

ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДЫ У ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ

Кухарчик Ю.В.¹, Колесникова Т.А.², Цупик А.В.¹

*Гродненский государственный медицинский университет¹,
УЗ "Гродненский областной клинический перинатальный центр"²*

Актуальность. Миома матки – одна из наиболее часто встречающихся доброкачественных опухолей органов малого таза у женщин. Следует отметить, что проблема приобретает все большую актуальность в связи с омоложением контингента пациентов с этой патологией. Если 20 лет назад в возрастной группе от 25-и до 45-и лет миома матки встречалась у 30% женщин, то за последние 5 лет эта цифра возросла до 50% [3]. Наметившаяся в последние годы тенденция к позднему планированию беременности (после 40 лет), когда значительно повышается риск возникновения, миомы матки, эндометриоза и воспалительных заболеваний органов малого таза, как основных причин неудач в реализации репродуктивной функции – является несомненно актуальной [1, 2]. Изучению состояния репродуктивного здоровья женщин с миомой матки посвящено большое количество исследований, при этом роль миомы матки в развитии бесплодия и невынашивания беременности до сих пор не определена, так как известны многочисленные случаи беременности с благополучным исходом при множественной миоме матки, даже с узлами больших размеров. В то же время первичное бесплодие у пациентов с миомой матки отмечается значительно чаще чем в популяции – в 18-24% случаев, вторичное – в 25-56%; 15-22% женщин с миомой матки страдают привычным невынашиванием, то есть в 2-3 раза чаще, чем женщины без миомы [2, 3].

Цель. Оценить исходы беременности у женщин с миомой матки и особенности течения родов.

Методы исследования. Проведено ретроспективное исследование 71 истории родов пациентов с миомой матки за период с 2015 по 2017 года, находившихся на стационарном лечении в УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр». Средний возраст пациентов составил $33,7 \pm 3,7$ года.

У всех обследованных женщин оценивали анамнестические данные, акушерско-гинекологический анамнез, течение беременности и исходы родов, проведен анализ сопутствующей экстрагенитальной и гинекологической патологии. Результаты исследования внесены в компьютерную базу данных. Полученные материалы обработаны на персональном компьютере с использованием стандартных компьютерных программ «STATISTICA 6.0», «Microsoft Excel».

Результаты и их обсуждение. Нами установлено, что 68,06% женщин родоразрешены путем операции кесарева сечения, и по данным гистологического

исследования, патология матки выявлена у всех обследованных женщин и представлена следующими вариантами: лейомиома с некрозом и с обызвествлением: 2,04%, узловая лейомиома: 2,04%; лейомиома с некрозом: 6,12%; лейомиома: 48,97%; крупноузловая лейомиома с гиалинозом: 2,04%; множественная фиброма: 2,04%; узловая лейомиома с гиалинозом: 6,12%; множественная лейомиома : 12,25%; узловая лейомиома с некрозом и гиалинозом: 2,04%; узловая миома с гиалинозом 2,04%; фибромиома: 6,12%; фибромиома с некрозом: 2,04%; лейомиома с гиалинозом: 2,04%; крупноузловая лейомиома с гиалинозом и с некрозом: 2,04%; крупноузловая лейомиома: 2,04%.

31,94% пациенток родоразрешены через естественные родовые пути. Наличие миомы матки установлено посредством УЗИ-исследований и представлено следующими вариантами: миома: 63,64%; множественная миома: 9,10%; узловая миома: 4,55%; фибромиома: 18,18%; множественная фибромиома: 4,55%.

Следует отметить, что патология матки как случайная интраоперационная находка выявлена лишь у одной пациентки (1,40%), и была представлена лейомиомой.

Что касается паритета беременности и родов, нами отмечено, что у 36,62% женщин была первая беременность, для 29,58% вторая, для 18,31% третья, для 9,86% четвертая, для 4,23% пятая и у 1,41% шестая.

Установлено, что средний возраст женщин с миомой матки и первой беременностью составил $32,1 \pm 2,7$ года, тогда как у женщин со второй беременностью и миомой матки средний возраст был в пределах $34,3 \pm 4,6$ года. У женщин с третьей, четвертой, пятой и шестой беременностью средний возраст был в пределах $34,7 \pm 4,29$ года.

У 66,2% женщин с миомой матки был отягощен акушерско-гинекологический анамнез: послеоперационный рубец матки: 15,49%; дважды послеоперационный рубец матки: 4,23%; возрастная первородящая женщина и послеоперационный рубец матки: 4,23%; бесплодие более 10 лет: 4,23%; бесплодие более 10 лет и возрастная первородящая женщина: 1,41%; невынашивание беременности в анамнезе: 14,08%; послеоперационный рубец матки в сочетании с невынашиванием беременности в анамнезе: 2,82%; возрастная первородящая женщина с невынашиванием беременности в анамнезе: 1,41%; одна пациентка с невынашиванием беременности в анамнезе, бесплодием более 10 лет и послеоперационным рубцом матки. Около 33% обследованных пациентов не имели гинекологических заболеваний в анамнезе.

Средний срок родоразрешения составил $273,6 \pm 8,7$ дня. Настоящая беременность у 98,59% женщин с миомой матки - одноплодная, а у 1,41% пациенток с миомой матки беременность была многоплодной.

Для 98,59% женщин с миомой матки беременность и роды закончились рождением живого ребенка, а у 1,41% пациентов гестационный процесс закончился антенатальной гибелью плода.

