

При выявлении антител в сыворотке беременной женщины, необходимо установить специфичность антител, а так же фенотип эритроцитов пациентки и эритроцитов ее партнера.

В случае выявления иммунных антител в сыворотке беременной женщины необходимо своевременно оценить риски развития фетальной анемии и возможные риски перинатальных потерь.

Литература

1. Донсков С.И. Группы крови системы Rhesus. Теория и практика / С.И. Донсков. – Москва: ВИНИТ И РАН, 2005. – С. 28-35.
2. Creasy and Resnik's maternal-fetal principles and practices / editors, Robert K. Creasy, Robert Resnik, Michael F. Greene, Jay D. Iams, Charles J. Lockwood, Thomas R. Moore. – Seventh edition, 2014. P. 559-568.

КОРРЕКЦИЯ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

¹Колесникова Т.А., ¹Сайковская В.Э., ²Ганчар Е.П.

¹УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»

²УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Проблема невынашивания беременности остается одной из наиболее важных в акушерстве и гинекологии, так как ведет не только к снижению рождаемости, но и наносит женщине психологическую травму и отрицательным образом сказывается на ее репродуктивном здоровье. Ежегодно преждевременно появляется на свет от 5 до 12% детей. Одной из самых частых причин спонтанных преждевременных родов является истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН). Наблюдающийся в настоящее время рост эндокринной патологии, многоплодия, дисплазий соединительной ткани и беременностей после ЭКО, неизбежно приведет к увеличению частоты функциональной неспособности шейки матки. Во втором и третьем триместре беременности в 40% случаев причиной прерывания беременности является ИЦН, которая развивается в результате неполноценности циркулярной мускулатуры области внутреннего зева. Риск преждевременных родов при развитии ИЦН увеличивается в 16 раз. ИЦН является основной причиной прерывания беременности в сроке гестации 22 - 27 недель при массе плода 500-1000г. Исход

беременности для ребенка в этом сроке крайне неблагоприятен по причине глубокой недоношенности. Учитывая достаточно высокую частоту ИЦН, ранняя диагностика, профилактика и эффективное лечение данной патологии позволит существенно снизить показатели перинатальной смертности в первую очередь за счет снижения числа глубоко недоношенных детей. Впервые ИЦН как осложнение беременности, приводящее к спонтанному аборту, описал Crean в 1865г.

Цель исследования: сравнить хирургический и нехирургический методы коррекции ИЦН и оценить их эффективность.

Материалы и методы. С целью оценки эффективности хирургической и нехирургической профилактики преждевременных родов при ИЦН проведен анализ течения и исходов одноплодной беременности у 64 пациенток. В первую группу (1 гр.) вошли 26 беременных, которым была выполнена хирургическая коррекция ИЦН (всем пациенткам был наложен круговой шов на шейку матки) в сроках до 22 недель гестации. Во вторую (2 гр.) - 38 беременных, которым в сроках гестации до 22 недель для профилактики невынашивания беременности был введен акушерский разгружающий пессарий оригинальной конструкции. Возраст женщин в обеих группах колебался от 21 до 38 лет, составляя в среднем $29 \pm 3,2$ в первой и $27 \pm 4,4$ года во второй группе. Пациенток, страдающих привычным невынашиванием беременности, в обеих группах не было. Беременные обеих групп имели высокий уровень различной соматической патологии. Преобладали нарушения жирового обмена (42,3% в 1-ой и 39,5% во 2-ой группах). Отягощен гинекологический анамнез был у 12 (46,2%) беременных 1-ой и 17 (44,7%) пациенток 2-ой группы. По структуре гинекологической патологии группы существенно не различались. Диагноз ИЦН у всех 64 беременных выставлялся на основании клинических данных и результатов УЗИ. Данные, полученные в результате исследований, подвергались статистическому анализу. Для этих целей использовался пакет прикладных программ Microsoft Excel и пакет прикладных программ STATISTICA 6,0.

