

Установлено, что на правой половине таза от НЯА в средней и дистальной третях этой артерии ответвлялись по 3 мышечные ветви. На левой половине *cavitas pelvis* от средней трети *a. glutea inferior* отходили 4 мышечные ветви, а от дистальной трети этого сосуда — 3 *rami musculares*. ЗА ответвлялась в проксимальной и средней третях от НЯА в одном случае. НЯА формировала в своей средней трети одну *a. obturatoria* слева. При исследовании места ответвления НМА от НЯА выявлено, что *a. vesicalis inferior* отходила от средней трети *a. glutea inferior* в одном случае слева.

Нами был рассчитан критерий Стьюдента для двух независимых выборок с целью проведения сравнительной характеристики между значениями среднего диаметра мышечных ветвей на правой и левой половине таза. Значения критерия Стьюдента составило: $T = 0,65$, при $p = 0,52$. Установлено, что различия средних у сравниваемых вариационных рядов не является статистически значимым. Отсюда следует, что величины диаметров мышечных ветвей на правой и левой половине таза примерно одинаковые. Для выявления связи между увеличением значений диаметров НЯА и увеличением величин диаметров мышечных ветвей этой артерии на правой и левой половинах таза был рассчитан коэффициент корреляции Пирсона. Значение этого коэффициента корреляции для сосудов на правой половине *cavitas pelvis* составило: $R = 0,621$, при $p = 0,087$. Отсюда следует, что линейная корреляционная связь между значениями исследуемых признаков отсутствует. На левой половине таза также не выявлена линейная связь между НЯА и мышечными ветвями.

Выводы

Установлено, что средняя треть НЯА является наиболее частым местом отхождения ее внутритазовых ветвей. Выявлено, что линейная корреляционная связь между увеличением значения диаметра НЯА и значениям диаметров её мышечных ветвей на правой и левой половинах таза отсутствует. Отсюда следует, что визуализация величины диаметра НЯА не позволяет прогнозировать величину диаметров её внутритазовых мышечных ветвей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Transcatheter arterial embolization for postoperative arterial complications after pelvic or hip surgery / K. Wang [et al.] // *Diagn Interv Radiol*. — 2019. — Vol. 3, № 25. — P. 219–222.
2. The origin of the medial femoral circumflex artery, lateral femoral circumflex artery and obturator artery / M. Zlotorowicz [et al.] // *Surg Radiol Anat*. — 2018. — Vol. 5, № 40. — P. 515–520.
3. Blunt injury to the inferior gluteal artery: case report of a rare «near miss» event / Qi Zhang [et al.] // *Patient Saf Surg*. — 2008. — Vol. 2, № 27. — P. 325–327.

УДК 618.111:618.17(476.2)

ОЦЕНКА ОВАРИАЛЬНОГО РЕЗЕРВА ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Балашова В. Г., Цейко З. А.

Научный руководитель: старший преподаватель И. В. Орлова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В условиях настоящей сложившейся демографической ситуации сохранение репродуктивного здоровья женщины является одной из первоочередных задач системы здравоохранения. Овариальный резерв (ОР) является показателем количества фолликулов, находящихся в яичнике. Он отражает способность железы к образованию здорового фолликула с полноценной яйцеклеткой и адекватному ответу на овариальную сти-

муляцию. При снижении ОР наблюдается уменьшение способности яичника к развитию полноценных яйцеклеток при фолликулярной гормональной стимуляции. Физиологически снижение ОР происходит у женщин после 35 лет. Это естественный процесс, который длится вплоть до 45–50 лет. Патологическими процессами, которые приводят к снижению ОР являются: синдром поликистозных яичников, генитальный эндометриоз, хронический оофорит [1]. Учитывая демографическое положение Беларуси, данная тема является актуальной для современных женщин, которые начинают планировать беременность только к 30–40 годам, когда ОР и репродуктивный потенциал снижены.

Цель

Провести сравнительную оценку ОР в различных возрастных группах здоровых женщин Гомельской области.

Материал и методы исследования

Анализ результатов ультразвукового исследования органов малого таза, в ходе которого были определены размеры яичников. Проспективное наблюдательное исследование в параллельных группах. В исследование включены здоровые женщины в возрасте от 20 до 45 лет.

Результаты исследования и их обсуждение

Общее количество фолликулов заложено генетически. При рождении этот показатель составляет порядка 2,5 млн незрелых элементов, к моменту наступления пубертатного периода их количество составляет порядка 300–400 тыс. До наступления менопаузы женщина ежемесячно теряет около 1000 фолликулов и полное истощение ОР происходит к 47–50 годам [2]. ОР определяет успешное наступление беременности в естественном цикле и не менее важен для применения вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ).

