

матки повышается с индексом массы тела более 25 кг/м² и возрастает приблизительно на 21 % на каждые 10 % прибавки массы тела [3]. Так, из данных исследования выявлено повышение массы тела у 59 (58,4 %) пациенток, в числе которых 24 женщины — с ожирением первой степени, 10 пациенток — ожирение второй степени и 2 женщины с ожирением 3 степени. В сочетании с лейомиомой матки у 22 (21,8 %) пациенток в анамнезе присутствуют такие гинекологические заболевания, как кисты яичников, воспалительные заболевания эндометрия, вагиниты, фиброма, тератома и синдром поликистозных яичников. Структура экстрагенитальных заболеваний представлена следующим образом: заболевания сердечно-сосудистой системы — 32 (29,7 %), заболевания эндокринной системы — 5 (14,9 %), мочевыделительной системы — 8 (7,9 %), пищеварительной системы — 5 (5 %), заболевания нервной системы — 4 (4 %).

Хирургическое лечение было проведено 76 (75,3 %) пациенткам, в том числе классическая экстирпация матки в 63 (62,4 %), резекция миоматозного узла в 13 (12,9 %) случаях. Ведущими показаниями к операциям у обследуемых пациенток были следующие: большие размеры и быстрый рост миомы матки, патологические маточные кровотечения, подслизистая локализация центрипетальный рост узла. При макроскопическом исследовании размеры матки были увеличены от 8 до 17 недель беременности, лейомиомы были представлены как одиночными, так и множественными опухолями. Стромальный компонент представлен компонентами экстрацеллюлярного матрикса со значительным количеством коллагеновых волокон, фиброцитами и фибробластами, а так небольшим количеством сосудов синусоидного типа, часто со склерозированными стенками.

Выводы

Лейомиома матки достаточно часто встречающаяся генитальная патология, которая начинает свое развитие с молодого возраста. У большей части обследуемой группы преобладали следующие симптомы: тянущие боли внизу живота, обильные менструации, выделения после полового акта. Среди экстрагенитальных заболеваний доминировали эндокринно-метаболические заболевания в виде ожирения, анемии и артериальной гипертензии, что свидетельствует о несостоятельности нейроэндокринной системы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Современные аспекты роста миомы матки / С. Н. Буянова [и др.] // Российский вестник акушера-гинеколога. 2012. № 12 (4). С. 42–48.
2. Overview of current surgical management of fibroids: «Organ-preserving modalities» / S. M. Elahi [et al.] // Obstet. Gynaecol. 2016. Vol. 28, № 1. P. 28–31.
3. Clinical characteristics indicating adenomyosis coexisting with leiomyomas: a retrospective, questionnaire based study / S. Y. Brucker [et al.] // Fertil Steril. 2014. Vol. 101, № 1. P. 237–241.
4. Громько, Н. А. Клинико-анамнестическая характеристика женщин с сочетанной патологией матки / Н. А. Громько, Е. В. Захарова // Путь науки. 2019. №6 (64). С. 65–67.

УДК 618.3/.4-06:616.15-097

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С РЕЗУС-ОТРИЦАТЕЛЬНОЙ КРОВЬЮ

Шлапакова К. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Е. А. Лашкевич

Учреждение образования

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

Введение

Течение беременности у женщин с резус-отрицательным фактором крови не теряет своей актуальности для практического акушерства [1]. Это связано с

развитием изосерологической несовместимости крови матери и плода по резус-фактору, и может являться причиной преждевременных родов и рождением недоношенных детей, которые страдают от респираторного дистресс-синдрома и гемолитической болезни новорожденных (ГБН) [2]. Все это несет высокий риск перинатальной заболеваемости и смертности, материальных затрат на выхаживание недоношенных детей, составляющих группу риска по частоте интеллектуальной и физической неполноценности. Чтобы снизить до минимума риск возникновения резус-сенсibilизации у беременных женщин, уменьшить уровень летальности, инвалидизации от гемолитической болезни плода и новорожденного, в качестве специфической профилактики показано введение антирезусного иммуноглобулина человека [3].

Цель

Изучить течение беременности и родов у беременных с резус-отрицательным фактором крови.

