

Технология регистрации, обработки и передачи данных КТГ, посредством программно-аппаратного комплекса КТГ-ОНЛАЙН, отличается от известных систем, использующих ультразвуковые датчики для регистрации частоты сердечных сокращений и токодинамометр для регистрации сокращений матки тем, что ЧСС плода и сократительная активность матки фиксируется путем регистрации электрических потенциалов с поверхности кожи живота беременной женщины в реальном масштабе времени.

Такой способ позволяет проводить исследование функционального состояния плода уже с 20 недели беременности.

Возможность дистанционной передачи данных, полученных при исследовании посредством мобильного телефона, основана на современных инновационных решениях и технологиях, позволяющих производить наблюдение за плодом и матерью вне «лечебного учреждения»: на дому, на даче, на значительном расстоянии (на зарубежном отдыхе и т.д.) Снятие и передача данных (ЧСС плода, сократительной активности матки, АД, ЧСС, сатурации, веса матери) без труда осуществляет сама пациентка, а полученные данные КТГ немедленно появляются у лечащего врача для принятия окончательного клинического решения.

Проведено обследование 18 беременных в возрасте от 28 до 40 лет в сроке беременности от 22 до 36 недель. 2 женщины обследованы в пределах клиники, 16 — на расстоянии (5 в городе, 7-за городом, 2 — в другом городе, 2-за рубежом). Регистрацию показателей производили от 1 раза в неделю до 4 раз в сутки в течение 16–42 минут в зависимости от показаний со стороны плода и его состояния и по желанию женщины в течение 5–16 дней. Желание женщины, как правило, было обусловлено осложненным течением предыдущих беременностей и их тревожным состоянием. Регистрация показателей функционального состояния плода осуществлялась в течение 16–42 минут, что определялось автоматически программным обеспечением.

2 женщины были первобеременные, остальные — повторнобеременные. Из 16 повторнобеременных женщин в анамнезе у 3 было привычное невынашивание, у 2 — преждевременные роды, у 1-синдром задержки роста плода, у 2 — от 2-х до 4-х неудачных попыток ЭКО (беременность после ЭКО и ПЭ), у 1-преждевременная отслойка нормальнорасположенной плаценты. Роды через естественные родовые пути были у 9 женщин, путем операции кесарева сечения — у 7.

Всего произведено 78 исследований.

Нормальное состояние плода и матки на протяжении всего времени исследований были зафиксированы у 15 беременных. 1 женщина с угрожающими преждевременными родами на 30 неделе беременности была госпитализирована в родильный дом в дальнем Подмосковье, другая — также с угрожающими преждевременными родами на 34 неделе беременности в городе и одна пациентка была госпитализирована в экстренном порядке и родоразрешена в связи с острой гипоксией плода на 36 неделе беременности в другом городе.

Показанием к госпитализации послужила нарастающая отрицательная динамика по анализу данных КТГ, полученных в результате дистанционного динамического наблюдения.

Таким образом, дистанционный КТГ-мониторинг с использованием фетального монитора Monica Healthcare AN 24™ с системой дистанционной передачи информации показал высокую эффективность с точки зрения диагностики состояния плода независимо от места нахождения пациентки и принятия решений.

## ОСОБЕННОСТИ АКУШЕРСКОГО АНАМНЕЗА У ЖЕНЩИН С НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ

Иванова А. Ю., Пахомов С. П.

Россия, г. Белгород, Белгородский Государственный Университет, кафедра акушерства и гинекологии

Невынашивание беременности, имеющее не только медицинское, но и социально-экономическое значение, остается одной из наиболее актуальных проблем в акушерстве. По данным Росздравнадзора (2009), в России самопроизвольно прерывается каждая четвертая наступившая беременность.

Цель: представить медико-социальную характеристику исследуемого контингента, выявить особенности течения беременности и родов у женщин с невынашиванием беременности в современных условиях.

Исследования проводились в Белгородской области Российской Федерации на базе Областной больницы Святого Иосафа перинатального центра. Всего обследовано 375 женщины, которые были разделены на 2 группы, отобранные методом случайной выборки. Первую группу составили женщины, у которых беременность закончилась на сроках от 22 до 36 недель гестации N=157. Вторая группа была представлена женщинами с клинической картиной угрозы прерывания беременности в первой и второй половине беременности, но которые получали стандартную сохраняющую терапию и роды у которых произошли на сроках 37–40 недель гестации, N=77. Третью группу составили женщины с родоразрешением на сроках 37–40 недель, у которых за всю беременность не было отмечено признаков угрожающего прерывания беременности (контрольная), N=218.

Средний возраст беременных, относящихся к первой группе, составил  $27,5 \pm 0,5$  лет, тогда как контрольной группы —  $24,5 \pm 0,3$  лет ( $p < 0,05$ ). По доходу на одного члена семьи было выявлено, что в первой группе женщин средний доход на члена семьи составил  $8653,5 \pm 597,9$  рублей, в контрольной группе —  $13202,0 \pm 56,3$  ( $p < 0,05$ ). Для обследуемой группы средний вес составил  $73,8 \pm 1,4$  кг, а для контрольной группы —  $70,3 \pm 0,9$  кг ( $p < 0,05$ ). В исследуемой группе у женщин с избыточным питанием чаще происходили преждевременные роды — 69 ( $43,9 \pm 3,9$ ), а у беременных со сниженным питанием преждевременные роды наблюдались реже — 15 ( $9,5 \pm 2,3$ ), при полноценном питании беременных — 42 ( $26,7 \pm 3,5$ ).

Женщины с избыточным питанием составляют группу риска по невынашиванию беременности.