Различные особенности течения и исхода беременностей со стороны плода и

матки отмечались у 85,92% женщин и были представлены: крупный плод: 14,08%; плацентарные нарушения: 16,90%; преждевременное излитие околоплодных вод: 33,80%; многоводие: 5,63%; маловодии: 4,22%; ложные схватки с 35-37 недели: 4,22%; преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты: 4,22%; ЭКО: 4,22%; маточное кровотечение: 1,40%; центральное предлежание плаценты: 1,40%; антенатальная гибель плода: 1,40%; преждевременные роды: 1,40%; дуплодная беременность: 1,40%; первичная слабость родовой деятельности: 1,40%; длинный безводный период: 1,40%; ручное отделение последа: 1,40%. Также у 52,11% пациентов была угроза прерывания беременности на разных сроках: до 10 недель у 24,32% женщин, до 22 недель у 37,83%, от 22 до 37 недель у 21,62% пациентов и у 16,21% в сроке от 37 до 40 недель. И лишь у 14,08% женщин беременность со стороны плода и матери протекала без осложнений.

Течение беременности протекало с осложнениями у 53,53% женщин и включало: преэклампсию: 21 (55,26%); анемию легкой степени тяжести: 5,26%; анемию средней степени тяжести: 28,94%; анемию тяжелой степени тяжести: 7,89%; тромбоцитопенией: 2,63%; наружный геморрой: 2,63%, гестационный сахарный диабет: 2,63%. Послеродовый период осложнился гипотоническим маточным кровотечением в 2,63% случаев; гематомой послеоперационного рубца в 2,63% наблюдений; экстирпацией матки: 5,26%. У 45,48% женщин гестационный процесс протекал без осложнений.

Средний вес ребенка составил $3300 \pm 63,33$ г. Средняя длина тела новорожденного $51,1 \pm 1,5$ см; окружность головы $30 \pm 4,02$ см; средняя окружность грудной клетки – $30 \pm 3,44$ см. Вес детей рожденных в результате многоплодной беременности составил 1450 г и 1480 г.

35,21% новорожденных здоровы, у 64,79% детей выявлены различные патологические состояния и отклонения со стороны различных органов и систем.

Следует отметить, что у 25,35% детей выявлена различная патология центральной нервной системы, которая представлена: резидуальная энцефалопатия (11,11%); киста головного мозга у новорожденных (11,11%); киста сосудистого сплетения различной локализации (22,22%); синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости (5,56%); энцефалопатия различного генеза (22,22%); синдром угнетения центральной нервной системы (11,11%); вентрикулодилатация различной локализации (16,67%); врожденные пороки развития черепно-мозговая форма (11,11%); синдром повышенной возбудимости центральной нервной системы (16,67%); двигательные расстройства различного генеза (5,56%). Со стороны сердечно-сосудистой системы выявлены: функционирующее овальное окно (83,33%); дефект межжелудочковой перегородки сердца (8,33%); аномально расположенная хорда левого желудочка сердца (8,33%); синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови (8,33%); анемия различной степени тяжести (33,33%). Со стороны дыхательной системы: респираторный дистресс-синдром новорождённых (40%);

врожденная инфекция неуточненной этиологии (66,67%); пневмонии различной этиологии (6,67%).

Выводы. Таким образом, для решения вопроса о возможности планирования беременности у женщин с миомой матки, необходимо проведение комплексного обследования. Следует учитывать полученные результаты как критерии формирования групп риска пациенток по невынашиванию беременности, преэклампсии, плацентарным нарушениям.

ЛИТЕРАТУРА

1. Курцер, М.А. Консервативная миомэктомия во время кесарева сечения / М.А.Курцер, М.В.Лукашина, Е.П.Тищенко // Вопр. гинекологии, акушерства и перинатологии. - 2008. - Т.7. - № 3. - С. 82-87.
2. Овсянникова, Т.В. Возможности восстановления репродуктивной функции у пациенток с миомой матки / Т.В.Овсянникова, Т.Д.Гуриев // Миома матки / ред. И.С.Сидорова. - М., 2003. - С. 224-233.
3. Смирнова Т.А., Павшук Л.И. Современные подходы к лечению миомы матки у молодых женщин с целью сохранения репродуктивной функции // Бюллетень сибирской медицины. – 2014. - № 13 (1). – С.145-152.

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ

Лашковский В.В., Мацевич Д.И.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. В группу повреждений проксимально отдела большеберцовой кости входят как внутрисуставные, так и внесуставные переломы. Встречаемость внутрисуставных переломов большеберцовой кости составляет 2 случая на 1000 населения в год [1]. Сложность выбора тактики лечения пациентов связана с околоуставным или внутрисуставным характером переломов, высокой частотой тяжелых повреждений мягкотканых структур, возможным нарушением целостности элементов сосудисто-нервного пучка, возрастом пациентов и сопутствующими заболеваниями в анамнезе [2]. В настоящее время хирургическое лечение является более предпочтительным, так как позволяет во многих случаях выполнить анатомическую реконструкцию поврежденных структур. Однако оно не лишено и недостатков: вторичное смещение отломков, посттравматический остеоартрит, септические осложнения, не сращения отломков [3,4,5]. В тоже время не потеряли свое значение и консервативные методы лечения, особенно у пациентов преклонного возраста с многочисленными сопутствующими заболеваниями.

Таким образом, лечение пациентов с переломами проксимального отдела