Материал и методы исследования

Ретроспективно на базе УЗ «Гомельская областная клиническая больница» изучены 63 истории родов пациенток, находившихся на стационарном лечении в послеродовом отделении с ноября 2021 по март 2022 гг. Пациентки были разделены на 2 группы: основная — 31 женщина с отрицательным резус-фактором крови и группа сравнения — 32 пациентки с положительным резус-фактором крови. В ходе работы были изучены возраст женщин, акушерско-гинекологический анамнез, сопутствующие заболевания, осложнения беременности. Рассчитана доля (р, %). Сравнение качественных признаков проводила с использованием критерия χ^2 , для малых выборок — с помощью точного критерия Фишера (P). Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Возраст обследованных женщин колебался от 14 до 42 лет. Статистически значимых различий акушерско-гинекологического анамнеза между группами не установлено. У большинства пациенток обеих групп были диагностированы гинекологические заболевания — у 25 (80,6 %) пациенток основной группы и 23 (71,9 %) женщин группы сравнения ($\chi^2 = 0,27$; $p = 0,602$). Псевдоэрозия шейки матки была диагностирована у 15 (48,4 %) женщин основной группы и 18 (56,3 %) женщин группы сравнения ($\chi^2 = 0,14$; $p = 0,710$); кольпит наблюдался в анамнезе у 13 (41,9 %) пациенток основной группы и 10 (31,3 %) пациенток группы сравнения ($\chi^2 = 0,38$; $p = 0,536$). Вагинит диагностирован у 2 (6,5 %) пациенток из группы сравнения ($\chi^2 = 0,48$; $p = 0,487$); бактериальный вагиноз — у 1 (3,2 %) пациентки из основной группы ($\chi^2 = 0,00$; $p = 0,987$), кандидозный вульвовагинит — у 1 (3,2 %) пациентки основной группы ($\chi^2 = 0,00$; $p = 0,987$). Миома матки обнаружена у 2 (6,4 %) пациенток основной группы ($\chi^2 = 0,55$; $p = 0,458$). Апоплексия яичника в анамнезе была обнаружена у 1 (3,2 %) пациентки основной группы ($\chi^2 = 0,00$; $p = 0,987$); разрыв кисты яичника — у 1 (3,2 %) пациентки основной группы ($\chi^2 = 0,00$; $p = 0,987$). Сальпингоофорит диагностирован у 1 (3,2 %) пациентки основной группы и 1 (3,1 %) пациентки группы сравнения ($\chi^2 = 0,48$; $p = 0,487$); гидросальпинкс в анамнезе у 1 (3,2 %) женщины из основной группы ($\chi^2 = 0,00$; $p = 0,987$); хронический цервицит — у 1 (3,1 %) женщины из группы сравнения ($\chi^2 = 0,00$; $p = 0,987$), эндоцервикоз — у 1 (3,2 %) пациентки из основной группы ($\chi^2 = 0,00$; $p = 0,987$).

При изучении паритета родов было установлено, что первородящих в основной группе было 6 (19,4 %), а в группе сравнения — 13 (40,6 %) женщин ($\chi^2 = 2,45$; $p = 0,118$); антенатальная гибель плода наблюдалась в анамнезе у 2 (6,5 %) пациенток основной группы ($\chi^2 = 0,55$; $p = 0,458$). В ходе исследования акушерского анамнеза самопроизвольный аборт был у 8 (25,8 %) женщин из основной

группы и у 5 (15,6 %) пациенток из группы сравнения ($\chi^2 = 0,47$; $p = 0,492$), неразвивающаяся беременность — у 4 (12,9 %) и 3 (9,4 %) женщин соответственно ($P = 0,71$; $\chi^2 = 0,00$; $p = 0,964$), медикаментозный аборт был проведен 10 (32,3 %) женщинам из основной группы, и 5 (15,6 %) пациенткам из группы сравнения ($\chi^2 = 1,57$; $p = 0,210$). Бесплодие диагностировано только у 3 (9,7 %) женщин основной группы ($\chi^2 = 1,47$; $p = 0,226$).

При изучении сопутствующей экстрагенитальной патологии у обследованных пациенток, статистически значимых различий между группами получено не было (таблица 1). В обеих группах с наибольшей частотой встречались заболевания дыхательной системы и эндокринная патология.

Таблица 1 — Особенности соматического анамнеза, n (p, %)

Показатель	Основная группа (n = 31)	Контрольная группа (n = 32)	Уровень значимости
Заболевания сердечно-сосудистой системы	5 (16,1 %)	10 (31,3 %)	$\chi^2 = 1,24$; $p = 0,266$
Заболевания желудочно-кишечного тракта	6 (19,4 %)	6 (18,8 %)	$P = 1,0$
Заболевания органов зрения	9 (29 %)	15 (46,9 %)	$\chi^2 = 1,44$; $p = 0,231$
Заболевания дыхательной системы	13 (41,9 %)	14 (43,8 %)	$\chi^2 = 0,01$; $p = 0,913$
Эндокринная патология	12 (38,7 %)	11 (34,4 %)	$\chi^2 = 0,01$; $p = 0,924$
Патология мочевыделительной системы	6 (19,4 %)	3 (9,4 %)	$P = 0,3$

Изучено течение беременности у пациенток в исследуемых группах, данные приведены в таблице 2. Хроническую плацентарную недостаточность (ХПН) чаще диагностировали у пациенток из основной группы, чем из группы сравнения — у 11 (35,5 %) против 3 (9,4 %) пациенток соответственно ($\chi^2 = 4,79$; $p = 0,029$). Задержка развития плода выявлена лишь у 1 (3,2 %) пациентки из основной группы ($P = 0,49$).

