

2. Отягощенный соматический анамнез на фоне COVID-19 во время беременности наблюдался в 8 раз чаще у пациенток, родивших преждевременно, различия статистически значимы ( $\chi^2=9,432$ ;  $p=0,003$ ).

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гриднев О. В., Гришина Н. К., Соловьева Н. Б., Варгания Э. А. Пути совершенствования управления организацией и оказанием помощи женщинам с диагнозом привычное невынашивание беременности // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2022. – С. 45–50.
2. Марат, А. А. Факторы риска и структура преждевременных родов у жительниц республики Казахстан / А. А. Марат, Т. Укыбасова // Акушерство и гинекология. – 2018. – № 12. – С. 50–54.
3. Ремнёва, О. В. Факторы риска ранних преждевременных родов и их динамика у женщин славянской популяции / О. В. Ремнёва, О. В. Колядо, Н. М. Ховалыг // Мать и Дитя в Кузбассе. – 2020. – № 3(82). – С. 16–20.

УДК 618.3:616.8–009.24]:618.46–092

В. Д. Тулуп<sup>1</sup>, Ю. Г. Кустова<sup>2</sup>

*Научный руководитель: ассистент кафедры В. В. Крупейченко*

<sup>1</sup>*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»,*

<sup>2</sup>*Учреждение здравоохранения*

*«Гомельская городская клиническая больница № 2»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

### ЗНАЧЕНИЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ В РАЗВИТИИ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В СТРУКТУРАХ ПОСЛЕДОВ У ЖЕНЩИН С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

#### **Введение**

По мнению большинства исследователей, основным звеном патогенеза преэклампсии, является нарушение плацентации с недостаточным преобразованием спиральных артерий матки. При преэклампсии характерно наличие как одного вида гипоксии, так и их комбинации, что отражается в многообразии морфологических изменений плаценты [1, 2].

#### **Цель**

Изучить нозологию гинекологических заболеваний у пациенток с преэклампсией, определить значение гинекологической патологии в формировании патоморфологических изменений в структурах последа.

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

Проведено ретроспективное исследование 66 историй родов и индивидуальных карт беременных и родильниц учреждения «Гомельская областная клиническая больница» и учреждения здравоохранения «Гомельская городская клиническая больница № 2» за период с 2015 по 2021 год. Сформированы две группы. В основную группу вошли 40 пациенток с преэклампсией, контрольную группу составили 26 женщин, беременность которых протекала без данной патологии. После родоразрешения произведено патоморфологическое исследование последа. Для статистической обработки данных использована программа Statistica 10.

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

Проанализирована структура гинекологической патологии у беременных женщин основной и контрольной групп. Установлено, что дисплазия шейки матки статистически значимо чаще встречались у женщин контрольной группы ( $P=0,003$ ) (таблица 1).

Таблица 1 – Структура гинекологической патологии, n (p±sp%)

Гинекологическая патология	Основная группа N=40	Контрольная группа N=26	Уровень значимости
Вагинит	12 (30,0±7,2%)	4 (15,4±7,1%)	P=0,1
Эрозия шейки матки	21 (52,5±7,9%)	16 (61,5±9,5%)	$\chi^2=0,2$
Миома матки	5 (12,5±5,2%)	4 (15,4±7,1%)	P=0,5
Оперированная матка	4 (10,0±4,7%)	6 (23,1±8,3%)	P=0,14
Хронический сальпингоофорит	2 (5,0±3,4%)	6 (23,1±8,3%)	P=0,05

*Примечание:* \* – статистически значимое различие с контрольной группой.

Изучено патогистологическое состояние последов пациенток групп исследования. Течение беременности с преэклампсией характеризуется формированием патологических изменений в последах. Патоморфологические признаки плацентарных нарушений превалировали в основной группе 16 (40±7,7%) в сравнении с контрольной – 2 (7,7±5,2%) (P=0,005). Результаты отражены в таблице 2.

Таблица 2 – Патоморфологическая характеристика последов, n (p±sp%)

Структурные изменения	Основная группа N=40	Контрольная группа N=26	Уровень значимости
Инволюционно-дистрофические	24 (60±7,7%)*	4 (15,4±7,1%)	P=0,0004
Воспалительные	37 (95,2±4,2%)*	2 (7,7±5,2%)	P=0,00001
Дисциркуляторные	33 (82,5±6,0%)*	7 (26,9±8,7%)	$\chi^2=18,1$ , p=0,00001
Морфологическая норма	3 (7,5±4,2%)	19 (73,1±8,7%)	P=0,00001

*Примечание:* \* – статистически значимое различие с контрольной группой.

