

беременность осложняется преэклампсией (58,3%), угрозой прерывания беременности (48,6%), хронической плацентарной недостаточностью (27,8), анемией (16,7%), многоводием (11,1%).

2. Пациенты старшей возрастной группы достоверно чаще родоразрешаются путем операции кесарева сечения (55,6%) в связи с наличием экстрагенитальной патологии, отягощенного акушерского анамнеза.

3. Женщины 40 лет и старше представляют фактор риска по развитию перинатальной патологии (гипотрофии плода, врожденных пороков развития).

МЕТОД ПРЕГНАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Ганчар Е.П., Кажина М.В.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. В последнее время предметом глубокого изучения стали вопросы качественной характеристики акушерской патологии у женщин с метаболическим синдромом (МС). На фоне МС у женщин довольно часто наблюдаются нарушения менструального цикла и бесплодие. В случае наступления беременности врачи сталкиваются с рядом осложнений: угрозой прерывания, преэклампсией, плацентарной недостаточностью, кровотечениями, высокой частотой оперативных вмешательств. В литературе описаны патогенетические факторы акушерских осложнений на фоне МС: гипергликемия, тромбофилия, гипергомоцистеинемия, дислипидемия, дефицит прогестерона, дефицит магния, витаминов А, Е, С, активация перекисного окисления липидов. Известно, что даже физиологически протекающая беременность характеризуется целым рядом метаболических сдвигов. Очевидно, что нормализация гомеостаза у беременных на фоне МС, не является реально воплотимой задачей. Несмотря на широкое распространение МС среди беременных и доказанную высокую частоту акушерских осложнений, в литературе нет достоверных данных об эффективной коррекции метаболических нарушений на прегравидарном этапе (т.е. этапе предшествующем беременности) с целью профилактики осложнений гестационного периода, родов и улучшения перинатальных исходов.

Цель исследования – оценка эффективности метода прегравидарной подготовки женщин с МС, направленной на снижение частоты гестационных осложнений.

Материалы и методы. Предлагаемый нами метод прегравидарной подготовки женщин с МС разработан с учетом литературных данных о патогенезе осложнений беременности, углубленного биохимического исследования, изучения психоэмоционального статуса пациентов репродуктивного возраста, страдающих МС. Технология предлагаемого метода состоит из трех последовательных этапов: I этап – диагностический; II этап – лечебный; III этап – подготовка к беременности.

Диагностический этап включает комплексное обследование пациентов с МС для четкой выработки дальнейших мероприятий по планированию и подготовке к беременности. На основании полученных результатов комплексного клинико-лабораторного обследования назначается проведение II этапа – лечебного. Основной целью этого этапа является коррекция проявлений МС. На II этапе предложенного метода прегравидарной подготовки женщин с МС выделен базовый и индивидуальный комплекс мероприятий. Базовый комплекс включает диетические рекомендации и рекомендации по физической активности, назначение препаратов омега-3 полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК) и аминокислоты – таурин. Обоснованием включения омега-3 ПНЖК являются их многогранные клинико-фармакологические эффекты: гипотриглицеридемический, антиатерогенный, гипохолестеринемический, антитромбогенный, противовоспалительный, вазодилатирующий. Включение в терапию таурина мы обосновываем исследованиями, в которых доказано снижение концентрации данной аминокислоты при МС. Кроме того, таурин обладает рядом клинико-фармакологических эффектов: гипогликемическим, осмолитическим, антиоксидантным, антиагрегантным. Продолжительность данного этапа от 3 до 6 месяцев. II этап метода прегравидарной подготовки женщин с МС считается эффективным в случае: снижения массы тела на 10-15%; тенденции к нормализации уровня холестерина, триглицеридов, липопротеинов низкой плотности, липопротеинов высокой плотности; нормализации уровня глюкозы в крови натощак; нормализации артериального давления. Пациенты, успешно прошедшие II этап метода, допускаются к III этапу – подготовке к беременности.

III этап метода прегравидарной подготовки включает базовый и индивидуальный комплекс мероприятий. Продолжительность данного этапа – 3 месяца. На III этапе метода прегравидарной подготовки все пациенты продолжают выполнять рекомендации по диетическому питанию и физической активности, продолжается прием препаратов омега-3 ПНЖК, назначается фолиевая кислота, антиоксиданты. С учетом данных диагностического этапа разрабатывается индивидуальная терапия.

Для оценки эффективности предложенного нами метода прегравидарной подготовки женщин с МС выделены 2 группы пациентов. Основную группу составили 33 женщины с МС, получающие терапию с этапа планирования и подготовки к беременности. В группу сравнения вошли 37 беременных с МС, которые не получали превентивного лечения. Статистическая обработка данных проведена с использованием компьютерной программы STATISTICA 10.0 (SN – AXAR207F394425FA-Q). При оценке долей доверительный интервал (ДИ) принят 95%.

Результаты и обсуждение. В результате успешного выполнения комплекса мероприятий предложенного нами метода беременность наступила у 31 пациента с МС (93,94%). У 2 (5,41%) пациентов группы сравнения произошло самопроизвольное прерывание беременности на ранних сроках ($p > 0,05$). При анализе течения беременности между основной группой и группой сравнения выявлены достоверные различия по частоте таких гестационных осложнений, как угроза прерывания, преэклампсия, плацентарная недостаточность, маловодие, многоводие. Отмечены также статистически значимые различия по частоте перенесенных инфекционно-воспалительных заболеваний органов дыхания во время беременности между сравниваемыми группами.

