

Наименьшая частота заболеваемости наблюдается в возрасте до 30 лет (3,3 % — 1 девочка в 13 лет), в возрасте 41–50 лет (3,3 % — 1 мужчина, 13,2 % — 4 женщины). Соотношение мужчин и женщин, заболевших красной волчанкой, составляет, по результатам нашего исследования, 47 % (14 человек) — мужчины и 53 % (16 человек) — женщины. По литературным данным, заболевают преимущественно женщины, чаще всего в возрасте 14–40 лет.

Среди заболевших наибольшее количество пациентов — жителей города — 66 %.

В ходе нашего исследования было установлено, что в возникновении красной волчанки имеют значение: наследственные факторы (у 2 пациентов родители имели в анамнезе ДКВ), вирусы (в анамнезе частые ОРВИ у всех пациентов, герпес у двоих).

Заболевание возникало у людей различных профессий. В нашем исследовании представлены работники жирового комбината — 2 человека, сельскохозяйственной отрасли — 5, уборщики служебных помещений — 2, рабочие на заводе — 8, пенсионеры — 6, безработных — 4, учителя — 2, библиотекарь — 1 и менеджер — 1 человек.

Впервые волчанка была выявлена у 2 человек, у остальных это были повторные госпитализации. Заболевание имело хроническое течение с периодическими обострениями преимущественно в весенне-летний период, у 80 % рецидивы возникали 2 раза в год. Средняя длительность заболевания составила 6 лет, наибольшая продолжительность болезни — 27 лет.

Наиболее частыми сопутствующими заболеваниями были: ишемическая болезнь сердца (7 человек), атеросклеротический кардиосклероз (7 человек), артериальная гипертензия (10 человек), так же наблюдались язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (1 человек), остеопороз (1 человек).

В процессе анализа результатов лабораторных исследований у 11 (37 %) пациентов были обнаружены LE-клетки.

Выводы

1. У большинства пациентов, страдающих ДКВ, высыпания локализуются на открытых участках тела.

2. Мужчины и женщины по результатам нашего исследования болели почти с одинаковой частотой: 47 и 53 % соответственно.

3. Наиболее часто встречались такие сопутствующие заболевания, как артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, атеросклеротический кардиосклероз.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иммуные нарушения и показатели липидного спектра крови у детей и подростков с системными заболеваниями соединительной ткани / Л. М. Беляева [и др.] // Медико-социальная экология личности: состояние и перспективы: материалы VI Международной конференции 4–5 апреля 2008 г., Минск: в 2 ч. — Минск: БГУ, 2008. — Ч. 1. — С. 113–115.
2. *Адашкевич, В. П.* Кожные и венерические болезни: 2-е изд. / В. П. Адашкевич, В. М. Козин. — М.: Мед. Лит., 2013. — 672 с.
3. *Окороков, А. Н.* Диагностика болезней внутренних органов / А. Н. Окороков: Т. 2: Диагностика ревматических и системных заболеваний соединительной ткани. — М. Мед. Лит., 2010. — С. 52–66.

УДК 618.2-071.1+612.63.021 J: 612.085.2-055.2

ПРЕГНАВИДАРНЫЙ АНАМНЕЗ И ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНЫМ ОПЛОДОТВОРЕНИЕМ

Брель К. А.

Научный руководитель: М. С. Недосейкина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Бесплодие является актуальной проблемой современного здравоохранения. Частота бесплодного брака колеблется от 10 до 20 %. Одними из наиболее частых осложнений

после экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) являются угроза прерывания беременности, плацентарная недостаточность и гестоз [1, 2, 3].

Цель

Изучить прегравидарный анамнез и течение беременности женщин с бесплодием, у которых беременность наступила после ЭКО спонтанно после лечения.

Материалы и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 51 историй родов и историй развития новорожденных учреждения «Гомельская областная клиническая больница» за 2014 г. Группу 1 составили 22 женщины с бесплодием и ЭКО-индуцированной беременностью. В группу 2 вошли 29 женщин с бесплодием в анамнезе, у которых беременность наступила самостоятельно после лечения.