Количество беременностей в анамнезе составило от 1 до 10. Первобеременные женщины наиболее подвержены как преждевременным родам — 50 ( $31,8 \pm 3,7$ ), так и угрозе прерывания — 37 ( $48,05 \pm 5,7$ ) ( $p < 0,05$ ). При сравнении первой группы с контрольной группой — 95 ( $43,6 \pm 3,4$ )  $p < 0,05$ . У женщин с третьей беременностью преждевременные роды встречались в 30 случаях ( $19,1 \pm 3,1$ ). Все последующие беременности не оказали существенного влияния на невынашивание беременности. Количество родов в анамнезе составило от 1 до 5. Из 157 преждевременных родов — 78 ( $49,7 \pm 3,9$  %) первородящих, из 77 случаев с клиническими проявлениями угрозы прерывания — 48 ( $62,3 \pm 5,5$  %) первородящих. Из общего количества 157 родов 16 ( $10,2 \pm 2,4$  %) преждевременных в третьих по счету родах. Число аборт в анамнезе составило до 8. Из 157 преждевременных родов в 94 ( $59,87 \pm 3,91$  %) случаях абортов не было, в 37 ( $23,57 \pm 3,39$  %) — имели один аборт, в 15 ( $9,55 \pm 2,35$  %) — имели два аборта. Из 77 случаев с клиническими проявлениями угрозы прерывания у 57 ( $74,03 \pm 5,0$  %) — абортов не было, у 8 ( $10,39 \pm 3,485$ ) — один аборт, у 4 ( $5,19 \pm 2,53$  %) — два аборта.

Экстрагенитальная патология в чистом виде, имевшая место в анамнезе и выявленная в первой обследуемой группе была представлена детскими инфекционными заболеваниями ( $10,19 \pm 2,41$  %), хроническим пиелонефритом ( $3,18 \pm 1,4$  %), ожирением ( $1,27 \pm 0,9$  %), варикозной болезнью ( $1,27 \pm 0,9$  %), ПМК I ст. ( $1,27 \pm 0,9$  %). Нозологические формы, такие как НЦД по гипертоническому типу, хронический бронхит, гастрит, цистит, тонзиллит, туберкулез и эпилепсия встречались с частотой до 0,64 %. Особое внимание обращает на себя сочетанная патология, в состав которой входили следующие нозологические группы: ожирение, хронический пиелонефрит, НЦД по гипертоническому типу, хронический гастрит, хронический тонзиллит, варикозная болезнь, детские инфекции, диффузное увеличение щитовидной железы и ПМК I ст.

Женщины с невынашиванием беременности характеризуются большим возрастом (на 3 года), большим весом (на 3,5 кг.), большим числом беременностей (на 0,5) и наличием самопроизвольных выкидышей в анамнезе. В данной группе женщин отмечен меньший доход на одного члена семьи (на 5000 рублей). На формирование невынашивания беременности оказывают влияние количество беременностей в анамнезе, аборты, самопроизвольные выкидыши в прошлом, ожирение, наличие нейроциркуляторной дистонии и перенесенные детские инфекции, хронические воспалительные процессы в малом тазу. Большую роль играет сочетание нескольких видов патологии.

## ЧАСТОТА АБДОМИНАЛЬНОГО РОДОРАЗРЕШЕНИЯ У ЖЕНЩИН РАЗЛИЧНЫХ СОМАТОТИПОВ

Иванова С. А., Гайдуков С. Н., Томаева К. Г.

Россия, г. Санкт-Петербург, Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия

В настоящее время все большее внимание привлекает конституционально-типологический подход в комплексном исследовании организма. Соматотип (тип телосложения) является наиболее доступной для исследования, относительно устойчивой в онтогенезе и генетически детерминированной характеристикой целостности организма. Имеются отдельные исследования, направленные на изучение течения беременности и родов у женщин разных типов телосложения. Вместе с тем практически отсутствуют работы, в которых были представлены данные о влиянии соматотипа на способ родоразрешения. Тем более что в настоящее время получен ряд новых данных по соматотипам. Поэтому целью нашего исследования было изучить частоту абдоминального родоразрешения с учетом соматотипа беременных женщин. Проведенное исследование было одномоментным (поперечным) и осуществлялось на основе научной методологии доказательной медицины. Всего было обследовано 104 беременных женщин, проживающих в Северо-Западном регионе России, у которых наряду с общеклиническими методами было проведено метрическое и компьютерное соматотипирование по методике Р.Н. Дорохова, которая в последнее время получила достаточно широкое применение. Возраст обследуемых пациенток колебался от 19 до 38 лет. Из них 62 (59,6 %) женщины были первородящими, а 42 (40,4 %) — повторнородящими. Из обследованных женщин 29 (27,9 %) были макросоматического типа телосложения, 47 (45,2 %) — мезосоматического, 28 (26,9 %) — микросоматического. Были проанализированы особенности родоразрешения у женщин обследуемых групп. Нами были получены следующие результаты. Через естественные родовые пути были родоразрешены 82,8 % женщин с макросоматическим типом, 89,4 % — с мезосоматическим и 75 % — с микросоматическим. Оказалось, что в группе женщин с микросоматическим типом уровень абдоминального родоразрешения составил 25 %, у пациенток с макросоматическим типом — 17,2 %, и мезосоматического типа — 10,6 %, соответственно. Операции наложения акушерских щипцов, а также вакуум-экстрактора в обследуемых группах не применялись. Таким образом оказалось, что наиболее высоким уровнем абдоминального родоразрешения был у женщин с микросоматическим и макросоматическим типами телосложения. В заключение следует отметить, что полученные данные свидетельствуют о существенных различиях в частоте абдоминального родоразрешения у женщин различных соматотипов, что необходимо учитывать при планировании способа родоразрешения.