

саны с группой здоровья 2Б и имеют высокую группу риска по патологии ЦНС, внутриутробному инфицированию и обменным нарушениям.

Таким образом, с течением времени, несмотря на уменьшение частоты соматических и гинекологических заболеваний у первородящих женщин, наблюдается осложненное течение беременности и родов, а также повышенный риск проявления ряда заболеваний у новорожденных. Все это обуславливает необходимость особого подхода к их ведению со стороны врачей-специалистов: акушера-гинеколога, неонатолога и педиатра.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Овариальный резерв и фертильность: сложности XXI века. Рациональный подход к сохранению репродуктивного резерва как залог фертильности и осознанного деторождения. Информационное письмо / К. В. Войташевский [и др.]; под ред. В. Е. Радзинского. – М. : Редакция журнала StatusPraesens, 2015 – 24 с.
2. Pregnancy and obstetrical outcomes in women over 40 years of age / A. Dietl [et al.] // Geburtshilfe und Frauenheilkunde. – 2015. – Vol. 75(08). – P. 827–32с.
3. Małgorzata Radoń-Pokracka, Beata Adrianowicz\*, Magdalena Płonka, Paulina Danił, Magdalena Nowak, Hubert Huras. Evaluation of Pregnancy Outcomes at Advanced Maternal Age // Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences. – 2019. – Vol. 7(12). – P. 1951–1956.
4. Association between very advanced maternal age and adverse pregnancy outcomes: A cross sectional Japanese study / K. Ogawa [et al.] // BMC Pregnancy and Childbirth. – 2017. – Vol. 17.

УДК 618.1-08-071.1:615.357

**Я. В. Грибанова**

*Научные руководители: д.м.н., доцент Ю. А. Лызикова*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

### **КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНЩИН С ГОРМОНЗАВИСИМОЙ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

#### ***Введение***

В условиях современного мира проблема гормонзависимых заболеваний матки остается одной из наиболее актуальных в гинекологии. При длительном течении и отсутствии лечения данные патологические процессы являются предпосылкой развития злокачественных новообразований [1, 2].

Избыточная масса тела или ожирение являются самыми распространенными факторами риска развития гинекологической патологии. Жировая ткань является активным эндокринным органом, играющим множество ролей, которые включают метаболический гомеостаз, участие в иммунных функциях, продукцию и секрецию различных биологически активных факторов, называемых адипокинами, в том числе ростовые факторы, цитокины и факторы комплемента. Существует два типа адипокинов. К первому относятся биоактивные соединения специфичные для жировой ткани, которые являются истинными адипокинами; ко второму – соединения, секретируемые в большом количестве жировой тканью, но не специфичные для нее. Представителями адипокинов, специфичных для жировой ткани, являются адипонектин и лептин [3].

Адипонектин является одним из ключевых белков-регуляторов важнейших метаболических и катаболических процессов. Он оказывает влияние на углеводный и липидный обмены, участвует в регуляции кровяного давления, предотвращает возникновение воспалительных процессов в эндотелии кровеносных сосудов, а также обладает антиатерогенными, антидиабетическими, противовоспалительными и даже противораковыми

свойствами. Следовательно, чем выше количество адипонектина в крови, тем ниже вероятность возникновения МС и, как следствие, СД 2-го типа независимо от массы тела [4].

### ***Цель***

Изучить клинико-anamnestическую характеристику и оценить уровень адипонектина у женщин с гормонзависимой гинекологической патологией.

### ***Материал и методы исследования***

Объектом исследования являлись пациентки с гормонзависимой гинекологической патологией, которая включала в себя миому матки, аденомиоз, гиперпластические процессы эндометрия, доброкачественную дисплазию молочных желез, как в изолированном, так и в сочетанном варианте. Всего в исследование включено 692 женщины, которые были разделены на 3 группы. Исследование проведено на базе учреждения здравоохранения «Столинская центральная районная больница». А также пациентки, проживающие в Гомеле и Гомельской области. Всего в исследование включена 181 пациентка. Исследуемые женщины были разделены на 2 группы. Основным критерием выбора включения в основную группу являлось наличие гиперпластических процессов эндометрия по результатам морфологического исследования. В группу сравнения включены пациентки с гистологически нормальным эндометрием. Исследование проведено на базе учреждений здравоохранения «Гомельская городская клиническая больница № 2», «Гомельская городская клиническая больница № 3».

Анализ литературных источников, анкетирование пациенток, обратившихся за медицинской помощью в амбулаторно-поликлиническую организацию здравоохранения, изучение данных обследования и осмотра, отраженные в медицинских картах амбулаторного пациента (форма № 25/у-07), определение концентрации адипонектина в плазме крови пациенток методом ИФА.

В работе использованы непараметрические методы статистики. Для описания качественных признаков использовали долю (P) и 95% доверительный интервал доли (95%ДИ), высчитанный по методу Клоппер – Пирсона (P%; 95%ДИ). Для качественных признаков общее межгрупповое различие находили по критерию  $\chi^2$  с поправкой Йейтса на непрерывность, для малых выборок – по точному критерию Фишера. Шансы возникновения изучаемого события в группах оценивали по отношению шансов (ОШ) с 95% доверительным интервалом (ДИ). Для описания количественных признаков использовалась медиана (Me), 25-й и 75-й перцентили [P25; P75]. Статистически значимыми считали результаты при  $p \leq 0,05$ .

