

Выводы. Таким образом, полученные нами данные демонстрируют эффективность МЭ в восстановлении фертильности и указывают на существенную роль ММ в возникновении бесплодия и невынашивания беременности. Имеющееся возрастание частоты эндометриоза, трубноперитонеального фактора могут указывать на комбинированный генез бесплодия при ММ.

Литература

1. Опыт лечения пролиферативных процессов матки у женщин, страдающих бесплодием / Л. А. Щербакова [и др.] // Опухоли женской репродуктивной системы. Маммология /онкогинекология. – 2012. – № 2. – С. 73-77.
2. Современные методы диагностики и лечения миомы матки у женщин репродуктивного возраста / М. А. Юсупова [и др.] // Вестник науки и образования. – 2019. – № 22 (76). Часть 3. – с. 16-23.
3. Borja de Mozota, D. Fertility, pregnancy outcomes and deliveries following myomectomy: experience of a French Caribbean University Hospital / D.Borja de Mozota, P.Kadhel, E.Janky //Arch. Gynecol. Obstet. – 2014. – № 289 (3). – p. 681-686.
4. Brady, P. C. Uterine fibroids and subfertility: an update on the role of myomectomy / P. C. Brady, A. K. Stanic, A. K. Styer // Curr. Opin. Obstet. Gynecol.- 2013.- № 25 (3). – p. 255-259.
5. Hormones and pathogenesis of uterine fibroids/ F.M.Reis [et al.] // Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. – 2016. – Vol. 34. – p. 13-24.

РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ЖЕНЩИН ГРУППЫ РИСКА ПО НЕВЫНАШИВАНИЮ БЕРЕМЕННОСТИ С МИОМОЙ МАТКИ

Кухарчик Ю. В.

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

Актуальность. Внимание к проблеме миомы матки (ММ) в Республике Беларусь растет с каждым годом, что связано с ухудшением демографической обстановки в стране (естественная убыль населения составила 26 тысяч человек; коэффициент прироста – -2,8 на 1000 человек за 2018 г.), увеличением числа женщин, откладывающих рождение ребенка на возраст старше 30 лет, а также с возрастанием риска потери желанной беременности, связанного с ММ [3].

Особую актуальность приобретает необходимость в усовершенствовании практических рекомендаций, направленных на улучшение репродуктивного прогноза, на фоне принятой на территории Республики Беларусь

соответствующей мировым стандартам государственной программы “Здоровье народа и демографическая безопасность” на 2016-2020 гг. [1, 2, 4, 5]. Следовательно, актуальность исследования определяет вариабельность течения беременности у женщин с ММ.

Материалы и методы исследования. Проведено выборочное одномоментное исследование методом основного массива. Группа исследования (I) – беременные с ММ (n=60), контрольная группа (II) – женщины (n=50) с отягощенным репродуктивным и соматическим анамнезом. Распределение собранного материала осуществлено с соблюдением принципов типологического вида группировки. Полученные материалы обработаны на персональном компьютере с использованием пакета прикладных стандартных компьютерных программ «Microsoft Excel», «Statistica 10.0».

Результаты исследования. Нами установлено, что фибромиома наблюдается у каждой пятой женщины, или примерно у 25% женщин старше 35 лет, по некоторым данным, у 20-40% женщин репродуктивного возраста. В зависимости от возраста заболеваемость изменяется следующим образом: 4% в возрастной группе 20-30 лет, 11-18% – 30-40 лет, 33-40% – 40-60 лет.

Установлено, что средний возраст женщин в I группе $33,2 \pm 3,5$ года, во II группе $31,4 \pm 2,9$ года.

Нарушения менструальной функции отмечены в I группе в 17% случаев, во II группе – у 28% пациентов. Анализ паритета беременности и родов показал, что первородящих было 38,3%, повторнородящих 61,7% в I группе и 40 и 60% во II группе. У 20% пациенток I группы и у 26% женщин II группы в анамнезе присутствуют аборт. Самопроизвольные выкидыши (2 и более) имели место у 88% обследованных I группы, преждевременные роды в этой группе составили 45% случаев, во II группе – 24%. Во II группе имело место отсутствие в анамнезе самопроизвольных выкидышей, лишь у 14% женщин установлено прерывание беременности по желанию женщины до 12 недель, в I группе таких женщин в два раза больше (26,7%).

Анализ течения II триместра гестации показал, что для женщин, которым не проводилась прегравидарная подготовка, было характерно достоверно большее число пациенток с начавшимся самопроизвольным выкидышем – 14,9% против 2,1% ($p < 0,05$). Во II триместре беременности у части женщин обеих групп была диагностирована железодефицитная анемия легкой степени. Процент женщин с железодефицитной анемией у пациенток второй группы достоверно выше – 66% против 23% женщин первой группы ($p < 0,05$). Установлена связь между уровнем гемоглобина во II триместре беременности как маркер железодефицитной анемии, и отсутствием прегравидарной подготовки: AUC – 0,7, сила значимости – 0,8; точка отсечения – 102 г/л.

Выявлена связь между отсутствием прегравидарной подготовки и риском начавшегося самопроизвольного выкидыша во II триместре беременности: AUC=0,683, сила значимости – 0,8.

