

Пролонгирование беременности после коррекции ИЦН составило $8,9 \pm 0,63$ недели в основной группе, и $8,13 \pm 1,97$ недель — в группе сравнения.

Акушерские исходы у обследованных беременных в зависимости от метода коррекции ИЦН представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Исходы беременности у пациенток исследуемых групп, (%/n)

Исход беременности	Основная группа (n = 30)	Группа сравнения (n = 15)	Достигнутый уровень значимости, p
Поздний самопроизвольный выкидыш	—	46,7 % (n = 7)	0,00014
Преждевременные роды	26,7 % (n = 8)	40 % (n = 6)	0,49
Срочные роды	73,3 % (n = 22)	13,3 % (n = 2)	0,0003

Таким образом, частота невынашивания беременности (включая поздний самопроизвольный выкидыш и преждевременные роды) в группе сравнения оказалась достоверно выше 86,6 % (n = 13), против 26,7 % (n = 8) в основной группе (p = 0,0003). В нашем исследовании низкая эффективность хирургического метода вероятно была связана с пролабированием плодного пузыря, а также достоверно более короткой шейкой матки на момент коррекции ИЦН у пациенток данной группы.

Выводы

1. Частота невынашивания беременности в группе с хирургической коррекцией ИЦН оказалась достоверно выше (86,6 против 26,7 % в основной группе, p = 0,0003) и была связана с пролабированием плодного пузыря, а также более короткой шейкой матки по данным трансвагинальной ультразвуковой цервикометрии.

2. Пролонгирование беременности после коррекции ИЦН в основной группе составило $8,9 \pm 0,63$ недели, в группе сравнения — $8,13 \pm 1,97$ недели.

ЛИТЕРАТУРА

1. Радзинский, В. Е. Преждевременные роды / В. Е. Радзинский, И. Н. Костин // Акушерство и гинекология. — 2009. — № 4. — С. 16–19.
2. Сидельникова, В. М. Преждевременные роды. Недоношенный ребенок / В. М. Сидельникова, А. Г. Антонов. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — С. 192–206.
3. Клинические рекомендации МЗРФ «Истмико-цервикальная недостаточность». — М., 2018. — С. 5.
4. Тетруашвили, Н. К. Коррекция истмико-цервикальной недостаточности при пролабировании плодного пузыря: возможности терапии / Н. К. Тетруашвили, А. А. Агаджанова, А. К. Милушева // Научно-практический журнал акушерство и гинекология. — 2015. — № 9. — С. 106–109.

УДК 618.175-055.25

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ДЕВУШЕК ПО ВОПРОСУ ДИСМЕНОРЕИ

Пендрикова О. В., Беридзе Р. М.

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Дисменорея — распространенное гинекологическое заболевание женщин, характеризующееся болезненными спазмами маточного происхождения непосредственно перед и (или) во время менструации при отсутствии какой-либо выраженной макроскопической тазовой патологии. Нередко у девушек, еще в раннем возрасте, отмечаются такие системные симптомы, как тошнота, рвота, диарея, повышенная утомляемость, бес-

сонница, головокружение. По данным литературных источников данные симптомы отмечаются в общей сложности у 67 % девушек во время менструации [1].

Профилактические осмотры гинекологом до 18 лет проводятся трижды: первый раз — в 5–6 лет; второй — в 14–15 лет; третий раз — в 16–17 лет. Симптомы первичной дисменореи проявляются через 1–2 года после наступления менархе (11–13 лет). Промежуток между первым и вторым осмотрами, который составляет приблизительно 9 лет, является основным фактором восприятия боли во время менструации вариантом нормы, вследствие отсутствия информированности о данном заболевании.

Хроническая боль является одной из основных причин снижения качества жизни. Дисменорея нарушает сон, а накапливающаяся усталость, испытываемая девушками, способна усилить негативное влияние боли на жизнедеятельность в дневное время. Таким образом, дисменорея — не только медицинская, но и социальная проблема.

Цель

Сравнить степень информированности девушек различных возрастных групп по вопросу дисменореи, а также проанализировать проводимые диагностические мероприятия, направленные на снижение распространения данного заболевания.

Материал и методы исследования

Материалом для исследования явились анкетные данные 157 девушек в возрасте от 12 до 26 лет (средний возраст — 17 лет), проживающих в г. Гомеле. Респондентам было задано 15 вопросов с множественными вариантами ответа, в том числе и собственными.

Результаты исследования и их обсуждение

В ходе исследования было выяснено, что 86 % анкетированных девушек имели регулярный менструальный цикл, но патологические симптомы, которые наблюдались у них во время цикла, являлись довольно частым явлением: боль, спазмы внизу живота (136 чел., 86,6 %); смена настроения с преобладанием отрицательных эмоций (131 чел., 83,4 %); головная боль и головокружение (80 чел., 51 %); диспепсия (87 чел., 55,4 %).