Оценена зависимость развития структурных изменений в последах у пациенток с преэклампсией от наличия той или иной гинекологической патологии. Для выявления сопряженности формирования инволютивно-дистрофических изменений у беременных с преэклампсией с гинекологическими заболеваниями основную группу разделили на 2 подгруппы. В первую подгруппу (N<sub>1</sub>) вошли 24 пациентки с преэклампсией, в последах которых обнаружены структурные изменения инволютивно-дистрофического характера (петрификаты, псевдоинфаркты, избыточное отложение фибриноида, ателектазы). Во вторую подгруппу (N<sub>2</sub>) – 16 беременных с преэклампсией, в последах которых вышеуказанные изменения не выявлены. Установлено, что среди женщин с инволютивно-дистрофическими изменениями в структурах последов преобладает число пациенток с патологией репродуктивной системы не воспалительного генеза (оперированная матка, миома матки). Полученные статистические результаты представлены в таблице 3.

Таблица 3 – Гинекологическая патология у пациенток с преэклампсией при инволютивно-дистрофических изменениях в последах, n (p±sp%)

Структура гинекологических заболеваний	N <sub>1</sub> =24	N <sub>2</sub> =16	Уровень значимости
Заболевания воспалительного генеза	0	1 (6,25±6,05%)	P=0,4
Заболевания не воспалительного генеза	12 (50,0 ±10,2%)*	2 (12,5±8,3%)	P=0,02
Гинекологических заболеваний нет	12 (50,0 ±10,2%)	13 (81,2±9,8%)	P=0,06

*Примечание:* \* – статистически значимое различие с контрольной группой.

Аналогичным образом проанализирована структура гинекологических заболеваний у женщин, страдающих преэклампсией с наличием дисциркуляторных изменений в последах (тромбозы, инфаркты, кровоизлияния). Для этого группу пациенток с преэклампсией разделили на подгруппу  $N_3$  – с дисциркуляторными изменениями в последах, в нее были включены 33 женщины и подгруппу  $N_4$  – без этих изменений, в нее вошли 7 пациенток. В подгруппе  $N_3$  доминировали женщины с патологией женских половых органов не воспалительного характера ( $P=0,0006$ ), они составили почти  $\frac{1}{4}$  группы  $8 (24,2 \pm 7,5\%)$  и 100% от числа женщин с гинекологическими заболеваниями в этой подгруппе, так как пациенток с воспалительными гинекологическими заболеваниями в подгруппе не было. В подгруппе  $N_4$  доли пациенток с гинекологической патологией воспалительного и не воспалительного генеза были равнозначны и составили по 3  $(42,9 \pm 18,7\%)$  каждая соответственно, также в подгруппе была 1 пациентка без заболеваний репродуктивной системы.

Изучена структура гинекологических заболеваний у женщин, страдающих преэклампсией, с наличием воспалительных изменений в последах. Для этого группу пациенток с преэклампсией разделили на подгруппы ( $N_5=37$ ) – с воспалительными изменениями в последах и подгруппу ( $N_6=3$ ) – без этих изменений. Установлено, что среди женщин, в последах которых отсутствуют патологические изменения воспалительного характера, в 100% случаев встречаются пациентки с не воспалительной гинекологической патологией, что достоверно больше ( $P=0,0001$ ) относительно подгруппы  $N_5$ , в которой женщин с не воспалительными заболеваниями вообще не было. В подгруппе  $N_5$  в 100% гинекологические заболевания были представлены патологией воспалительного характера и составили  $24,3 \pm 7,1\%$ , что статистически превышает частоту встречаемости заболеваний не воспалительного генеза при внутригрупповом сравнении ( $P=0,00003$ ).

Таким образом, нами установлено, что в последах беременных с преэклампсией структурные изменения дисциркуляторного и инволютивно-дистрофического характера формируются статистически значимо чаще при не воспалительной патологии органов репродуктивной системы, а структурные воспалительные изменения – при воспалении в половой системе.

