

2. Выявлено высокое значение наследственной предрасположенности к развитию артериальной гипертензии (41%) и невынашиванию беременности (12%) среди девушек младше 26 лет, что в будущем может привести к осложненному течению беременности.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Влияние социально-бытовых факторов риска на возникновение осложнений беременности и родов у здоровых и практически здоровых женщин / Р. Ю. Лагоша [и др.] // Вестник СурГУ. – 2022. – № 3 (53). – С. 14–19.
2. Беременность высокого риска / Под ред. А. В. Макацария, Ф. А. Червенака, В. О. Бицадзе. – «МИА», 2015. – 320 с.

УДК 618.14-002-071-018.1

А. А. Синькевич, М. Н. Савицкий

Научный руководитель: ассистент кафедры Н. П. Пяткова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АДЕНОМИОЗА У ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Введение

Аденомиоз – заболевание миометрия с малоизученной распространенностью и патогенезом, обусловленное проникновением эктопического эндометрия в окружающий миометрий с его последующей гиперплазией или без таковой [1].

Аденомиоз остается актуальной проблемой медицины в связи с ростом заболеваемости, трудностью диагностики и отсутствием ясности в понимании его патогенеза [1].

Невзирая на то, что механизм развития аденомиоза окончательно не изучен, существуют несколько теорий его патогенеза: теория прямого вторжения эндометрия в миометрий; эмбриональная теория (формирование из остатков эмбриональных мультипотентных мюллеровых протоков); аденомиоз – результат инвагинации базального слоя эндометрия вдоль внутриматочной лимфатической системы; происхождение структурных элементов аденомиоза из стволовых клеток костного мозга [2].

Ранее аденомиоз считался заболеванием женщин после 40 лет и многорожавших, но сейчас все чаще наблюдается у молодых женщин с бесплодием. Аденомиоз часто сочетается с миомой матки и эндометриозом других локализаций и сопровождается тазовой болью, меноррагией и диспареунией [3].

Цель

Изучить клинко-морфологические особенности аденомиоза, а также выявить значимость сопутствующих патологий в развитии аденомиоза у женщин.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 84 историй болезни пациенток с аденомиозом, госпитализированных в гинекологическое отделение У «Гомельская областная клиническая больница» в 2023 г. Основная группа включала 28 женщин с очаговой формой аденомиоза. В группу сравнения вошли 28 женщин с диффузной формой аденомиоза, а группу контроля составили 28 женщин без данного заболевания.

Статистическая обработка полученных материалов осуществлялась на персональном компьютере с использованием электронных таблиц Microsoft Excel, пакета офисных программ MedCalc 20.218. Сравнение групп по количественным признакам осуществляли с помощью U-критерия Манна – Уитни, Me (25, 75), а также с помощью критерия

Хи-квадрат с поправкой Йейтса. Для всех использованных статистических методов, уровень значимости принимали равным 5% ($p < 0,05$).

Результаты исследования и их обсуждение

За 2023 год на базе гинекологического отделения УО «Гомельская областная клиническая больница» было зарегистрировано более 2230 случаев аденомиоза среди госпитализированных женщин.

Основную группу составили женщины в возрасте 34 (28; 37) года, группу сравнения – женщины в возрасте 38 (24; 35) лет и контрольную – женщины в возрасте 30 (22; 31) лет.

Так, 19 (68%) женщин основной группы при поступлении предъявляли жалобы на нарушения менструального цикла, а именно на скудные выделения из половых путей до и после менструации ($\chi^2=22,478$; $p < 0,001$)*, 1 (3%) женщина группы контроля имела подобные жалобы ($\chi^2=7,152$; $p=0,008$)*#, и 8 (29%) женщин группы сравнения также предъявляли жалобы на нарушения менструального цикла ($\chi^2=4,766$; $p=0,030$)#.

Из основной группы 11 (39%) пациенток жаловались на болезненные менструации, межменструальные кровяные выделения из половых путей ($\chi^2=11,313$; $p < 0,001$)*, в контрольной группе пациентки не предъявляли подобные жалобы ($\chi^2=2,188$; $p=0,140$)*#, и 5 (18%) женщин группы сравнения имели данные жалобы ($\chi^2=3,514$; $p=0,061$)#.

