

5. Holliday K, Chizo-Agwu J. Vaginal bleeding in the prepubertal child. *Paediatr Child Health*. 2018; 28(3):144-8.

6. Matthews D. Inherited Disorders of Platelet Function. *Pediatr Clin North Am*. 2013;60(6):1475-88.

7. Munro MG, Critchley HO, Broder MS, Fraser IS. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nongravid women of reproductive age. *Int J Gynaecol Obstet*. 2011;113(1):3-13.

REFERENCES

1. Kokolina VF. Kokolina VF. *Yuvenil'nye matochnye krovotecheniya*. Moskva, RF: Medpraktika; 2003. 20 s. (in Russ.)

2. ACOG committee opinion no. 557: Management of acute abnormal uterine bleeding in nonpregnant reproductive-aged women.

American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol*. 2013;121:891-6.

3. Benjamins L. Practice Guideline: Evaluation and Management of Abnormal Vaginal Bleeding in Adolescents. *J Pediatr Health Care*. 2009;23(3):189-93.

4. Frishman G. Evaluation and Treatment of Menorrhagia in an Adolescent Population. *J Minim Invasive Gynecol*. 2008;15(6):682-8.

5. Holliday K, Chizo-Agwu J. Vaginal bleeding in the prepubertal child. *Paediatr Child Health*. 2018; 28(3):144-8.

6. Matthews D. Inherited Disorders of Platelet Function. *Pediatr Clin North Am*. 2013;60(6):1475-88.

7. Munro MG, Critchley HO, Broder MS, Fraser IS. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nongravid women of reproductive age. *Int J Gynaecol Obstet*. 2011;113(1):3-13.

Поступила 04.07.2018

УДК 618.4-036.6-06

ПРЕДИКТОРЫ ЗАТЯНУВШЕГОСЯ ВТОРОГО ПЕРИОДА РОДОВ

В. Н. Калачёв, Т. Н. Захаренкова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Цель: изучить предикторы затянувшегося второго периода родов.

Материалы и методы. Проведено исследование родов, осложненных затянувшимся вторым периодом ($n = 120$). Анализ полученных данных проводился в сравнении с группой контроля, в которую вошли первородящие женщины с физиологическими родами ($n = 30$).

Результаты. Роды, осложненные затянувшимся вторым периодом, значимо чаще начинались с индукции ($p = 0,001$), значительно чаще была потребность в окситоцине в родах (58 % против 36,6 % в группе контроля; $p = 0,034$), длительность первого периода была больше (435 (295; 520) мин против 305 (255; 470) мин; $p = 0,035$), а также отмечена более высокая частота заднего вида затылочного предлежания (14,8 % против 3,3 % в группе контроля; $p < 0,001$)).

Заключение. Применение родоиндукции, необходимость использования окситоцина, а также задний вид затылочного предлежания являются предикторами затянувшегося второго периода родов.

Ключевые слова: затянувшийся второй период родов, вакуум-экстракция, кесарево сечение, задний вид затылочного предлежания.

Objective: to study the predictors of prolonged second stage of labor.

Material and methods. The study of labors complicated by prolonged second stage has been performed ($n = 120$). The analysis of the obtained data was carried out in comparison with those of the control group which included primiparas with physiological delivery ($n = 30$).

Results. The labors complicated by prolonged second stage more often started with induction ($p = 0.001$), more often there was a necessity for oxytocin in delivery (58 % vs 36.6 % in the control group; $p = 0.034$), the duration of the first stage was longer (435 (295; 520) min vs 305 (255; 470) min; $p = 0.035$), as well as a higher frequency rate of occiput posterior presentation was noted (14.8% versus 3.3% in the control group; $p < 0.001$)).

Conclusion. The application of labor induction, the necessity for the use of oxytocin, as well as occipital posterior presentation are the predictors for prolonged second period of labor.

Key words: prolonged second period of labor, vacuum extraction, cesarean section, occiput posterior presentation.

