

3. «Myomas and reproductive function»-Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine in collaboration with Society of Reproductive Surgeons, 2008.

ГЕСТАЦИОННЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ

Чавдарь Н.С., Куц Е.Е.

Научный руководитель: к. м. н., доцент Либова Т.А.

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом гинекологии детского возраста

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Актуальность: ГСД является наиболее частым нарушением обмена веществ у беременных (распространенность ГСД в различных странах мира составляет 1,5–13%) и является важной междисциплинарной проблемой [1]. Общая частота осложнений беременности и заболеваемость новорожденных при ГСД не снижается ниже 80% [2].

Цель исследования: оценить течение беременности и родов у женщин с гестационным сахарным диабетом.

Материалы и методы: исследование проводилось на базе Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения родильного дома № 9.

Результаты: исследование проводилось на базе Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения родильного дома № 9. Анализ полученных данных показал, что самыми частыми гестационными осложнениями у беременных с гестационным сахарным диабетом являются: гипоксия плода с задержкой его внутриутробного развития — 25%; преждевременное родоразрешение; макросомия, что приводит к осложненному течению родов и повышает риск родовых травм у ребенка (перелом ключицы, паралич Эрба, паралич диафрагмального нерва, травмы черепа и шейного отдела позвоночника); гестоз — 4–16%; грибковые поражения слизистых оболочек половых органов.

Выводы: ранняя диагностика и своевременное лечение ГСД могут сыграть значительную роль в сохранении здоровья матери и ребенка, но начальные проявления ГСД в основном носят скрытый характер и могут быть выявлены только при проведении целенаправленного скрининга.

Литература

1. Акушерство: Учебник для медицинских вузов. 4-е изд., доп. / Э. К. Айламазян. СПб.: СпецЛит, 2003. 528 с.
2. Акушерство: учебник. Савельева Г.М., Шалина Р.И., Сичинава Л.Г., Панина О.Б., Курцер М.А. 2010. 656 с.

ВЛИЯНИЕ ПРИЕМОВ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ДОРСОПАТИЯМИ

Чернобровкина А.О., Танташева А.М.

Научный руководитель: д. м. н., профессор Гайдуков С.Н.

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом гинекологии детского возраста,

Кафедра медицинской реабилитации и спортивной медицины

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Актуальность: особенно актуально изучение синдромов и методов лечения дорсопатий у беременных женщин, так как боли оказывают влияние не только на пациента, но и на течение беременности, исход родов, а также на внутриутробное состояние плода и новорожденного.

Цель исследования: улучшение течения и исходов беременностей и родов для плода и матери с дорсопатиями при использовании приемов мануальной терапии.

Материалы и методы: обследовано 270 беременных женщин с дорсопатиями. Из них 135 человек проходило лечение у мануального терапевта и контрольная группа (n=135) — не получали лечения. Данные были обработаны с помощью непараметрических статистических методов, так как распределение не соответствует нормальному (гауссову).

Результаты: при анализе результатов исследования было выявлено, что у пациенток 1 группы роды через естественные родовые пути произошли в 80,7% случаев, во 2 группе — в 62,9% случаев. У 10 из 12 пациенток с тазовым предлежанием после проведения процедур МТ произошел самостоятельный переворот плода на головку. В группе, получающих МТ был выявлен значительно низкий уровень перинеотомий, стимуляций родовой деятельности, абдоминального родоразрешения. Отмечалось также, что приемы МТ во время беременности снижают риск развития преэклампсии и влияют на более высокую оценку новорожденного по шкале Апгар.

Выводы: в результате проведенного нами исследования были получены статистически значимые результаты, свидетельствующие об эффективности влияния приемов мануальной терапии на исходы родов, методы родоразрешения, а также на внутриутробное состояние плода и новорожденного. Это объясняет необходимость направления беременных женщин с дорсопатиями к мануальным терапевтам для проведения соответствующего лечения.

Литература

1. Kalus S.M., Kornman L.H., Quinlivan J.A. Managing back pain in pregnancy using a supportgarment: a randomized trial. [Журнал] // BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2007 г. Vol. 115. P. 68–75.
2. Lisi A.J. Chiropractic spinal manipulation for low back pain of pregnancy: a retrospective case series. [Журнал] // J Midwifery Womeans Health. 2006. Т. 51. С. 7–10. <https://www.researchgate.net/publication/308484207>. -02 jul. 2008 г.

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РАНЫ У ПАЦИЕНТОК С ОЖИРЕНИЕМ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Чечулин Е.С.

Научный руководитель: к. м. н., доцент Фомина И.В.

Кафедра акушерства и гинекологии

Тюменский государственный медицинский университет

Актуальность: кесарево сечение (КС) — самая частая операцией в акушерской практике [1]. Увеличение частоты КС приводит к возникновению послеоперационных осложнений, к которым относится группа гнойно-септических. Этому способствует ожирение, которое встречается у 14,3–27% беременных.

Цель исследования: изучение особенностей ведения шва после кесарева сечения у женщин с ожирением.

Материалы и методы: сплошное ретроспективное исследование 218 родоразрешений женщин с ожирением путем КС в ГБУЗ ТО «Перинатальный центр» (г. Тюмень) за период с ноября 2017 по август 2018 года. Материалом для исследования служили 218 историй родов пациенток и 218 индивидуальных карт беременных.

Результаты: в ПЦ обработка шва после КС и ушивания раны внутрикожным швом производится покрытием ДЕЗИТОЛ В-04. Если разрез расположен в области кожной складки — применяется повязка Cosmopor E. В качестве операционного доступа использовалась лапаротомия по Пфаненштилю. Родильницы были разделены на три группы по степеням ожирения: I степени — 47,7% (105 человек), II степени — 30,7% (67 человек), III — 21,6% (46 человек). В каждой группе выделены пациентки в зависимости от наложения асептической повязки Cosmopor или покрытия ДЕЗИТОЛ В-04.

Покрытие использовано у 22,4% пациенток (50 человек), среди них 28 человек с I степенью, 20 человек со II и 2 пациентки с III степенью ожирения. Повязка Cosmopor наложена у 77,6% родильниц (168 человек): I степени — 44,9% (78 человек), II степени — 30,7% (48 человек),