

кислоты – 10,29 нмоль/мл, валина – 129,32 нмоль/мл, липопротеидов низкой плотности – 2,18 ммоль/л, триглицеридов – 2,96 ммоль/л, магния – 0,81 ммоль/л, коэффициента атерогенности – 2,27.

При решении дискриминантного уравнения получили результат: -2,039, что соответствует низкому риску хронической ановуляции. Женщина забеременела в течение 3 месяцев.

Приведенные примеры подтверждают высокую эффективность предлагаемой математической модели, при этом достаточно однократного обследования пациентов с МС.

Выводы. На основании показателей метаболомического профиля создана математическая формула, позволяющая прогнозировать хроническую ановуляцию у пациентов с МС с высокой степенью достоверности (95%), и диагностической эффективностью (точность предложенного метода составляет 92%) для выработки индивидуальной тактики ведения данного контингента женщин и адекватной организации лечебно-диагностического процесса.

Литература

1. Хакунов, Р. Н. Метаболический синдром. Актуальные вопросы. Обзор литературы / Р. Н. Хакунов // Новые технологии. – 2012. – № 4. – С. 1-9.
2. Этиология и патогенез бесплодия при ожирении как компонент метаболического синдрома / М. В. Ткачева, А. Ю. Гордеева, А. В. Белостоцкий и др. // Вестник современной клинической медицины. – 2016. – Т. 9, № 5. – С. 75-79.
3. Daviss, B. Growing pains for metabolomics / B. Daviss // The Scientist. – 2005. – Vol.19(8)/ – P. 25–28.
4. Nordstrom, A., Metabolomics: moving to the clinic / A. Nordstrom, R. Lewensohn / J. Neuroimmune Pharm – 2010. – Vol.5 (1). – P. 4–17.

МИОМА МАТКИ С СУБМУКОЗНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ УЗЛА – ТАКТИКА

Гурин А. Л.¹, Демина О. В.², Ганчар Е. П.¹

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Беларусь

²УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»,
г. Гродно, Беларусь

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. Оптимальный и наименее инвазивный способ лечения субмукозной миомы матки – 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 – большому взбуханию 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 счет хорошей видимости и уменьшает кровопотерю во время операции.

С целью предоперационной подготовки женщин с субмукозной миомой нами используется агонист гонадотропин-рилизинг гормона – Леупролид ацетат: 3,75 мг 1 раз в месяц в течение 3 месяцев.

Цель исследования – оценить эффективность лечения субмукозной миомы матки с применением в предоперационном периоде агониста гонадотропин-рилизинг гормона Леупролид ацетат 3,75 мг.

Материалы исследования и методы. Для решения поставленной задачи 65 пациентам с субмукозной миомой матки в возрасте от 23 до 48 лет (средний возраст $41,4 \pm 6,1$ года) была назначена предоперационная терапия агонистами гонадотропин-рилизинг гормона – Леупролид ацетат 3,75 мг в течение 3 месяцев; выполнена гистероскопическая миомэктомия. В соответствии с классификацией, предложенной К. Wamsteker (1993), узлы 0 типа выявлены у 21 (32,3%) пациента, узлы I типа – у 32 (49,2 %), у 12 (18,5 %) диагностированы узлы миомы II типа.

Пациенты предъявляли жалобы на тянущие боли внизу живота в 89,2% случаев, ациклические кровянистые выделения из нижних половых путей – 76,9%, обильные и длительные менструации – 92,3%. Менструальная функция у обследованных пациентов характеризовалась следующим: период менархе в среднем наступил в возрасте $13,2 \pm 1,1$ года; менструальный цикл установился сразу у 49 (75,4%) пациентов, у 16 (24,6%) в течение года и более. Средняя продолжительность менструального цикла составила $27,7 \pm 2,1$ дня, длительность менструаций – $5,8 \pm 1,9$ дня. В репродуктивном периоде находились 59 (90,8%) прооперированных пациентов и 6 (9,2%) – в менопаузе.

При анализе гинекологического анамнеза отмечено, что пациенты из данной выборки начали половую жизнь в среднем в $20,0 \pm 3,1$ года, имели 3,6-4,0 беременности, $1,1 \pm 0,8$ родов и 2,5-3,7 аборт. Беременностей не было у 22 (33,8%). Бесплодие диагностировано у 12 (18,5%) женщин.

Перенесенные оперативные вмешательства у обследуемых пациентов составили: аппендэктомия – 11 (16,9%), тонзиллэктомия – 5 (7,7%), холецистэктомия – 3 (4,6%), резекция молочной железы – 1 (1,5%),

герниопластика – 1 (1,5%), кесарево сечение – 6 (9,2%), тубэктомия – 1 (1,5%), резекция/удаление яичников – 3 (4,6%).

