

Таблица 1 — Особенности акушерско-гинекологического анамнез у женщин с гистологически подтвержденной ФПН, подтвержденной клинически или нет и у женщин без ФПН

Параметры	Основная группа (N = 90)		Группа сравнения (N = 60)	Результаты межгруппового сравнения
	основная подгруппа 1 А (N = 35)	основная подгруппа 1 Б (N = 55)		
Первобеременные	25 (27,8 ± 4,7%)		18 (30 ± 5,9 %)	pO-C = 0,91 p1A-1B = 0,39
	12 (34,3 ± 8 %)	13 (23,46 ± 5,7 %)		
Первородящие	45 (50 ± 5,3 %)		20 (33,3 ± 6,1 %)	pO-C = 0,064 p1A-1B = 0,67
	19 (54,3 ± 8,4 %)	26 (47,3 ± 6,7 %)		
Первородящие с отягощенным акушерским анамнезом	20 (22,2 ± 4,4%)*		2 (3,3 ± 2,3 %)	PO-C = 0,0009 p1A-1B = 0,89
	7 (20 ± 6,7%)	13 (23,6 ± 5,7 %)		
Самопроизвольный выкидыш	11 (12,2 ± 3,5%)		2 (3,3 ± 2,3 %)	PO-C = 0,08 p1A-1B = 0,88
	5 (14,2 ± 5,9 %)	6 (10,9 ± 4,2 %)		
Неразвивающаяся беременность	11 (12,2 ± 3,5 %)		6 (10 ± 3,9 %)	pO-C = 0,88 P1A-1B = 1,0
	4 (11,4 ± 5,4 %)	7 (12,7 ± 4,5 %)		
Привычное невынашивание	5 (5,6 ± 2,4 %)		0 (0 %)	PO-C = 0,16 p1A-1B = 0,64
	1 (2,9 ± 2,8 %)	4 (7,3 ± 3,5 %)		
Медицинское прерывание беременности	15 (16,7 ± 3,9 %)		14 (23,3 ± 5,5%)	pO-C = 0,42 p1A-1B = 0,85
	5 (14,2 ± 5,9 %)	10 (18,2 ± 5,2 %)		
Выскабливание полости матки	30 (33,3 ± 5 %)		20 (33,3 ± 6,1 %)	pO-C = 0,86 p1A-1B = 0,94
	12 (34,3 ± 8 %)	18 (32,7 ± 6,3 %)		
2 и более выскабливаний у одной женщины	12 (13,3 ± 3,6 %)		3 (5 ± 2,8 %)	PO-C = 0,16 P1A-1B = 0,12
	2 (5,7 ± 3,9 %)	10 (18,7 ± 5,2 %)		

Выводы

С возрастом вероятность развития ФПН повышается. Спонтанное или медицинское прерывание первой беременности повышает риск развития ФПН при последующей беременности. На проявление ФПН клинически до родоразрешения паритет беременности, родов и отягощенный акушерский анамнез влияние не оказывает.

ЛИТЕРАТУРА

1. Молоканова, Н. М. Влияние фетоплацентарной недостаточности на формирование перинатальной патологии у недоношенных новорожденных / Н. М. Молоканова, Л. К. Гавриков // Вопросы современной педиатрии. — 2013. — № 6. — С. 90–94.
2. Иутинский, Э. М. Течение беременности и родов у женщин с фетоплацентарной недостаточностью / Э. М. Иутинский, С. А. Дворянский, М. Б. Дрождина // Научные ведомости Белгородского государственного университета. — 2014. — № 18. — С. 54–57.

УДК 618.1:572-021.272:61-057.875(476.2-25)

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПЕЛЬВИОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИНДЕКСА ШИРИНЫ ТАЗА У СТУДЕНТОК ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА И ФАКУЛЬТЕТА ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ ДЛЯ ЗАРУБЕЖНЫХ СТРАН УЧРЕЖДЕНИЯ ОБРАЗОВАНИЯ «ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Шмыгаль Е. Е., Санталова М. А.

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

На сегодняшний день, роль анатомического строения костного таза достаточно изучена, но проблему нельзя считать полностью решенной из-за высокого уровня узких

тазов и появления новых «стертых» форм женского таза [1]. Показатели полового, физического развития (масса тела и рост), размеры таза, можно отнести к маркерам гармоничного становления репродуктивной системы девушек [2]. Поэтому особый интерес представляет комплексное изучение анатомо-антропологических и морфологических показателей, в частности размеров костного таза.

Цель

Определить индекс ширины таза и провести сравнительную оценку пельвиометрических показателей у студенток IV курса лечебного факультета и факультета по подготовке специалистов для зарубежных стран (ФПСЗС) учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет».

