

Толщина эндометрия по УЗИ у женщин с диффузной ГЭ составила 15 мм (11; 18), при этом в подгруппе до менопаузы – 16 мм (15; 20,5), после менопаузы 11 мм (10,3; 14,4), у всех женщин соответствовала УЗ-критериям гиперплазии эндометрия и значимо различалась ($U=3,02$ $p=0,0025$) от данного показателя в контрольной группе – 6 мм (5,25; 6). Среди пациенток гинекологического отделения чаще встречались пациентки с диффузной ГЭ, доля которых составила $68,0 \pm 9,3$ ($\chi^2=5,12$ $p=0,024$).

Атипичическая гиперплазия эндометрия как предрак эндометрия и аденокарцинома установлены только в подгруппе женщин в постменопаузе в 4 ($13,8 \pm 6,4$) случаях ($p=0,23$), по 2 случая соответственно.

Выводы

1. У женщин с гиперплазией эндометрия чаще наблюдается избыточная масса тела и ожирение ($p<0,0001$) и артериальная гипертензия ($p=0,027$).

2. Среди пациенток гинекологического отделения с гиперплазией эндометрия чаще выявлена ее диффузная форма ($p=0,024$), при этом толщина эндометрия по УЗИ была выше ($p=0,0025$) и соответствовала ультразвуковым критериям гиперплазии эндометрия.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРА

1. Современное представление о проблеме гиперплазии эндометрия / Л. Г. Ерофеева, А. Г. Сидоркина, Г. Н. Новопашина [и др.] // Научное обозрение. Медицинские науки. – 2022. – № 6. – С. 82–88.
2. Оразов, М. Р. Гиперплазия эндометрия: современный взгляд на проблему / М. Р. Оразов, Л. М. Михалева, И. А. Муллина // Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. – 2022. – Т. 10, № 3. – С. 62–67.

УДК 618.3:618.146-008

А. В. Бенеш

Научный руководитель: к.м.н., доцент кафедры О. А. Будюхина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ: АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ, ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ

Введение

Истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН) – укорочение шейки матки ≤ 25 мм и/или дилатация цервикального канала ≥ 10 мм (на всем протяжении) ранее 37 недель беременности без клинической картины угрожающего выкидыша или преждевременных родов [1].

Данная патология развивается на фоне функциональных или структурных изменений шейки матки, вызванных многообразием этиологических факторов [2]. По современным представлениям, в основе развития ИЦН лежат 4 фактора:

1. Травма шейки матки в анамнезе (посттравматическая ИЦН);
2. Нарушения пропорциональных соотношений между мышечной и соединительными тканями;
3. Функциональные нарушения;
4. Повышенная нагрузка на шейку матки (многоводие, многоплодие, крупный плод) [3].

Тем не менее, проблема ИЦН по-прежнему недостаточно исследована. Поэтому крайне важно тщательно анализировать акушерско-гинекологический анамнез и внимательно следить за ходом беременности, чтобы обеспечить ее благоприятное завершение, как для матери, так и для ребенка [4, 5].

Цель

Изучить особенности акушерско-гинекологического анамнеза, течение и исход беременности у женщин с подтвержденным диагнозом истмико-цервикальная недостаточность.

Материал и методы исследования

На базе учреждения «Гомельская областная клиническая больница» были изучены 60 историй родов пациенток с диагнозом истмико-цервикальная недостаточность, госпитализированных в отделение патологии беременности или наблюдательное отделение (основная группа). Контрольную группу составили 44 беременные без истмико-цервикальной недостаточности. В дальнейшем произведена статистическая обработка данных при помощи программы Microsoft Excel 2016 с использованием стандартных методов описательной статистики, а после оценка результатов. Статистически значимыми результаты считали при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Медиана возраста пациенток с ИЦН составила 31 (27,5; 35,5) год, контрольной группы – 29 (25; 32,5) лет. В основной группе 18 (30%) женщин были первородящими, соответственно 42 (70%) были повторнородящими, 17 (28,3%) женщин – имели 3 и более родов в анамнезе. В контрольной группе 16 (36,4%) женщины были первородящими, 8 (18,2%) многорожавшими. По возрасту и паритету беременностей, родов группы были сопоставимы.

В группе с ИЦН 6 (10%) женщин забеременели при помощи экстракорпорального оплодотворения, в контрольной группе вспомогательные репродуктивные технологии не применялись ($p=0,08$).