### ***Результаты исследования и их обсуждение***

В результате проведенного исследования выявлены клинико-anamnestические факторы развития гормонзависимой гинекологической патологии: ожирение с ИМТ  $\geq 30$  кг/м<sup>2</sup> (ОШ=3,94; 95%ДИ 2,3-6,75;  $p=0,001$ ), наследственные гинекологические заболевания по материнской линии (ОШ=9,2; 95%ДИ 2,5-33;  $p<0,001$ ), раннее (до 11 лет) либо позднее (после 15 лет) менархе (ОШ=6,6; 95%ДИ 1,1-38;  $p=0,035$ ), раннее (до 20 лет) либо позднее (после 40 лет) наступление первых родов (ОШ=3,21; 95% ДИ 1,3-7,9;  $p=0,012$ ), отсутствие родов в анамнезе (ОШ=4,2; 95%ДИ 1,1-17), отсутствие грудного вскармливания (ОШ=5,27; 95%ДИ 1,36-20,48;  $p=0,016$ ), бесплодие в анамнезе (ОШ=4,4; 95% ДИ 1,1-17,0;  $p=0,029$ ), наличие сопутствующей эндокринной патологии (ОШ=2,5; 95%ДИ 1,2-5,4;  $p=0,012$ ).

Также было установлено, что при сравнении клинико-anamnestических данных пациенток обеих групп, риск развития патологии эндометрия снижается в возрасте 57 лет (P25/P75=56/60,5). Значимо чаще патология эндометрия встречается у женщин с сохраненной менструальной функцией ( $\chi^2=5,74$ ,  $p=0,01$ ). У женщин основной группы значимо

чаще менструальный цикл был нерегулярным ( $\chi^2=8,97$ ,  $p=0,002$ ). При сравнении жалоб пациенток установлено, что в большинстве случаев (87%) патология эндометрия протекает симптомно, в группе сравнения жалобы были у 74,7% пациенток ( $\chi^2=4,72$ ,  $p=0,02$ ). При анализе гинекологической патологии установлено, что гиперплазия эндометрия в основной группе имеет рецидивирующий характер – на патологию эндометрия в анамнезе указали 11,5% пациенток основной группы, в группе сравнения – 1,5%, ( $\chi^2=6,52$ ,  $p=0,01$ ). При анализе уровня адипонектина установлено, что в основной группе в репродуктивном возрасте уровень пептида составил 5,28 (3,59;6,99) мг/л, в группе сравнения – 4,58 (3,11;7,88) мг/л ( $z=1,32$ ,  $p=0,184$ ). Таким образом, значимых различий между группами не получено. Однако, у пациенток в менопаузе уровень адипонектина составил 5,33(2,33;5,69) мг/л, в основной группе в том же периоде уровень пептида составил 7,44(1,99;54,04) мг/л ( $z=-2,29$ ,  $p=0,02$ ).

### **Выводы**

При амбулаторном наблюдении женщин целесообразно учитывать полученные данные для раннего выявления патологий репродуктивной системы, своевременной диагностики, терапии и профилактики данных заболеваний. Модификация образа жизни, коррекция эндокринных нарушений, своевременное информирование пациенток позволят снизить заболеваемость сочетанными гормонзависимыми гинекологическими заболеваниями и сохранить репродуктивное здоровье женщин. Использование уровня адипонектина как маркера гиперпластических процессов эндометрия у пациенток в постменопаузе позволит не только выявить патологию эндометрия, но и определить риск развития эндокринных заболеваний, ожирения, сердечно-сосудистой патологии.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Диагностика гиперпластических процессов эндометрия / Ю. К. Памфамиров [и др.] // Таврический медико-биологический вестник. – 2016. – № 2. – С. 119–122.
2. Савельева, Г. М. Гинекология: национальное руководство / Г. М. Савельев [и др.]. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 1008 с.
3. Роль адипокинов и грелина в регуляции овариальной функции при ожирении / А. И. Абдусаламова [и др.] // Ожирение и метаболизм. – 2022. – № 3. – С. 324–331.
4. Adiponectin rapidly lowers hepatic ceramide content and improves glucose homeostasis / P. Scherer [et al.] // Nature Medicine. – 2011. – Vol 17. – P. 55–63.

**УДК 618.39-036.2**

**М. А. Дведари, Т. А. Сукова**

*Научный руководитель: к.м.н., доцент Т. Н. Захаренкова*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

## **РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И СТРУКТУРА НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ РАЗЛИЧНЫХ СРОКОВ**

### **Введение**

Среди важнейших проблем практического акушерства одно из первых мест занимает проблема невынашивания беременности.

Невынашивание беременности, в зависимости от срока возникновения, может классифицироваться как самопроизвольный аборт (ранний – до 12 недель, поздний – с 12 до 22 недели), очень ранние роды (22–28 недель), ранние роды (28–33 недели) или преждевременные роды (с 33 по 37 неделю) [1].