

обеих возрастных групп самыми распространенными стали низкоонкогенные типы ВПЧ у 50,0% из первой возрастной группы и 78,6% из второй возрастной группы. Вторым по распространенности является 16 тип у 41,7% и 64,3% соответственно. 18 тип встречался у 33,3% пациенток из первой группы и 50,0% из второй, а реже встречался 45 тип у 10,7% и 16,7% соответственно. ASCUS практически одинаково по частоте встречался у 2 (8,3%) из первой возрастной группы и 2 (7,1%). У пациенток из первой возрастной группы чаще встречалась CIN 1 на 9,6% больше, чем во второй возрастной группе, CIN 2 – 8.9%, CIN 3 на 13,3 %. При оценке нарушений микрофлоры было выявлено, что воспалительный тип мазка, бактериальный вагиноз и трихомоноз практически одинаково по частоте встречаются у женщин с ВПЧ ВКР и без него. Используемая тест-система включает объединенные 31, 33, 35 39, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68 типы, которые встречаются в 38,5% случаев дисплазии ШМ у пациенток из первой возрастной группы и в 100% дисплазий у пациенток из второй возрастной группы, что требует детализации путем внедрения тест-систем с качественным обнаружением и дифференцировкой данных типов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries / H. Sung, J. Ferlay, R. L. Siegel [et al.] // CA Cancer J Clin. – 2021. – Vol. 71, № 3. – P. 209–249.
2. Wilailak, S. Worldwide initiatives to eliminate cervical cancer / S. Wilailak, M. Kengsakul, S. Kehoe // Int J Gynecol Obstet. – 2021. – Vol. 155, № 1. – P. 102–106.
3. Эпидемиологические аспекты и результаты цитологического скрининга рака шейки матки / О. П. Логинова, Н. И. Шевченко, И. В. Велякин [и др.] // Медико-биологические проблемы жизнедеятельности. – 2022. – Т. 18, № 2. – С. 45–52.
4. Оценка реализации скрининговых программ по раннему выявлению рака молочной железы и рака шейки матки в Гомельской области / В. С. Волчек, Т. М. Шаршакова, В. Н. Беляковский [и др.] // Проблемы здоровья и экологии. – 2023. – Т. 25, № 1. – С. 78–85.

УДК 618.1:612.391.4

Д. С. Ильюшенко

Научный руководитель: ассистент кафедры В. В. Крупнейченко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПИТАНИЯ

Введение

Хронические расстройства питания во время беременности представляют собой актуальную проблему в современной акушерской практике, обусловленную повышенным риском неблагоприятных перинатальных исходов для матери и плода [1]. Адекватное питание матери играет критически важную роль в обеспечении оптимального роста и развития плода, а также поддержании здоровья самой женщины [2, 3].

Цель

Изучить особенности реализации репродуктивной функции у женщин с хроническими расстройствами питания.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 82 индивидуальных медицинских карт беременной и родильницы формы 111/у-20 за период 2023–2024 гг. Основную группу составили пациентки с хроническими расстройствами питания, в ней на основании числового

значения индекса массы тела (ИМТ) выделены 2 подгруппы. В первую подгруппу вошли пациентки с белково-энергетической недостаточностью (ИМТ <18,5 кг/м², n1=19), во вторую – пациентки с ожирением (ИМТ в диапазоне от 30,0 до >40,0 34,9 кг/м², n2=32). Ожирение I степени было у 24 женщин (ИМТ 30,0–34,9 кг/м²), II степени (ИМТ 35,0–39,9 кг/м²) у 6 пациенток и III степени (ИМТ >40,0 кг/м²) у 2. Группу сравнения сформировали пациентки с нормальной массой тела (ИМТ 18,5–24,9 кг/м², n=31).

Статистическая обработка данных была произведена с помощью пакета прикладных программ «Excel 2021» и «Statistica 12.0».

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст женщин в обеих группах статистически не различался и составил, в среднем в основной группе 31±6 лет, в группе сравнения 30±5,5 лет. Женщины в возрасте менее 18 лет и старше 35 в группе с хроническими расстройствами питания составили 26,3% (n=5), в группе с нормальной массой тела – 25,0% (n=8).

По уровню образования и социальному статусу женщины были сопоставимы: в основной группе 12 (63,1%) пациенток имели высшее образование, 19 (59,4%) в группе сравнения; не работали в основной группе 5 (26,3%) человек и 8 (25,0%) в группе сравнения.

