

Таблица 3 — Частота госпитализаций в исследуемых группах

Триместр беременности	Основная группа, n = 19		Контрольная группа, n = 17		p
	абс.	отн.	абс.	отн.	
I триместр	11	40,7	7	33,3	p = 0,6
II триместр	9	33,3	8	38	p = 0,73
III триместр	7	26	2	28,7	p = 0,83

Воспалительные заболевания влагалища, выявленные на разных сроках гестации, имели место у 5 (26,3 %) женщин основной группы и 6 (35,3 %) женщин контрольной группы. Значимых различий между группами не выявлено ( $p > 0,05$ ).

Трансвагинальная цервикометрия, как объективный метод оценки состояния шейки матки, проведена у 11 (30,6 %) пациенток, в 8 (42,1 %) и 3 (17,6 %) случаях основной и контрольной группы соответственно. Длина шейки матки по данным ТВУЗИ в основной группе составила 27,5 (21; 35) мм, в контрольной группе 35 (36; 39) мм. Короткая шейка матки диагностирована только у 4 женщин основной группы, во всех случаях коррекция проведена с использованием акушерского пессария. Учитывая безболезненное расширение внутреннего зева при ИЦН, мануальная оценка шейки матки неинформативна, как и однократно проведенное ТВУЗИ шейки матки. Таким образом, необходимо широкое внедрение объективных методов оценки состояния шейки матки в группах высокого риска, к которым относятся женщины с многоплодной беременностью.

#### **Выводы**

1. Частота преждевременных родов при многоплодной беременности увеличивается.
2. Фактором риска преждевременных родов при многоплодной беременности является наличие в анамнезе ранних самопроизвольных потерь ( $p = 0,03$ ).
3. Отсутствие широкого внедрения динамической трансвагинальной ультразвуковой цервикометрии не позволяет объективно оценить состояние шейки матки и тем самым спрогнозировать развитие преждевременных родов при многоплодной беременности, что снижает эффективность профилактических мер.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Многоплодная беременность — риск преждевременных родов / Вл. В. Архипов [и др.] // *Мать и дитя в Кузбассе*. — 2012. — № 1. — С. 13–19.
2. Сичинава, Л. Г. Многоплодие. Современные подходы к тактике ведения беременности / Л. Г. Сичинава // *Акушерство, гинекология и репродукция*. — 2014. — № 2. — С. 131–138.
3. Перинатальные исходы при многоплодии / В. С. Прохорова [и др.] // *Журнал акушерства и женских болезней*. — 2010. — № 3. — С. 55–59.

УДК 611.66:611.96: 616-007

### **ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РАЗМЕРОВ МАТКИ ПРИ МАЛЫХ АНОМАЛИЯХ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА**

*Колесникова К. И., Сотникова В. В.*

**Научный руководитель: к.м.н., доцент В. Н. Жданович**

**Учреждение образования**

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

#### **Введение**

Ультразвуковое исследование (УЗИ) матки и ее придатков, то есть яичников и маточных труб, проводят для диагностики различных заболеваний, беременности и т. д. УЗИ помогает выявить наличие патологий в развитии и расположении матки, а также толщину слизистого слоя — эндометрия.

#### **Цель**

Изучить вариабельность размеров матки при малых аномалиях органов малого таза.

### **Материал и методы исследования**

Матка — это непарный гладкомышечный полый орган, в котором развивается эмбрион, вынашивается плод. Матка расположена в средней части полости малого таза, мочевой пузырь лежит спереди, а прямая кишка сзади, мезоперитонеально. Снизу тело матки переходит в округленную часть — шейку матки [2].

Одним из важнейших значений в современном мире является УЗИ, так как это помогает определить, есть ли у женщины гинекологические проблемы. Зачастую УЗИ-диагностику проводят женщинам, которые ощущают сильную боль в период менструации, с продолжительными менструальными кровотечениями в середине цикла, а также в случае обильных, продолжительных менструаций, которые сопровождаются сильными тянущими болями внизу живота. Стоит отметить, что размеры матки могут увеличиваться, особенно, если женщина рожала, при чем ни один раз. В связи с этим врач должен сопоставить размеры матки, толщину эндометрия с днем менструального цикла, в который проводилось УЗИ.

Диагностику матки проводят при помощи аппарата ультразвукового сканирования. Определяется три параметра матки, которые служат для определения ее размера:

- длина матки — измеряется от самой высокой точки в центре до наружного отверстия;
- ширина матки — измеряется путем оценки максимального показателя, полученного в сечении маточного дна;
- толщина стенок (передне-задний размер) — измеряется перпендикулярно длине матки по наружным контурам [1].

Часто размеры различаются в зависимости от возраста женщины, изменений гормонального фона и наличия беременности. Общепринятыми нормами для женщин репродуктивного возраста считаются следующие показатели матки, представленные в таблице 1.

