавливают на основании анализа характера и частоты схваток, тонуса матки, динамики раскрытия шейки матки. О слабости родовой деятельности свидетельствует увеличение продолжительности латентной

фазы до 6 часов и более и снижение скорости раскрытия шейки матки во время активной фазы до 1,2 см/ч у первородящих и 1,5 см/ч у повторнородящих. Вторичная слабость родовых сил наблюдается на фоне нормального тонуса матки. Схватки сначала носят регулярный характер достаточной силы, а затем ослабевают, становятся все реже и короче. Раскрытие зева доходит до 4-6 см и дальше не происходит, продвижение плода по родовому каналу прекращается. Нарушения СДМ до настоящего времени являются основной причиной материнской и перинатальной заболеваемости и смертности, для снижения которых в последние годы стали более часто применять кесарево сечения, что характеризует несовершенство методов терапии и профилактики этой патологии [1].

Цель и задачи работы. Исследование исходов родов при слабости родовых сил у рожениц.

Материалы и методы. Мы провели изучение течения беременности и родов у 100 пациенток и состояние новорожденных за 2 года в ГОКПЦ. Пациентки, включенные в исследование, были разделены на 2 группы: I- пациентки, у которых диагностирована первичная слабость родовых сил $n= 88$; (88%); II- пациентки, у которых диагностирована вторичная слабость родовых сил $n= 12$; (12%).

Результаты. По результатам нашего исследования средний возраст пациенток в I группе составил $27,6 \pm 4,0$ лет, во II группе - $25,5 \pm 4,5$ лет. Средний возраст менархе у женщин составил $13,7 \pm 1$ лет и $13,2 \pm 0,5$ лет соответственно. У пациенток в I и II группе менструации умеренные, болезненные в 6(6 %) и 2(2%) случаях, а в 92(92%) - умеренные, безболезненные.

В анамнезе у рожениц I группы общее количество: абортов- 10 (11,4%); выкидышей- 2(2,3%). Во II группе: неразвивающаяся беременность встречается в одном случае (8,3%). Первородящие в I группе составляют 80,7%, повторнородящие- 19,3%. Во II группе первородящие составляют 83,3%, повторнородящие- 16,7%. Гинекологические заболевания в I группе отмечены у 49(55,7%), из них преобладает: эрозия шейки матки - 36 (40,9%), миома матки- 7 (8,0%) и хронический аднексит- 3,4% в I группе и позднее менархе -3,4%. Во II группе 5 (41,7%), преобладает эрозия шейки матки- 3(25%) и др. Из экстрагенитальной патологии в

I группе преобладают заболевания глаз, мочеполовой системы и сердечно-сосудистые заболевания и составляют 81,7%. Во II группе, также заболевания глаз, эндокринной системы и желудочно-кишечного тракта – 50,1%. При лечении первичной слабости родовых сил использовали внутривенное введение простагландина E2 в первом периоде родов внутривенно с использованием линеомата в латентную фазу родов при недостаточной «зрелости» шейки матки. В 33% роды в этой группе произошли через естественные родовые пути. В двух случаях после применения простагландина использовали внутривенное введение окситоцина со скоростью 1 мл/мин (что составляет 10 кап/мин), через каждые 15 мин дозу увеличивали на 10 капель в мин, доводя скорость введения до 40 капель в минуту.

Операцией кесарева сечения закончилось 67% родов. Наиболее частым осложнением в родах в I группе было преждевременное излитие околоплодных вод - 64,8%, почти в одинаковом проценте - 66,7% наблюдали преждевременное излитие околоплодных вод во II группе.

Показаниями для кесарева сечения в I группе у 47 рожениц являлась первичная слабость родовых сил, не поддающаяся медикаментозной коррекции (53,4%), сочетание с интранатальной гипоксией плода- у 5 пациенток (5,7%) и сочетание первичной слабости родовых сил с хронической фето-плацентарной недостаточностью - у 2 (2,3%).

Во II группе показанием к оперативному родоразрешению у 8 рожениц (66,7%) была вторичная слабость родовых сил, не поддающаяся медикаментозной коррекции, сочетание с внутриутробной гипоксией плода- 8,3%.

У пациенток II группы роды через естественные родовые пути произошли у каждой четвертой (25%). В этой группе преобладало внутривенное введение окситоцина, но несмотря на это оперативным путем родоразрешены 75% рожениц.

Состояние новорожденных расценивалось как удовлетворительное в 77,3% в I группе и 66,6% - во второй. Заболевания новорожденных: врожденная инфекция в I группе зарегистрирована у каждого третьего ребенка (31,8%) против 16,7% во II группе. Анемия новорожденных преобладала во II группе и составила 16,7% против 4,5% в I группе

Выводы: Аномалии родовой деятельности матки наиболее часто встречаются у первородящих (81%), чем у повторнородящих (19%), причем позднее начало менархе имело место только у 3,4% первой группы.

Выявилась высокая частота экстрагенитальной патологии как в I группе-81,7%, так и во II группе- 50,1%.

В исходе родов преобладает оперативное родоразрешение – кесарево сечение в 68% случаев.

Роды через естественные родовые пути в I группе произошли у каждой третьей роженицы, а во II группе - у каждой четвертой.

Состояние новорожденных было удовлетворительным в 77,3% в I группе и 66,6% во II группе.

Литература

1. Дуда, В.И. Акушерство / В.И. Дуда, Вл.И. Дуда, И.В. Дуда. – Минск: Адукацыя і выхаванне, 2007. – С. 336.
2. Цхай, В.Б. Перинатальное акушерство / В.Б. Цхай. – Ростов-н/Д., 2007. – С. 67.
3. Боркина, П.А. Социально-гигиеническое исследование использования биомедицинских технологий в охране репродуктивного здоровья населения: автореф. дис... канд. мед. наук. / П.А. Боркина. – М., 2004. – 24 с.
4. Loke, Y.W. Immunological aspects of human implantation / Y.W. Loke, A. King // J. Reprod. Fertil. Supplement. – 2000. – Vol. 55. – P. 83-90.

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН-РАБОТНИЦ ХИМИЧЕСКОГО ПРОИЗВОДСТВА

Есис Е.Л., Наумов И.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

В настоящее время улучшение состояния репродуктивного здоровья (далее – РЗ) и повышение рождаемости рассматриваются как одни из главных направлений государственной политики, определяющей дальнейшее развитие страны. Причем, особое место занимают вопросы обеспечения безопасных условий труда и охраны здоровья работающих женщин в связи с высокой социальной значимостью данного контингента и необходимостью сохранения репродуктивного потенциала [1, 2].