

Выводы. Содержание оксиндола в плазме крови обследуемых пациентов достоверно повышено -189,9 (167,4;240,4) мкмоль/л, по сравнению с группой здоровых добровольцев. При проведении консервативной интенсивной терапии содержание данного бактериального метаболита статистически не изменяется.

Литература

1) Белобородова Н.В. О микрофлоре хозяина и ее участии в ответе на инфекцию/Н.В. Белобородова // Антибиотики и химиотерапия. - 1998.-№9 - С. 44-48.

2) De Prost N, Razazi K, Brun-Buisson C. Unrevealing culture-negative severe sepsis.//Critical Care. 2013;17(5):1001. doi:10.1186/cc13022.

Summary

DETERMINATION OF METABOLITES TRIPTOPHAN-OXINDOL IN BLOOD

Kulakov D.A., Predko V.A.

Grodno State Medical University, Grodno

Patients with sepsis has a negative blood culture in some cases. The possibility of use in the diagnosis of the level of concentration of bacterial metabolites. One such metabolite is oxindol.

ОСОБЕННОСТИ РОДРАЗРЕШЕНИЯ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ

Кухарчик Ю.В., Станько Д.Э.

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно

juliakukharchik@mail.ru

Введение. Миома матки (ММ) является наиболее часто встречающейся доброкачественной опухолью половых органов женщины и занимает значительное место среди причин бесплодия у женщин репродуктивного возраста. В настоящее время эта патология встречается у 30-35% женщин репродуктивного возраста и чаще всего выявляется в возрасте 32-33 года. У женщин моложе 20-30 лет

ММ встречается 0,9-1,5% случаев, старше 30 лет – у 15-20% женщин, старше 40 лет – у 40% [1, 4, 5].

Следует отметить, что течение беременности, акушерская тактика, а также методы родоразрешения при ММ имеют свои особенности [2, 3, 5].

Цель исследования: оценить особенности родоразрешения и послеоперационного периода у женщин с миомой матки.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ (2014-2017 гг.) 135 историй родов пациенток, родоразрешенных посредством кесарева сечения в сроке 38-40 недель. В первую группу (n=43) вошли женщины, течение беременности которых ассоциировано с множественной ММ, с размерами наибольшего узла более 5 см; во вторую группу (n=42) – пациентки, течение беременности которых ассоциировано с множественной ММ, с размерами наибольшего узла менее 5 см. контрольную группу (n=63) составили женщины без ММ, родоразрешенные посредством кесарева сечения. На основании изучения историй родов проведен анализ результатов клинко-лабораторных исследований как во время беременности, так и во время дородовой госпитализации и в послеродовом периоде.

Полученные данные подверглись статистической обработке, достоверными считали результаты при $p < 0,05$.

Результаты исследований. Во всех группах выполнялось плановое оперативное родоразрешение в среднем сроке беременности $273,13 \pm 3,54$ дня. В первой группе показаниями для операции послужила множественная ММ. В группе контроля показания к операции были следующие: тазовое предлежание плода 44%, рубец на матке 42%, миопия высокой степени 14%. Во второй: тазовое предлежание плода 38,1%, рубец на матке 45,2%, миопия высокой степени 16,7%.

Ушивание ложа после энуклеации миоматозного узла пациенткам всех групп выполняли рассасывающимся синтетическим материалом по методике принятой в клинике.

Объем кровопотери во время операции у пациенток первой группы в среднем составил $789,52 \pm 213,17$ мл, что составило 0,89% массы тела беременных. У пациенток второй группы объем кровопотери в среднем – $685,34 \pm 129,57$ мл, то есть 0,78% массы тела беременной. В третьей группе пациенток объем кровопотери в

среднем составил $634,22 \pm 76,12$ мл, (0,69% массы тела). Достоверно больше кровопотеря отмечена у пациенток первой и второй группы по сравнению с третьей группой ($p < 0,05$).

Нами выявлено, что размеры узла в первой группе положительно коррелируют с объемом кровопотери во время операции ($r \geq 0,6$ – сильная связь).

Продолжительность операции у пациенток первой группы в среднем составила $61,32 \pm 21,34$ мин. У беременных второй группы операция продолжалась в среднем $57,56 \pm 16,42$ мин. Минимальное время операции у пациенток третьей группы в среднем – $40,82 \pm 6,43$ мин.

Следует отметить, что достоверно отличались объем кровопотери и длительность операции у пациенток первой и второй групп по сравнению с группой контроля ($p < 0,05$), что можно объяснить увеличением объема проводимой операции.

У 4,7% пациентов первой группы и у 2,4% женщин второй группы в связи с гипотоническим кровотечением во время операции была произведена перевязка яичниковых и маточных артерий. У одной пациентки первой группы потребовалось наложение компрессионных швов на матку. У 6,9% женщин первой группы и у 2,4% второй группы в связи с недостаточностью гемостаза при ушивании ложа миоматозного узла выполнена перевязка маточных и яичниковых артерий. Вышеописанных осложнений не выявлено в группе контроля.