В группах исследовали возраст, особенности акушерско-гинекологического анамнеза (менструальная, половая и репродуктивная функция, гинекологическая патология, длительность бесплодия), индекс массы тела (ИМТ), особенности течения настоящей беременности (наличие анемии, гестоза, вагинита, инфекций мочевыводящих путей, хронической фетоплацентарной недостаточности, угрозы прерывания беременности, патологии количества околоплодных вод), способ родоразрешения, течение послеродового и раннего неонатального периодов.

Для описания количественных признаков, имеющих нормальное распределение, использовали среднее арифметическое и стандартное отклонение ($M \pm SD$), для их сравнения использовали критерий Стьюдента (Т). Качественные признаки описывали с помощью доли и ошибки доли ($p \pm s_p\%$). Частоту встречаемости качественных признаков оценивали с помощью критерия χ^2 и одностороннего критерия Фишера (Р). Результаты считали значимыми при $p < 0,05$. Статистическую обработку данных проводили с помощью программы «MedCalc 10.2.0.0» (MedCalc, Mariakerke, Belgium).

Результаты исследования

Средний возраст женщин группы 1 составил $34 \pm 4,8$ года, а женщин 2-й группы — $31 \pm 4,6$ год. Нарушения жирового обмена (ИМТ $> 24,9$) выявлены у 7 ($31,8 \pm 9,9\%$) пациенток в 1 группе и у 10 ($34,5 \pm 8,8\%$) женщин во 2 группе ($p = 0,9$).

Средний возраст менархе у женщин двух групп не различался и составил $13 \pm 1,5$ лет. Нарушения менструального цикла отмечены у 7 ($31,8 \pm 9,9\%$) женщин с ЭКО и у 11 ($37,9 \pm 9\%$) пациенток 2 группы ($p = 0,9$). Средний возраст начала половой жизни у 1 и 2 группы составил $18 \pm 2,8$ года. Дисфункцию яичников диагностировали у 7 ($24,1 \pm 7,9\%$) женщин с бесплодием ($p = 0,03$). Внематочная беременность в анамнезе была отмечена у 5 ($22,7 \pm 8,9\%$) женщин с ЭКО ($p = 0,02$).

Средняя продолжительность бесплодия у женщин с ЭКО составила 6 ± 4 года, а у женщин 2 группы — $7 \pm 3,6$ года. У большинства ($60,7\%$) женщин двух групп бесплодие было первичным по сравнению с 20 ($39,2 \pm 6,8\%$) женщинами с вторичным бесплодием ($\chi^2 = 3,9$; $p = 0,04$). Причины бесплодия представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Причины бесплодия у женщин в группах исследования, n ($p \pm s^p\%$)

Причины	Группа 1 (N = 22)	Группа 2 (N = 29)	Уровень статистической значимости
Эндокринное бесплодие	5 ($22,7 \pm 8,9\%$)	3 ($10,3 \pm 5,7\%$)	$\chi^2 = 0,7$; $p = 0,4$
Трубно-перитонеальное бесплодие	15 ($68,0 \pm 9,9\%$)	13 ($44,8 \pm 9,2\%$)	$\chi^2 = 0,9$; $p = 0,2$
Маточное бесплодие	2 ($9,1 \pm 6,1\%$)	5 ($17,2 \pm 7,01\%$)	$\chi^2 = 0,2$; $p = 0,7$
Мужское бесплодие	1 ($4,5 \pm 4,4\%$)	1 ($3,5 \pm 3,4\%$)	$\chi^2 = 0,3$; $p = 0,6$
Криптогенные причины	1 ($4,5 \pm 4,4\%$)	10 ($34,5 \pm 8,8\%$)	$\chi^2 = 4,9$; $p = 0,03$

В целом течение беременности у пациенток двух групп не различалось (таблица 2).