Результаты исследования и их обсуждение. Течение беременности при ИЦН наиболее часто осложнялось клинически выраженной угрозой прерывания беременности. До проведения коррекции ИЦН каждая пациентка как минимум однократно бы-

ла госпитализирована в стационар для терапии угрозы невынашивания беременности. После проведенной коррекции ИЦН частота госпитализаций по поводу угрозы прерывания беременности в сравниваемых группах была различной. При хирургической коррекции ИЦН она потребовалась для 16 из 26 беременных (61,5%), во 2-ой группе частота госпитализаций была достоверно ниже 12 из 38 беременных - 31,6% ($p < 0,05$). Чаще по сравнению с группой беременных, использовавших пессарий, при хирургической коррекции ИЦН наблюдалось мало- и многоводие, что исключает восходящий путь инфицирования при использовании пессария. В 1-ой группе данное осложнение было выявлено в 8 случаях (30,8%), во 2-ой группе у 3 (7,9%) беременных ($p < 0,05$). Фетоплацентарная недостаточность развилась у 12 женщин (34,6%) при хирургической коррекции ИЦН, тогда, как во 2-ой группе данное осложнение имело место у 5 (13,2%) беременных, $p < 0,05$. Одинаково часто течение беременности осложнилось развитием анемии (8 - 30,8% в 1-ой группе и 12 - 31,6% во 2-ой), $p > 0,05$. С высокой частотой у беременных регистрировались респираторные инфекции у 53,8% и 52,6% женщин 1 и 2 групп соответственно, $p > 0,05$. Более физиологичное течение беременности при нехирургической коррекции ИЦН привело к меньшей частоте госпитализаций (без учета дородовой госпитализации) в группе женщин, применявших акушерский разгружающий пессарий. В среднем на каждую беременную после наложения кругового шва приходилось 4 случая стационарного лечения, тогда, как после нехирургической коррекции ИЦН стационарное лечение требовалось практически в 2 раза реже (2,1 эпизода госпитализаций на 1 женщину).

Частота преждевременных родов при хирургическом методе коррекции ИЦН составила 19,2% (5 из 26 беременных) статистически не отличалась от данного показателя в группе пациенток при применении акушерского разгружающего пессария 18,4% (7 из 38), $p > 0,05$. Все преждевременные роды при применении акушерского разгружающего пессария произошли в интервале 34-37 недель гестации, тогда как при хирургической коррекции ИЦН 3 из 5 случаев преждевременных родов произошли до 34 недель. Недоношенными родилось 7 (18,4%) детей при применении акушерского пессария, случаев мертворождения и смерти детей в

первые 27 суток в группе нехирургической коррекции ИЦН не было. При хирургической коррекции ИЦН недоношенными родилось 5 (19,2%) детей, случаев мертворождения в данной группе не было, однако, выявлен 1 случай ранней неонатальной смертности глубоконедоношенного новорожденного.

Выводы:

1. Консервативная коррекция ИЦН приводит к снижению частоты госпитализаций пациенток по поводу угрозы прерывания беременности в 2 раза.

2. Использование акушерского разгружающего пессария позволяет продлить беременность до более благоприятных сроков гестации, чем хирургическая.

3. При хирургическом методе коррекции ИЦН достоверно чаще наблюдается угроза прерывания беременности, фетоплацентарная недостаточность, мало- и многоводие, чем при применении акушерского разгружающего пессария.

4. Таким образом, эффективность, простота и доступность применения акушерского разгружающего пессария позволяет широко применять данный метод для профилактики преждевременных родов при ИЦН.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ МОРФИН-СПИНАЛ 0,1 %, ВВЕДЕННОГО ИНТРАТЕКАЛЬНО В КАЧЕСТВЕ АДЬЮВАНТА ПРИ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

¹Колола Л.Ф., ¹Тарасов В.Ю., ¹Муреня А.И., ²Кухарчик Ю.В.

¹УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»

²УО «Гродненский государственный медицинский университет»

В развитых странах интратекальное введение опиоидов получило широкое распространение и доказало высокую эффективность и безопасность для пациента [1, 3, 5]. Морфин обладает выраженными гидрофильными свойствами, которые замедляют начало его действия после интратекального введения (примерно до 30 минут), но анальгетический эффект может продолжаться до 24 часов [2, 4].