

Результаты исследований, представленные в таблице 1, показали, что число работающих среди всех анкетированных составило 81,4 %, при этом 53,5 % сохранили прежнее место работы. Перешли на более тяжелую работу 2 (4,7 %) человека. Не работали по причине инвалидности только 7,0 % респондентов.

Анализ обращаемости за стационарной неврологической помощью позволяет планировать необходимые объемы реабилитационной помощи пациентам (таблица 2).

Таблица 2 — Частота обращаемости за стационарной неврологической помощью

Группы	Обращаемость		
	регулярно, 2–3 раза в год	спорадически	не обращались
Грыжа МПД со стенозом	5	5	19
	11,6	11,6	44,2
Грыжа МПД с остеофитом	3	2	5
	7,0	4,7	11,6
Три фактора компрессии	1	0	3
	2,3	0	7,0

Согласно полученным данным, регулярно проходили курсы лечения в неврологическом стационаре 20,9 %, не обращались за помощью — 62,8 % пациентов.

Выводы

1. Среди пациентов, перенесших декомпрессию поясничного корешка, большинство полностью восстановило работоспособность (81,4 %).

2. Полное выздоровление (без необходимости обращаться к неврологу) достигнуто у 62,8% оперированных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Оценка критериев жизнедеятельности и эффективности реабилитации: метод. рекомендации / Бел. гос. ин-т усоверш. врачей / Л. С. Гиткина [и др.]. — Минск, 1995. — 20 с.

УДК 618.2/5:618.14-006.36

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ

Щербакова О. В.

Научный руководитель: к.м.н. Н. Л. Громыко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Сочетание миомы матки и беременности является актуальной проблемой, в связи с широким распространением заболевания среди женского населения репродуктивного возраста [1, 2]. Согласно данным литературы, миома матки осложняет течение беременности, родов и послеродового периода, которые связаны с локализацией миоматозных узлов, с сопутствующими проявлениями миомы (кровотечения, анемии). Однако в большинстве случаев при наличии небольших узлов возможно успешное течение беременности, родов и послеродового периода. Спорным также является вопрос о тактике родоразрешения женщин с миомой матки [1, 3].

Цель

Выявить особенности течения беременности, родов и послеродового периода у женщин с миомой матки.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ историй родов женщин, родоразрешенных на базе учреждения здравоохранения «Гомельская городская клиническая больница № 2». В основную группу включены пациентки с миомой матки (N = 35). Контрольную группу составили женщины без миомы матки (N = 44). Проанализированы анамнестические данные, результаты клинического и лабораторного обследования. В работе использовались непараметрические методы статистики. Описание качественных признаков проводилось с помощью вычисления доли и 95% доверительного интервала. Сравнение частоты встречаемости признака проведено с использованием точного критерия Фишера, критерия χ^2 . Статистически значимыми считали результаты при $p < 0,05$.

Результаты исследования

В основной группе 77 % (60–90) женщин имели 1 узел, 14 % (5–30) имели 2 узла в матке, 9 % (0,9–19) — 3 и более узлов. Наиболее часто миоматозные узлы располагались по передней стенке матки. Экстрагенитальная патология до беременности была выявлена у 32 (91 %; 77–98) человек в 1 группе, у 24 (55 %; 39–70) женщин 2 группы. Гинекологическая патология до беременности в 1 группе встречалась с частотой 91 % (76–98), в группе контроля — 45 % (30–61). В основной группе значимо чаще встречались следующие патологические состояния при беременности: угроза невынашивания ($n = 25$, 71 %, (53–85) против $n = 20$, 45 %, (30–61); $\chi^2 = 5,36$; $p = 0,020$), инфекции половых путей ($n = 9$, 26 %, (12–43) против $n = 4,9$ %, (3–22), $p = 0,047$), плацентарная недостаточность (ПН) ($n = 13,37$ %, (21–55) против $n = 7,16$ %, (7–30), $\chi^2 = 4,65$; $p = 0,031$).

Женщины с миомой матки чаще были родоразрешены путем операции кесарева сечения по сравнению с женщинами без указанной патологии (66 %; (48–81) против 27 %; (15–43); $\chi^2 = 11,6$; $p < 0,001$). У женщин основной группы в 9 (26 %; 12–43) случаях во время родоразрешения была проведена консервативная миомэктомия, у 1 женщины (3 %; 0,1–15) роды закончились ампутацией матки. У женщин основной группы, родоразрешенных через естественные родовые пути, чаще наблюдались осложнения в родах, такие как аномалии родовой деятельности (17 %, 2–48) несвоевременное излитие околоплодных вод (66 %, 34–90) и патология прикрепления плаценты (17 %, 2–48) по сравнению с женщинами контрольной группы ($p = 0,036$; $p = 0,003$, $p = 0,036$ соответственно). По частоте встречаемости послеродовых осложнений группы значимо не отличались.

При изучении гистологического строения плацент выявлено, что у женщин основной группы чаще встречались инволютивно-дистрофические изменения (74 %; (57–88) и 32 %; (18–48) и воспалительные изменения (91 %; (77–98) и 37 %; (22–53)) в последе по сравнению с женщинами контрольной группы ($p < 0,001$).

Выводы

Миома матки во время беременности оказывает существенное негативное влияние на процесс гестации. Наиболее частой патологией является угроза невынашивания ($p = 0,020$), инфекции половых путей ($p = 0,047$), ПН ($p = 0,031$), что приводит к осложнениям в родах ($p = 0,036$) и чаще требует родоразрешения путем операции кесарева сечения ($p < 0,001$). Гинекологическая и экстрагенитальная патология, наблюдаемая более часто при миомах матки ($p = 0,03$), является фоном для развития данной патологии, что диктует необходимость проведения профилактических мероприятий на прегравидарном этапе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Михалевич, С. И. Беременность, роды и послеродовый период у женщин с миомой матки / С. И. Михалевич, А. В. Капуста // Медицинские новости. — 2011. — № 11. — С. 18–25.
2. Миома матки у больных молодого возраста: клиничко-патогенетические особенности / И. С. Сидорова [и др.] // Акушерство, гинекология, репродукция. — 2010. — Т. 4, № 1. — С. 16–20.
3. Самойлова, Т. Е. Неоперативные методы лечения миомы матки / Т. Е. Самойлова // Лечащий врач. — 2010. — № 3. — С. 36–43.