Таблица 1 – Факторы, создающие предпосылки к развитию аденомиоза у женщин

Предрасполагающие факторы	Основная группа, (n=28)	Сравнительная группа, (n=28)	Контрольная группа, (n=28)	Уровень значимости, χ^2 ; p
Семейный анамнез (доброкачественные заболевания матки) у близких родственниц	16 (57%)	7 (25%)	1 (4%)	16,555; < 0,001* 3,646; 0,057# 4,722; 0,030*#
Заболевания желудочно-кишечного тракта	11 (39%)	16 (57%)	4 (14%)	3,272; 0,071* 9,411; 0,003# 1,144; 0,285*#
Заболевания сердечно-сосудистой системы	3 (11%)	5 (18%)	6 (21%)	0,530; 0,467* 0,000; 1,000# 0,146; 0,703*#
Заболевания щитовидной железы	18 (64%)	19 (68%)	14 (50%)	0,656; 0,418* 1,181; 0,278# 0,000; 1,000*#
Заболевания молочных желез	21 (75%)	17 (61%)	1 (4%)	27,027; <0,001* 18,421; <0,001# 0,737; 0,391*#
Репродуктивный анамнез (количество беременностей и родов)	15 (54%)	22 (79%)	26 (93%)	9,108; 0,003* 9,106; 0,003# 2,868; 0,091*#
Искусственные и самопроизвольные аборты	13 (46%)	6 (21%)	0 (0%)	14,426; <0,001* 4,667; 0,031# 2,868; 0,091*#

* статистически значимые различия основной группы с контрольной ($p < 0,05$);

статистически значимые различия группы сравнения и контрольной группы ($p < 0,05$);

*# статистически значимые различия основной группы с группой сравнения ($p < 0,05$).

При анализе сопутствующих патологий у женщин с аденомиозом мы выявили, что семейный анамнез, заболевания желудочно-кишечного тракта, заболевания молочных желез и репродуктивный анамнез влияют на развитие аденомиоза у пациенток. А заболевания щитовидной железы и сердечно-сосудистой системы малозначимы в развитии данного заболевания.

Выводы

1. По результатам исследования выявлено, что перименструальные кровяные выделения из половых путей ($\chi^2=22,478$; $p<0,001$)*, нарушение менструального цикла ($\chi^2=4,766$; $p=0,030$)#, болезненные менструации, межменструальные кровяные выделения из половых путей ($\chi^2=11,313$; $p<0,001$)* являются достоверными жалобами при развитии очаговой и диффузной форм аденомиоза у женщин.

2. Семейный анамнез, а именно, доброкачественные заболевания матки у близких родственниц ($\chi^2=16,555$; $p<0,001$)*, ($\chi^2=3,646$; $p=0,057$)# , ($\chi^2=4,722$; $p=0,030$)*#; заболевания желудочно-кишечного тракта ($\chi^2=3,272$; $p=0,071$)*, ($\chi^2=9,411$; $p=0,003$)#; заболевания молочных желез ($\chi^2=27,027$; $p<0,001$)*, ($\chi^2=18,421$; $p<0,001$)#; репродуктивный анамнез ($\chi^2=9,108$; $p=0,003$)*, ($\chi^2=9,106$; $p=0,003$)#; а также медицинские аборт в анамнезе ($\chi^2=14,426$; $p<0,001$)*, ($\chi^2=4,667$; $p=0,031$)# рассматриваются как факторы, создающие предпосылки к проникающему росту базального слоя эндометрия в подлежащий к нему миометрий.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Gordts, S. Symptoms and classification of uterine adenomyosis, including the place of hysteroscopy in diagnosis / S. Gordts, G. Grimbizis, R. Campo // Fertility and sterility. – 2018. – Т. 109. – № 3. – С. 380–388.
2. Могильная, Г. М. Переходная зона матки и аденомиоз / Г. М. Могильная, И. И. Куценко, А. Н. Симовник // Журнал анатомии и гистопатологии. – 2018. – № 7 (1). – С. 108–117.
3. Молекулярные механизмы циклической трансформации эндометрия / Г. Х. Толибова [и др.] // Журнал акушерства и женских болезней. – 2020. – № 1(68). – С. 5–12.

УДК 618.39–037

Т. А. Сукова, М. А. Дведари

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ФАКТОРЫ РИСКА НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В РАЗЛИЧНЫЕ СРОКИ

Введение

Невынашивание беременности (НБ) – проблема, которая сегодня коснулась огромного количества женщин во всем мире.

НБ – самопроизвольное прерывание беременности в сроки от зачатия до 37 недель, считая с первого дня последней менструации. Прерывание беременности в сроки от зачатия до 22 недель называют самопроизвольным абортом (выкидышем), от 22 до 37 недель – преждевременными родами [1].

Частота невынашивания беременности составляет 10–25% всех беременностей, 5–10% – преждевременные роды. Недоношенные дети умирают в 30–35 раз чаще, чем доношенные, а перинатальная смертность при невынашивании беременности в 30–40 раз выше, чем при срочных родах. Таким образом, невынашивание беременности не теряет своей актуальности в современном акушерстве [2].

Наиболее частыми причинами невынашивания беременности являются патологические состояния организма женщины, иммунологические нарушения в системе «мать-плацента-плод», хромосомные и генные нарушения, социально-биологические и иные факторы [3].