

28%, в отличие от кормящих дольше [2]. Также является дискуссионным вопрос о связи длительности ГВ и снижения минеральной плотности костей.

**Цель исследования:** провести анализ литературных данных и осведомленности врачей различных специальностей (педиатров, онкологов, гинекологов) о влиянии длительности ГВ на женское здоровье.

**Материалы и методы:** с помощью анкеты был проведен анонимный опрос среди 60 врачей разных специальностей на отделениях педиатрии, гинекологии СПбГПМУ и отделении маммологии НИИ им. Петрова. Анкета включает вопросы о рекомендуемой длительности кормления, негативных последствиях ГВ и обоснования мнений специалистов.

**Результаты:** 87% врачей — женщина обязательно должна кормить ребенка грудью; 13% — женщина решает сама. 25% докторов выбрали срок 1,5 года. 47% — не более 1 года. 16% — женщина сама выбирает длительность ГВ, 9% — 6 месяцев, 3% — 13–14 месяцев. 77% — отказ от кормления может негативно отразиться на матери. 17% — отказ не несет последствий, 6% — от ответа воздержались. 47% — длительное ГВ может спровоцировать заболевания, 47% — не несет последствий, 6% — воздержались.

**Выводы:** полученные результаты позволяют констатировать, что единого мнения о длительности кормления нет. Для врачей педиатров превалирует в первую очередь благосостояние ребенка. Именно поэтому они рекомендуют кормить грудью от 1,5 до 2 лет. По мнению акушеров-гинекологов и онкологов, оптимальными сроками ГВ является 1 год. Их точка зрения в этом вопросе является самой актуальной, так как отказ от ГВ или продолжительность ГВ более 1,5 лет ведет к увеличению риска развития рака молочной железы и яичников, мастопатий, а также нарушению минерализации костной ткани.

#### Литература

1. World Health Organization. Long-term effects of breastfeeding: a systematic review. World Health Organization., 2013.
2. Маммология / Под ред. А.Д. Каприна, Н.И. Рожковой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016.

## ПОДГОТОВКА ШЕЙКИ МАТКИ К РОДАМ

*Капустина В.А., Кленов В.А.*

Научный руководитель: к.м.н., доцент Смирнова Т.И.

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического и стоматологического факультетов  
Смоленский государственный медицинский университет

**Актуальность:** в последние годы в акушерской практике наблюдается увеличение частоты индукции родов, что обуславливает необходимость оптимизации методов подготовки шейки матки к родам, сопровождались бы минимальными неудобствами для матери, не оказывали негативного влияния на ребенка.

**Цель исследования:** клиническая оценка эффективности применения мифепристона при подготовке шейки матки к родам в различных акушерских ситуациях.

**Материалы и методы:** на базе родильного отделения ОГБУЗ «Клиническая больница № 1» г. Смоленска за 2017 г. проведен ретроспективный анализ 157 историй родов женщин, которым для подготовки шейки матки использовали мифепристон. Материал обрабатывали методом описательной статистики.

**Результаты:** более чем у 69,1% отмечены различные гинекологические заболевания: СПКЯ, сальпингоофорит, вульвовагинит, киста яичника, миома матки. В медикаментозной подготовке шейки матки со стороны матери нуждались 65,6%, со стороны плода — 30,3% беременных женщин. Наиболее частыми причинами оказались: хроническая гипоксия плода, крупный плод, незрелость родовых путей, маловодие. У 81,5% женщин спонтанная родовая деятельность развилась или достигнута оптимальная биологическая готовность родовых путей после приема одной таблетки мифепристона. В 83,4% случаев родовозбуждение закончилось естественными родами, а в 16,6% — операцией кесарева сечения, в связи с развитием неотложных состояний: острой гипоксии, клинически узкий таз, поперечное предлежание плода. Состояние новорожденных оценивали по шкале Апгар. На 1 минуте у 73,6% малышей состояние оцени-

валось на 8 баллов; к 5 минуте в 100% оценивалось на 8 баллов. У 80,9% детей, рожденных через естественные пути не наблюдалось какой-либо патологии.