Problemy zdorov'ya i ekologii. 2019 Jan-Mar; Vol 59 (1): 45-49

The Predictors of Prolonged Second Stage of Labor

V. N. Kalachev, T. N. Zakharenkova

Введение

Второй период родов имеет крайне важное значение в жизни матери и новорожденного. Осложнения, возникающие в этом периоде, занимают значительную долю в структуре материнской и детской заболеваемости. Затянувшийся второй период родов (ЗВПР) (МКБ 10 – O63.1) характеризуется замедлением или полной остановкой продвижения головки плода, что приводит к удлинению родов. Данное

определение объединяет более традиционные для нашей страны клинические ситуации, такие как слабость потуг и клинически (функционально) узкий таз. В большинстве современных рекомендаций продолжительность второго периода родов составляет 2 часа для первородящих и 1 час для повторнородящих женщин [1, 2]. Однако стоит указать, что любые предложенные ограничения продолжительности родов являются эмпирическими и носят реко-

мендательный характер, так как множеством исследований подтверждено отсутствие какой-либо связи между патологией новорожденного и продолжительностью второго периода родов [3, 5]. В исследованиях S. J. Kilpatrick (1989) установлена средняя продолжительность второго периода родов для повторнородящих — 19 минут, а для первородящих — 54 минуты [4]. Другие авторы в своих исследованиях получили схожие результаты [5].

По разным данным, ЗВПР осложняет течение от 8 до 20 % родов и является ведущей причиной оперативного вмешательства во втором периоде родов, что нередко приводит к развитию тяжелых осложнений как у матери, так и у плода [6]. Необходимость ограничения длительности второго периода родов традиционно объясняется увеличением таких осложнений, как травмы родовых путей, матки, послеродовой эндометрит, послеродовое кровотечение, свищи, повышенная частота оперативных вмешательств, а также асфиксия и травма новорожденного [7, 8]. Количество исследований, посвященных поиску факторов риска затянувшихся родов, ограничено. Это вполне объяснимо сложностью интерпретации полученных данных и их крайне низкой прогностической ценностью. Так, в результате многоцентрового исследования в которое вошли первородящие женщины с эпидуральной анальгезией в родах, были определены следующие факторы риска ЗВПР: рост менее 150 см, возраст более 35 лет, вес более 65 кг, высокое стояние головки плода при полном открытии шейки матки, задний вид затылочного предлежания, срок беременности более 41 недели, а также нерациональная эпидуральная анальгезия. Однако прогностическая ценность полученных критериев, по сообщению самих авторов, оказалась менее 58 % [9]. В другом исследовании в качестве факторов риска авторами были указаны только малый рост роженицы и вес плода [10].

Современное акушерство имеет превентивный характер, поэтому определение факторов риска ЗВПР является необходимостью при составлении плана родоразрешения. К сожалению, на данный момент отсутствуют какие-либо эффективные способы прогноза и профилактики данного осложнения.

Цель работы

Исследовать факторы риска родов, осложненных затянувшимся вторым периодом.

Материалы и методы

Исследование проведено на базе родовых отделений учреждений «Гомельская городская клиническая больница № 2» и «Гомельская областная клиническая больница». Исследование носило ретроспективный характер. Все данные были получены при изучении историй родов и

индивидуальных карт беременных и родильниц, родивших в период 2013–2015 гг.

Всего было исследовано 150 случаев родов. В основную группу исследования были включены 120 случаев родов, осложнившихся затянувшимся вторым периодом: слабость потуг ($n = 81$) и клинически узкий таз ($n = 39$). При слабости потуг для завершения родов применялась вакуум-экстракция плода. При клинически узком тазе производилось кесарево сечение. В контрольную группу вошли 30 рожениц, имевших первые физиологические роды в головном предлежании плода.

Были исследованы социально-демографические, антропометрические данные рожениц и новорожденных, особенности родоподготовки и течения родов. Статистический анализ полученных данных проводили при помощи программы «Statistica», 10 (Stat Soft, USA). Для выборок, соответствующих критериям нормального распределения, данные представлены в виде среднего значения и квадратичного отклонения. Для выборок, несоответствующих критериям нормального распределения, данные представлены в виде медианы (25 и 75 перцентилей). Сравнения в независимых группах количественных признаков проводили с помощью U-критерия Манна — Уитни. Для сравнения качественных признаков использовали χ^2 или точный критерий Фишера, при малых выборках значения рассчитывались с поправкой Йетса. Прогностическую значимость показателя устанавливали методом ROC (receiver operating characteristic) анализа. Статистически значимыми принимались результаты при значении $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Исследованы такие социо-демографические и антропометрические показатели, как паритет родов, репродуктивный анамнез, возраст рожениц, семейное положение, рост, вес и индекс массы тела (ИМТ). В группе рожениц с затянувшимися родами количество первородящих составило 105 (87,5 ± 3,0 %), повторнородящих — 15 (12,5 ± 3,0 %). Первую беременность имели 85 (71,6 ± 4,1 %) рожениц, от 2 до 4 беременностей — 33 (27,5 ± 4,0 %) роженицы и в одном случае у роженицы было 6 беременностей. Полученные данные в сравнении с группой контроля представлены в таблице 1.

