

студента с пациентом в конфликтной ситуации. Разработанные скрипты включают два раздела. Первый раздел – это описание условий общения, включающих особенности подготовки ко встрече с пациентом, начала осмотра пациента, обращения к пациенту, выслушивания жалоб, сбора анамнестических данных и назначения лечения. Второй раздел представлен алгоритмами общения, описывающими конкретные фразы при приветствии пациента, при опросе, назначении лечения и обосновании предложенных рекомендаций, прощании с пациентом. Отработка последовательности действий в определённой коммуникативной ситуации происходит на практических занятиях.

Выводы. Включение отработки скриптов коммуникации в образовательный процесс даёт возможность планировать конкретные результаты обучения с использованием предложенных алгоритмов, ход врачебной консультации и её результат. Осваивая реалистичные сценарии с использованием алгоритмов взаимодействия в разных коммуникативных ситуациях, студенты приобретают необходимые коммуникативные навыки для работы с пациентами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреева, Г.М. Социальная психология / Г.М. Андреева. – М. : Аспект Пресс, 2014. – 363 с.
2. Гулевич, О.А. Психология коммуникации / О.А. Гулевич. – М. : Моск. психол.-соц. ин-т, 2007. – 384 с.
3. Куницына, В. Н. Межличностное общение : учебник / В. Н. Куницына, Н. В. Казаринова, В. М. Погольша. – СПб. [и др.] : Питер : Питер бук, 2001. – 544 с.

ТАКТИКА РОДОРАЗРЕШЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С МИОМОЙ МАТКИ

Ганчар Е.П.¹, Колесникова Т.А.²

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

Актуальность. Миома матки – самая распространенная опухоль среди гинекологических заболеваний, встречающаяся у 20-44% женщин и у 0,5-6% беременных [1]. В последние годы возрастает количество женщин репродуктивного возраста с миомой матки [2]. Однако до настоящего времени не разработаны четкие критерии тактики ведения беременных с миомой матки. Отсутствует единая тактика объема хирургического вмешательства при указанной патологии. Нередко после родоразрешения пациентов активного репродуктивного возраста прибегают к гистерэктомии. Естественно, выполненное хирургическое вмешательство приводит к прекращению репродуктивной функции, а также оказывает негативное влияние на качество жизни пациентов [3, 4]. В связи с этим актуальность проблемы не вызывает сомнений.

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

Методы исследования. Для достижения поставленной цели проведен ретроспективный анализ течения беременности и родов у 86 женщин с миомой матки, родоразрешенных в УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр». Была изучена первичная документация: амбулаторные карты беременных, истории родов, истории развития новорожденных. Показатели статистически обработаны с помощью программы Microsoft Excel.

Результаты и их обсуждение. В ходе исследования установлено, что миома матки преобладала в основном у женщин в возрасте старше 30 лет (81,4%). Из них 42,8% – первородящие и 57,2% – повторнородящие. У 34,9% беременных отмечалась эндокринная патология в виде эндемического диффузного зоба. Ожирением страдали 30,2% беременных.

В анамнезе 37,2% пациентов имели хронический аднексит, 20,9% – инфекции, передающиеся половым путем. Бесплодие в анамнезе отмечали 17,4% пациентов, что явилось причиной наступления первой беременности в более позднем возрасте (31-40 лет). В ходе анализа выявлено, что 43,7% рожениц в анамнезе имели патологию шейки матки.

У 75,6% пациентов миома матки была диагностирована до беременности. Во время беременности заболевание было выявлено у 17,4% женщин, у 7% опухолевый процесс был обнаружен интраоперационно во время кесарева сечения.

Локализация миоматозных узлов была различной. Расположение миоматозных узлов по передней стенке матки установлено в 60% случаев, на задней стенке в 38%, в области дна – в 9%. Множественная миома матки зафиксирована у 52 (60,5%) пациентов. Диаметр узлов в среднем варьировал от 1 до 8 см. Интерстициальная локализация миоматозных узлов наблюдалась в 65,1% случаев, субсерозная в 41,7%, интерстициально-субсерозная локализация в 32,6%.

По результатам гистологического исследования миоматозных узлов выявлено, что в 57% случаев встречались опухоли без структурных изменений, отечные миоматозные узлы с кровоизлиянием в 12,8% случаев, с дегенеративными изменениями в 11,6%, с некротическими изменениями — в 18,6%.

Путем операции кесарева сечения были родоразрешены 68 (79,1%) беременных. Показаниями для оперативного родоразрешения послужили как материнские причины (52,3%), так и причины со стороны плода (26,7%). Среди материнских причин, осложняющих родоразрешение через естественные родовые пути, чаще всего встречались: миома матки (26,5%), рубец на матке (13,2%) вследствие предыдущего абдоминального родоразрешения (кесарева сечения) и консервативной миомэктомии до наступления настоящей беременности; отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (10,3%), преэклампсия (7,4%); преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (5,9%).

Показаниями для кесарева сечения у 1,5% женщин явился врожденный порок сердца и в 1,5% случаев – миопия высокой степени с изменениями на глазном дне. Наиболее частыми показаниями со стороны плода были: хроническая внутриутробная гипоксия плода и прогрессирующая плацентарная недостаточность (19,1%), тазовое предлежание плода (10,3), поперечное положение плода (4,4%).

