

УДК 618.16-089:618.3/.4

**ОСОБЕННОСТИ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНЫХ  
ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНАХ**

*Беланова Ю. В., Бурда Е. А.*

**Научный руководитель: ассистент В. В. Крупейченко**

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

***Введение***

В последнее десятилетие неуклонно растет количество хирургических вмешательств на внутренних половых органах [1]. Несмотря на то, что 30 % из них составляют органосохраняющие операции, клиницисты в повседневной практике наблюдают пациенток, у которых после хирургического лечения отмечаются определенные функциональные изменения в репродуктивной системе [2]. У 44,4–97 % женщин, перенесших операции на яичниках, матке наблюдаются выраженные изменения гормонального гомеостаза [3, 4].

***Цель***

Изучить особенности реализации репродуктивной функции, течение беременности и родов у женщин, перенесших операции на женских половых органах.

***Материал и методы исследования***

Проведен ретроспективный анализ 85 индивидуальных карт беременных и родильниц и историй родов за 2016–2021 г. Было сформировано 2 группы: основная, которую составили 40 женщин, имевших в анамнезе операции на половых органах, и контрольная, состоящая из 45 пациенток, которым операции не проводились. В основной группе 9 женщин перенесли операции на теле матки (миомэктомии), они составили I подгруппу, во II подгруппу вошли 9 женщин с операциями на шейке матки (диатеромоэксцизии, диатермокоагуляции), в III подгруппу — 9 пациенток с операциями на яичниках (кистэктомии, резекции яичников), в IV подгруппу — 13 пациенток, имевших в анамнезе сочетание этих операций.

Результаты исследования обрабатывали с помощью пакета статистических программ «Statistica» 10.0.

***Результаты исследования и их обсуждение***

По возрасту пациентки исследуемых групп были сопоставимы. Средний возраст женщин основной группы составил  $29,7 \pm 0,7$  лет, контрольной —  $28,8 \pm 0,7$ . При анализе менструальной функции было установлено, что доля женщин с нарушением менструальной функции (сокращение длительности менструальных выделений) преобладала в основной группе — 16 ( $40 \pm 7,8$  %) в сравнении с контрольной — 2 ( $4,44 \pm 3,07$  %) ( $p = 0,0001$ ). При анализе частоты встречаемости экстрагенитальных заболеваний статистически значимых различий не выявлено ( $p > 0,05$ ), что свидетельствует об отсутствии их значимого влияния на течение беременности и родов в данных группах женщин.

Изучены исходы беременности пациенток исследуемых групп. В группе женщин, перенесших оперативное лечение гинекологической патологии, преобладала доля пациенток с неблагоприятным исходом беременности относительно контрольной группы, а число женщин, беременность которых закончилась родами в сроке более 37 недель, было статистически больше в контрольной группе, данные представлены в таблице 1.

Неразвивающаяся беременность была диагностирована только у пациенток в основной группе, причем статистически значимо чаще ( $\chi^2 = 6,9$ ,  $p = 0,02$ ) в подгруппе женщин с операциями на яичниках в анамнезе, что составило ( $55,6 \pm$

16,6 %) от численности всей подгруппы. Самопроизвольный аборт произошел у 3 (33,3 ± 15,7 %) женщин I подгруппы и у 2 (22,2 ± 13,9 %) — II подгруппы.

Изучено течение беременности пациенток исследуемых групп, полученные результаты отражены в таблице 2.

Таблица 1 — Исход беременности пациенток основной и контрольной групп, n (p ± s<sub>p</sub>%)

Исход беременности	Основная группа, N = 40	Контрольная группа, N = 45	Уровень значимости
Прерывание беременности в первом триместре:			
— неразвивающаяся беременность	10 (25 ± 6,8 %)*	3 (6,67 ± 3,72 %)	P = 0,03
— самопроизвольный аборт	5 (12,5 ± 5,2 %)*	0	P = 0,02
	5 (12,5 ± 5,2 %)	3 (6,7 ± 3,7 %)	P = 0,46
Роды:	30 (75 ± 6,9 %)*	42 (93,3 ± 3,7 %)	χ <sup>2</sup> = 5,5, p = 0,03
— через естественные родовые пути	15 (37,5 ± 7,7 %)*	30 (66,7 ± 7,0 %)	χ <sup>2</sup> = 7,2, p = 0,007
— оперативные	15 (32,5 ± 7,4%)	12 (24,4 ± 6,4 %)	χ <sup>2</sup> = 1,2, p = 0,35

Примечание: \* — статистически значимое различие с контрольной группой

Таблица 2 — Осложнения беременности у женщин основной и контрольной групп, n (p ± s<sub>p</sub>%)

Осложнения беременности	Основная группа, N = 30	Контрольная группа, N = 42	Уровень значимости
Гестационная артериальная гипертензия	16 (53,3 ± 9,1 %)*	5 (11,9 ± 5,1 %)	χ <sup>2</sup> = 14,5, p = 0,004
Фетоплацентарное нарушение	4 (13,3 ± 6,2 %)	4 (9,5 ± 4,5 %)	χ <sup>2</sup> = 0,16, p = 0,7
Аномалии расположения плаценты	6 (20 ± 7,3 %)	6 (14,3 ± 5,4 %)	χ <sup>2</sup> = 0,3, p = 0,8
Многоводие	1 (3,3 ± 3,3 %)	5 (11,9 ± 5 %)	p = 0,4
Преждевременный разрыв плодных оболочек	9 (30 ± 8,4 %)*	4 (9,5 ± 4,5 %)	p = 0,03

Примечание: \* — статистически значимое различие с контрольной группой

Аномалии расположения плаценты встречались в подгруппе женщин с операциями на теле матки в 4 (66,7 ± 19,2 %) случаях, что статистически значимо чаще в сравнении с подгруппой беременных с операциями на шейке матки (p = 0,02) и в 2 (15,4 ± 10 %) случаях — в подгруппе с сочетанием оперативных вмешательств в анамнезе.

Преждевременный разрыв плодных оболочек диагностирован статистически чаще в I подгруппе (женщины с операциями на теле матки в анамнезе) в 4 (66,7 ± 19,2 %) случаях в отличие от II подгруппы (пациентки с операциями на шейке матки в анамнезе), где он выявлен не был (p = 0,02).

При анализе осложнений родов женщин основной и контрольной групп достоверных различий не выявлено (таблица 3).

Таблица 3 — Осложнения родов у женщин основной и контрольной групп, n (p ± s<sub>p</sub>%)

Осложнения родов	Основная группа, N = 30	Контрольная группа, N = 42	Уровень значимости
Слабость родовой деятельности	1 (3,33 ± 3,27 %)	4 (9,5 ± 4,5 %)	χ <sup>2</sup> = 1,0, p = 0,4
Травмы родовых путей	12 (40 ± 8,9 %)	28 (66,3 ± 7,7 %)	χ <sup>2</sup> = 4,0, p = 0,05
Острая гипоксия плода	1 (3,33 ± 3,27 %)	4 (9,5 ± 4,5 %)	P = 0,4

## Выводы

Операции на женских половых органах ассоциированы с развитием гормонального дисбаланса, который клинически проявляется нарушением менструальной функции (p = 0,0001) и приводит к потерям беременности в первом триместре (p = 0,03), неразвивающаяся беременность с большей частотой сопряжена с операциями на яичниках (p = 0,02). Во второй половине беременно-

сти опосредованным проявлением гормональных нарушений может явиться гестационная артериальная гипертензия ( $\chi^2 = 14,5$ ,  $p = 0,004$ ).

Аномалии расположения плаценты ( $p = 0,02$ ) и преждевременный разрыв плодных оболочек ( $p = 0,03$ ) встречаются статистически значимо чаще у беременных, перенесших операции на теле матки, в сравнении с женщинами с операциями на шейке матки в анамнезе.

Роды через естественные родовые пути у женщин с операциями на половых органах в анамнезе проходят значимо реже ( $\chi^2 = 7,2$ ,  $p = 0,007$ ), чем у женщин без оперативных вмешательств.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Адамян, А. В. Состояние репродуктивной системы больных доброкачественными опухолями внутренних половых органов и принципы ее восстановления после хирургического лечения: дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.01 / А. В. Адамян. — М., 1985. — 43 с.
2. Вихляева, Е. М. Руководство по диагностике и лечению лейомиомы матки / Е. М. Вихляева. — М.: МЕДпресс-информ, 2004. — 400 с.
3. Духин, А. О. Репродуктивное здоровье женщин после хирургического лечения гинекологических заболеваний: дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.01 / А. О. Духин. — М., 2005. — 230 с.
4. Кулаков, В. И. Акушерство и гинекология / В. И. Кулаков. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — 512 с.

**УДК 613.2:618.2**

### **ОСОБЕННОСТИ РАЦИОНА ПИТАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА**

**Бортник М. А., Грипич Е. В.**

**Научный руководитель: ассистент О. Э. Могильницкая**

**Учреждение образования**

**«Гродненский государственный медицинский университет»  
г. Гродно, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Беременность — это период, сопровождающийся значительными функциональными перестройками в организме женщины. Рациональное питание в это время является крайне важным, т. к. недоедание или избыточное питание повышает риск осложнений беременности. Установлено, что полноценное питание женщины во время беременности и родов является основой для развития здорового ребенка [1].

#### **Цель**

Провести анализ пищевого поведения беременных в зависимости от возраста путем анкетирования.

#### **Материал и методы исследования**

Проведено анкетирование беременных женщин в возрасте от 24 до 45 лет в сроке беременности 16–18 недель.

Все женщины были разделены на 2 группы по возрасту. Первую группу составило 40 % беременных в возрасте до 35 лет. Вторая группа — 60 % женщины в возрасте после 35 лет.

Статистическая обработка данных проведена с использованием компьютерной программы EXCEL.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

По уровню образования беременные первой группы разделились следующим образом: 59 % имели высшее образование, а 41 % — средне-специальное. По данному показателю результаты во 2-й группе составили соответственно — 37 % — высшее, 63 % — среднее-специальное.

При анализе осложнений беременности в 1-м и 2-м триместре были получены следующие результаты, которые представлены в виде таблицы.