

### **Материалы и методы исследования**

Исследование проводилось ретроспективно по данным гистологического архива Гомельского областного патологоанатомического бюро. Была проведена морфологическая оценка биоптатов влагалищной части шейки матки 119 пациенток.

### **Результаты исследования**

Средний возраст пациенток составил  $27,9 \pm 5,2$  лет. Наиболее чаще CINМПЭ была диагностирована у женщин в возрасте 18–29 лет — 47,9 % (57 случаев), реже у пациенток в возрасте 30–39 лет и 40–49 лет — 35,5 % (42 случая) и 16,8 % (20 случаев) соответственно. Причем CIN 1 МПЭ шейки матки была диагностирована у 37 пациенток (31 %), CIN2МПЭ — у 54 (45,4 %), CIN3МПЭ — 28 (23,6 %). Причем чаще всего CIN 1 МПЭ была выявлена у пациенток в возрасте 18–29 лет — 42 % (24 случая) от всех CIN диагностированных в данной возрастной группе, у пациенток в возрасте 30–39 лет CIN 1 МПЭ составил 23,8 % (10 случаев) и в возрасте 40–49 лет — только 15 % (3 случая). CIN 2МПЭ наиболее чаще встречался у пациенток в возрасте 30–39 лет — 69 %, в возрасте 40–49 лет — 55 % (11 случаев), в возрасте 18–29 лет — 26,4 % (15 случаев). CIN 3 МПЭ практически в равной доле встречался у пациенток в возрасте 18–29 лет и 40–49 лет — 31,6 % (18 случаев) и 30 % (6 случаев) соответственно.

### **Выводы**

1. CIN МПЭ шейки матки чаще встречается у женщин в возрасте 18–29 лет — 47,2 %.
2. У большинства пациенток дисплазия была диагностирована на стадии CIN 2 и CIN 3 — 35,5 и 16,8 % соответственно.
3. CIN 3 чаще встречалась у пациенток в возрасте 18–29 лет 31,6 % (18 случаев) и у пациенток 40–49 лет — 30 % (6 случаев).

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Nucci, M. R. Gynecologic pathology / M. R. Nucci, E. Oliva. — British Library, 2009. — 710 p.
2. Хмельницкий, О. К. Патоморфологическая характеристика гинекологических заболеваний / О. К. Хмельницкий. — СПб: «Сатис», 1994. — 480 с.
3. Короленкова, Л. И. Диагностические ошибки в оценке степени цервикальных неоплазий / Л. И. Короленкова, В. В. Брюзгин, В. Д. Ермилова // Сборник тезисов II научно-практической конференции «Современные научные направления и актуальные клинические вопросы в акушерстве и гинекологии». — М., 2011. — С. 45–46.

**УДК 618.291+618.4**

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ КРУПНОМ ПЛОДЕ**

**Кравцова Ю. Н.**

**Научный руководитель: к.м.н., доцент Е. А. Эйныш**

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

### **Введение**

В нашей стране частота родов крупным плодом составляет 9–18 % от общего количества рожденных детей. Крупным считается плод, чья масса составляет 4000 г и более (до 5000 г). Плод с массой более 5000 г называется гигантским и встречается реже. Наиболее точное определение предполагаемой массы плода дает возможность прогнозировать течение родов и проводить профилактику осложнений [1].

### **Цель**

Выявить факторы риска развития макросомии, изучить анамнез, особенности течения беременности, родов, послеродового периода; изучить возможные осложнения с разработкой комплекса мероприятий по их предупреждению, определить оптимальный способ родоразрешения.

### **Материалы и методы исследования**

Проведен ретроспективный анализ 60 историй родов и новорожденных, родоразрешенных в родильном отделении учреждения здравоохранения «Гомельская городская клиническая больница № 3» за 2014 г. В исследуемую группу (1) вошли 30 женщин, родивших детей с массой тела более 4000 г, в контрольную группу (2) вошло 30 женщин, родивших детей с массой тела до 4000 г. Для количественных данных вычислены средние величины и их ошибки, для качественных признаков — доля и ошибка доли. Сравнение групп проведено с помощью критерия  $\chi^2$ , критерия Манна — Уитни (U). Статистически значимыми считали результаты при уровне  $p < 0,05$ .

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

Средний возраст пациенток составил  $27,0 \pm 4,4$  года в 1 группе, во второй —  $28,9 \pm 4,7$  лет. Первородящих в первой группе было 8 ( $26,6 \pm 8,0$  %), первородящих — 10 ( $33,3 \pm 8,6$  %), во 2 группе — 5 ( $16,6 \pm 6,8$  %) и 8 ( $26,6 \pm 8,0$  %). Установлено, что женщины с крупным плодом, преобладают среди повторнородящих [2]. В анамнезе у 4 пациенток 1 группы ( $13,3 \pm 6,2$  %) и у 3 пациенток 2 группы ( $10,0 \pm 5,5$  %) имели место роды крупным плодом. Акушерско-гинекологический анамнез был отягощен у 27 ( $90,0 \pm 5,4$  %) пациенток 1 группы и у 25 ( $83,3 \pm 6,8$  %) пациенток 2 группы: патология шейки матки — 14 и 11 ( $46,7 \pm 9,1$  %;  $36,6 \pm 8,7$  %), вагиниты — 7 и 2 ( $23,3 \pm 7,7$  %;  $6,6 \pm 4,5$  %), операции на придатках по поводу кист яичников и трубной беременности — 4 и 2 ( $13,3 \pm 6,2$  %;  $6,6 \pm 4,5$  %), самопроизвольные выкидыши и медицинские аборт — 7 и 8 ( $23,3 \pm 7,7$  %;  $26,7 \pm 8,0$  %), оперированная матка — 1 и 5 ( $3,3 \pm 3,2$  %;  $16,6 \pm 6,8$  %). Соматическая патология выявлена по 26 ( $86,6 \pm 6,2$  %) пациенток обеих групп. В структуре соматической патологии преобладали заболевания щитовидной железы — 8 и 11 ( $26,7 \pm 8,1$  %;  $36,6 \pm 8,7$  %), анемия — 7 и 4 ( $23,3 \pm 7,7$  %;  $6,6 \pm 4,5$  %), миопия, заболевания почек — по 5 случаев ( $16,6 \pm 6,8$  %) в 1 группе и 8 и 5 ( $26,7 \pm 8,0$  %;  $16,6 \pm 6,8$  %) во 2 группе, заболевания сердечно-сосудистой системы — по 4 случая ( $13,3 \pm 6,2$  %). Из осложнений беременности были выявлены угроза прерывания беременности — 5 ( $16,6 \pm 6,8$  %), вагиниты — по 8 ( $26,7 \pm 8,1$  %), преждевременное излитие околоплодных вод — по 6 ( $20,0 \pm 6,3$  %), хроническая внутриматочная гипоксия плода — 5 и 9 ( $16,6 \pm 6,8$  %;  $30,0 \pm 8,0$  %), гестоз — 3 и 8 ( $10,0 \pm 5,5$  %;  $26,7 \pm 8,1$  %), многоводие, косое положение плода — 1 и 2 ( $3,3 \pm 3,2$  %;  $6,6 \pm 4,5$  %). Патологическая прибавка массы тела (от 12 до 27 кг) отмечалась у 21 пациентки ( $70,0 \pm 8,3$  %) 1 группы и у 15 пациенток 2 группы ( $50,0 \pm 9,1$  %). Таким образом, пациентки оказались сопоставимы по анамнестическим данным и частоте и структуре осложнений беременности.

Средняя прибавка массы тела за время беременности составила у пациенток 1 группы  $14,4 \pm 3,9$  и  $12,9 \pm 3,6$  кг у женщин 2 группы. Однако прибавка массы за 3 триместр составила  $6,2 \pm 1,7$  и  $3,9 \pm 1,2$  кг ( $p < 0,001$ ). Предполагаемая масса плода более 4000 г до родов (по формуле Жордания и по ультразвуковому исследованию (УЗИ)) была установлена у 14 ( $46,6 \pm 9,1$  %) пациенток. В 27 случаях ( $90,0 \pm 5,4$  %) имела место недооценка массы плода. Минимальная недооценка массы плода составила 30 г, максимальная — 1140 г. Среднее значение ошибки при определении массы тела по формуле Жордания составила  $348,7 \pm 232,0$  г. В 10 случаях ( $33,3 \pm 8,6$  %) ошибка при определении массы тела плода составила более 500 г. Ошибка возрастала по мере увеличения массы плода: в 2 случаях рождения плодов по 4700 г ошибка составила 1100–1140 г. Во второй группе средняя масса плодов по данным формулы и УЗИ составила  $2855,7 \pm 743,9$  г. Ошибка составила  $100,0 \pm 21,3$  г. При определении массы тела до родов наблюдались отклонения в сторону увеличения предполагаемой массы тела от 20 до 900 г.