Всем 68 пациентам, родоразрешение которых производилось путем операции кесарева сечения, потребовалось расширение объема оперативного вмешательства, из них 48 (70,6%) – реконструктивно-хирургическое вмешательство, включающее удаление 3 и более узлов, удаление узла более 5 см с метропластикой, 16 (23,5%) – консервативная миомэктомия, 4 (5,9%) пациентам была выполнена надвлагалищная ампутация матки.

Средняя кровопотеря при операции кесарева сечения с реконструктивно-хирургическим вмешательством, метропластикой – $700,7 \pm 20,5$ мл, пребывание в стационаре в послеродовом периоде: $10,56 \pm 1,17$ дня.

При консервативной миомэктомии средняя кровопотеря составила $620,5 \pm 23,5$ мл, среднее пребывание в стационаре в послеродовом периоде $8,15 \pm 1,05$ дня.

При надвлагалищной ампутации матки средняя кровопотеря составила $700 \pm 20,3$ мл, среднее пребывание в стационаре $11,5 \pm 1,5$ дня.

Через естественные родовые пути родоразрешены 20,9% беременных с миомой матки. Размер миоматозных узлов от 1 до 2 см в диаметре, с локализацией по передней и задней стенкам матки. Амниотомия была выполнена в 13,9% родов, эпизиотомия-раффия в 25,5%. Ручное отделение последа выполняли в 5,6% случаев. Раздельно-диагностическое выскабливание матки по поводу лохиометры производили в 11,1% случаев. Средняя продолжительность родов составила 6 ч. 16 мин. $\pm 0,30$, средняя кровопотеря $250,5 \pm 5,6$ мл, среднее пребывание в стационаре $6,4 \pm 0,7$ дня.

Установлено рождение детей мужского пола у 57% рожениц, женского у 43%. При первичном осмотре неонатологом новорожденных подавляющее большинство детей – 89,5% были в удовлетворительном состоянии и имели оценку по шкале Апгар – 8/9 баллов. 10,5% младенцев родились в состоянии средней степени тяжести. Состояние средней степени тяжести у младенцев было обусловлено: неврологической симптоматикой в виде синдрома умеренного угнетения ЦНС (4,7%), синдромом дыхательных расстройств (3,5%) и перенесенной хронической внутриутробной гипоксией (2,3%). Случаев тяжелой асфиксии не было. Задержка внутриутробного развития плода наблюдалась в 11,6% случаев, неонатальная желтуха новорожденных отмечалась у 23,3% пациентов.

В послеоперационном периоде осложнений не зарегистрировано. При проведении ультразвукового исследования органов малого таза в среднем на $3,7 \pm 1,8$ сутки после родов состояние послеоперационных рубцов у женщин после миомэктомии было в пределах референсных значений.

Выводы. Таким образом, сочетание миомы матки и беременности отмечалось преимущественно у пациентов в возрасте старше 30 лет. Фоном для развития доброкачественного опухолевого процесса в матке чаще всего являются хронические воспалительные процессы половых органов в сочетании с экстрагенитальной патологией, в частности с эндокринной. Анализ полученных данных показал целесообразность и перспективность родоразрешения пациентов с множественной миомой матки или одиночными миоматозными узлами больших размеров с помощью операции кесарева сечения с последующей миомэктомией, способствующей сохранению детородной функции пациентов и качества их жизни, что, несомненно, положительно отразится на демографической ситуации в Республике Беларусь.

ЛИТЕРАТУРА

1. Миома матки: диагностика, лечение и реабилитация. Клинические рекомендации по ведению больных / Л.В. Адамян, Е.Н. Андреева, Н.В. Артымук Н.В. и др. – М., 2015. – 100 с.
2. Cesarean Myomectomy Outcome in a Nigerian District Hospital / A. Ehigiegba, J. Gargar, U. Ocheche, C. Umejiego // J Bas Clin Reprod Sci. – 2013. – №2. – P. 115-118.
3. Praneshwari Devi, R.K. Caesarean Myomectomy As Safe And Feasible Procedure: Prospective Study of 6 Cases / R.K. Praneshwari Devi, P. Pangertemsu, K. Apekshasateesh // J Dent Med Sci. – 2017. – №16 (01). – P. 17-20.
4. Spariç, R. Intraoperative hemorrhage as a complication of cesarean myomectomy: analysis of risk factors / R. Spariç // Vojnosanit Pregl. – 2016. – №73(5). – P. 415-421.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТАБОЛОМА В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ АНОВУЛЯЦИИ У ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Ганчар Е.П.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Метаболический синдром (МС) – одна из наиболее острых проблем современной медицины. МС является одной из самых частых причин нарушения репродуктивного здоровья женщин. Роль инсулинорезистентности в патогенезе репродуктивной дисфункции была доказана во многих исследованиях. Однако в практике акушера-гинеколога встречаются пациенты, страдающие МС, и имеющие регулярный овуляторный менструальный цикл. Данная практическая ситуация требует логического анализа и научного объяснения. В медицине XXI века создается принципиально новая стратегия, основанная на доклиническом определении биоиндикаторов патологии задолго до реального проявления признаков болезни [1]. Стратегия такого рода дает врачу реальную