В III триместре беременности у женщин обеих групп беременность прогрессировала до доношенного срока, несмотря на наличие у некоторых

женщин угрожающих преждевременных родов. Количество пациенток с угрожающими преждевременными родами во второй группе (44,7%) была достоверно больше, чем в первой группе (23%) ($p < 0,05$). Проведена оценка связи между продолжительностью наличия рубца на матке после миомэктомии и риском угрожающих преждевременных родов в III триместре беременности: AUC – 0,61, сила значимости – 0,8; точка отсечения – 17,5. Нами не установлено зависимости от проведения прегравидарной подготовки при оценке рисков угрожающих преждевременных родов в III триместре гестации при разной продолжительности наличия рубца на матке.

Клинически подтвержденные признаки предлежания плаценты выявлены у 10,6% женщин первой группы. На наш взгляд, патогенез возникающих осложнений может быть также обусловлен часто возникающими некрозами, быстрым ростом узлов.

Достоверной связи ММ с развитием гинекологических заболеваний не выявлено. Среди экстрагенитальной патологии преобладают поражения щитовидной железы (15 и 12% в I и II группах, соответственно), заболевания сердечно-сосудистой системы (32 и 46% в I и II группах, соответственно).

Анализ начала родов в I группе сопровождался преждевременным разрывом плодных оболочек у 30% женщин, во II группе – у 32% пациентов. В I группе срочные роды произошли в 90% случаев, преждевременные роды – у 10% женщин.

Среди осложнений родового акта установлена слабость родовой деятельности в I группе у 27% женщин, стремительные роды установлены у 10% пациентов. В то же время во II группе процент осложнений ниже, составил 4 и 6% – слабость родовой сил и стремительные роды, соответственно.

Роды через естественные родовые пути имели место у 37% беременных в I группе и у 84% женщин II группы. Наличие ММ установлено посредством УЗИ-исследований и представлено следующими вариантами: миома: 63,64%; множественная миома: 9,10%; узловатая миома: 4,55%; фибромиома: 18,18%; множественная фибромиома: 4,55%.

Путем операции кесарева сечения родоразрешены 63% рожениц I группы и 16% женщин II группы.

Следует отметить, что патология матки как случайная интраоперационная находка выявлена лишь у одной пациентки (1, 40%) и представлена лейомиомой.

Величина кровопотери при проведении кесарева сечения этим пациенткам, даже без расширения объема операции, значительная, в среднем составляет $852,3 \pm 125,1$ мл.

Средний вес новорожденных в I группе составил 3323 ± 365 г. Средняя длина тела ребенка – $51,7 \pm 2,4$ см. Оценку 8/9 баллов по шкале Апгар получили 28,33% новорожденных этой группы, зафиксирован один случай мёртворождения. Задержка внутриутробного развития выставлена в 6,67% случаев.

Что касается II группы, то средний вес новорожденных варьировал в пределах 3150 ± 425 г, рост – $49,7 \pm 2,6$ см. Оценка новорожденных по шкале Апгар 8/9 баллов отмечена в 92% случаев.

Выводы. В ходе проведенного исследования изучены особенности течения беременности и родов у женщин группы риска по невынашиванию беременности с ММ. Вышеизложенное свидетельствует о необходимости поиска новых методов ведения беременности и родов у пациентов с данной патологией.

Результаты проведенного нами исследования могут стать теоретической основой для усовершенствования и тщательного проведения прегравидарной подготовки в данной группе женщин с ММ и высоким риском невынашивания беременности, что не только значительно снизит риски осложненного течения гестации, но и улучшит репродуктивные исходы.

Литература

1. Duhan, N. Current and emerging treatments for uterine myoma - an update / N. Duhan // Int. J. Womens Health. – 2011. – Vol. 8, № 3. – P. 231-241.
2. High cumulative incidence of uterine leiomyoma in black and white women: ultra-sound evidence / D.D. Baird [et al.] // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2013. – Vol. 188, № 1. – P. 100–107.
3. Беларусь вымирает, кроме западных и черныбыльских райцэнтров: п'явіліся данныя Белстата за 2018 год // Reform.by [Электронный ресурс]. – 2019. – Режим доступа : <https://reform.by/belstat-ubyl-naselenia-2018>. – Дата доступа : 30.09.2020.
4. Гинекология. Национальное руководство. Краткое издание / Г. М. Савельева [и др.] ; под. ред. Г. М. Савельевой, Г. Т. Сухих, И. Б. Манухина. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 704 с.
5. Государственная программа “Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь” на 2016 – 2020 годы // Министерство здравоохранения Республики Беларусь [Электронный ресурс]. – 2016.

СТРУКТУРА СОМАТИЧЕСКИХ ДАННЫХ У ЖЕНЩИН С МЕНОПАУЗОЙ РАЗНОГО ГЕНЕЗА

Милош Т. С.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет,
г. Гродно, Беларусь*

Актуальность. Известно, что на фоне возрастных изменений всего организма происходит инволюция репродуктивной системы. Течение климактерия и развитие климактерического синдрома у женщин в значительной степени обусловлено снижением синтеза половых гормонов яичников и типом менопаузы [1]. После тотальной овариэктомии в организме развиваются ранние и отсроченные климактерические расстройства, которые