

гическим исследованием материала. Результаты диагностических методов оценивались путем сопоставления данных гистологического обследования фрагментов слизистой матки при гистерорезектоскопии. Обращает на себя внимание высокая информативность гистероскопии, данные которой приближались к выводам гистологического обследования, особенно при сопутствующей доброкачественной патологии матки.

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

Возраст обследуемых женщин в среднем составил  $38 \pm 2,3$  лет, чаще патология эндометрия наблюдалась в старшем репродуктивном возрасте 35–40 лет — 21,8 % и 40–45 лет — 45,4 %. В 81,3 % пациенток отмечалось нарушение менструального цикла: 36,8 % метроррагия и 30,2 % гиперменструальным синдром. Среди перенесенных в анамнезе гинекологических заболеваний у обследуемых женщин составили 66,8 % воспалительные заболевания гениталий и 47,3 % дисфункциональные маточные кровотечения.

В группе больных с полипами эндометрия УЗИ имело 9 ложноотрицательных результатов, при выполнении гистероскопии — всего 2 ложноположительных по сравнению с гистологическим исследованием. В группе женщин с гиперплазией эндометрия — 14 ложноотрицательных результаты при УЗИ и 4 — при гистероскопии. Следует отметить преимущества в диагностике сочетанной патологии матки (гиперплазии эндометрия с миомой), что позволило точно установить диагноз, локализацию узлов и завершить оперативное вмешательство лечебным этапом - удаление гиперплазированного эндометрия и лейоматозных узлов и предотвратить лапаротомии и удаления органа.

#### **Выводы**

Данные исследования показывают, что применение ультразвукового и гистероскопического методов исследования значительно расширяет диагностические возможности при определении внутриматочной патологии, позволяет рационально определить тактику и этапность ведения больных, методы лечения (консервативный, хирургический) и в дальнейшем проводить контроль эффективности лечения.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Діагностичний алгоритм внутрішньоматкової патології із застосуванням гістероскопії у жінок репродуктивного віку / В. О. Бенюк и [др.] // Здоровье женщины. — 2009. — № 6(42). — 2009. — С. 54–56.
2. Тактика ведения больных с доброкачественными процессами эндо- и миометрия / О. А. Диндар и [др.] // Збірник наукових праць асоціації акушерів-гінекологів України. — Київ: Інтермед, 2009. — С. 245–249.
3. Гістерорезектоскопія у жінок репродуктивного віку з поєднаною доброякісною патологією матки / В. В. Курочка [и др.] // Збірник матеріалів міжнародної науково-практичної конференції «Медицині та фармацевтичні науки: аналіз сучасності та прогноз майбутнього». — Дніпропетровськ, 2014. — С. 78–80.
4. Курочка, В. В. Ультразвукова діагностика доброякісної патології матки у жінок репродуктивного віку / В. В. Курочка, В. Я. Голота, І. А. Усевич // Таврический медико-биологический вестник. — Симферополь. — Издательский центр КГМУ. — 2012. — Т. 15, № 2, Ч. 2 (58). — С. 122–125.
5. Гистерорезектоскопия в лечении внутриматочной патологии / А. М. Мусанова [и др.] // Вестник КазНМУ. — 2014. — № 2 (2). — С. 1–2.

УДК 618.2-071.1:618.36-06-036.12

### **ВЛИЯНИЕ АКУШЕРСКОГО АНАМНЕЗА НА РАЗВИТИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ЕГО РОЛЬ, В СЛУЧАЯХ КЛИНИЧЕСКОЙ И ГИСТОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ**

*Шкуратова Е. Ю.*

**Научный руководитель: ассистент Я. И. Бик-Мухаметова**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Фетоплацентарная недостаточность (ФПН) представляет собой результат сложной реакции плода и плаценты на различные патологические состояния материнского орга-

низма, в основе которых лежат морфофункциональными изменениями в плаценте [1]. Она выявляется у 3–4 % здоровых женщин с неосложненным течением беременности, а при различной патологии ее частота колеблется от 24 до 46 %. Природа развития ФПН многофакторна: экстрагенитальные и гинекологические заболевания, инфекции у беременных женщин, отягощенный акушерский анамнез, осложненное течение беременности. Дисфункция плаценты приводит к эмбриональной задержке роста и миелинизации нервных окончаний, апоптозу клеток головного мозга плода. Таким образом, фетоплацентарная недостаточность в значительной степени способствует перинатальной заболеваемости и смертности [2].

### **Цель**

Выявить влияние акушерского анамнеза на развитие гистологически подтвержденной хронической фетоплацентарной недостаточности и его значение для возможности клинической диагностики ФПН до родоразрешения.

### **Материал и методы исследования**

Данная работа была выполнена на базе отделения патологии беременности, родового и послеродового отделений УЗ «Гомельская городская клиническая больница № 2». Проводился анализ акушерско-гинекологического анамнеза, анализ историй родов, обменных карт и историй новорожденных, результатов патогистологического исследования последов у 150 женщин: основную группу составили 90 беременных с гистологически подтвержденной фетоплацентарной недостаточностью, группу сравнения - 60 женщин без фетоплацентарной недостаточности. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программ «MedCalc 10.2.0.0» и стандартного приложения Microsoft Office Excel (2010), с помощью анализа долей ( $p$  %), стандартной ошибки доли ( $sp$  %). Общее межгрупповое различие качественных признаков определяли с помощью критерия  $\chi^2$  с поправкой Йетса на непрерывность, для малых выборок — с помощью точного критерия Фишера ( $F$ ). Парное межгрупповое сравнение количественных признаков рассчитывали по критерию Манна — Уитни с поправкой Йетса ( $Z$ ). Статистически значимыми считались результаты при значении  $p < 0,05$ .

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

Женщины с гистологически подтвержденной ФПН (средний возраст составил  $28,8 \pm 3,8$  года) были статистически значимо старше, чем женщины без ФПН (средний возраст  $26,8 \pm 4,8$ ) ( $p = 0,034$ ). При этом женщины с клинически и гистологически диагностированной ФПН и только с гистологически подтвержденной ФПН по возрасту были сопоставимы:  $28 \pm 4,2$  года и  $29,2 \pm 3,6$  года соответственно ( $p > 0,05$ ).

Согласно данным нашего исследования женщины с гистологически подтвержденной ФПН не отличались от женщин без ФПН по паритету беременности и родов, наличию в анамнезе невынашивания (в том числе привычного) и медицинского прерывания беременности (таблица 1).

Первородящих женщин с отягощенным акушерским анамнезом среди женщин с гистологически подтвержденной ФПН было статистически значимо больше, чем среди женщин без ФПН: 20 женщин с ФПН ( $22,4 \pm 4,4$  %) и 2 женщины без ФПН ( $3,3 \pm 2,3$  %) ( $p = 0,0009$ ). Данные представлены в таблице 1.

Для уточнения возможного влияния акушерского анамнеза на то, что ФПН проявит себя клинически до родоразрешения, основная группа была разделена на две подгруппы: основная подгруппа 1А ( $N = 35$ ) — женщины с ХФПН диагностированной до родов (фетометрия, доплерометрия, или наличием мекония в околоплодных водах) и основная подгруппа 1Б ( $N = 55$ ) — женщины, у которых ХФПН до родоразрешения не была диагностирована. На частоту диагностики ФПН до родоразрешения паритет беременности, родов и отягощенный акушерский анамнез влияние не оказали (таблица 1).

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