

### **Цель**

Оценить количественные и качественные параметры обращения пациентов с анофтальмом, обратившиеся на медико-социальную экспертизу (МРЭК) в г. Гомеле за период с января 2014 по февраль 2016 гг.

### **Материал и методы исследования**

Было проведено ретроспективное исследование карт 46 пациентов, обратившихся на МРЭК г. Гомеля за период с января 2014 по февраль 2016 гг.

Из них количество мужчин составило 69,5 %, женщин — 30,5 %. Средний возраст больных составил 48 лет. Возраст пациентов колебался от 16 до 80 лет.

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

За анализируемый период выявлены следующие закономерности по поводу обращения пациентов с анофтальмом: 56,5 % пациентов проживает в областных центрах, 43,5 % — в районных центрах; в 69,5 % случаях — мужчины; 64 % пациентов — лица трудоспособного возраста, из них 35 % не трудоустроены и 83 % — пациенты со средним, средним специальным и высшим образованием; 76 % пациентам установлена III группа инвалидности. Причинами приведших к операции по удалению глазного яблока: травматическое повреждение глазного яблока — 41 %, онкологические заболевания — 26 %, другие причины — 7 %, инвалидность вследствие катастрофы на ЧАЭС — 11 %, неуточненные причины — 15 %. По структуре обращаемости, число повторных обращений составило 77 %, целью которых явилось составление индивидуальной программы реабилитации (51 %), оформление трудовых рекомендаций (38 %).

### **Выводы**

За анализируемый период времени в большинстве случаев категорию пациентов с анофтальмом, обратившихся на МРЭК, составили люди трудоспособного возраста (64 %), мужского пола (69,5 %), со средним образованием (81 %), проживающих в областных и районных центрах (56,5 %). Значительный социальный и экономический ущерб, обусловленный обозначенной тяжелой офтальмопатологией, выдвигает проблему совершенствования медицинской помощи данной категории пациентов в число актуальных научно-практических задач здравоохранения. Все это дает основание полагать, что необходимо активно продолжать исследование этой темы.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Бараш, А. Н. Социальные аспекты медицинской реабилитации пациентов с анофтальмическим синдромом / А. Н. Бараш, Т. М. Шаршакова, Г. Ф. Малиновский / Инновации в офтальмологии: сб. матер. Респ. науч.-практ. конф. с междунар. участием; Минск, 11–12 дек. 2015 г. // Офтальмология Восточная Европа. — С. 23–24.
2. Бараш, А. Н. Медико-социальные проблемы при анофтальмическом синдроме / А. Н. Бараш, Т. М. Шаршакова, Г. Ф. Малиновский // Проблемы здоровья и экологии. — 2015. — № 2 (44). — С. 4–7.

**УДК 618.146:616.39-021.3**

## **ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КАК ФАКТОР РИСКА ВОСХОДЯЩЕГО ИНФИЦИРОВАНИЯ**

*Авсянникова К. А., Каплан Ю. Д.*

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

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

### **Введение**

Шейка матки во время беременности выполняет защитную функцию и является барьером для инфекций, прежде всего за счет формирования слизистой пробки. В слизистой пробке реализуются механизмы защитных реакций цервикального канала. В течении гестации клетками эндоцервикального эпителия продуцируется жидкость, содержащая кон-

центрат иммунокомпетентных клеток составляющих основу мукозального иммунитета. Укорочение, разрывы шейки матки, проходимость цервикального канала ведут к нарушению гомеостаза цервикальной слизи и развитию хронического эндоцервицита, даже в условиях отсутствия инфекционного фактора [1–3].

Истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН) представляет собой безболезненную дилатацию внутреннего зева, характеризующуюся неспособностью шейки матки удерживать постоянно растущий плод в полости матки. При этом происходит укорочение шейки матки, и выпячивание плодных оболочек в цервикальный канал с последующим их инфицированием, что в дальнейшем способствует их преждевременному разрыву [1, 2].

Объективным методом диагностики короткой шейки матки (КШМ) является проведение трансвагинальной ультразвуковой цервикометрии. Данный метод позволяет оценить не только длину шейки матки, но и состояние внутреннего зева, что невозможно при мануальном исследовании.

#### **Цель**

Изучить и оценить факторы риска реализации восходящего инфицирования у беременных с ИЦН.

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

Проведен ретроспективный анализ 65 историй родов, историй развития новорожденных, гистологических заключений последа, у женщин родоразрешенных в ГУЗ ГГКБ № 2 за период 2015–2016 гг. В зависимости от наличия КШМ в течение данной беременности, измеренной с помощью метода трансвагинального ультразвукового исследования (ТВУЗИ) все женщины разделены на две группы. Первую (основную) группу (n = 34) составили женщины с ИЦН и длиной шейки матки менее 25 мм по данным ТВУЗИ. Вторую (контрольную) группу (n = 31) составили женщины с длиной шейки матки более 25 мм в течение данной беременности по данным ТВУЗИ.