Следует отметить тот факт, что респонденты моложе 18 лет, имеющие патологические симптомы, считали себя абсолютно здоровыми, проявление данных симптомов являлось для них вариантом нормы, и о такой патологии, как дисменорея, они никогда не слышали (77 чел., 97 %). Две девушки из данной группы знали об этой патологии и ответили, что у них есть дисменорея (3 %). В виду низкой информированности подростки расценивают патологические симптомы во время менструации как вариант нормы. Профилактические мероприятия, в частности осмотры, до начала менструации не проводят, а девушки, вследствие неинформированности, не могут грамотно отнестись к купированию симптомов, за которыми может скрываться развитие вторичной дисменореи (эндометриоз, врожденные аномалии развития матки, опухоли матки и придатков матки и др.).

Что же касается старшей возрастной группы, то 50 (65 %) респондентов данной группы знали что такое «дисменорея» и 7 (14 %) из них врачом был поставлен такой диагноз.

Введение в обучающий процесс санитарно-просветительских бесед с подростками 12–13 лет до второго этапа профилактического осмотра гинекологом поможет увеличить степень информированности девушек, которые к 14–15 годам уже больше года испытывают боль, спазмы внизу живота и другие симптомы первичной дисменореи, ухудшающие качество их жизни.

Выводы

Таким образом, результаты исследования остро ставят вопрос об информированности девушек о дисменорее. Только 2 (3 %) девушки моложе 18 лет знали о такой патологии, как дисменорея. В старшей возрастной группе этот показатель составил 65 % (50 человек). Многим девушкам младшей возрастной группы, в виду их низкой информированности, на протяжении многих лет приходится переживать боли, ограничивающие их социальную жизнь. Девушки не подозревают, что имеют такой клинический диа-

гноз, как первичная дисменорея, симптомы которой можно купировать еще до начала прогрессирования заболевания, приводящее к возникновению вторичной дисменореи.

Полученные результаты обосновывают необходимость введения в обучающий процесс санитарно-просветительских бесед с девушками-подростками, создания волонтерских движений на базах поликлинических учреждений, кафедр акушерства и гинекологии медицинских университетов.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Iacovides, S.* What we know about primary dysmenorrhea today: a critical review / S. Iacovides, I. Avignon, F. Baker // *Hum Reprod Update*. — 2015. — № 21 (6). — P. 762–778.

УДК 618.3-06:616.379-808.64]-055.26

ГЕСТАЦИОННЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ КАК ФАКТОР РИСКА ПАТОЛОГИИ НОВОРОЖДЕННЫХ

Пилипенко Е. О.

Научный руководитель: к.м.н., доцент *Т. С. Милош*

Учреждение образования
«Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь

Введение

Гестационный сахарный диабет (ГСД) — наиболее частое нарушение обмена веществ у беременных, с которым встречаются эндокринологи и акушеры-гинекологи, что обусловлено как резким ростом заболеваемости сахарным диабетом (СД) 2-го типа в популяции, так и улучшением качества диагностики ГСД [1]. Для гестационного сахарного диабета (ГСД) характерно нерезкое нарушение углеводного обмена, тем не менее даже незначительная гипергликемия может негативно отразиться на состоянии здоровья плода и новорожденного [2].

Цель

Изучить влияние гестационного сахарного диабета у матери на состояние новорожденных.

Материал и методы исследования

Исследованию подвергнуты 62 случая госпитализации в учреждение здравоохранения «Гродненский областной клинический перинатальный центр» в 2016–2018 гг. беременных с СД, возникшим во время гестации. Проанализированы анамнез их жизни, наличие генитальной и экстрагенитальной патологии, течение и исход гестации. Для оценки метаболических нарушений вычисляли индекс массы тела (ИМТ) по формуле: $ИМТ = m/h^2$, где m — масса тела человека (в килограммах), а h — рост человека (в метрах) [3]. Анализ и обработка материала, результатов исследования осуществлялась с помощью программы «Statistica» 10.0.

Результаты исследования и их обсуждения

Изучены истории беременности и родов 62 женщин с ГСД. Возрастная структура: 20–29 лет — 12,9 % случаев, 25–29 лет — 29 % случаев, 30–34 лет — 32,3 % случаев, 35–40 лет — 25,8 % случаев. Среди обследованных беременных средний возраст составил $30,8 \pm 5,4$ лет.

При постановке на учет по беременности избыточный вес тела выявлен у 14 (22,5 %) женщин, ожирение 1 степени — у 12 (19,4 %) пациенток, ожирение 2 степени — у 11 (17,7 %) беременных, ожирение 3 степени — у 2 (3,2 %) пациенток.

Гестационный срок колебался в пределах от 238 до 288 и в среднем составил $269,6 \pm 1,4$ дня. Естественным путем родились 27 (43,5 %) детей, операцией кесарева сечения — 35 (56,5 %) новорожденных. Из них в сроке беременности 32–37 недели — 8 (12,9 %) мла-