

Т. А. Приходько, Е. Д. Зайцева

Научные руководители: ассистент Е. П. Яковенко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

СОМАТИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ ДЕВУШЕК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА КАК ПРЕДИКТОР РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Введение

Во все времена проблема материнской и детской смертности оставалась наиболее актуальной. Со временем появилось понятие беременности высокого риска, во многом связанное со значительным прогрессом в понимании патогенеза осложнений беременности и возможностей прогнозирования этих состояний, а также патогенетической их профилактики и терапии [2]. Одним из наиболее значимых факторов риска развития осложнений во время беременности является возраст. Доказано, что возраст женщины более 30 лет коррелирует с развитием гестационного сахарного диабета и увеличивает частоту возникновения послеродовой депрессии [1]. В последние годы наблюдается увеличение частоты возникновения экстрагенитальных заболеваний среди девушек репродуктивного возраста. Они играют важную роль в осложнении беременности и родов. Их раннее выявление позволяет прогнозировать течение беременности и минимизировать ее осложнения.

Цель

Сравнить соматический анамнез девушек двух возрастных категорий с целью определения факторов развития осложненного течения беременности.

Материал и методы исследования

Для исследования применяли метод онлайн-опроса, для которого была разработана анкета из 38 вопросов, включающая 2 блока вопросов: общая характеристика респондентов (20 вопросов) и факторы риска развития отдельных осложнений (18 вопросов). Девушки были разделены на 2 группы: девушки до 26 лет и девушки 26 лет и старше. Статистический анализ данных был проведен с использованием программы Microsoft Excel 2019.

Результаты исследования и их обсуждение

В опросе приняли участие 122 девушки репродуктивного возраста: младше 26 лет – 99 человек (81,15±3,54%), 26 лет и старше – 23 человека (18,85±3,54%). Средний возраст респондентов 23 года.

Общие вопросы. С целью определения потенциального планирования беременности был задан вопрос: «Вы замужем?». Среди студенток первой группы положительный ответ дали 9 (9,09±2,89%) человек, среди второй – 23 (100%) человека ($\chi^2 = 28,229$, $p < 0,001$). Также был задан вопрос «В каком возрасте Вы хотели бы завести первого ребенка?» (рисунок 1).

С целью выявления фактора риска большинства осложнений беременности были заданы следующие вопросы: «Вы курите?» и «Вы употребляете алкоголь?». Среди первой группы курит 25 респондентов (25,25±4,37%), из них 9 девушек (36±9,6%) курят обыкновенные сигареты и 16 девушек (64±9,6%) пользуются электронными; во второй группе положительный ответ дали только 2 респондента (8,7±5,88%), причем оба пользуются обыкновенными сигаретами ($\chi^2 = 2,086$, $p = 0,149$). Стаж курения в первой группе респон-

дентов составил в среднем 2,88 года, во второй группе – 21,5 лет. Алкоголь употребляет значительно большее количество респондентов: в первой группе 64 девушки (64±9,6%), во второй – 16 респондентов (64±9,6%). Обеим группам был задан вопрос, считают ли респонденты необходимым отказываться от вредных привычек на время прегравидарной подготовки и беременности (рисунок 2).

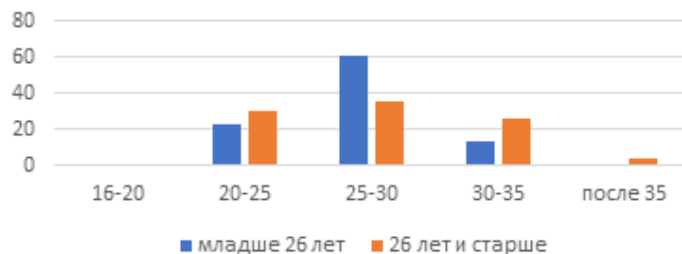


Рисунок 1 – Желаемый возраст рождения первого ребёнка

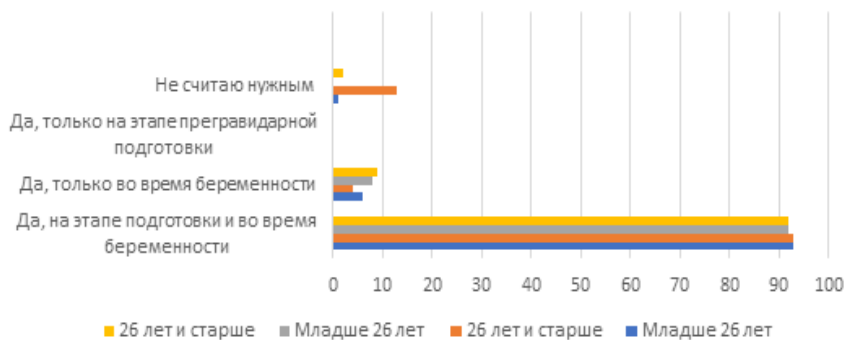


Рисунок 2 – Мнение респондентов о необходимости отказа от вредных привычек
Примечание: желтым и серым цветом обозначено отношение к алкоголю, оранжевым и синим – к курению