Угроза прерывания беременности в основной группе отмечена в 5 (14,29%) случаях, в группе сравнения – в 18 (51,43%) случаях ($p < 0,05$). В основной группе преэклампсия развилась только у 8 (25,81%) женщин. В группе сравнения у 33 (91,67%) беременных развилась преэклампсия. Преэклампсия средней тяжести выявлена у 11 (31,43%) женщин данной группы ($p < 0,05$). У женщин, участвующих в исследовании, беременность осложнилась легкой формой плацентарной недостаточности только в 3 случаях (9,68%). В группе сравнения плацентарная недостаточность выявлена в 18 (51,43%) случаях, при чем в 2 (5,71%) наблюдениях –

субкомпенсированная форма и в 2 (5,71%) – декомпенсированная форма ($p < 0,05$). Маловодие зарегистрировано у 9 (25,71%) пациентов группы сравнения, многоводие у 8 (22,86%). Данных осложнений в основной группе выявлено не было ($p < 0,05$). У пациентов основной группы достоверно реже отмечены инфекционно-воспалительные заболевания органов дыхания во время беременности: 4 (12,9%) и 16 (45,71%), соответственно ($p < 0,05$). У всех женщин, прошедших прегравидарную подготовку, роды произошли в сроке доношенной беременности. Частота преждевременных родов у женщин группы сравнения составила 8,57% - 3 случая ($p > 0,05$). При анализе течения родов выявлены статистически значимые различия между группами по частоте развития слабости родовой деятельности. Пациенты, не прошедшие прегравидарную подготовку, достоверно чаще были родоразрешены путем операции кесарева сечения в экстренном порядке. Слабость родовых сил выявлена у 1 (3,23%) роженицы основной группы и у 11 (31,43%) – группы сравнения ($p < 0,05$). Кесарево сечение выполнено 19 (54,29%) пациентам с МС, не прошедшим прегравидарную подготовку, и 10 (32,26%) женщинам основной группы ($p > 0,05$). По экстренным показаниям кесарево сечение выполнено в 2 (6,45%) случаях в основной группе и в 13 (37,14%) случаях у пациентов из группы сравнения ($p < 0,05$). У пациентов группы сравнения ранний послеродовой период в 2 (5,71%) случаях осложнился развитием гипотонического кровотечения, тогда как в основной группе данного осложнения зафиксировано не было ($p > 0,05$). В 2 (5,71%) случаях в послеродовом периоде у пациенток группы сравнения была зарегистрирована субинволюция матки, у родильниц основной группы данного осложнения не было ($p > 0,05$).

У новорожденных от пациентов, получивших превентивную терапию, выявлено перинатальное поражение ЦНС гипоксического генеза в 1 (3,23%) случае, тогда как в группе сравнения – в 10 (28,57%) случаях ($p < 0,05$).

Выводы:

1. У пациентов с МС, получивших терапию на этапе планирования и подготовки к беременности, выявлено достоверное снижение таких осложнений беременности, как угроза прерывания, преэклампсия, плацентарная недостаточность, маловодие, многоводие, инфекционно-воспалительные заболевания органов дыхания.

2. У участниц исследования отмечается достоверное снижение частоты слабости родовой деятельности, экстренного родоразрешения путем операции кесарева сечения.

3. У детей, рожденных от матерей с МС, прошедших прегравидарную подготовку по предложенному нами методу, выявлена достоверно более низкая частота перинатального поражения ЦНС гипоксического генеза.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ С СУБМУКОЗНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ УЗЛА

**Ганчар Е.П.¹, Гурин А.Л.¹, Костяхин А.Е.², Ярмошук С.И.²,
Евсиевич В.И.²**

¹Гродненский государственный медицинский университет,

²Городская клиническая больница №4 г. Гродно

Актуальность. Миома матки – наиболее часто встречающаяся доброкачественная опухоль женских половых органов, которая занимает значительное место среди патологии репродуктивной системы, – около 25% женщин старше 30 лет страдают этим заболеванием. Субмукозная локализация узлов опухоли составляет 20-32% случаев миомы матки. Субмукозные узлы, как правило, сопровождаются достаточно выраженной клинической картиной: длительные, обильные менструации со сгустками, анемизирующие пациента, болевой синдром, бесплодие и невынашивание беременности. Консервативное лечение подслизистых узлов миомы оказывается безуспешным. Практически всегда приходится прибегать к оперативному лечению. Оптимальным и наименее инвазивным способом лечения субмукозной миомы матки является гистероскопическое удаление. Taylor и соавт. в 1993 г. предложили тактику ведения пациентов с субмукозными узлами: торможение менструальной функции, направленное на уменьшение размеров миоматозного узла, истончение эндо- и миометрия с целью уменьшения кровоснабжения. Подобная подготовка способствует истончению миометрия и как следствие – большему выбуханию узла в полость матки. Уменьшение кровоснабжения эндо- и миометрия приводит к уменьшению интравазации жидкости, расширяющей полости матки. Предоперационное лечение гормонами приводит к атрофии эндометрия, что улучшает условия проведения операции за