Материал и методы исследования

Для проведения исследования было выделено 2 группы в зависимости от национальности: 30 студенток белорусской национальности и 25 студенток индийской. Все измерения проводились набором приборов и антропометрических инструментов. В ходе работы были проведены антропометрические измерения тотальных размеров: длина и масса тела, размеры таза — межостный, межгребневый, межвертельный диаметры. Проведено определение индекса ширины таза по показателю индекса, определяемого по формуле: индекс ширины таза (ИШТ) = (ДТ × 100) / L, где ДТ — диаметр таза, см; L — длина тела, см. Полученный материал обрабатывался методом вариационной статистики с использованием программы «GraphPad Prism 8.0.1». Анализ полученных данных проводился с использованием методов вариационной статистики и включал вычисление распределения отдельных признаков и оценку основных характеристик распределения (M — среднее арифметическое; σ — стандартное отклонение, доверительный интервал, m — медиана). Достоверность различий средних значений показателей сравниваемых групп проводилась с использованием непараметрического критерия Манна-Уитни. Различия считались статистически значимыми при уровне $p \leq 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

В результате проведенного исследования студентки не имели достоверных различий по массе тела, но различались по росту ($p \leq 0,05$), данные приведены в таблице 1.

Таблица 1 — Антропометрические показатели

Показатели	ЛФ		ФПСЗС		Критерий статистической значимости
	M ± δ	m, n = 30	M ± δ	m, n = 25	
Рост, см	167,23 ± 6,68	169	155,56 ± 4,39	155	0,001
Масса тела, кг	59,23 ± 7,67	59,5	61,2 ± 7,4	58	0,62

При проведении пельвиометрии были получены показатели, представленные в таблице 2.

Таблица 2 — Пельвиометрические показатели обследованных студенток

Антропометрические измерения	ЛФ		ФПСЗС		Норма, см	Критерий статистической значимости
	M ± δ , см	m, n = 30	M ± δ , см	m, n = 25		
D. spinarum	24,6 ± 1,12	25	24,2 ± 1,44	24	25–26	0,25
D. cristarum	27,53 ± 1,43	28	27,04 ± 1,14	27	28–29	0,12
D. trachanterica	31,4 ± 1,49	31,25	32 ± 1,16	32	31–32	0,28
C. externa	18,16 ± 1,32	18,5	19,4 ± 2	20	20–21	0,02
C. vera	9,16 ± 1,32	9,5	10,4 ± 2	11	11	0,02

Проведено определение индекса ширины таза, который относится к индексам, определяющим пропорциональность телосложения (Е. Н. Хрисанфова, И. В. Перевоз-

чиков, 2005). У большинства обследуемых преобладает индекс ширины таза, соответствующий нормальному (метропиэлия). Эуропиэлия характерна для студенток из Индии, а стенопиэлия встречается только у белорусских студенток, что явилось статистически значимым ($p \leq 0,05$), таблица 3.

Таблица 3 — Распределение студенток в зависимости от индекса ширины таза

ИШТ	Показатели	ЛФ, кол-во чел. (%)	ФПСЗС, кол-во чел. (%)	p — критерий статистической значимости
Стенопиэлия (узкий таз)	< 15,9	6 (20 %)	0	0,03
Метропиэлия (средний таз)	16–17,9	24 (80 %)	19 (76%)	0,75
Эуропиэлия (широкий таз)	> 18	0	6 (24%)	0,006

Выводы

Анализируя полученные данные, можно отметить, что поперечные размеры таза у всех исследуемых, за исключением межвертельного размера, ниже нормы. У студенток лечебного факультета размеры наружной и истинной конъюгаты имеют статистически значимое меньшее значение по сравнению с показателями нормы ($p = 0,02$), в то время как у иностранных студенток эти размеры приближены к норме. 80% студенток обоих факультетов имеют нормальную ширину таза. Однако для 20 % студенток лечебного факультета характерно наличие узкого таза ($p = 0,03$), а у студенток ФПСЗС в 24 % случаев встречается широкий таз ($p = 0,006$).

Таким образом, большинство пельвиометрических показателей у студенток обоих факультетов имеют меньшее значение по сравнению с нормальными. Полученные данные требуют более детального исследования с целью выявления причин формирования узкого таза и своевременного предупреждения рисков его возникновения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пучко, Т. К. Узкий таз (диагностика, ведение родов и прогнозирование их исхода для матери и плода): дис. д-ра мед. наук: 14.00.01 / Т. К. Пучко; Рос. акад. мед. наук. — М., 2003. — 340 с.
2. Чернуха, Е. А. Анатомически и клинически узкий таз / Е. А. Чернуха, А. И. Волобуев, Т. К. Пучко. — М.: Триада-Х, 2005. — 256 с.

УДК 618.3/4:616.379-008.64

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Шнак Е. Е., Алиева М. А.

Научный руководитель: к.м.н., ассистент *М. С. Недосейкина*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Гестационный сахарный диабет (ГСД) — наиболее частое нарушение обмена веществ у беременных, с которым встречаются эндокринологи и акушеры-гинекологи, является важной междисциплинарной проблемой [1]. Это обусловлено, как увеличением числа беременных с данной патологией, связанного с резким ростом заболеваемости сахарным диабетом (СД) в популяции, так и улучшением качества диагностики ГСД