В группе женщин с клинически подтвержденным диагнозом истмико-цервикальная недостаточность 27 (45%) имелиотягощенный акушерско-гинекологический анамнез, в контрольной группе – 6 (13,4%) женщин ($\chi^2=12,0$ $p=0,001$). В группе женщин с ИЦН 17 (28,3%) женщин в анамнезе имели невынашивание предшествующей беременности (самопроизвольные выкидыши и преждевременные роды) ($P=0,01$), 9 (15%) женщин – привычное невынашивание беременности ($P=0,07$). В контрольной группе невынашивание беременности имели 2 (4,5%) женщин, привычное невынашивание – 1 (2,3%).

Медиана срока беременности, на котором диагноз ИЦН был установлен, составила 25,5 (22; 29) недель беременности. Проанализирована частота других осложнений беременности в основной и контрольной группах, значимые различия не получены (таблица 1).

Таблица 1 – Осложнения беременности

	Основная группа (n=60)	Контрольная группа (n=44)	p
Хроническая плацентарная недостаточность	12 (20%)	7 (15,9%)	0,8
Анемия	28 (46,7%)	16 (36,3%)	0,4
Гипертензивные нарушения	3 (5,0%)	6 (13,6%)	0,2
Инфекция мочевыделительных путей	4 (6,7%)	4 (9,1%)	0,9
Токсоплазмоз	3 (5,0%)	–	
Многоводие	2 (3,3%)	–	
Гестационный сахарный диабет	3 (5,0%)	4 (9,1%)	0,7
Внутрипеченочный холестаз	4 (6,7%)	–	
Вагиниты	9 (15,0%)	13 (29,5%)	0,12

ИЦН корригирована цервикальным серкляжем у 14 (23,3%) женщин, разгружающим акушерским пессарием у 10 (16,6%) женщин. Все женщины с ИЦН получали гормональную поддержку препаратами прогестерона.

В контрольной группе у 43 (97,7%) женщин произошли роды в срок, соответственно, у 1 (2,3%) женщины были преждевременные роды. Из родивших женщин ($n=30$) с ИЦН у 16 (53,3%) произошли роды в срок, у 14 (46,7%) женщин произошли преждевременные роды ($p=0,001$). Из преждевременных родов 8 (57,1%) в сроке 34–36 недель беременности, 6 (42,9%) в сроке 32–34 недели беременности. Ранних и очень ранних преждевременных родов у пациенток не было.

В основной группе роды через естественные родовые пути произошли у 21 (70%) женщины, путем операции кесарево сечение – у 9 (30%). В контрольной группе у 26 (60%) женщин произошли роды через естественные родовые пути. В умеренной асфиксии (6 баллов по шкале Апгар) родилось 6 (42,9%) недоношенных новорожденных при преждевременных родах в основной группе.

Выводы

1. Женщины, беременность которых осложнилась истмико-цервикальной недостаточностью, в 45% имеют отягощенный акушерско-гинекологический анамнез ($p=0,001$), включая невынашивание предшествующих беременностей в 28% ($p=0,01$)

2. У беременных с истмико-цервикальной недостаточностью чаще происходят преждевременные роды ($p=0,001$).

3. Исходя из результатов, важно тщательно анализировать акушерско-гинекологический анамнез и внимательно следить за ходом беременности.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Акушерство. Национальное руководство / под ред. Г. М. Савельевой, Г. Т. Сухих, В. Н. Серова [и др.]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – С. 200–250.
2. Привычная потеря беременности: учеб.-метод. пособие / под ред. Л. Д. Белоцерковцевой, А. Э. Каспаровой, Л. В. Коваленко – Сургут: ИЦСурГУ, 2014. – С. 50.
3. Анализ исходов беременностей и родов при истмико-цервикальной недостаточности / П. Г. Анжоева, А. И. Шаманова, Ю. А. Суншева [и др.] // Международный научно-исследовательский журнал. – 2024. – № 6. – С. 144–148.
4. Кох, Л. И. Истмико-цервикальная недостаточность при различных факторах риска / Л. И. Кох, И. В. Сатышева // Сибирское медицинское обозрение. – 2008. – № 2. – С. 1–8.
5. Беспалова, О. Н. Выбор метода коррекции истмико-цервикальной недостаточности / О. Н. Беспалова, С. Г. Спартакович // Журнал акушерства и женских болезней. – 2017. – Т. 66, № 3. – С. 157–168.

УДК 618.39-08-036.8

А. И. Василенко

Научный руководитель: ассистент кафедры Н. П. Пяткова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»»

г. Гомель, Республика Беларусь

СПОСОБЫ ТЕРАПИИ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ОЦЕНКА ИХ ЭФФЕКТИВНОСТИ

Введение

Частота невынашивания беременности составляет 10–25 % всех беременностей. Неблагоприятный исход предыдущей беременности отражается на репродуктивном здоровье женщины, на способности к последующему зачатию и вынашиванию здорового ребенка. Таким образом, невынашивание беременности не теряет своей актуальности в современном акушерстве [1].