По исследованным антропометрическим и социо-демографическим показателям группы оказались сопоставимы.

Наличие соматических заболеваний многими исследователями считается немаловажным фактором, влияющим на течение беременности и родов. Необходимо указать, что в нашем исследовании частота соматической сопутствующей патологии была высока как в группе затянувшихся родов — 96 (80 ± 3,6 %)

роженец, так и в группе физиологических родов — 21 (70 ± 8,3 %) роженица и значит группы не отличались по этому показателю ($p = 0,3$). Многие роженицы имели сочетанную патологию, но тяжелых и декомпенсированных

заболеваний не было. Частота и структура соматической патологии в обеих группах не имели значимых различий. Структура соматической заболеваемости в группах отражена в таблице 2.

Таблица 1 — Антропометрические и социо-демографические показатели в исследуемых группах

Показатели	Группа ЗВПР	Группа физиологических родов	Значение p
Возраст, лет, Me (25; 75)	27 (24; 30)	25 (23; 28)	0,15
Рост, см, Me (25;75)	165 (162; 169)	165 (160; 169)	0,86
Вес, кг Me (25; 75)	73,3 (67,7; 83)	72,5 (67,7; 81,6)	0,47
Индекс массы тела, кг/м ² , Me (25; 75)	24,1 (22,3; 27,6)	24,5 (22,9; 27,6)	0,7
Зарегистрирован брак, n (%)	96 (80 ± 3,6 %)	27 (90 ± 5,5 %)	0,31
Первая беременность, n (%)	85 (81 ± 3,8 %)	23 (76,7 ± 7,7 %)	0,6

Таблица 2 — Сравнение структуры соматической заболеваемости в исследуемых группах

Показатели	Группа ЗВПР	Группа физиологических родов	Значение p
Эндокринные заболевания	27 (22,5 ± 3,8 %)	9 (30 ± 8,3 %)	0,38
Заболевания желудочно-кишечного тракта	12 (10,1 ± 2,7 %)	4 (13,3 ± 6,2 %)	0,59
Заболевания мочевыделительной системы	15 (12,5 ± 3 %)	6 (20 ± 7,3 %)	0,28
Болезни ЛОР-органов	19 (15,8 ± 3,3 %)	5 (16,6 ± 6,8 %)	0,91
Сердечно-сосудистая патология	23 (19,1 ± 3,6 %)	7 (23,3 ± 7,7 %)	0,61
Болезни легких	6 (5 ± 1,9 %)	1 (3,3 ± 3,2 %)	0,89
Анемия	2 (1,6 ± 1,1 %)	—	—
Заболевания нервной системы	2 (1,6 ± 1,1 %)	—	—

Гинекологические заболевания были отмечены у 50 (41,6 ± 4,5 %) рожениц из группы затянувшихся родов и 16 (53,3 ± 9,1 %) рожениц, имевших физиологические роды. Стоит указать, что в подавляющем большинстве встречалась патология шейки матки. Причем в группе контроля данная патология встречалась значимо чаще, чем в основной группе (у 14 (46,6 ± 9,1 %) женщин против 40 (33,3 ± 4,3 %) случаев в основной группе; $\chi^2 = 4,62$, $p = 0,03$).

Большинство рожениц группы контроля ($n = 24$, 80 ± 7,3 %) были госпитализированы в плановом порядке по направлению врача, в то время как в группе наблюдения плановая госпитализация была у 78 (65 ± 4,3 %) рожениц ($p = 0,11$). В экстренном порядке по поводу преждевременного разрыва плодных оболочек госпитализировано 4 (13,3 ± 6,2 %) роженицы из группы контроля против 17 (14,1 ± 3,2 %) из основной группы ($p = 0,94$), со спонтанным началом родовой деятельности — 2 (6,6 ± 4,5 %) против 8 (6,6 ± 2,2 %) соответственно ($p = 0,68$). Предвестники родов стали причиной госпитализации у 17 (14,1 ± 3,2 %) рожениц группы наблюдения, а в группе контроля данная причина госпитализации не была зафиксирована.

Полученные данные указывают на то, что роженицы из разных групп имели схожие причины и условия госпитализации. Как отмечалось выше, только чуть более 6 % рожениц обратились в стационар по поводу спонтанно возник-

шей родовой деятельности, причем эти показатели в обеих группах идентичны. Большая часть рожениц в исследуемых группах была госпитализирована планово (65 и 80 % соответственно).