#### **Выводы:**

1. В два раза чаще подготовка шейки матки к родам проводилась у беременных с отягощенным гинекологическим анамнезом. 2. В 84% случаев достаточно было приема одной таблетки «Мифепристона» для начала родов из-за хронической гипоксии плода, фетоплацентарной недостаточности, умеренной преэклампсии. 3. Наиболее частыми причинами для преиндукции и индукции родов явились: незрелость родовых путей, маловодие при доношенном сроке гестации, преждевременный разрыв плодных оболочек, изосенсибилизация по резус-фактору или по системе ABO и преэклампсия умеренная.

#### **Литература**

1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 ноября 2012 г. № 591н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при нарушениях родовой деятельности».
2. Петрухин В.А., Коваленко Т.С., Капустина М.В., Магилевская Е.В. Опыт применения мифепристона с целью медикаментозной подготовки шейки матки к родам // 2013. Медицинский совет.
3. Баев О.Р., Тысячный О.В., Румянцева В.П., Усова Е.А. Эффективность подготовки шейки матки и родовозбуждения в схеме с использованием антипрогестерона мифепристон // 2015. Медицинский совет.

## **АДГЕЗИВНЫЙ ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ**

*Клыкова Е.С., Новиков Е.И.*

Научный руководитель: к. м. н., доцент Фомина И.В.  
Кафедра акушерства и гинекологии  
Тюменский государственный университет

**Актуальность:** высокая и постоянно растущая частота кесарева сечения (КС) [1] обуславливает ряд проблем, связанных с данным [2] и с каждым последующим КС [3]. Послеоперационная адгезия является последствием травматизации ткани и определяется как аномальное сопоставление тканей.

**Цель исследования:** изучить частоту адгезивного пельвиоперитонита (АП) у женщин, выявленного во время операции КС.

**Материалы и методы:** ретроспективно проанализировано 1780 историй родов женщин, родоразрешенных путем КС в ГБУЗ ТО «Перинатальный центр» г. Тюмень за 2017–2018 гг. Статистическая обработка материала — с помощью программы Excel и Statistica 12.0, вычислен  $M \pm SD$ , достоверными считали отличия при  $p < 0,05$ .

**Результаты:** все пациентки ( $n=1780$ ) были разделены на 2 группы: в группу 1 ( $n=207$ ) вошли пациентки без спаечного процесса в малом тазу. В группу 2 ( $n=188$ ) вошли пациентки с АП, обнаруженным во время операции КС. В анамнезе у 110 пациенток было 1 КС (58,5%), у 61 женщины 2 КС (32,4%), 3 КС у 17 пациенток (9,1%). Наличие АП достоверно увеличило длительность операции в группе 2 ( $51,1 \pm 22$  мин), в группе 1 —  $35,4 \pm 3,7$  мин, а также время извлечения плода в группе 2 ( $6 \pm 3$  мин), в 1 —  $4,5 \pm 2$  мин. Соматический анамнез отягощен: ожирением в группе 1 (11%) встречалось достоверно реже, по сравнению с 2 группой 27% ( $p < 0,01$ ). Преждевременный разрыв плодных оболочек (ПРПО) наблюдался у 10,2% женщин группы 1 и у 20% женщин группы 2 ( $p < 0,05$ ). Многоводие наблюдалось у 8% в группе 1 и в 2 раз чаще у группы 2 ( $p < 0,05$ ). Маловодие — у 6% женщин группы 1, у 19% в группе 2 ( $p < 0,05$ ).

**Выводы:** при наличии АП увеличивается достоверно длительность извлечения ребёнка и продолжительность операции в целом. Выявлены основные факторы развития АП: ожирение 1–2 степени, ПРПО, многоводие и маловодие.