

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Клинические рекомендации «преждевременное половое развитие» / В. А. Петеркова [и др.] // Проблемы эндокринологии. – 2021. – № 5.
2. Чеботарева, Ю. Ю. Некоторые аспекты преждевременного полового развития у девочек дошкольного возраста / Ю. Ю. Чеботарева, Ю. А. Петров, М. А. Родина // РМЖ. Мать и дитя. – 2022. – № 5(3). – С. 215–222. – doi: 10.32364/2618–8430–2022–5–3–215–222.
3. Hamilton, A. S. Puberty and genetic susceptibility to breast cancer in a case-control study in twins / A. S. Hamilton, T. M. Mack // N Engl J Med. – 2003. – Jun 5, Vol. 348(23). – P. 2313–22. – doi: 10.1056/NEJMoa021293. PMID: 12788995.

УДК 618.36:618.146]–08

**Е. Н. Хроленко, А. В. Марченко**

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

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ПРОГЕСТЕРОНА В ПРОФИЛАКТИКЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ У ПАЦИЕНТОК С ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

#### ***Введение***

Проблема преждевременных родов (ПР) сохраняет свою актуальность в современном мире, так как ПР – основная причина перинатальной заболеваемости и смертности. В 30% наблюдений причиной ПР является истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН), а ее бессимптомное течение служит предпосылкой к росту их частоты [1].

Ведение беременности у женщин с ИЦН остается сложной и многогранной проблемой. Меры, направленные на профилактику ПР по причине ИЦН, не приводят к значительному снижению их частоты, в связи с чем необходимо не только понимать этиологию, но и учитывать анатомо-гистологические особенности строения шейки матки, а также роль и действие прогестерона во время беременности. Оценка факторов риска и раннее выявление ИЦН позволят своевременно провести профилактику ее формирования или начать терапию, назначив необходимую дозировку микронизированного прогестерона, а при необходимости скорректировать тактику лечения. На сегодняшний день такой подход является основным способом снижения частоты ПР и ассоциированных с ними перинатальных осложнений [2].

#### ***Цель***

Оценить эффективность профилактики ПР у пациенток с ИЦН с помощью применения микронизированного прогестерона (сустен) и модифицированного прогестерона (дюфастон).

#### ***Материал и методы исследования***

Исследование проводилось на базе УЗ «Могилевская поликлиника № 5» и УЗ «Могилевская поликлиника № 4». Был проведен ретроспективный анализ 69 амбулаторных карт пациенток с невынашиванием и ИЦН на 14–36 неделе беременности в период с 2022 по 2024 гг. Критерии включения были следующими: длина шейки матки менее 25 мм на сроке 14–18 недели гестации, невынашивание беременности, одноплодная беременность. Первую группу (n=42) составили пациентки, которым был назначен Дюфастон в суточной дозе 20 мг. Прием препарат продолжался до 21 недели гестации. Во вторую группу (n=27) были включены беременные, принимавшие препарат Сустен в суточной дозе 400 мг, вводили интравагинально 2 раза в сутки до 22 недели гестации.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета прикладных программ MS Excel 2019. Сравнительный анализ качественных показателей проводился с использованием двухстороннего критерия Фишера. Различия считали статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

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

Возраст обследуемых женщин варьировал от 20 до 38 лет. Медиана возраста составила 29 лет. Статистически значимых различий среднего возраста пациенток обеих групп не было выявлено.

При изучении акушерско-гинекологического анамнеза статистически значимых различий выявлено не было (таблица 1).

Таблица 1 – Акушерско-гинекологический анамнез пациенток

Признак	Первая группа (n=42)		Вторая группа (n=27)		Уровень значимости, p
	Абс.	Отн. %	Абс.	Отн. %	
Первородящие повторно-беременные	19	45,2	14	51,8	$p > 0,05$
Повторнородящие	23	54,8	13	48,2	$p > 0,05$
Самопроизвольные выкидыши на сроке до 12 недели	16	38,1	11	40,7	$p > 0,05$
Самопроизвольные выкидыши на сроке 12–22 недели	11	26,1	8	29,6	$p > 0,05$
ПР в анамнезе	15	35,7	8	29,6	$p > 0,05$
ЭКО	5	11,9	5	18,5	$p > 0,05$

Были выявлены следующие экстрагенитальные заболевания у беременных: гипотиреоз (45,2% в первой группе и 44,4% во второй), гестационный сахарный диабет (35,7% в первой группе и 40,7% во второй), миопия (30,9% в первой группе и 22,2% во второй), анемия легкой степени (61,9% в первой группе и 59,2% во второй группе), артериальная гипертензия 1 степени (38,1% в первой группе и 27% во второй), пролапс митрального клапана (30,9% в первой группе и 44,4% во второй).