Таблица 1 — Нормативные показатели размеров матки для женщин репродуктивного возраста

Женщины	Длина матки, мм	Ширина матки, мм	Передне-задний размер, мм
Женщины, которые не имели беременностей	45 (допустимое отклонение $\pm 3$ )	46 (допустимое отклонение $\pm 4$ )	34 (допустимое отклонение $\pm 1$ )
Женщины, которые имели беременность, но не имели родов	53 (допустимое отклонение $\pm 3$ )	50 (допустимое отклонение $\pm 5$ )	37 (допустимое отклонение $\pm 1$ )
Женщины, у которых были роды	58 (допустимое отклонение $\pm 3$ )	54 (допустимое отклонение $\pm 6$ )	40 (допустимое отклонение $\pm 2$ )
Женщины в постменопаузе до 1 года	58 (допустимое отклонение от 40 до 70)	42 (допустимое отклонение от 27 до 54)	31 (допустимое отклонение от 18 до 36)
Женщины в постменопаузе от 2 до 6 лет	56 (допустимое отклонение от 32 до 72)	41 (допустимое отклонение от 26 до 54)	30 (допустимое отклонение от 15 до 44)
Женщины в постменопаузе от 7 до 13 лет	54 (допустимое отклонение от 35 до 69)	39 (допустимое отклонение от 24 до 54)	28 (допустимое отклонение от 13 до 38)
Женщины в постменопаузе от 14 до 25 лет	51 (допустимое отклонение от 33 до 67)	37 (допустимое отклонение от 25 до 54)	26 (допустимое отклонение от 14 до 36)

За основу исследования было взято 18 протоколов УЗИ малого таза женщин (20–46 лет), полученных в УЗ «Гомельская областная клиническая больница» и УЗ «Хойникская ЦРБ».

Статистическая обработка результатов выполнена с использованием табличного редактора «MSExcel 2007».

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

Результаты исследования представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Вариации размеров матки в зависимости от малых аномалий органов малого таза

	Длина матки, мм	Ширина матки, мм	Толщина матки, мм
Женщины с кистой матки	54,11 $\pm$ 6,52	43,61 $\pm$ 7,81	46,7 $\pm$ 6,04
Женщины с полипом	47,83 $\pm$ 8,86	37,4 $\pm$ 10,39	48,06 $\pm$ 8,80
Женщины с миомой матки	56,6 $\pm$ 7,52	39,1 $\pm$ 6,04	49,9 $\pm$ 8,55

В результате проведенного исследования у 64,7 % женщин была обнаружена киста яичника, у 17,65 % — миома матки и у 17,65 % — полипы.

Установлено, что женщины с миомой имеют длину матки большую (56,6 мм), нежели женщины с полипом (47,8 мм) или кистой яичника (54,1 мм). Наибольшую ширину матки имеют женщины с кистой яичника (43,6 мм), наибольшую толщину — женщины с миомой матки (49,9 мм).

### **Выводы**

В результате проведенного исследования установлено, что размеры матки у женщин с аномалиями органов малого таза значительно отличаются от размеров, приведенных в общепринятых нормах для женщин репродуктивного возраста. Это может быть объяснено тем, что при развитии заболеваний органов малого таза происходит изменение размеров матки.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Гинекология: учебник / Б. И. Баисова [и др.]; под ред. Г. М. Савельевой, В. Г. Бреусенко. — 4-е изд., перераб. и доп. — 2011. — 432 с.
2. Анатомия человека: в 2 т. / М. Р. Сапин [и др.]; под ред. М. Р. Сапина. — 5-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина. — 2001. — Т. 2. — 640 с.

**УДК 618.19-006.4**

## **ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

*Колешко Е. Н.*

**Научный руководитель: к.м.н., доцент Е. Л. Савоневич**

**Учреждение образования**

**«Гродненский государственный медицинский университет»**

**г. Гродно, Республика Беларусь**

### **Введение**

В Беларуси рак молочной железы (РМЖ) лидирует по заболеваемости и занимает второе-третье место в структуре смертности. Сохраняется тенденция к росту случаев развития РМЖ в репродуктивном возрасте, что, безусловно, связано с особенностями репродуктивного поведения женщин. В связи с этим особый интерес представляет анализ анамнеза пациенток с РМЖ. Стандартная медицинская документация не отражает в полной мере характеристику репродуктивной функции, особенности развития и выявления опухоли. Для получения необходимой информации нами была специально разработана оригинальная анкета-опросник, которую респонденты заполняли собственноручно при плановом посещении онкодиспансера.

### **Цель**

Оценка факторов риска развития РМЖ и особенностей репродуктивной функции у пациенток с РМЖ.

### **Материал и методы исследования**

Проведено анкетирование 102 пациенток с РМЖ в возрасте от 30 до 80 лет (средний возраст 55,1 год), состоящих на учете в онкологическом диспансере ГОКБ. Лечение РМЖ женщины проходили в период с 1983 по 2004 гг. Из числа респондентов большинство составили женщины в постменопаузе (91 %).

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

Анализ репродуктивной функции респонденток показал, что средняя продолжительность репродуктивного периода составила  $36 \pm 3,2$  года, только у 19 женщин менопауза наступила после 50 лет, что возможно связано с проведением курсов полихимиотерапии. Беременности были в анамнезе у 93 женщин, роды — имели 85 (82 %) женщин. Первая беременность при этом наступала в возрасте от 18 до 44 лет. Поздняя первая беременность (после 26 лет) имела место только у 17 респонденток (17 %). Период лактации менее 6 мес отметили 54 женщины. Послеродовый мастит имел место у 23 опрошенных. У 7 пациенток единственная беременность завершилась медицинским абортom. Первичным бесплодием