

Таким образом, при оценке антропометрических данных роженицы и ее новорожденного у женщин с индуцированными родами статистически значимые различия не были выявлены.

Выводы

1. Повышение гестационного срока начала индукции родов, вероятно, может способствовать снижению частоты неудачных попыток индукции.
2. Антропометрические данные беременных женщин и их новорожденных не оказывают влияние на эффективность индуцированных родов.

УДК 618.3/.4:[616.12+616.6]-007-053.1

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН
С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ
И МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМ У ПЛОДА**

Изох К. М., Волчкова Т. С.

Научный руководитель: ассистент В. Н. Калачёв

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

Введение

По материалам ВОЗ, частота врожденной патологии у детей составляет 4–5 %, а по данным ряда исследователей, она достигает 7 % [1–3]. Врожденные пороки сердца составляют 30 % среди всех врожденных пороков развития у детей и обнаруживаются у 0,7–1,7 % новорожденных детей. На долю врожденных пороков развития органов мочевыделительной системы приходится 28–35 % [3].

Цель

Изучить особенности течения беременности и родов у женщин с врожденными пороками развития сердечно-сосудистой и мочеполовой систем у плода.

Материал и методы исследования

Был проведен анализ историй родов у 207 пациенток УЗ «Гомельская городская клиническая больница № 2» за 2015–2019 гг. Основную группу составили 157 пациенток, родившие детей с пороками сердечно-сосудистой (ССС) и мочевыделительной систем (МВС), группу сравнения составили 50 пациенток, родившие детей без пороков развития.

Статистическая обработка данных проведена при помощи компьютерных программ «Statistica» 6.0 (StatSoft, USA) и «Microsoft Excel» 2013. Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Пороки развития МВС были у 126 (80,3 %) новорожденных, а пороки СССР наблюдались у 31 (19,7 %) новорожденного. Структура врожденных пороков МВС и СССР систем у новорожденных представлена на рисунке 1.

Возраст женщин в группах значимо не различался и составил в основной группе 30 (25; 35) лет, а в группе сравнения 32 (21; 37) года ($p = 0,97$). Также не было значимых различий в паритете родов: у 72 (46,2 %) женщин основной группы была первая беременность, а в группе сравнения у 22 (44,4 %) ($p = 0,93$). На уровне статистической тенденции имелось различие в частоте раннего начала половой жизни (до 18 лет) — 78 (49,7%) женщин в основной группе против 18 (36 %) в группе сравнения ($p = 0,09$).

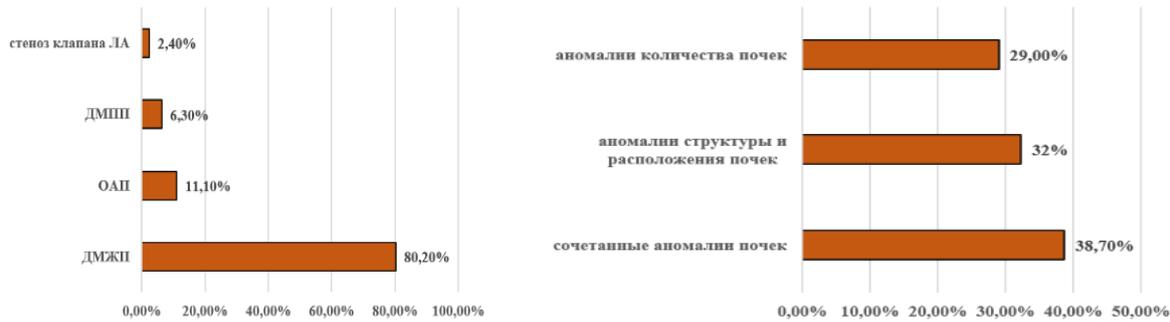


Рисунок 1 — Структура врожденных пороков МВС и ССС у новорожденных

Примечания. * ДМПД — дефект межпредсердной перегородки, ДМЖП — дефект межжелудочковой перегородки, ОАП — открытый аортальный проток, ЛА — легочная артерия.

Между группами не было значимых различий в частоте преждевременных родов: основная группа — 9 (1,9 %) родов, группа сравнения — 2 (4 %) родов ($p = 0,63$), также не было различий в частоте оперативного родоразрешения (42 (26,8 %) и 14 (28 %) соответственно, $p = 0,86$). Были изучены сопутствующие заболевания женщин, а также осложнения беременности (таблица 1).

Таблица 1 — Сопутствующая патология и осложнения во время беременности в основной группе и группе сравнения (n, %)

Сопутствующие заболевания и осложнения во время беременности	Основная группа, n = 157	Группа сравнения, n = 50	Значение p
Острые респираторные инфекции	32 (20,4 %)	13 (35 %)	$p = 0,40$
Заболевания почек и мочевыводящих путей	37 (23,6 %)	8 (16 %)	$p = 0,26$
Заболевания сердечно-сосудистой системы	15 (9,6 %)	3 (6 %)	$p = 0,44$
Артериальная гипертензия	48 (30,6 %)	7 (14 %)	$p = 0,02$
Заболевания эндокринной системы	40 (25,5 %)	9 (18 %)	$p = 0,28$
Кольпит	25 (15,9 %)	5 (10 %)	$p = 0,30$
Заболевания шейки матки	62 (39,5 %)	10 (20 %)	$p = 0,01$
Инфекции, передающиеся половым путем	9 (5,7 %)	4 (8 %)	$p = 0,56$
Осложненный акушерско-гинекологический анамнез	84 (53,5 %)	13 (26 %)	$p = 0,0007$
Анемия	52 (33,1 %)	15 (30 %)	$p = 0,74$
Фетоплацентарная недостаточность	20 (12,7 %)	9 (18 %)	$p = 0,11$
Угроза прерывания беременности	97 (61,8 %)	14 (28 %)	$p = 0,001$

