

Рисунок 1 — Изменения эндометрия

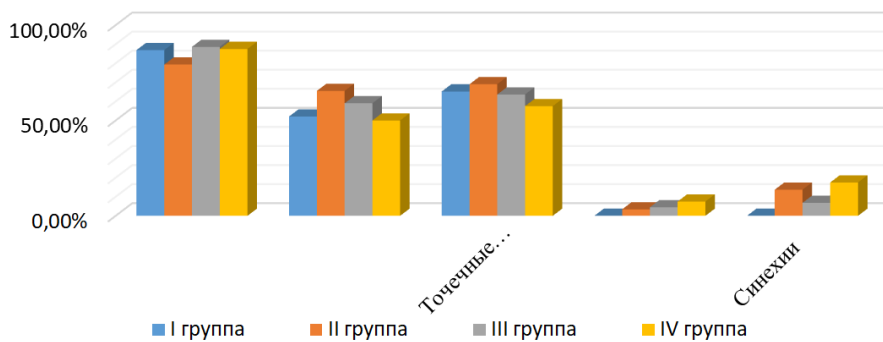


Рисунок 2 — Изменения эндометрия

Всем пациенткам было проведено комбинированное этапное лечение ХЕ, которое включало антибиотикотерапию, гестагенотерапию, иммуностропную терапию (Инфламфертин), в 86 (63 %) женщин мы наблюдали улучшение морфологической картины эндометрия, что было подтверждено при анализе образцов, полученных Ripelle-биопсией. У 11 (8 %) пациенток был применен альтернативный метод лечения ХЕ, а именно внутриматочное введение обогащенной тромбоцитами плазмы (platelet-rich plasma-PRP).

Выводы

Алгоритмизированный подход к диагностике ХЕ должен включать стратификацию гистероскопической картины с помощью морфологических и иммуногистохимических исследований, также, необходим анализ и совершенствование лечебных мероприятий при ХЕ, которые будут способствовать уменьшению распространения бесплодия.

УДК 618.33-007.21

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА

Губко А. Ю., Стрекозова Н. С., Фесенко М. И.

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

Учреждение образования

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

Введение

Среди проблем, связанных с гестационным процессом и антенатальной охраной плода, ведущее значение принадлежит синдрому задержки роста плода (СЗРП), который нередко сопровождается гипоксией плода и в основе которого лежит плацентарная

недостаточность. СЗРП является одной из наиболее частых причин антенатальной гибели и перинатальной заболеваемости. В современном мире необходимо иметь точное представление о том, какие состояния нарушают процесс нормальной плацентации и, как следствие, приводят к СЗРП. Все факторы, оказывающие влияние на имплантационный процесс, можно разделить на материнские, плацентарные и плодовые. Доказана роль таких материнских факторов, как артериальная гипертензия, заболевания почек, курение, а также возраст женщины старше 30 лет. Плодовые факторы риска включают внутриутробную инфекцию, пороки развития и аномалии плода, а к плацентарным относят нарушения инвазии трофобласта в спиральные артерии матки.

На всем протяжении изучения данной проблемы исследователи не могут прийти к однозначному решению по поводу выявления и лечения патологии, приводящей к СЗРП, ввиду сложности определения факторов риска.

Цель

Провести оценку и анализ факторов риска развития СЗРП среди пациентов учреждения здравоохранения «Гомельская городская клиническая больница № 2» (ГГКБ № 2).

Материал и методы исследования

Были изучены истории родов 71 беременной женщины в возрастном диапазоне от 24 до 44 лет за период с 2015 по 2017 гг. Основную группу составили 43 беременных с диагнозом СЗРП, диагностированным при ультразвуковой антропометрии плода на сроках 32–36 недель гестации. Результаты исследований обработаны при помощи пакета прикладных программ «MS Excel 2007», количественные данные представлены в виде Me (25,75), сравнение между группами проводилось с помощью критерия Манна — Уитни. Значимыми считали различия при уровне $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждения

В основной группе средний возраст составил 33,2 (24; 44) года, а в группе сравнения — 25,8 (19; 35) лет, что было статистически значимо меньше ($U = 169,5$; $p = 0,001$).