Срок гестации к моменту родов составил  $270,0 \pm 16,2$  дня и  $263,1 \pm 16,3$  дней соответственно. В первой группе через естественные родовые пути родоразрешено 20 ( $66,7 \pm 8,7$  %), во 2 — 22 ( $73,3 \pm 8,1$  %) пациентки. Эпизиотомия по поводу угрожающего раз-

рыва промежности произведена в 16 случаях ( $53,3 \pm 9,1 \%$ ) в 1 группе и в 10 ( $33,3 \pm 8,6 \%$ ) во второй. Путем кесарева сечения родоразрешено соответственно 10 ( $33,3 \pm 8,6 \%$ ) и 8 ( $26,7 \pm 8,1 \%$ ) пациенток. Показаниями к кесареву сечению у пациенток 1 группы были: оперированная матка — 1 ( $3,3 \pm 3,2 \%$ ), субкомпенсация хронической внутриматочной гипоксии плода при отсутствии условий для быстрого родоразрешения — 5 ( $16,6 \pm 6,8 \%$ ), преждевременное излитие околоплодных вод при незрелых родовых путях — 3 ( $10,0 \pm 5,5 \%$ ), отсутствие эффекта от родоиндукции — 1 ( $3,3 \pm 3,2 \%$ ). Во 2 группе операции выполнялись по поводу оперированной матки — 5 ( $16,6 \pm 6,8 \%$ ), хронической гипоксии плода в стадии субкомпенсации — 2 ( $6,6 \pm 4,5 \%$ ). Среди новорожденных 1 и 2 группы преобладали мальчики — 21 ( $70,0 \pm 8,4 \%$ ) и 19 ( $63,0 \pm 8,7 \%$ ). Средний вес новорожденных 1 группы составил  $4230,0 \pm 191,7$  г, рост —  $57,1 \pm 2,1$  см, окружность головы —  $35,8 \pm 1,2$  см, окружность груди —  $35,5 \pm 1,2$  см; во второй группе масса детей была  $3276,4 \pm 434,3$  г, рост —  $52,0 \pm 3,5$  см, окружность головы —  $33,0 \pm 2,0$  см, окружность груди —  $31,8 \pm 2,4$  см. Обвитие пуповины вокруг шеи наблюдалось в 8 ( $26,7 \pm 8,1 \%$ ) и 6 ( $20,0 \pm 6,3 \%$ ) случаев. В асфиксии на 1 минуте было 2 плода, на 5 — 1; во 2 группе детей, родившихся в асфиксии, не было. Здоровыми в 1 группе родились 9 ( $30,0 \pm 8,4 \%$ ) новорожденных, во 2 — 17 ( $56,6 \pm 0,0\%$ ),  $\chi^2 = 4,3$ ,  $p = 0,04$ . В структуре заболеваний у новорожденных 1 группы отмечались гипогликемия — у 7 детей ( $23,3 \pm 7,7 \%$ ), гемолитическая болезнь новорожденного по резус-фактору или АВО-системе — у 4 ( $13,3 \pm 6,2 \%$ ), внутриутробное инфицирование, геморрагический синдром — 5 ( $16,6 \pm 6,8 \%$ ), субэпендимальная киста, киста сосудистого сплетения — 6 ( $20,0 \pm 7,3$ ). Малые аномалии развития сердца — 4 ( $13,3 \pm 6,2 \%$ ). У детей 2 группы преобладала неонатальная желтуха. Послеродовый период у пациенток 1 группы осложнился лохиометрой у 3 ( $10,0 \pm 5,5 \%$ ) родильниц, гематомой задней стенки влагалища — у 1 ( $3,3 \pm 2,2 \%$ ), у пациенток 2 группы осложнений в послеродовом периоде не было.

#### **Выводы**

1. Повторные роды, патологическая прибавка массы тела за беременность, прибавка массы за 3 триместр более 5 кг ( $p < 0,001$ ) могут являться предиктором рождения крупного плода.
2. Методы определения предполагаемой массы плода (по формуле Жордания и по УЗИ) позволяют диагностировать крупный плод у  $46,6 \pm 9,1 \%$  пациенток. Чаще ( $90,0 \pm 5,4 \%$ ) имела место недооценка массы плода (от 30 до 1140 г). Ошибка возрастала по мере увеличения массы плода: в 2 случаях рождения плодов по 4700 г ошибка составила 1100–1140 г.
3. Новорожденные с массой тела более 4000 г чаще рождались в асфиксии, у них чаще выявлялась патология перинатального периода,  $\chi^2 = 4,3$ ,  $p = 0,04$ .

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Дуда, В. И. Оперативное акушерство / В.И. Дуда, В.И. Дуда, И.В. Дуда. — Минск: Интерпрессервис; Книжный дом, 2002. — 512 с.
2. Дуда, В. И. Роды крупным плодом / В. И. Дуда, Н. В. Волчок, Л. К. Аникеенко // Медицинский журнал. — 2007. — № 4. — С. 54–56.

**УДК 616-006.5-091:618.145**

## **МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЛИПОВ ЭНДОМЕТРИЯ**

**Кравцова Ю. Н.**

**Научный руководитель: ассистент Т. В. Козловская**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Полипы эндометрия — это доброкачественное новообразование, которое характеризуется патологическим разрастанием слизистой полости матки. Клинически полипы эндометрия могут проявляться дисфункциональными маточными кровотечениями, периодическими