Результаты исследования и их обсуждение. Резекция узлов 0 типа произведена нами 21 пациенту, во всех случаях узлы удавалось удалить в течение одного вмешательства, интраоперационное и послеоперационное кровотечения были минимальными. Ультразвуковой и гистероскопический контроль, произведенный через 3 месяца, показал отсутствие внутриматочных синехий. У 2 пациентов, обследованных по поводу бесплодия, в течение года наступили беременности, закончившиеся срочными неосложненными родами. У 2 женщин, которым произведено удаление субмукозных узлов с резекцией эндометрия, достигнута стойкая аменорея. У остальных пациентов достигнута нормализация менструальной функции, что стало критерием эффективности проведенного вмешательства.

При резекции узлов I и II типа, предпринятой у 44 пациентов, в полном объеме удалось резецировать узлы во время первого вмешательства в 28 (63,6%) случаях, из них у 20 были узлы I типа, у 8 – II типа.

У 16 пациентов операция была прекращена ввиду высокого риска перфорации стенки матки и/или интравазации жидкости в объеме более 1,5 литра. Из них у 6 пациентов диагностирован узел II типа диаметром более 4 см. Продолжительность операций в среднем составила 30 ± 12 минут. Кровопотеря при неполном удалении узла во время операции в раннем послеоперационном периоде ни в одном случае не превышала 150 мл. В послеоперационном периоде с профилактической целью проводилась антибактериальная терапия антибиотиками широкого спектра действия и метронидазолом. Воспалительные осложнения не отмечены. Пациенты выписаны на вторые-третьи сутки после операции.

При электрохирургической миомэктомии легче удалялись узлы, располагавшиеся по передней или задней стенках матки, более сложно технически и дольше по времени удалялись субмукозные узлы, располагавшиеся в дне и в области углов матки.

При диагностированной субмукозной миоме II типа более 4 см нами предложено радикальное хирургическое лечение (ампутация/экстирпация матки).

Гладкое течение раннего послеоперационного периода, отсутствие кровотечения и воспалительных осложнений у 10 пациентов с неполной резекцией узла, а также литературные данные о возможности осуществления отсроченного удаления оставшейся части узла позволили нам не расширять объем хирургической помощи. В последующие два месяца пациентам проводилась гормональная терапия агонистами гонадотропин-рилизинг гормонов, направленная на торможение менструальной функции, с последующей контрольной гистероскопией и трансвагинальным ультразвуковым исследованием.

Второй этап лечения произведен 10 пациенткам. Гистерорезекция оставшейся части узла характеризовалась меньшей продолжительностью

операции – не более 20 минут, меньшей кровопотерей – не более 50 мл, меньшей интравазацией раствора глюкозы – не более 500 мл и отсутствием необходимости осуществления интраоперационного лапароскопического и ультразвукового контроля, так как резецируемую структуру можно было расценивать как узлы 0 и I типов. Осложнений в послеоперационном периоде не было. Менструальная функция нормализовалась в течение года наблюдения у всех 9 пациенток, которым планировалось сохранение менструальной функции. У одной женщины после абляции эндометрия отмечена стойкая аменорея.

Таким образом, этапная резекция субмукозных миоматозных узлов глубокого залегания позволяет безопасно и эффективно проводить их полное удаление. Развивая этапный метод резекции узлов, мы пришли к выводу о возможности проведения II этапа резекции через 2 месяца после I этапа на фоне проводимой гормональной терапии. Условия для осуществления II этапа – данные ультразвукового исследования, свидетельствующие о «рождении» оставшейся части узла в полость матки, а также гладкое течение послеоперационного периода.

Выводы:

1. Трансвагинальная миомэктомия – альтернативный, малоинвазивный метод лечения субмукозной миомы матки.
2. Для повышения эффективности оперативного лечения субмукозной миомы в предоперационном периоде назначать агонисты гонадотропин-рилизинг гормонов.
3. При субмукозной миоме матки II типа более 4 см показано радикальное хирургическое вмешательство.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА К ПАРТНЕРСКИМ РОДАМ

Гимпель О. В., Зверко В. Л., Новосад Е. А., Добрук Е. Е., Полудень Н. Б.

УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»,

г. Гродно, Беларусь

Актуальность. Многие годы считалось, что рождение ребенка – это чисто женское дело, кто-то даже до сих пор придерживается такого мнения. Однако в перинатальном центре уже давно приветствуются партнерские роды, так как они имеют преимущество перед традиционными родами.

Участие мужа в процессе беременности и в родах считается не только естественным, но и необходимым, ведь между отцом и ребенком устанавливаются очень прочные отношения и нежная привязанность. Считается, что такие отцы отличаются исключительной заботливостью, искренней горячей заинтересованностью во всем, что касается ребенка. Если мужчина и женщина, зачавшие в любви ребенка, не хотят разлучаться и во