Частота проведения родоиндукции в группе рожениц с затянувшимся вторым периодом составила $n = 53$ (47,5 ± 4,5 %), что значимо превысило долю родоиндукции в контрольной группе — $n = 7$ (23,3 ± 7,7 %) ($p = 0,03$). С целью родоиндукции в группах применялись амниотомия, простагландины в виде вагинальных и цервикальных гелей, катетер Фолея (таблица 3). Частота родоиндукции по данным разных авторов колеблется в пределах 20–25 % [11]. Таким образом, доля родоиндукции в группе наблюдения оказалась значительно выше средних значений.

Продолжительность первого периода родов у первородящих женщин из группы наблюдения была значимо больше, чем у рожениц из группы контроля ($p = 0,035$), а использование окситоцина у первородящих достигало 76 %.

Необходимость использования окситоцина для коррекции аномалий родовой деятельности в родах повышала вероятность развития ЗВПР в 2,4 раза (OR = 2,418; CI 95 % 1,058; 5,526) ($p = 0,03$).

Задний вид затылочного предлежания плода учитывался только при вагинальных родах. Частота родов в заднем виде затылочного предлежания в группе наблюдения оказалась значимо выше, чем в группе контроля (14,8 ± 3,9 %, против 3,3 ± 3,2 %; $p < 0,0012$). Согласно лите-

ратурным данным, частота родов в заднем виде затылочного предлежания составляет 2–5 %, что согласуется с нашим исследованием [12].

Все роды, осложненные затянувшимся вторым периодом, закончились оперативно. Кесарево сечение выполнено у 39 (32,5 ± 4,2 %) рожениц, вакуум-экстракция плода применялась в 81 (67,5 ± 4,2 %) случае. У первородящих рожениц вакуум-экстракция плода преобладала над кесаревым сечением — 73 (69,5 ± 4,5 %) и 32 (30,4 ± 4,2 %) случая соответственно, а у повторнородящих распределено равномерно — 8 (53,3 ± 12,8 %) и 7 (46,6 ± 12,8 %) соответственно. Значимых различий в способе родоразрешения у первородящих и повторнородящих в группе наблюдения не было ($p = 0,2$).

В ряде исследований отмечено немало-важное значение размеров плода на динамику

второго периода родов. В нашем исследовании также были изучены антропометрические показатели новорожденных (таблица 4).

Роженицы, родоразрешенные путем кесарева сечения, имели средний вес новорожденного 3960 (3560; 4156) г, а при помощи вакуум-экстракции плода — 3800 (3390; 3830) г ($p = 0,27$). В группе повторнородящих рожениц с затянувшимися родами вес плода не имел значения для способа родоразрешения. Наоборот, у первородящих рожениц, родоразрешенных путем кесарева сечения, вес плода оказался выше, чем у рожениц, родоразрешенных путем вакуум-экстракции — 3770 (3430; 3920) г против 3500 (3300; 3800) г ($p = 0,03$), что можно рассматривать как фактор, влияющий на выбор способа родоразрешения.

Таблица 3 — Особенности родоиндукции и родов в исследуемых группах

Показатели	Группа ЗВПР	Группа физиологических родов	Значение p
Родоиндукция n (%), в том числе:	53 (47,5 ± 4,5 %)	7 (23,3 ± 7,7 %)	0,03, $\chi^2 = 4,3$
— амниотомия	27 (50,9 ± 6,8 %)	4 (57,1 ± 18,7 %)	
— катетер Фолея	23 (43,3 ± 6,8 %)	1 (14,2 ± 13,2 %)	0,035, $U = 793$
— простагландины (гели)	14 (26,4 ± 6,0)	2 (28,5 ± 17,1 %)	
Комбинация методов, в том числе:		—	0,034, $\chi^2 = 4,45$
— катетер Фолея + амниотомия	9 (16,9 ± 5,1 %)	—	
— простагландины + катетер Фолея	1 (1,8 ± 1,8 %)	—	
— простагландины + амниотомия	1 (1,8 ± 1,8 %)	—	
Длительность первого периода у первородящих, мин, Me (25, 75)	435 (295; 520)	305 (255; 470)	0,26
Потребность в окситоцине, n (%)	70 (58 ± 4,5 %)	11 (36,6 ± 8,7 %)	< 0,001
Обезболивание промедолом, n (%)	45 (37,5 ± 4,4 %)	8 (26,6 ± 8 %)	
Задний вид затылочного предлежания, n (%)	12 (14,8 ± 3,9 %)	1 (3,3 ± 3,2 %)	