Первобеременные в основной группе составили 41,2% (n=21) пациенток, первородящие – 25,5% (n=13). В контрольной группе 54,8% (n=17) и 19,4% (n=6) соответственно.

В ходе проведенного исследования были изучены исходы предыдущих беременностей у женщин с хроническими расстройствами питания. Полученные результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Осложнения акушерского анамнеза у пациенток с хроническими расстройствами питания (n=82) абс. (отн. %)

Заболевание	Основная группа (n1=19)	Группа сравнения (n=31)	Основная группа (n2=32)	p ≤ 0,05
Потери беременности	6 (31,6%)	4 (12,9%)	11 (37,5%)*	2p(F) n1-C=0,2; 2p(F) n2-C=0,04
Бесплодие	4 (21,1%)	1 (3,2%)	0	2p(F) n1-C=0,06

* – Различия статистически значимы с группой сравнения

Среди осложнений в акушерском анамнезе у пациенток с ожирением аборт встречались у 9,3% (n=3), самопроизвольные выкидыши у 6,3% (n=2), неразвивающиеся (n=5) и внематочные беременности (n=1). У пациенток с дефицитом массы тела самопроизвольные выкидыши были в анамнезе у 15,8% (n=3), неразвивающиеся беременности у 10,5% (n=2), антенатальная гибель плода у 5,3% (n=1). В группе сравнения неразвивающиеся беременности – 9,7% (n=3), самопроизвольные выкидыши – 3,2% (n=1).

Следует отметить, что, в группе женщин с недостаточностью питания при ИМТ<18,5 кг/м² имеется тенденция к бесплодию (p=0,06), у 1/5 пациенток данной группы беременность наступила в результате экстракорпорального оплодотворения. У пациенток с ожирением беременность в 100% случаев была в результате естественного зачатия, бесплодие в данной когорте женщин не было диагностировано.

Изучен гинекологический анамнез женщин исследуемых групп. Гинекологические заболевания в анамнезе статистически значимо чаще диагностированы у пациенток основной группы (X²n1-C=5,1, p=0,02; X²n2-C=9,9, p=0,002). Распространенность гинекологических заболеваний в исследуемых группах представлена в таблице 2.

Таблица 2 – Гинекологические заболевания пациенток с хроническими расстройствами питания (n=82) абс. (отн. %)

Заболевание	Основная группа (n1=19)	Группа сравнения (n=31)	Основная группа (n2=32)	p ≤ 0,05
Заболевания вульвы и влагалища	9 (47,4%)*	5 (16,1%)	11 (35,5%)	X2n1-C=4,3, p=0,04; X2n2-C=1,9, p=0,2
Заболевание шейки матки	2 (10,5%)	5 (16,1%)	7 (22,6%)	2p(F) n1-C=0,7; X2n2-C=0,07, p=0,8
Заболевания тела матки	3 (15,8%)	1 (3,2%)	7 (22,6%)	2p(F) n1-C=0,1; 2p(F) n2-C=0,05
Заболевание яичников	1 (5,3%)	2 (6,5%)	1 (3,2%)	2p(F) n1-C=1,0; 2p(F) n2-C=0,6
Всего	15 (78,9%)*	13 (41,9%)	26 (81,3%)*	X2n1-C=5,1, p=0,02; X2n2-C=9,9, p=0,002

* – Различия статистически значимы с группой сравнения

Заболевания вульвы и влагалища воспалительного характера специфической и неспецифической этиологии статистически чаще встречались у женщин с белково-энергетической недостаточностью в сравнении с женщинами, у которых ИМТ были в диапазоне нормальных значений. Дисплазия шейки матки в данной подгруппе была у 10,5%, миома матки у 15,8%, киста яичника у 5,3%. Структура гинекологических заболеваний в подгруппе пациенток с ожирением представлена следующим образом: заболевания вульвы и влагалища также были воспалительного характера. Заболевания шейки матки – эрозия шейки матки 12,5% (n=4), – полипы шейки матки 9,4% (n=3). Заболевания тела матки – миома матки 21,9% (n=7). Заболевания яичников – киста яичника 3,1% (n=1).

Изучены особенности течения беременности у пациенток с белково-энергетической недостаточностью и ожирением, данные отражены в таблице 3. Течение беременности у женщин с ожирением статистически чаще осложнилось преэклампсией 2p(F) n2-C=0,01.