В нашем исследовании не было экстирпаций и надвлагалищных ампутаций.

Таким образом, проведение консервативной миомэктомии приводит к увеличению длительности операции и увеличению объема кровопотери ($p < 0,05$). Также увеличивается частота массивных кровопотерь (более 0,7% массы тела). Так, в первой группе массивная кровопотеря зарегистрирована у 16,3% пациенток, во второй у 4,8% женщин.

С целью профилактики тромбоэмболических осложнений все женщины были активизированы через 6 часов после операции. Продолжительность пребывания в стационаре пациенток первой группы в среднем составила $7,2 \pm 1,1$ дня. Женщины второй группы в среднем находились в стационаре $6,9 \pm 1,4$ дня. Продолжительность госпитализации в третьей группе – $6,9 \pm 0,5$ дня.

Таким образом, длительность пребывания пациенток в стационаре после операции между группами достоверно не отличалась ($p>0,05$).

В послеоперационном периоде повышение температуры тела в первые сутки после операции отмечалось у 14% пациенток первой, у 16,7% женщин второй и у 14% третьей группы. Достоверно значимых отличий между группами по данному осложнению не выявлено ($p>0,05$).

Несмотря на расширение объема операции, увеличение длительности операции, а также увеличение объема кровопотери, послеоперационный период протекал без осложнений, за исключением анемии, которая вызвана объемом кровопотери.

Таким образом, миомэктомия выполнима во время оперативного родоразрешения, не требует проведения длительной противовоспалительной терапии, что подтверждается отсутствием воспалительного процесса по данным лабораторного исследования, отсутствием послеоперационных осложнений, отсутствием увеличения температуры тела до фебрильных цифр, а также длительностью пребывания в стационаре, которая не отличалась между пациентками с миомой матки и без.

Литература

1. Вихляева, Е.М. Руководство по диагностике и лечению больных лейомиомой матки / Е.М.Вихляева. М.: МЕДпресс-информ, 2004. – 400 с.
2. Радзинский, В.Е. Миома матки: курс на органосохранение / В.Е.Радзинский, Г.Ф.Тотчиев // Информационный бюллетень. – М.: «Status praesens», 2014. – С. 22.
3. Reproduction after myomectomy: comparison of patients with and without second-look laparoscopy / K.Kubinova [et all.]// Minim. Invasive Ther. Allied Technol. – 2011. – Vol.18, №6(11). – P. 26-29.
4. Maruo, T. Sex steroidal regulation of uterine leiomyoma growth and apoptosis / T.Maruo, N.Ohara, J.Wang, H.Matsuo // J. Hum. Reprod. Update. – 2004. – №10. – P. 207-220.
5. Pritts, E.A. Fibroids and infertility: an updated systematic review of the evidence / E.A.Pritts, W.H.Parker, D.L.Olive // J. Fertil. Steril. – 2009. – Vol. 91, №4. – P. 1215-1223.

Summary

**FEATURES DELIVERY AND POSTOPERATIVE PERIOD IN WOMEN
WITH UTERINE MYOMA**

Kukharchyk Y.V., Stanko D.E.

Grodno State Medical University, Grodno

One-stage myomectomy during cesarean section is relatively safe intervention and does not significantly affect the volume of blood loss, postoperative course and duration hospitalizations. Factors that increase the risk of blood loss during cesarean sections with simultaneous myomectomy are large the volume of fibroids and multiple fibroids of the uterus.

**МАГНИТНОЕ ПОЛЕ КАК МОДИФИКАТОР
КИСЛОРОДТРАНСПОРТНОЙ ФУНКЦИИ КРОВИ**

Лепеев В.О.

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно

lepееv@ya.ru

Введение. Магнитное поле (МП) оказывает влияние на различные физиологические процессы в клетках и тканях организма: изменения K^+/Na^+ градиента в клетке за счет колебания молекул воды, белков и ионов поверхностного слоя мембраны; пространственной ориентации молекул РНК и ДНК; поляризации боковой цепи белковых молекул вследствие разрыва водородных связей; клеточной проницаемости, а также теплового эффекта и резонансного поглощения энергии молекулами тканей [1]. Выявлено влияние данного физического фактора на генерацию активных форм кислорода, которые играют важную роль во многих клеточных сигнальных путях как в физиологических, так и в патологических условиях, в большинстве случаев их концентрация увеличивается и зависит от интенсивности, частоты и времени экспозиции данного физического фактора [4]. Являясь электромагнитной средой, кровь реагирует на воздействия МП. Доказано, что наиболее чувствительными элементами являются мембраны эритроцитов, состоящие из фосфолипидов. Прямое воздействие низкочастотного импульсного МП на кровь осуществляется на молекулярном уровне, реализующееся за счет положительных сдвигов в системе утилизации