

результат, в результате чего удается повысить шанс родить доношенного ребенка. Но все же необходимо дальше усовершенствовать методы коррекции истмико-цервикальной недостаточности.

Литература:

1. Сидельникова, В. М. «Невынашивание беременности.» – Москва 1986; Сидельникова В. М. «Привычная потеря беременности» - Москва 2002; Рецензируемый научно-практический медицинский журнал «Охрана материнства и детства» - Минск 2010.

СИМПТОМНАЯ МИОМА МАТКИ КАК ПРИЧИНА ОПЕРАТИВНОЙ МЕНОПАУЗЫ

Павлюкевич К.И., Пята Н.С., Левин В.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра акушерства и гинекологии

Научный руководитель – канд. мед. наук Милош Т.С.

Актуальность. Симптомная миома матки – это доброкачественная гормонально-зависимая опухоль миометрия, которая возникает у женщин репродуктивного возраста. Пик заболеваемости приходится в возрасте около 40 лет. Миома матки составляет до 30% гинекологических заболеваний [1]. В последние годы отмечается рост частоты обнаружения миомы матки у девственниц и женщин молодого возраста (до 20-25 лет), что связано, скорее всего, с наследственным характером заболевания (когда у матери, близких родственниц также имелось данное заболевание), так и с внедрением новых, более совершенных методов диагностики и большей их доступностью [2]. Симптомная миома вынуждает гинекологов прибегать к хирургическому лечению, что приводит не только к потере репродуктивных органов, но и к развитию широкого симптомокомплекса климактерических расстройств и дисбалансу ряда систем женского организма. В ходе хирургической менопаузы происходит полное выключение процесса стероидогенеза в яичниках.

Цель и задачи исследования: определить влияние симптомной миомы матки на клинические проявления и частоту возникновения оперативной менопаузы у женщин в возрасте 45-50 лет.

Методы исследования. Данные были получены при анализе 717 историй болезней прооперированных женщин за 2011-2014 годы, находившихся на стационарном лечении в Гродненском областном клиническом перинатальном центре. Из этого числа были отобраны женщины с диагнозом симптомная миома матки в возрасте 45-50 лет, которым выполнялось двустороннее удаление яичников. У всех пациенток были изучены анамнез, данные лабораторных и клинических исследований, выполнено УЗ-исследование органов малого таза. Полученные результаты обрабатывались при помощи пакета прикладных программ «Statistica 6.0».

Результаты. При анализе полученных данных обнаружено, что симптомная миома матки в 49% случаев является причиной хирургической менопаузы от общего числа прооперированных женщин этих лет. Средний возраст пациенток составил $47,7 \pm 1,9$ лет, средний индекс массы тела – $0,48$ кг/см. В среднем месячные начинались в $13,6 \pm 1,2$ лет, длились по 4-5 дней через 28-30 дней. У 32% женщин наблюдаются нерегулярные и обильные месячные. В 16% случаев были зарегистрированы болезненные месячные. У 36% женщин в гинекологическом анамнезе присутствует эрозия шейки матки, у 9,8% пациенток – кисты яичников. Экстирпация матки с придатками выполнена 56% женщин, а 44% пациенток – надвлагалищная ампутация матки с придатками. Количество женщин с положительным резус фактором составило 92%. С первой группой крови по системе АВО отмечено 40% женщин, 52% – со второй и 8% – с четвертой.

Выводы. Данные, полученные при анализе, свидетельствуют, что у пациенток с диагнозом симптомная миома матки в возрасте 45-50 лет несмотря на наличие менструаций выполняется экстирпация матки с двусторонней овариэктомией в 49% случаев, что в дальнейшем обуславливает появление климактерических симптомов. Данный метод оперативного лечения является профилактикой злокачественных опухолей яичников впоследствии.

Литература:

1. Савельева, Г. М. Гинекология / Г. М. Савельева, В. Г. Бреусенко// Москва – 2012. – 247 с.
2. Буянова, С. Н. Современные аспекты роста миомы матки / С. Н. Буянова [и др.] // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2012. – 12 (4) – С. 42- 48.

РЕДКИЕ ФОРМЫ ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Радюк А. Д., Рыболовская Е.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь

Кафедра акушерства и гинекологии

Научный руководитель – канд. мед. наук Хворик Н.В.

Актуальность. Частота редких форм эктопической беременности составляет примерно от 1,5 до 2,0% беременностей и является потенциально опасной для жизни [1]. Актуальность проблемы эктопической беременности обусловлена прежде всего ее осложнениями в виде массивных внутренних кровотечений и геморрагического шока. Неблагоприятными являются и отдаленные последствия: спаечные процессы, повторная внематочная беременность, вторичное бесплодие [2].

Цель работы: установить основные клинические проявления редко встречающихся вариантов эктопической беременности, в частности – яичниковой беременности, беременности в интерстициальном отделе и культе маточной трубы.

Материал и методы исследования. Материалом исследования послужили истории болезни 281 пациентки с установленным диагнозом эктопической беременности, находившихся на лечении в УЗ «ГКБ СМП г. Гродно» в 2009-2014 гг. Из них у 7 (0,02%) диагностированы редкие формы. У 4 (0,01%) пациенток выставлен диагноз яичниковой беременности, у 2 (0,01%) женщин плодное яйцо локализовалось в интерстициальном отделе маточной трубы, у 1 (0,004%) – в культе маточной трубы. Проведен анализ данных гинекологического и акушерского анамнезов, клинические проявления патологии, возраст пациенток, методы оперативного лечения. Результаты исследований представлены как в виде натуральных чисел, так и в процентном соотношении друг к другу.

Результаты исследования. Средний возраст женщин, у которых были диагностированы редкие формы эктопической беременности, составил $27,7 \pm 4,9$ лет. Возраст начала половой жизни – $17,3 \pm 1,0$ год. При поступлении пациентки предъявляли жалобы на тянущие боли внизу живота в 100% случаев, кровянистые выделения из половых путей – 42,9%, общую слабость – 14,3%. При проведении кульдоцентеза у 6 (85,7%) пациенток был получен геморрагический пунктат. Содержание хорионического гонадотропина в сыворотке крови составило от 34,0 до 3032,09 Ед/мл. При ультразвуковом исследовании во всех случаях было подозрение на наличие яичниковой беременности, беременности в культе или интерстициальном отделе маточной трубы. В 3 (42,9%) случаях проведена лапароскопия, в 2 (28,6%) – после диагностической лапароскопии выполнена лапаротомия, у 2 (28,6%) пациенток лапаротомия в экстренном порядке (резекция яичника, цистэктомия с удалением культы маточной трубы). В 100% случаев гистологический ответ подтвердил диагноз редкого варианта эктопической беременности.

Выводы. Редкие формы встречаются крайне редко, с частотой 0,02% по отношению ко всем вариантам эктопических беременностей. Раннее начало половой жизни является фактором риска патологии. Отсутствие патогномичных критериев постановки диагноза диктует необходимость проведения минимального комплекса диагностических процедур: оценка жалоб, кульдоцентез, определение содержания хорионического гонадотропина в сыворотке крови, ультразвуковое исследование, диагностическая лапароскопия. Окончательной постановке диагноза помогает оперативное вмешательство и гистологическое подтверждение.

Литература: