

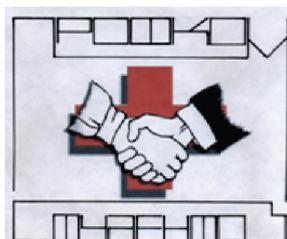
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»



ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

Сборник научных статей
VIII Республиканской научно-практической конференции
с международным участием студентов и молодых ученых
(г. Гомель, 28 апреля 2016 года)



Гомель
ГомГМУ
2016

Сборник содержит результаты анализа проблем и перспектив развития медицины в мире по следующим разделам: кардиология, кардиохирургия, хирургические болезни, гериатрия, инфекционные болезни, травматология и ортопедия, оториноларингология, офтальмология, неврологические болезни, нейрохирургия, медицинская реабилитация, внутренние болезни, педиатрия, акушерство и гинекология, гигиена, анестезиология, реаниматология, интенсивная терапия и др. Представлены рецензированные статьи, посвященные последним достижениям медицинской науки.

Редакционная коллегия: **А. Н. Лызиков** — доктор медицинских наук, профессор, ректор; **Е. В. Воропаев** — кандидат медицинских наук, доцент, заведующий научно-исследовательским сектором; **Т. М. Шаршакова** — доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения; **И. А. Новикова** — доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой клинической лабораторной диагностики, аллергологии и иммунологии; **Е. И. Михайлова** — доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой общей и клинической фармакологии; **В. Я. Латышева** — доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой неврологии и нейрохирургии; **З. А. Дундаров** — доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой хирургических болезней № 2 с курсом детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии; **А. И. Грицук** — доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой биологической химии; **В. Н. Бортновский** — кандидат медицинских наук, доцент, зав. кафедрой общей гигиены, экологии и радиационной медицины; **Т. С. Угольник** — кандидат медицинских наук, доцент, зав. кафедрой патологической физиологии; **Л. А. Мартемьянова** — кандидат медицинских наук, доцент, зав. кафедрой патологической анатомии с курсом судебной медицины.

Рецензенты: проректор по учебной работе, к.м.н., доцент **А. А. Козловский**; кандидат медицинских наук, доцент, проректор по лечебной работе **Д. Ю. Рузанов**.

Проблемы и перспективы развития современной медицины: сборник научных статей VIII Республиканской научно-практической конференции с международным участием студентов и молодых ученых / А. Н. Лызиков [и др.]. — Элект. текст. данные (объем 12,1 Mb). — Гомель: ГомГМУ, 2016. — 1 электрон. опт. диск (CD-ROM). — Систем. требования: IBM-совместимый компьютер; Windows XP и выше; ОЗУ 512 Мб; CD-ROM 8-х и выше. — Загл. с этикетки диска.

ISBN 978-985-506-851-9

**ГОРМОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ЖЕНЩИН С ПРЕРЫВАНИЕМ
БЕРЕМЕННОСТИ В РАННИЕ СРОКИ***Кухарчик Ю. В.***Научный руководитель: д.м.н., профессор Л. В. Гутикова****Учреждение образования
«Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь*****Введение***

Известно, что большое прогностическое и диагностическое значение в ранних сроках беременности имеет состояние гормонального гомеостаза материнского организма, который определяет в последующем нормальное функционирование и развитие фетоплацентарного комплекса. При этом установлено, что в ранние сроки беременности происходит интенсивное формирование плаценты, обеспечивающей рост и развитие эмбриона, а период 6–7 нед. характеризуется тем, что темпы развития плаценты даже опережают темпы развития эмбриона [1–4]. Поэтому именно в этом сроке чрезвычайно важным является выявление дисбаланса гормонов, обеспечивающих нормальное течение беременности.

Цель

Проанализировать особенности гормонального статуса женщин с ранними потерями беременности.

Материал и методы исследования

На основании информированного согласия было проведено обследование 82 женщин. Контрольную группу составили 40 здоровых беременных, состоявших на учете по беременности в женской консультации. В основную группу вошли 42 женщины с первым эпизодом невынашивания беременности в I триместре, находящихся на стационарном лечении.

Для решения поставленной цели использованы общепринятые клинические и лабораторно-инструментальные методы обследования пациентов. Ультразвуковое исследование внутренних половых органов проведено с целью определения наличия эмбриона и сердцебиения на ранних сроках, соответствие размеров матки гестационному сроку, характера имплантации, наличия патологических образований в шейке, теле матки и ее придатках. Абортивный материал подвергался гистологическому исследованию согласно общепринятой методике.

Для каждого пациента заполнялась специально разработанная анкета, касающаяся медицинской истории, демографических, конституционных факторов и факторов окружающей среды, с особым акцентом на клинических симптомах опасности выкидыша, таких, например, как кровянистые выделения, тянущие боли внизу живота. Вся информация заносилась в компьютерную базу данных с целью последующей статистической обработки.

Основным критерием включения в основную и контрольную группы явился срок беременности до 12 нед. Критериями исключения являлись: наличие у пациенток хронических заболеваний, аномалий развития репродуктивной системы, наличие генетических и анатомических дефектов плода.

Определение содержания гормонов (прогестерон, ДГЭА, пролактин, эстрадиол) в сыворотке венозной крови проводили методом иммуноферментного анализа с использованием автоматического иммуноферментного анализатора «SUNRISE» (Австрия) с помощью стандартных наборов реактивов ООО «Анализ плюс» (Республика Беларусь, г. Минск).

Результаты исследования обработаны на персональном компьютере с использованием стандартных компьютерных программ «Statistica» 6.0, «Microsoft Excel». Достоверными считали различия между сравниваемыми рядами с уровнем достоверности 95 % ($p < 0,05$). Результаты представлены в виде Me (25 %; 75%), где Me — медиана (25 %; 75%) — верхняя и нижняя квартили.

Результаты исследования и их обсуждение

Группы пациентов, участвующих в исследовании, были сопоставимы как по возрасту, так и по сроку беременности. Средний возраст женщин в контрольной группе составил $26,03 \pm 5,29$ лет, в основной группе — $27,93 \pm 5,52$ лет ($p = 0,6206$). По нашим данным, срок беременности жен-

щин контрольной и основной групп составлял $8,27 \pm 1,60$ и $7,50 \pm 2,19$ недели, соответственно (по Kruskal — Wallis, $p = 0,1066$).

При ретроспективном анализе нами отмечено, что у пациенток с невынашиванием беременности чаще, чем в контрольной группе, встречались перенесенные инфекционные заболевания, частота которых в основной группе составила 52,4 и 27,5 % — в контрольной группе. Частота встречаемости различной соматической патологии в группе с невынашиванием беременности была достоверно ($p < 0,05$) выше, чем у здоровых беременных. У 40,5 % пациенток основной группы выявлено сочетание нескольких экстрагенитальных заболеваний.

При изучении исходов предыдущих беременностей отмечено, что в основной и контрольной группе своевременными родами закончились 31 и 47,5 % соответственно. У пациенток основной группы по сравнению с группой контроля обращает на себя внимание высокий процент привычного невынашивания и недонашивание беременности. Так, в основной группе 28,6 % беременностей закончились самопроизвольным выкидышем в I триместре, неразвивающейся беременностью — 11,9 %, преждевременными родами — 9,5 %. В группе контроля преждевременные роды наблюдались лишь у 7,5 % женщин, самопроизвольные выкидыши отмечены только у 5 %, что касается неразвивающейся беременности, данное осложнение у пациенток не отмечалось. Все пациенты, участвовавшие в обследовании, до наступления настоящей беременности ранее наблюдались и лечились по поводу различных гинекологических заболеваний. Следует отметить, что наличие хронических воспалительных заболеваний половых органов в основной группе было достоверно выше, чем в контрольной ($p < 0,05$).

Согласно полученным нами данным, статистически значимых различий уровня ДГЭА в сыворотке крови пациенток основной группы в сравнении с группой контроля не выявлено ($p > 0,05$). Нами установлены статистически значимые различия между концентрациями пролактина и эстрадиола ($p < 0,05$). Так, концентрация пролактина в основной группе была меньше на 1133 мМЕ/л, чем в контрольной ($p < 0,05$). При этом уровень эстрадиола в сыворотке крови у женщин с первым эпизодом прерывания беременности был в 2,3 раза меньше по сравнению с аналогичным показателем в группе контроля ($p < 0,05$). В ходе статистического анализа полученных результатов выявлены достоверные различия в концентрации прогестерона в сыворотке крови между основной и контрольной группами. Так, у пациенток основной группы уровень этого гормона был в 3,5 раза ниже, чем в контрольной ($p < 0,05$). По нашим данным, концентрации ДГЭА, пролактина и эстрадиола у обследованных пациенток находились в пределах физиологической нормы для I триместра беременности.

Выводы

Таким образом, мы полагаем, что достоверно низкие концентрации прогестерона, пролактина и эстрадиола у женщин с невынашиванием беременности свидетельствуют о наличии гормонального дисбаланса и могут быть отнесены к факторам, способствующим прерыванию беременности раннего срока.

ЛИТЕРАТУРА

1. Давыдов, А. И. Профилактика репродуктивных потерь при привычном невынашивании беременности / А. И. Давыдов, И. В. Игнатко // Вопр. гинекол., акушерства и перинатол. — 2008. — Т. 7, № 2. — С. 40–46.
2. Сидельникова, В. М. Эндокринология беременности в норме и при патологии / В. М. Сидельникова. — М.: МЕД-пресс-информ, 2007. — 352 с.
3. Conception, early pregnancy loss, and time to clinical pregnancy: a population-based prospective study / X. Wang [et al.] // Fertility and Sterility. — 2008. — Vol. 79. — P. 577–584.
4. Kutteh, W. H. Recurrent Pregnancy Loss / W. H. Kutteh, M. D. Stephenson // Clinical Gynecology. — 2006. — P. 797–802.

УДК 614.2(476.2)

ОБРАЗ ЖИЗНИ, ОЗДОРОВЛЕНИЕ И СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Куцабенко И. Г.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Л. П. Мамчиц

Учреждение образования

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

Введение

Современные условия жизни предъявляют повышенные требования к здоровью и интеллектуальным возможностям трудоспособного населения. Очень важно сохранение здо-