По большинству показателей группы оказались сопоставимы. Осложненный акушерско-гинекологический анамнез (ОАГА) в основной группе встречался значимо чаще, чем в группе сравнения (53,5 % против 26 %) ($OR = 3,28$; $CI_{95\%} 1,6-6,6$; $p = 0,0007$). Однако в структуре ОАГА не было обнаружено статистически значимых различий. Артериальная гипертензия (АГ) в основной группе встречалась значимо чаще, чем в группе сравнения — 30,6 % против 14 % ($OR = 2,71$; $CI_{95\%} 1,1-6,4$; $p = 0,02$). В основной группе была выявлена более высокая частота патологии шейки матки (эрозия шейки матки), чем в группе сравнения — 39,5 % против 20 % ($OR = 2,61$; $CI_{95\%} 1,2-5,6$; $p = 0,01$). В целом частота угрозы прерывания беременности (УПБ) в основной группе встречалась значимо чаще, чем в группе сравнения (61,8 % против 28 %) ($OR = 4,16$; $CI_{95\%} 2,1-8,3$; $p = 0,0001$), однако по триместрам частота УПБ была сопоставима.

Выводы

Возраст, паритет беременности и родов имели сопоставимые значения. Беременность у женщин с врожденными пороками ССС и МВС у плодов значимо чаще протекала на фоне ОАГА ($p = 0,0007$), при этом в структуре не было значимых различий. Ча-

стота патологии шейки матки чаще встречалась в основной группе (OR = 2,61; CI 95 % 1,2–5,6; p = 0,01). У женщин группы сравнения более часто имела АГ (p = 0,02). УПБ встречалась значительно чаще в основной группе (OR = 4,16; CI 95 % 2,1–8,3; p = 0,0001), однако по триместрам частота УПБ была сопоставима. Стоит указать на более высокую частоту раннего начала половой жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреева, Л. П. Наследственные и врожденные болезни: вклад в детскую заболеваемость и инвалидность, подходы к профилактике / Л. П. Андреева, Н. П. Кулешов, Г. Р. Мутовин // Педиатрия. Журнал им. Г. Н. Сперанского. — 2007. — Т. 86, № 3 — С. 8–14.
2. Герпесвирусная инфекция, краснуха при врожденных пороках развития / Е. В. Воропаев [и др.] // Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. — 1999. — № 3 — С. 55–58.
3. Мутафьян, О. А. Пороки и малые аномалии сердца у детей и подростков / О. А. Мутафьян. — СПб.: СПбМАПО, 2005. — 480 с.

УДК 618.19-002

ВСТРЕЧАЕМОСТЬ МИОМЫ МАТКИ НА ФОНЕ ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОЙ МАСТОПАТИИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Коваль А. В., Алексеева Т. А.

Научные руководители: к.м.н., доцент Н. А. Баянова, ассистент Г. О. Махалова

**Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Оренбургский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
г. Оренбург, Российская Федерация**

Введение

Фиброзно-кистозная мастопатия относится к дисгормональным доброкачественным заболеваниям молочных желез, частота встречаемости в популяции которых составляет 60–80 %, при этом для женщин репродуктивного возраста этот показатель достигает 30–90 % [1]. Миома матки является моноклональной доброкачественной опухолью матки, встречающейся примерно у 2–40 % женщин репродуктивного возраста.

Повышенный интерес к фиброзно-кистозной мастопатии среди других доброкачественных опухолевых заболеваний связан, прежде всего, с тем, что она относится к предопухолевыми заболеваниями, на фоне которых может развиваться первое по причине смертности от онкологических заболеваний у женщин — рак молочной железы в 3–4 раза чаще [2]. Значение изучения эпидемиологии миомы матки связано с повышением риска развития бесплодия, а также с общим ухудшением качества жизни женщин репродуктивного возраста [4]. В связи с вышеизложенным, проблема эпидемиологии фиброзно-кистозной мастопатии, миомы матки и связи их развития, является особенно актуальной. При этом в развитии данных заболеваний отмечены сходные факторы риска [2, 4].

Цель

Для изучения данной проблемы нами была выбрана цель исследования: оценить частоту развития миомы матки на фоне фиброзно-кистозной мастопатии у женщин репродуктивного возраста города Оренбурга.

Материал и методы исследования

Для достижения выбранной цели были поставлены следующие задачи:

1. Изучить имеющиеся данные по эпидемиологической ситуации с фиброзно-кистозной мастопатии и миомы матки в России и в мире.
2. Оценить имеющиеся данные по факторам риска развития фиброзно-кистозной мастопатии согласно имеющимся данным исследований.