Таблица 2 — Особенности течения беременности у женщин с ЭКО и у женщин с бесплодием, n (p ± s^p %)

Признак	Группа ЭКО (N = 22)	Группа бесплодие (N = 29)	Уровень статистической значимости
Гестоз	8(36,3 ± 10,3 %)	6(20,7 ± 7,5 %)	$\chi^2 = 0,9$; p = 0,4
Анемия	19(86,3 ± 7,3 %)	23(79,3 ± 7,5 %)	$\chi^2 = 0,08$; p = 0,7
Инфекции мочевыводящих путей	4(18 ± 8,2 %)	7(24,1 ± 7,9 %)	$\chi^2 = 0,03$; p = 0,9
Вагинит	7(31,8 ± 9,9 %)	22(75,8 ± 7,9 %)	$\chi^2 = 8,2$; p = 0,004
Угроза прерывания беременности	17(77,2 ± 8,9 %)	15(51,7 ± 9,3 %)	$\chi^2 = 2,5$; p = 0,1
Хроническая плацентарная недостаточность	3(13,6 ± 7,3 %)	4(13,7 ± 6,4 %)	$\chi^2 = 0,2$; p = 0,7
Маловодие	2(9,0 ± 6,1 %)	6(20,6 ± 7,5 %)	$\chi^2 = 0,5$; p = 0,5
Многоводие	2(9,0 ± 6,1 %)	0	p = 0,2

У 36 (70,6 ± 6,4 %) женщин в двух группах данные роды были первыми ($\chi^2 = 15,6$; p = 0,0001). Преждевременные роды наблюдали у 5 (22,7 ± 8,9 %) женщин с ЭКО и у 1 (3,4 ± 3,3 %) пациентки 2-й группы. Наибольшая доля женщин (95,5 %), родоразрешенных путем операции кесарево сечение, выявлена в 1-й группе против 16 (55,2 ± 9,2 %) женщин 2-й группы, т. к. ЭКО-индуцированная беременность является относительным показанием к абдоминальному родоразрешению ($\chi^2 = 8,2$; p = 0,004).

У 13 (59,0 ± 10,4 %) женщин 1-й группы и у 4 (13,7 ± 6,4 %) женщин 2-й группы диагностированы послеродовые осложнения ($\chi^2 = 9,6$; p = 0,002). Течение раннего неонатального периода в группах не различалось.

Выводы

Не получено значимых различий в менструальной и половой функции, длительности бесплодия, ИМТ и течения настоящей беременности у женщин 1 и 2 группы. Дисфункцию яичников наблюдали у женщин с бесплодием (24,1 %; p = 0,03), внематочная беременность в анамнезе отмечена у женщин с ЭКО (22,7 %; p = 0,02). У пациенток с самостоятельно наступившей беременностью причины бесплодия чаще были невыясненными (34,5 %; p = 0,03).

В течение беременности у 75,8 % женщин с бесплодием диагностированы вагиниты (p = 0,0004). Абдоминальный способ родоразрешения наблюдали 95,5 % пациенток после ЭКО (p = 0,0004), у них также отмечен наибольший процент послеродовых осложнений (59 %; p = 0,002).

ЛИТЕРАТУРА

1. Герасимович, Г. И. Акушерство: учебное пособие / Г. И. Герасимович. — Минск: Беларусь, 2004. — 815 с.
2. Занько, С. Н. Гинекология: учеб. пособие / С. Н. Занько. — Минск: Вышэйшая школа, 2010. — 640 с.
3. Колгушикина, Т. Н. Практическая гинекология: учебное пособие / Т. Н. Колгушикина. — Минск: Вышэйшая школа, 2004. — 336 с.

УДК 618.145-006.6:616.43

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ЭНДОКРИННЫХ НАРУШЕНИЙ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ПРЕДОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И РАЗВИТИИ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ

Будков М. С., Касьянов Э. И., Коледа Е. М.

Научный руководитель: ассистент С. Ю. Турченко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Рак эндометрия относится к наиболее частым опухолевым заболеваниям женского населения. Он является четвертым по частоте раком у женщин в большинстве стран мира (после рака молочной железы, толстой кишки и легких) и занимает третье место среди причин смертности от гинекологического рака (после рака яичников и шейки матки). Этим заболеванием чаще всего болеют женщины после наступления менопаузы, в возрасте