### **Выводы**

Течение беременности на фоне преэклампсии сопряжено с формированием структурных изменений в последах инволютивно-дистрофического ( $P=0,0004$ ), воспалительного ( $P=0,00001$ ), дисциркуляторного характера ( $\chi^2=18,1$ ,  $p=0,00001$ ), а также патоморфологических признаков плацентарных нарушений ( $P=0,005$ ).

Заболевания женской репродуктивной системы с одинаковой частотой диагностируются как у пациенток, беременность которых осложнилась преэклампсией так и у тех женщин, гестационный период которых протекал без данного заболевания.

Однако, наличие гинекологической патологии способствует развитию патогистологических изменений в последах пациенток с преэклампсией. Дисциркуляторные и инволютивно-дистрофические изменения в структурах последов формируются статистически значимо чаще у женщин с преэклампсией и патологией репродуктивной системы, характеризующейся гистологическими изменениями матки (миома матки, рубцы на матке) ( $P=0,02$ ,  $P=0,0006$ ), а воспалительные изменения в последах возникают у женщин с заболеваниями воспалительного генеза ( $P=0,00003$ ). Таким образом, наличие гинекологической патологии у беременных с преэклампсией может усугубить формирование патологических изменений в последах и способствовать развитию плацентарных нарушений.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Галина Т. В. Преэклампсия: новые аспекты патогенеза, концепции скрининга и профилактики / Т. В. Галина, Е. А. Девятова, Ч. Г. Гагаев // Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. – 2017. – № 3. – С. 66–76.
2. Щеголев, А. И. Нарушение структуры и васкуляризации ворсин плаценты при преэклампсии / А. И. Щеголев, У. Н. Туманова, В. М. Ляпин // Гинекология. – 2018. – № 20. – С. 12–17.

УДК 612.661:618.1–053.2

**В. О. Фригина<sup>1</sup>, У. И. Филиппова<sup>1</sup>, А. В. Тамеева<sup>2</sup>**

*Научные руководители: д.м.н., проф. З. Г. Тадтаева<sup>1</sup>, к.м.н. Н. В. Евдокимова<sup>1</sup>*

*<sup>1</sup>Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение высшего образования  
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»  
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация*

*<sup>2</sup>Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь*

## ЗНАЧЕНИЕ ИДИОПАТИЧЕСКОГО ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ В ДЕТСКОЙ ГИНЕКОЛОГИИ

### **Введение**

Преждевременное половое развитие (ППР) – появление вторичных половых признаков у девочек до 8 лет и у мальчиков до 9 лет – является одним из наиболее частых нарушений полового созревания у детей. Распространенность преждевременного полового развития зависит от нозологического варианта, пола и возраста. По данным мировой литературы распространенность центральных форм ППР у девочек до 2 лет составляет 0,5 случаев на 10 000 детского населения, от 2 до 4 лет – 0,05:10 000, от 5 до 9 лет – 8:10 000. Идиопатическая форма (иППР) является наиболее распространенной среди всех центральных форм ППР (от 30 до 70%) и встречается преимущественно у девочек. При неправильной диагностике и лечении, иППР может приводить к низкорослости во взрослом возрасте, инвалидизации, снижению качества жизни, социальной депривации, репродуктивным нарушениям, опухолевым заболеваниям [1, 2].

Нарушение полового созревания может вызывать различные патологические состояния соматического, психоэмоционального и репродуктивного характера у девочки в будущем и является междисциплинарной проблемой, с которой могут столкнуться участковые педиатры, акушеры-гинекологи, эндокринологи, а при церебральной этиологии – неврологи и нейрохирурги. Поэтому при обнаружении пациенток с ППС важен междисциплинарный подход, позволяющий грамотно провести обследование, как можно раньше поставить верный диагноз, выделить возможные сопутствующие патологии и назначить эффективное лечение для того, чтобы избежать проблем в будущем.

### **Цель**

По данным историй болезней девочек, поступивших на отделение СПбГПМУ, проанализировать влияние иППР на половое развитие и гормональный фон девочек дошкольного и младшего школьного возраста, эффективность фармакологической терапии Трипторелином, а также по данным научной литературы оценить влияние на репродуктивную систему иППР в случае отсутствия правильного лечения с детского возраста.

### **Материал и методы исследования**

В клинике СПбГПМУ проведено клиничко-лабораторное и инструментальное обследование 30 девочек в возрасте 5–9 лет с идиопатическим ППР. Контрольную груп-