Таблица 4 — Размеры и вес новорожденных в исследуемых группах ($M \pm \sigma$)

Показатели	Группа ЗВПР	Группа физиологических родов	Значение p
Окружность головки, см ($M \pm \sigma$)	34,3 ± 1,2	34,3 ± 0,1	0,54
Длина, см ($M \pm \sigma$)	53,6 ± 2,9	54,6 ± 1,4	0,09
Вес, г (Me (25; 75))	3600 (3350; 3870)	3485 (3300; 3650)	0,23
Вес более 4000 г, n (%)	17 (14,1 ± 3,1 %)	3 (10 ± 5,4 %)	0,76

Как видно из данных таблицы 4, размеры новорожденного не имели значимых различий в группах. По количеству новорожденных, имевших вес более 4000 г, группы также оказались сопоставимы ($p = 0,76$).

Выводы

1. Родоиндукция наблюдалась чаще в родах с затянувшимся вторым периодом, чем в группе контроля, независимо от причин проведения родоиндукции (47,5 ± 4,5 % против 23,3 ± 7,7 %; $p = 0,03$).

2. Длительность первого периода родов была значимо больше в группе с ЗВПР (435 (295; 520) мин. против 305 (255; 470) мин; $p =$

0,035), на фоне чего в этой группе чаще возникали показания для стимуляции родовой деятельности окситоцином (58 ± 4,5 % против 36,6 ± 8,7 %; $p = 0,034$).

3. При затянувшемся втором периоде отмечена высокая частота родов в заднем виде затылочного предлежания (14,8 против 3,3 % в группе контроля; $p < 0,001$).

4. Социо-демографические показатели, уровень заболеваемости как гинекологической, так и экстрагенитальной не оказывали значимого влияния на частоту развития ЗВПР. Не установлено значимых различий между группами по антропометрическим показателям ма-

тери и плода. Плановая госпитализация, которая в группе с затянувшимися родами составила 65 %, не оказала влияния на снижение частоты ЗВПР.

Таким образом, в нашем исследовании не найдено надежных предикторов, позволяющих предсказать ЗВПР до родов. Нерациональное использование родоиндукции и ведение родов, а также наличие заднего вида затылочного предлежания плода могут служить предикторами развития ЗВПР.

ЛИТЕРАТУРА

1. ACOG Practice Bulletin: No. 49. Dystocia and Augmentation of Labor. *Int J Gynecol Obstet.* 2003;(85);315-24; doi:10.1016/s0020-7292(04)00096-7.
2. ACOG Practice Bulletin No. 71. American College of Obstetricians and Gynecologists Clinical management guidelines for obstetrician – gynecologists. 2006;71.
3. Myles T, Santolaya J. Maternal and neonatal outcomes in patients with a prolonged second stage. *Obstet Gynecol.* 2003;102:52-8.
4. Kilpatrick SJ, Laros RK Jr. Characteristics of normal labor. *Obstet Gynecol.* 1989;74:85-7.
5. Cheng YW, Hopkins LM, Caughey AB. How long is too long: Does a prolonged secondstage of labor in nulliparous women affect maternal and neonatal outcomes? Defining an abnormal first stage of labor based on maternal and neonatal outcomes. *Am J Obstet Gynecol.* 2014;210 (6):536.e1-7.
6. Пирогова НИ. Оперативное акушерство. *Здоровье Украины.* 2011;5:18-20.
7. Davis G, Fleming T, Ford K, Mouawad MR, Ludlow J. Caesarean section at full cervical dilatation. *Aust NZ J Obstet & Gynecol.* 2015;55(6):565-71.
8. Zhu B, Grigorescu V, Le T. Labor dystocia and its association with interpregnancy interval. *Am J Obstet Gynecol.* 2006;195:121
9. Fraser WD, Marcoux S, Krauss I, Douglas J, Goulet C, Boulvain M. Multicenter, randomized, controlled trial of delayed pushing for nulliparous women in the second stage of labor with continuous epidural anesthesia. The PEOPLE (pushing early or pushing late with epidural) study group. *Am J Obstet and Gynecol.* 2000;182(5):1165-72.

10. Kashanian M, Javadi F, Haghighi MM. Effect of continuous support during labor on duration of labor and rate of cesarean delivery. *Int J Gynaecol Obstet.* 2010;109(3):198-200.

