Статистически значимых различий по частоте приема терапии между женщинами Беларуси и России не выявлено (p>0,05). 38 женщин (76%) из РБ и 37 женщин (67%) из РФ не проходили коррекцию климактерического синдрома при наличии клинических проявлений. Ряд респондентов указали Линдинет 20 и Визанну как средства для лечения КС, что отражает недостаточную информированность о показаниях к препаратам. Все женщины, получавшие терапию, отмечают улучшение самочувствия и снижение степени выраженности КС на фоне лечения.

Вывод

В результате исследования значимые межпопуляционные различия в структуре соматической патологии, акушерско-гинекологическом анамнезе у женщин Беларуси и Российской Федерации выявлено не было. Большинство опрошенных женщин имели легкую или среднюю степень выраженности климактерического синдрома. При изучении терапии климактерического синдрома было установлено, что 70% опрошенных женщин не проходили лечение при наличии жалоб и проявлений у них климактерического синдрома. Пациентки имеют недостаточную информированность о течении, лечении и осложнениях климактерического синдрома.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Symptoms of menopause − global prevalence, physiology and implications / P. Monteleone, G. Mascagni, A. Giannini [et al.] // Nat Rev Endocrinol. – 2018. – № 14(4). – P. 199–215.

2. Национальные статистические комитеты Республики Беларусь (Белстат) и Российской Федерации (Росстат), 2020–2023 гг.

3. Менопаузальная гормональная терапия и сохранение здоровья женщин в зрелом возрасте. Клинические рекомендации / под ред. В. П. Сметник. – М., 2021.

4. Menopausal hormone therapy prescribing in primary care: a cross-sectional survey / P. Gartoulla, R. J. Bell, R. Worsley, S. R. Davi // Climacteric. – 2017.

УДК 618.4-056.52

В. Н. Осипова

Научный руководитель: доцент кафедры, к.м.н., доцент В. Н. Калачёв

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

ИСХОДЫ РОДОВ У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ

Введение

Ожирение является значимым фактором риска развития осложнений беременности [1], что в свою очередь способствует развитию патологии родового процесса: аномалии родовой деятельности, преждевременное излитие околоплодных вод, высокая частота оперативных вмешательств [2, 3].

Цель

Оценить исходы и осложнения родов у женщин с различной степенью ожирения.

Материал и методы исследования

Был проведен ретроспективный анализ родов за 2025 год в УЗ «Гомельской городской клинической больницы № 2». В группу исследования вошло 70 женщин, имевших ожирение до беременности. В зависимости от степени ожирения женщины были разделены на три подгруппы: 1 подгруппа – 51 (72,8%) женщина с 1 степенью ожирения; 2 подгруппа –

15 (21,4%) женщин со 2 степенью ожирения; 3 подгруппа – 4 (5,7%) женщины с 3 степенью ожирения. Группу сравнения составили 30 женщин без ожирения до беременности.

В основной группе через естественные родовые пути было родоразрешено 40 (57,1%) женщин, у 30 (42,9%) женщин проводилось кесарево сечение. В плановом порядке КС выполнялось у 28 (40,0%) женщин.

В группе сравнения у 22 (73,3%) женщин были естественные роды, у 8 (26,6%) женщин было проведено кесарево сечение: экстренное кесарево сечение n=2 (6,6%), плановое кесарево сечение n=6 (20%).

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с применением программы Statistica 10. Для сравнения показателей использованы методы непараметрической статистики. Статистически значимыми считались различия при $p<0,05$.

Результаты исследования и их обсуждения

Возраст женщин в основной группе составил 27,2±2,5 года, в группе сравнения 27,0±1,9 лет (p=0,3). Средний срок беременности в основной группе составил 39,7 недель, в группе сравнения – 39,3 недели (p=0,1). Также группы были сопоставимы по весу новорожденного: основная группа 3655,0±436,4 г, группа сравнения 3518,0±530,5 г (p=0,4). Некоторые особенности течения и осложнения родов, за исключением планового кесарева сечения, у женщин с ожирением представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Некоторые особенности течения и осложнения родов у женщин с ожирением

Особенности и осложнения родов	Основная группа (n=42)				Группа сравнения (n=24)	Уровень статистической значимости
	1степень (n=32)	2степень (n=7)	3степень (n=3)	Всего		
Слабость родовой деятельности	1	4	0	5	2	P=0,97
Травма родовых путей, из них:	21	1	1	23	15	P=0,72
Разрывы шейки матки	4	1	0	5	2	P=0,97
Разрывы влагалища	3	0	1	4	2	P=0,78
Угроза разрыва промежности (эпизиотомия)	9	1	0	10	4	P=0,71
Разрывы промежности	1	4	0	5	7	P=0,16
Кровотечения	0	2	0	2	1	P=0,6
Крупный плод	4	1	0	5	0	P=0,2
Преждевременный разрыв плодных оболочек	8	2	1	11	3	P=0,3

Как видно из представленных результатов значимых различий в осложнениях между основной группой и группой сравнения не выявлено, однако у женщин со 2 степенью ожирения слабость родовой деятельности встречается значимо чаще, чем в группе сравнения – 57,1% против 8,3% (p=0,0197).