Беременность в анамнезе есть у 3 девушек (3,03±1,72%) из первой группы и у 15 девушек (65,22±9,93%) из второй группы ($\chi^2=52,550$, $p<0,001$). Стоит отметить, что роды были только у 1 респондента (1,01±1%) из первой группы и у 15 респондентов (65,22±9,93%) из второй группы ($\chi^2=62,008$, $p<0,001$). Респонденты из первой и второй групп в качестве предпочитаемого способа рождения своего первого/следующего ребенка выбрали естественные роды (64,65±4,80% в первой группе, 69,57±9,59% во второй группе).

Физическая активность респондентов первой и второй группы представлена на рисунке 3.

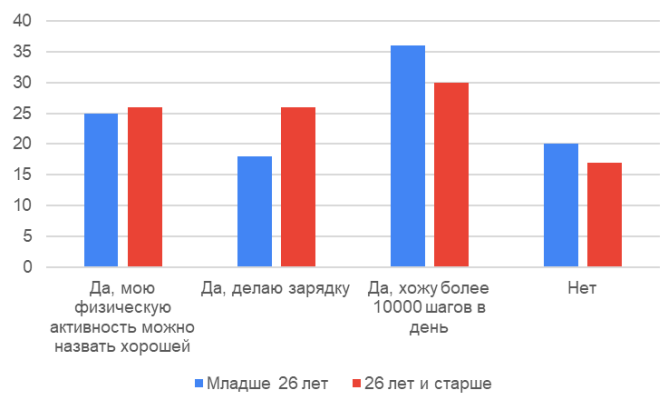


Рисунок 3 – Собственная оценка респондентами своей физической активности

Отдельные патологии. Были исследованы факторы риска развития преэклампсии, гестационного сахарного диабета, невынашивания беременности и осложнений со стороны половой системы (таблица 1).

Таблица 1 – Распределение заболеваний респондентов по предрасположенности к возникновению осложнений беременности

	1 группа	2 группа	χ^2	p
Есть ли у Вас или Ваших близких родственников артериальная гипертензия?				
Да, у меня (%)	0	8,7	4,190	0,041
Да, у родителей (%)	41,41	34,78	0,121	0,728
Нет (%)	58,59	56,52	0,003	0,958
Болезне ли Вы или Ваши близкие родственники сахарным диабетом?				
Да, я (%)	0	0	–	–
Да, родители (%)	10,1	21,74	1,389	0,239
Нет	89,9	78,26	1,389	0,239
Среднее значение индекса массы тела (ИМТ)	21,1	24,1	–	–
Случалось ли у Вас или Ваших близких невынашивание беременности?				
Да, у матери (%)	12,12	8,7	0,010	0,920
Да, у меня (%)	1,01	8,7	1,950	0,163
Нет	86,87	82,61	0,282	0,596
У Вас были операции на матке/влагалище/яичниках?				
Да (%)	4,04	17,39	3,469	0,063
Нет (%)	95,96	82,61	5,429	0,020
У Вас есть пороки сердечно-сосудистой системы?				
Да (%)	8,08	17,39	0,926	0,337
Нет (%)	91,92	82,61	1,824	0,177
У Вас есть заболевания почек?				
Да (%)	6,06	8,7	0,211	0,646
Нет (%)	93,94	91,3	0,211	0,646
У Вас есть синдром поликистозных яичников?				
Да (%)	5,05	4,35	0,156	0,693
Нет (%)	94,95	95,65	0,020	0,889
У Вас есть врожденные патологии половой системы?				
Да (%)	2,02	0	0,050	0,823
Нет (%)	97,98	100	0,472	0,492

Среди заболеваний почек у первой группы респондентов наиболее часто встречается нефроптоз (50±20,41%), у респондентов второй группы – хронический пиелонефрит и мочекаменная болезнь (по 50±35,36%). Среди заболеваний сердечно-сосудистой системы наиболее популярными ответами были открытое овальное окно, малая аномалия сердца и пролапс митрального клапана у первой группы (по 25±15,31%) и аневризма у респондентов из второй группы (75±21,65%).

Выводы

1. У девушек младше 26 лет риск осложненного течения беременности, связанного с патологией отдельной системы органов, значительно меньше, чем у девушек 26 лет и старше. Это связано с меньшим количеством уже имеющихся соматических заболеваний и более низким значением ИМТ.

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 клиничко-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