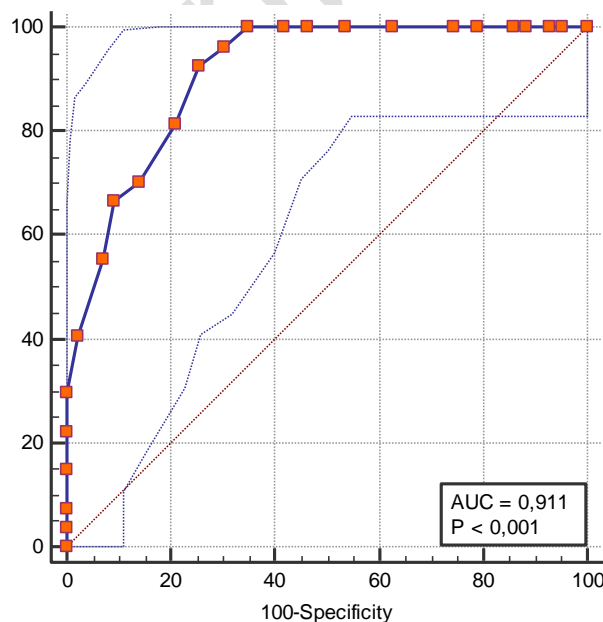


Рисунок 1 — Модель развития СЗРП в зависимости от возраста матери

Производился анализ частоты встречаемости экстрагенитальной и гинекологической патологии, медицинских аборт в анамнезе, анемии беременных и гестационной артериальной гипертензии. Данные исследований представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Частота встречаемости потенциальных факторов риска СЗРП (n, %)

Факторы риска	Обследованные группы		Уровень значимости P
	основная группа, n = 43	группа сравнения, n = 28	
Экстрагенитальная патология	22 (51,2%)	12 (42,9%)	0,49
Гинекологическая патология	9 (20,9%)	5 (17,9%)	0,75
Первородящие	30 (69,8%)	16 (57,1%)	0,27
Медицинские аборт в анамнезе	7 (16,3%)	3 (10,7%)	0,51
Анемия беременных	9 (20,9%)	4 (14,3%)	0,48
Гестационная артериальная гипертензия	14 (32,6%)*	3 (10,7%)	0,036

* — Статистически значимые различия с контрольной группой

С одинаковой частотой у пациентов обеих групп в анамнезе наблюдается экстрагенитальная и гинекологическая патология. Не выявлено влияния паритета беременности и родов на развитие СЗРП, а также не установлена значимая связь между наличием анемии у матери и развитием СЗРП. Тем не менее, в группе СЗРП статистически чаще беременность у матери осложнялась гестационной артериальной гипертензией ($p = 0,036$).

Выводы

Проведенное исследование показывает важность выявления факторов риска развития СЗРП, для отнесения женщин в группы риска развития данной патологии. Доказанными факторами риска развития СЗРП в нашем исследовании явились возраст матери ($p = 0,002$) и развитие во время беременности артериальной гипертензии ($p = 0,036$).

УДК 2:3658_8369-4

ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ НА ФОРМИРОВАНИЕ ТАЗОВОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛОДА

Дробышевская М. Р., Батракова В. Ю., Шабатина Д. В.

Научный руководитель: ассистент Я. И. Бик-Мухаметова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Тазовое предлежание — одно из разновидностей продольных положений плода, при котором у входа в малый таз находится тазовый конец плода. Вопросу ведения родов при тазовых предлежаниях уделяется большое внимание, ввиду высокой перинатальной смертности (5–14,3 %), высоким риском родовой травмы (в 10–13 раз выше), асфиксии (в 3–8 раз выше) по сравнению с родами в головном предлежании. При тазовом предлежании плода число операций кесарева сечения колеблется от 45 до 83 %, что увеличивает риск развития осложнений у матери.

Тазовое предлежание плода, диагностируемое до 32 недель беременности, требует только наблюдения, так как у 70 % повторнородящих и у 30 % первородящих женщин поворот на головку происходит спонтанно до родов.

Особое внимание среди факторов развития тазовых предлежаний уделяют тону передней брюшной стенке, на изменение которого направлены многочисленные методики корригирующей гимнастики. Согласно многочисленным исследованиям применение корригирующей гимнастики рассматривается как метод, позволяющий перевести тазовое предлежание в головное.