Таблица 3 – Осложнения беременности у пациенток групп исследования (n=82) абс. (отн. %)

Заболевание	Основная группа (n1=19)	Группа сравнения (n=31)	Основная группа (n2=32)	p ≤ 0,05
Преэклампсия	2 (10,5%)	2 (6,5%)	11 (34,4%)*	2p(F) n1-C=0,6; 2p(F) n2-C=0,01
Гестационная АГ	3 (15,8%)	2 (6,5%)	2 (6,3%)	2p(F) n1-C=0,4 2p(F) n2-C=1,0
Гестационный СД	2(10,5%)	8 (25,8%)	5 (15,6%)	2p(F) 1n-C=0,3; X2n2-C=0,5, p=0,5
Гестационный пиелонефрит	2 (10,5%)	2 (6,5%)	2 (6,3%)	2p(F) n1-C=0,6; 2p(F) n2-C=1,0
ХПН	6 (31,6%)	10 (32,6%)	10 (31,3%)	X2n1-C=0,07, p=0,8; X2n2-C=0,03, p=0,9
Токсоплазмоз	1 (5,3%)	2 (6,5%)	2 (6,3%)	2p(F) n1-C=1,0; 2p(F) n2-C=1,0
Многоводие	1 (5,3%)	0	1 (3,1%)	2p(F) n1-C=1,0; 2p(F) n2-C=1,0
Маловодие	1 (5,3%)	0	1 (3,1%)	2p(F) n1-C=1,0; 2p(F) n2-C=1,0

* – Различия статистически значимы с группой сравнения

Проанализированы особенности течения родов пациенток групп исследования. Роды в срок наступили у 100% женщин в подгруппе с белково-энергетической недостаточностью, у 93,8% женщин с ожирением и женщин с нормальной массой тела $n=30$ и у $n=29$ соответственно. Преждевременные роды в сроке от 22 до 37 недель были у 6,2% в подгруппе с ожирением и 6,5% в группе сравнения.

При оценке осложнений родов у пациенток с хроническими нарушениями питания статистически значимых различий не получено.

Выводы

1. Пациентки с ожирением статистически чаще имеют осложненный акушерский анамнез, а именно потери беременности в анамнезе. Однако, ожирение, несмотря на потенциальные риски, не оказало значимого влияния на наступление беременности. У женщин с белково-энергетической недостаточностью имеется тенденция к бесплодию и беременность возможна только в результате вспомогательных репродуктивных технологий.

2. Женщины с хроническими нарушениями питания статистически чаще имеют гинекологические заболевания. В общей структуре гинекологической патологии у пациенток с белково-энергетической недостаточностью преобладают заболевания вульвы и влагалища воспалительного генеза.

3. Течение беременности на фоне ожирения сопряжено с развитием преэклампсии.

4. Достоверных различий течения родов у пациенток с разными показателями индекса массы тела не найдено.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гранатович, Н. Н. Материнская смертность от экстрагенитальных заболеваний в Тульской области / Н. Н. Гранатович, Г. И. Волков // Проблемы женского здоровья. – 2016. – № 11. – С. 42–45.
2. Сычева, О. Ю. Медико-социальная характеристика беременных с различной массой тела / О. Ю. Сычева, И. В. Кузьмина // Вестник новых медицинских технологий. – 2011. – Т. 3, № 18. – С. 148–149.
3. Чухарева, Н. А. Особенности течения беременности у женщин с ожирением / Н. А. Чухарева, Н. К. Рунихина, Е. Н. Дудинская // Акушерство и гинекология. – 2014. – № 2. – С. 9–13.

УДК 618.3:[616.6-008+616.61-002.2]

П. А. Кислякова

Научный руководитель: к.м.н., доцент В. Н. Калачев

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОЦЕНКА ФУНКЦИИ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Введение

Хронический пиелонефрит является одним из наиболее распространенных заболеваний почек у беременных женщин. Это состояние может привести к значительным осложнениям, включая нарушение функции почек, что негативно сказывается на течении беременности и здоровье плода [1]. Оценка функции почек у беременных с хроническим пиелонефритом является важным аспектом клинической диагностики. Основными критериями, используемыми для оценки функции почек, являются уровень мочевины, креатинина в крови, скорость клубочковой фильтрации (СКФ) и показатели общего анализа мочи [2].