11. Induction of labour data. WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. Geneva, World health Organization, 2010.

12. Ponkey S, Cohen A, Heffner LJ, Lieberman E. Persistent fetal occiput posterior position: obstetric outcomes. *Obstet Gynecol.* 2003;101(5):915-20.

REFERENCES

1. ACOG Practice Bulletin: No. 49, December 2003. Dystocia and Augmentation of Labor. *Int J Gynecol Obstet.* 2003;(85);315-24.; doi:10.1016/s0020-7292(04)00096-7.
2. ACOG Practice Bulletin No 71. American College of Obstetricians and Gynecologists Clinical management guidelines for obstetrician – gynecologists, number 71. – April 2006.
3. Myles T, Santolaya J. Maternal and neonatal outcomes in patients with a prolonged second stage. *Obstet Gynecol* 2003;102:52-8.
4. Kilpatrick SJ, Laros RK Jr. Characteristics of normal labor. *Obstet Gynecol.* 1989;74:85-7.
5. Cheng YW, Hopkins LM, Caughey AB. How long is too long: Does a prolonged secondstage of labor in nulliparous women affect maternal and neonatal outcomes? Defining an abnormal first stage of labor based on maternal and neonatal outcomes. *Am J Obstet Gynecol.* 2014;210 (6):536.e1-7.
6. Pirogova NI. Operativnoye akusherstvo. *Zdorov'ye Ukrainy.* 2011;5:18-20.
7. Davis G, Fleming T, Ford K, Mouawad MR, Ludlow J. Caesarean section at full cervical dilatation. *Aust NZ J Obstet & Gynecol.* 2015;55(6):565-71.
8. Zhu B, Grigorescu V, Le T. Labor dystocia and its association with interpregnancy interval. *Am J ObstetGynecol.* 2006;195:121
9. Fraser WD, Marcoux S, Krauss I, Douglas J, Goulet C, Boulvain M. Multicenter, randomized, controlled trial of delayed pushing for nulliparous women in the second stage of labor with continuous epidural anesthesia. The PEOPLE (pushing early or pushing late with epidural) study group. *Am J Obstet Gynecol.* 2000;182(5):1165-72.
10. Kashanian M, Javadi F, Haghighi MM. Effect of continuous support during labor on duration of labor and rate of cesarean delivery. *Int J Gynaecol Obstet.* 2010;109(3):198-200.
11. Induction of labour data. WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. Geneva, World health Organization, 2010.
12. Ponkey S, Cohen A, Heffner LJ, Lieberman E. Persistent fetal occiput posterior position: obstetric outcomes. *Obstet Gynecol.* 2003;101(5):915-20.

Поступила 08.02.2019

УДК 618.14-006-091.8-076

РОЛЬ MELF-СТРУКТУР, ГЛУБИНЫ ИНВАЗИИ И КОЛИЧЕСТВА ОПУХОЛЕВЫХ ЭМБОЛОВ КАК ФАКТОРОВ ПРОГНОЗА ВЫЖИВАЕМОСТИ ПАЦИЕНТОК С ЭНДОМЕТРИОИДНОЙ АДЕНОКАРЦИНОМОЙ ТЕЛА МАТКИ

Д. А. Зиновкин

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель. Республика Беларусь

Цель: определить прогностическую значимость MELF-структур, глубины инвазии опухоли и количества опухолевых эмболов в прогнозе выживаемости пациенток с эндометриоидной аденокарциномой.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 60 пациенток. Определяли наличие/отсутствие MELF-структур, глубину инвазии и количество опухолевых эмболов в сосудах стромы. Проводилось сравнение групп с использованием теста Манна-Уитни. Пороговые значения определяли при помощи ROC-анализа. Анализ выживаемости проводили с использованием Log-rank-теста.

Результаты. Получены статистически значимые различия в данных показателях в группах с различными исходами заболевания. Определены значения пороговых показателей, отражающих неблагоприятный исход заболевания, различия в выживаемости пациенток на основании пороговых значений показателей.

Заключение. При низкой общей наблюдаемой выживаемости чаще наблюдается наличие MELF-структур ($p = 0,0018$), глубина инвазии опухоли в миометрий $> 54,1\%$ ($p < 0,001$), количество опухолевых эмболов более 6,7 в 1 мм^2 ($p < 0,001$).

Ключевые слова: рак эндометрия, опухолевое микроокружение, прогноз.