Таблица 2 — Особенности течения беременности, n (p, %)

Показатель	Основная группа (n = 31)	Контрольная группа (n = 32)	Уровень значимости
Анемия	19 (61,3 %)	14 (43,1%)	$\chi^2 = 1,3$; $p = 0,25$
Угроза прерывания беременности	16 (51,6 %)	10 (31,1%)	$\chi^2 = 1,92$; $p = 0,166$
ХПН	11 (35,5 %)	3 (9,4%)	$\chi^2 = 4,79$; $p = 0,029$
Многоводие	2 (6,5 %)	0 (0%)	$\chi^2 = 0,55$; $p = 0,5$
Маловодие	2 (6,5 %)	2 (6,3%)	$P = 1,0$
Коронавирусная инфекция	7 (22,6 %)	7 (21,9%)	$P = 1,0$

Через естественные родовые пути родоразрешены 17 (54,8 %) женщин основной группы и 24 (75 %) пациентки из группы сравнения ($\chi^2 = 2,0$; $p = 0,157$). Из 31 обследованной пациентки с резус-отрицательным фактором крови, у 15 (48,4 %) ребенок имел резус-положительный фактор крови. ГБН была диагностирована у 14 (45,2 %) пациенток, из них у 1 (3,2 %) в анамнезе уже была зарегистрирована ГБН.

Специфическая иммунопрофилактика проводилась на 28–32 неделе беременности 16 (76,2 %) из 21 женщины с отрицательным резус-фактором крови при отсутствии антиэритроцитарных антител ($\chi^2 = 12,84$; $p < 0,001$), из них у 2 (9,5 %) пациенток данная беременность была первая. Вводили антирезусный иммуноглобулин человека 10 (47,6 %) женщинам, «Резонатив» — 6 (28,6 %).

Профилактическое введение антирезусного иммуноглобулина человека не проводилось 5 (23,8 %) пациенткам с резус-отрицательным фактором крови, у 10 (32,3 %) женщин были диагностированы антиэритроцитарные антитела в титре от 1:4 до 1:512.

В ходе исследования паритета беременностей 31 пациентки с резус-отрицательным фактором крови бы выяснено, что у 20 (64,5 %) женщин пари-

тет беременностей составил 3 и более, из которых у 9 (45 %) пациенток развилась ГБН ($\chi^2 = 16,16$; $p < 0,001$).

Выводы

Таким образом, при анализе течения беременности исследуемых пациенток было установлено, что у женщин с резус-отрицательным фактором крови чаще течение беременности осложняется хронической плацентарной недостаточностью — у 11 (35,5 %) против 3 (9,4 %) из группы сравнения ($p = 0,029$), что обусловлено выбросом большого количества специфических антител (Ig G), нарушением плацентации и формирования ворсин, требует проведения специфического лечения.

Фактором риска развития ГБН является паритет беременностей 3 и более — при этом ГБН диагностирована в 45 % ($p < 0,001$), что обусловлено выбросом большого количества специфических Ig G, которые способны проникать в кровоток плода через гематоплацентарный барьер, вызывать гемолиз эритроцитов ребенка в ретикулоэндотелиальной системе. В результате резус-конфликта развивается гемолитическая болезнь плода.

При отсутствии антиэритроцитарных антител, у 16 (76,2 %) пациенток проведена специфическая иммунопрофилактика ($p < 0,001$), что говорит о необходимости повышения осведомленности беременных о патогенезе ГБН и увеличения иммунопрофилактики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дударева, М.В. Диагностика резус-конфликта и тактика ведения беременности / М.В. Дударева, В.В. Авруцкая // Медицинская иммунология. 2017. № 5. С. 181–182.
2. Кокорина, В. С. Профилактика синдрома дыхательных расстройств новорожденного: еще раз подтвержденная эффективность / В. С. Кокорина, А. Р. Лалаева, И. В. Фомина // Молодежный инновационный вестник. 2018. Т. 7, № 51. С. 106–107.
3. Преждевременные роды: изменения к лучшему / И. В. Фомина [и др.] // Современные проблемы науки и образования. 2017. № 5. С. 167.

UDC 618.14-007.61-006.6

CLINICAL EFFECTIVENESS AND DIAGNOSTIC VALUE OF COLOR DOPPLER ULTRASONOGRAPHY IN PATIENTS WITH ENDOMETRIAL HYPERPLASIA AND CARCINOMA

Addipalli Maanasa

Scientific supervisor: PhD, Associated Professor Y. A. Lyzikova

**Educational Establishment
«Gomel State Medical University»
Gomel, Republic of Belarus**

Introduction

Endometrial hyperplasia (EH) is the abnormal growth of the uterine endometrium. This abnormal growth may be due to estrogen stimulation or genetic mutations leading to uncontrolled proliferation [1]. Endometrial carcinoma (EC) is the most common gynaecologic malignancy in the developed world, and it has several histologic types [2]. As per epidemiological overview, the EH is 133 per 100,000 woman-years and EC is 25 per 100,000 woman-years. The histological variants of endometrial lesions can be resulted as Endometrioid carcinoma as type 1 EC typically develops from atypical endometrial hyperplasia, is hormonally responsive, and carries a favourable prognosis. Other histologic types are known as type 2 EC, they tend to present at more advanced stages, are not hormonally responsive, and carries out poor prognosis [3]. Women with both EH and EC tend to present with postmenopausal or irregular menstrual bleeding. Biopsy is required for definitive diagnosis of