Трансвагинальное УЗИ с измерением объема яичников и числа антральных фолликулов (АФ) используется в качестве скринингового теста для определения ОР. Число антральных или покоящихся фолликулов, составляющих около 2–8 мм в диаметре с учетом возраста женщины, позволяет оценить овариальный резерв и возможности наступления беременности при использовании ВРТ.

Объем яичников определяют на 3–5-й дни менструального цикла и вычисляют по результатам 3-х показателей, измерения которых сделаны в 2-ух перпендикулярных плоскостях, по следующей формуле: $V = 0,5236 \times L \times W \times T$, где L — длина, W — ширина и T — толщина яичника [3]. Об истощении ОР яичника можно говорить тогда, когда его объем составляет менее 3 см. Ультразвуковой подсчет числа АФ — является наиболее точным методом для оценки ОР. При нем определяют число мелких АФ (2–6 мм в диаметре).

Определив ОР, можно судить о репродуктивном потенциале женщины, знания о котором помогут женщине правильно спланировать время беременности. Данные исследования широко применяются в современной медицине. Понижение среднего объема яичников и, соответственно, ОР свидетельствуют об уменьшении репродуктивного потенциала.

Включая во внимание достаточно широкий возрастной диапазон обследуемых пациенток и учитывая значимость возраста по данным литературы как предиктора состояния репродуктивной системы, мы сочли необходимым выделить среди обследуемых женщин несколько возрастных подгрупп: это 20–25 лет (группа А), 26–30 лет (группа Б), 31–35 лет (группа В), 36–40 лет (группа Г) и женщины 41–45 лет (группа Д). Были выбраны данные возрастные границы, которые соответствуют репродуктивному периоду женщины.

Средняя длина яичников в группе А составила 3,1 см, в группе Б — 3,0, в группе В — 2,9, в группе Г — 2,2, в группе Д — 1,8 (рисунок 1).

Средняя толщина яичников в группе А равна 1,9, в группе Б — 1,8, в группе В — 1,8, в группе Г — 1,7, в группе Д — 1,6.

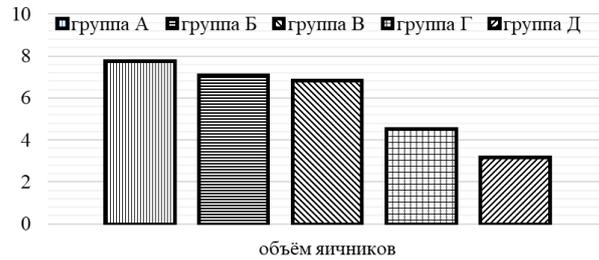


Рисунок 1 — Изменения объема яичников в возрастных группах

Средняя длина яичников в группе А составила 3,1 см, в группе Б — 3,0, в группе В — 2,9, в группе Г — 2,2, в группе Д — 1,8.

Средняя толщина яичников в группе А равна 1,9, в группе Б — 1,8, в группе В — 1,8, в группе Г — 1,7, в группе Д — 1,6.

Средняя ширина яичников в группе А составила 2,6, в группе Б — 2,5, в группе В — 2,5, в группе Г — 2,3, в группе Д — 2,1.

Исходя из средних данных с помощью формулу вычислили объем яичников в пяти возрастных группах. В группе А равен 7,76, в группе Б — 7,07, в группе В — 6,83, в группе Г — 4,5, в группе Д — 3,17.

Выводы

1. Женщины в группе А имеют наибольший объем яичника, что свидетельствует об отсутствии недостаточности ОР. Начиная с группы Б данный показатель уменьшается, что означает увеличение недостаточности ОР. В возрастных группах Г и Д наблюдается значительное снижения ОР.

2. Наиболее благоприятный возраст для рождения ребенка является 20–35 лет.

УДК 619:211-072.1

ВЫЯВИТЬ СПОСОБОВ ЛИМФОТОКА ИЗ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ У СОБАК В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Бобоев М. М., Шокиров Х. С.

Научный руководитель: старший преподаватель С. С. Халмурзаева

Учреждение образования

«Андижанский государственный медицинский институт»

г. Андижан, Республика Узбекистан

Введение

Применение антибиотиков и других антибактериальных препаратов при лечении гнойных заболеваний ЛОР органов путем перорального, внутримышечного и даже внутривенного введения не всегда оказывает достаточный эффект [2, 3, 4]. Основной причиной этого является невозможность, при использовании традиционных методов создания эффективной дозы лекарственного препарата с достаточной экспозицией в очаге воспаления.

В последнее время в литературе появились работы, в которых показана высокая эффективность лечения воспалительного процесса путем эндолимфатического и лимфотропного введения лекарственных препаратов, в частности, антибиотиков [1, 2, 5, 6, 7]. Как показали экспериментальные и клинические исследования Ю. И. Бородина и