В основной группе 28 (40,0%) женщин были родоразрешены путем планового кесарева сечения, что указывало на тенденцию к более высокой встречаемости кесарева сечения, чем у женщин в группе сравнения – n=6 (20,0%) (p=0,089).

Экстренное кесарево сечение было проведено в основной группе у 2 (2,8%) женщин, в группе сравнения так же у 2 женщин (6,6%) (p=0,74).

В основной группе естественные роды встречались у 40 (57,1%) женщин, в группе сравнения у 22 (73,3%) женщин (p=0,19). Вакуум-экстракция плода в основной группе выполнялась у 3 (4,3%) женщин, в группе сравнения у 1 женщины (3,33%) (p=0,74). В целом оперативное родоразрешение у женщин с 1 степенью ожирения наблюдалось значимо чаще,

чем в группе сравнения – 19 (63,3%) против 8 (26,7%) (p=0,013). В основной группе у женщин со 2 степенью ожирения оперативные роды встречались у 10 (33,3%) женщин, в группе сравнения у 8 (26,7%) женщин (p=0,8).Оперативные роды у женщин с 3 степенью ожирения наблюдались у 1 (3,33%) женщины, в группе сравнения у 8 (26,7%) женщин (p=0,03).

Выводы

У женщин с ожирением имеется тенденция к более высокой частоте планового кесарева сечения, чем у женщин без ожирения (p=0,089). У женщин со 2 степенью ожирения слабость родовой деятельности встречается значимо чаще, чем у женщин без ожирения до беременности (p=0,0197). Женщины с первой и третьей степенью ожирения в целом значимо чаще подвергаются оперативному родоразрешению, нежели женщины не имеющие ожирение до беременности (p=0,013; p=0,03).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Фурсов, А. Б. Ожирение и COVID-19 – признаки конвергенции двух пандемий. Рекомендации по борьбе с ожирением, основанных на принципах «Roots» / А. Б. Фурсов, О. Б. Оспанов, Р. А. Фурсов // Ожирение и метаболизм. – 2021. – № 18(4). – С. 456–464.

2. Веселовская, Н. Г. Ожирение и беременность: сердечно-сосудистые и метаболические риски / Н. Г. Веселовская, Г. А. Чумакова // Российский кардиологический журнал. – 2019. – № 24 (4). – С. 48–52.

3. Bogaerts, A. Obesity and pregnancy, an epidemiological and intervention study from a psychosocial perspective / A. Bogaerts // Facts, Views & Vision in ObGyn. – 2014. – № 6(2). – P. 81–95.

УДК 618

С. В. Панова[1], Т. В. Веретельникова[2], Н. А. Селюнина[1, 2]

Научный руководитель: д.м.н, профессор, заведующая кафедрой Н. М. Пасман

[1]Учреждение образования
«Новосибирский государственный университет»,

[2]ООО «Клиника профессора Пасман»
г. Новосибирск, Российская Федерация

РОЛЬ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА АШЕРМАНА: СЕРИЯ СЛУЧАЕВ

Введение

Синдром Ашермана (СА) – редкое гинекологическое заболевание, характеризующееся формированием внутриматочных синехий как ответ на повреждение базального слоя эндометрия, преимущественно после выскабливаний при прерывании беременности, в послеродовом периоде, самопроизвольных выкидышах, операций с вскрытием полости матки (миомэктомия, гистероскопия), а также при воспалительных заболеваниях матки и генитальном туберкулезе. При общей распространенности 1,5–1,7% в популяции риск достигает 30% в группах высокого риска [1]. СА остается значимой медико-социальной проблемой из-за вызываемых менструальных нарушений, бесплодия, рецидивов после гистероскопического адгезиолизиса и ограниченной эффективности эмпирических методов профилактики (барьеры, эстрогены), что подчеркивает актуальность поиска инновационных подходов [2]. Фотодинамическая терапия (ФДТ), широко применяемая в онкологии и дерматологии, представляет перспективный инновационный подход к лечению синдрома Ашермана в гинекологии [3]. В предлагаемой методике сочетается гистероскопический адгезиолизис (ГА) с внутриматочной экспозицией фотосенсибилизатора и последующем воздействием лазерного излучения.