При изучении особенностей течения беременности было выявлено, что пациентки перенесли острые инфекционные заболевания во время беременности: ОРВИ, обострение хронического пиелонефрита, инфекции мочеполовой системы: в первой группе 42,8%, а во второй 37,1%.

У 20 % пациенток течение первого триместра гестации осложнилось клинически выраженной угрозой прерывания беременности. Однократная или повторная госпитализация до коррекции ИЦН понадобилась 4 пациенткам из первой группы и 8 из второй ( $p=0,049$ ).

В результате исследования выяснилось, что средний срок родоразрешения у женщин первой группы составил 38,2 недели, у второй группы – 36,5 недели ( $p=0,017$ ).

### **Выводы**

В ходе проведенного исследования определили, что пациентки из второй группы, принимавшие препарат Сустен, имели более высокий риск преждевременных родов ( $p=0,017$ ). При анализе акушерско-гинекологического анамнеза, экстрагенитальных патологий, особенностей течения беременности статистически значимых различий между группами пациенток выявлено не было. Однако клинически выраженная угроза прерывания беременности в первом триместре была выше у пациенток второй группы ( $p=0,049$ ).

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Линченко, Н. А. Тактика ведения пациенток с истмико-цервикальной недостаточностью / Н. А. Линченко // Вестник ВолГМУ. – 2015. – Т. 1, № 53. – С. 15–18.
2. Истмико-цервикальная недостаточность – предиктор преждевременных родов / С. В. Новикова [и др.] // Вопросы практической кольпоскопии и генитальные инфекции. – 2022. – № 2(57). – С. 30–34.

УДК 618.14–006.363–08–018

**Н. Н. Чигир**

*Научный руководитель: старший преподаватель А. В. Мишин*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

## КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ

### ***Введение***

Одной из актуальных проблем в гинекологии в Республике Беларусь, вне зависимости от возраста, является доброкачественное заболевание – миома матки. Частота встречаемости миомы матки в структуре гинекологической патологии составляет 13–27 % [1].

Миома (лейомиома, фибромиома) образуется из мышечной или мышечной и соединительной ткани матки. Макроскопически лейомиомы всегда четко отграниченные округлые, плотные, серовато-белые на разрезе, волокнистые опухоли. Их размеры варьируют от едва заметных узелков до массивных новообразований, заполняющих тазовую полость. Миома может располагаться в толще миометрия (интрамурально), под слизистой оболочкой (субмукозно) или под серозной оболочкой (субсерозно). Микроскопически опухоль состоит из беспорядочно расположенных пучков гладкомышечных клеток и соединительнотканной стромы. Обычно мышечные клетки имеют одинаковые размеры и форму. Однако в ряде случаев опухоль состоит из причудливых клеток разных размеров и формы с гиперхромными ядрами, встречаются многоядерные клетки. Такие лейомиомы следует дифференцировать с лейомиосаркомами [2].

Факторы риска миомы матки: раннее менархе, отсутствие родов в анамнезе, возраст, ожирение, сочетание факторов риска, имеющих отношение к эпидемиологии, генетике, гормональным аспектам и молекулярной биологии этой опухоли [3].

### ***Цель***

Изучить и сравнить характеристику различных гистологических вариантов лейомиомы тела матки.

### ***Материал и методы исследования***

Материалом для изучения и сравнения послужили результаты патогистологического исследования 50 женщин различного возраста от 20 до 70 лет, с клиническим диагнозом «Миома матки» в 2023 году в патологоанатомическом отделении общей патологии № 5 ГУЗ «Гомельское областное клиническое патологоанатомическое бюро». Исследуемый материал был получен как после гистероскопии, отдельного диагностического выскабливания полости матки, так и после экстирпаций и ампутаций матки.

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

В результате проведенного гистологического исследования по классификации лейомиомы в зависимости от степени их клеточной дифференцировки у 21 (42,0%) женщин из 50 была выявлена клеточная лейомиома матки, у 14 (28%) – типичная (простая)