Статистическая обработка полученных данных проведена в программе «Statistika» 8.0. Данные представлены в виде медианы Me, 25 и 75 перцентилей. Для наличия различий качественных признаков использовался односторонний критерий Фишера (p). Статистически значимыми считались результаты при значении  $p < 0,05$ .

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

В результате проведенного исследования нами не обнаружены значимые различия между группами по паритету беременности и родов (таблица 1).

Таблица 1 — Паритет беременности и родов в исследуемых группах

Факторы риска	Основная группа (n = 34)		Группа контроля (n = 31)		Статистическая значимость, p
	абс.	отн.	абс.	отн.	
Первобеременные	12	35,3 %	10	32,3 %	p = 0,79
Повторнобеременные	22	64,7 %	21	67,7 %	
Первородящие	18	52,9 %	11	35,5 %	p = 0,15
Повторнородящие	16	47,1 %	20	64,5 %	

Наличие самопроизвольного прерывания беременности, медицинских аборт, вакуум-аборт в анамнезе были выявлены у 6 женщин основной группы и 8 женщин группы контроля (p = 0,1).

Группы были сопоставимы по состоянию шейки матки: наличию в анамнезе эрозий шейки матки, рубцовых деформаций, оперативного лечения шейки матки, разрывов в предыдущих родах.

У 22 (64,7 %) пациенток основной группы КШМ методом трансвагинальной ультразвуковой цервикометрии была диагностирована во II триместре, в III триместре — у 12 (35,3 %) женщин. При этом длина сомкнутой части шейки матки, диагностированной во II триместре, составила 19,3 (20; 23) мм, в III триместре — 22,2 (21; 24,5) мм. В группе контроля длина шейки матки была измерена однократно в сроке 27–28 недель и составила 39 (37,4; 41,3) мм.

В нашем исследовании КШМ была корригирована пессарием у 13 пациенток основной группы, при этом только у 8 женщин дальнейшее течение беременности осложнилось неспецифическими инфекциями нижних половых путей. В литературе представлены исследования, гласящие об увеличении количества воспалительных реакций нижних половых путей, как ответная реакция организма на наличие инородного тела. Однако, по нашим данным наличие пессария во влагалище не привело к увеличению количества кольпитов ( $p = 0,29$ ). Тем не менее, в основной группе количество неспецифические инфекции нижних половых путей выявлено у 16 (47,1 %) женщин, что значительно чаще ( $p = 0,039$ ) по сравнению с группой контроля, где частота данного осложнения выявлена у 7 (22,6 %) женщин.

Группы исследования были сопоставимы по наличию хронических очагов инфицирования (хронического пиелонефрита, ОРВИ, хронического ринита, тонзиллита и др.).

Воспалительные изменения в плаценте выявлены у 33 (97 %) женщин основной группы и у 26 (83,9 %) группы контроля. Значимых различий в группах исследования по наличию воспалительных процессов в плаценте выявлено не было. Однако у женщин с КШМ, выявленной во II триместре, количество гнойных процессов в плаценте выявлено значительно больше ( $p = 0,02$ ), чем в группе контроля и группе с выявленной КШМ в III триместре.

#### **Выводы**

1. Наличие неспецифических инфекций нижних половых путей при КШМ увеличивает число восходящего инфицирования.

2. Постановка разгрузочного акушерского пессария не увеличивает количество воспалительных заболеваний влагалища и цервикального канала.

3. КШМ увеличивает не только риск преждевременных родов, но и является значимым фактором восходящего инфицирования.

4. Раннее укорочение шейки матки (во II триместре беременности), способствует восходящему инфицированию и развитию воспалительных процессов в плаценте даже в условиях нормоциноза. Присоединение неспецифических воспалительных заболеваний нижних половых путей являются дополнительным фактором реализации инфекции в плаценте.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Иммунологические аспекты патогенеза хронических эндоцервицитов на фоне рубцовой деформации шейки матки / А. В. Молочков [и др.] // Акушерство и гинекология. — 2014. — № 2. — С. 57–59.

2. Кузнецова, И. В. Применение иммуномодуляторов в терапии цервицита / И. В. Кузнецова, Н. С. Сулейманова // Акушерство и гинекология. — 2014. — № 2. — С. 80–83.

3. Глуховец, Б. И. Патология последа / Б. И. Глуховец, Н. Г. Глуховец. — СПб.: ГРААЛЬ, 2002. — 448 с.

**УДК 616.72-002.155:616.973]:616.8-009**

### **ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ГОНАРТРОЗОМ**

*Авсянникова М. А.*

**Научные руководители: ассистент З. В. Грекова;  
ассистент Е. Э. Карпенко; к.м.н., доцент Е. Г. Малаева**

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

#### **Введение**

Остеоартрит (ОА) — гетерогенная группа хронических, дегенеративно-воспалительных заболеваний суставов со сходными прогрессирующими морфологическими изменениями (хряща, субхондральной кости, синовиальной оболочки, связок, капсулы, околоуставных мышц), приводящими к снижению функциональной активности пациента и дестабилизации коморбидных состояний [1].