

для длительной тампонады витреальной полости. Срок тампонады СМ составил от 2-х до 27 мес. (в среднем — $14,34 \pm 7,07$ мес.). Возраст пациентов колебался от 16 до 76 лет (медиана — 49,5 лет). Из них мужчин было 18 (43 %), женщин — 24 (57 %). Биометрия проводилась на УЗ-аппарате «Nidek» (Япония). Данные парного глаза использованы в качестве контрольной группы.

Результаты

Проведен анализ биометрических данных толщины хрусталика в различные сроки силиконовой тампонады. В дооперационном периоде толщина хрусталика по всей выборке составила — $4,316 \pm 0,531$ мм, в раннем послеоперационном периоде — $4,171 \pm 0,71$ мм; через 6 мес. — $4,570 \pm 0,697$ мм; через 9 — $5,355 \pm 0,398$ мм, через 12 — $5,118 \pm 0,138$ мм; через 18 — $4,225 \pm 0,445$ мм и через 26 мес. — $4,594 \pm 0,495$ мм.

На парных глазах получены следующие данные: до операции — $4,284 \pm 0,386$ мм, через 1 месяц — $4,016 \pm 0,62$ мм; через 6 — $4,700 \pm 0,58$ мм; через 9 — $4,188 \pm 0,39$ мм; через 12 — $4,065 \pm 1,01$ мм; через 18 — $4,365 \pm 0,195$ мм; через 26 месяцев — $4,285 \pm 0,34$ мм.

Динамика глубины ПК на оперированных глазах была следующей: до операции — $3,210 \pm 1,458$ мм, через 1 мес. после операции — $3,239 \pm 0,39$ мм; через 6 — $2,995 \pm 0,371$ мм; через 12 — $2,935 \pm 0,66$ мм; через 26 мес. — $3,427 \pm 0,57$ мм.

На парных глазах: до операции — $3,965 \pm 1,159$ мм, через 1 мес. после операции — $3,362 \pm 0,72$ мм; через 6 — $3,011 \pm 0,49$ мм; через 12 — $2,635 \pm 0,42$ мм; через 26 мес. — $3,300 \pm 0,14$ мм.

Динамика ПЗО на оперированных глазах была следующей: до операции — $24,174 \pm 1,458$ мм, в раннем послеоперационном периоде — $26,315 \pm 3,326$ мм; через 6 мес. — $26,157 \pm 2,831$ мм; через 12 — $24,699 \pm 2,505$ мм; через 18 — $23,393 \pm 1,326$ мм; через 26 мес. — $23,546 \pm 2,325$ мм.

Что касается парных глаз, то в дооперационном периоде ПЗО составляла $24,244 \pm 1,53$ мм, в раннем послеоперационном периоде — $23,613 \pm 0,90$ мм; через 6 мес. — $23,878 \pm 1,61$ мм; через 12 — $24,692 \pm 0,87$ мм; через 18 — $24,688 \pm 2,11$ мм; через 26 мес. — $26,215 \pm 2,395$ мм.

Выводы

1. Наиболее выраженные явления гидратации хрусталика с увеличением его размеров ($5,355 \pm 0,398$ мм) и измельчением ПК ($2,935 \pm 0,66$ мм) при длительной тампонаде витреальной полости СМ наблюдаются в сроки от 6 до 12 месяцев.

2. В раннем послеоперационном периоде и до 6 мес. отмечается тенденция к увеличению ПЗО глаз ($26,315 \pm 3,326$ мм) с постепенной нормализацией данного показателя и тенденцией к его некоторому уменьшению по сравнению с исходными данными ($23,546 \pm 2,325$ мм).

УДК [618.3+618.4]-036-06:616.126.42

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Сизоненко И. С.

Научный руководитель: к.м.н. Ю. А. Лызикова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В последние годы пролапс митрального клапана (ПМК) привлекает пристальное внимание, как наиболее часто встречающийся компонент синдрома дисплазии соеди-

нительной ткани сердца. Интерес к ПМК объясняется, прежде всего, его широкой распространенностью в популяции и высоким риском развития серьезных осложнений, таких, как инфекционный эндокардит, тромбоэмболии, аритмии, которые могут являться причинами внезапной смерти больных.

Цель

Выявить особенности течения беременности и родов, перинатальных исходов у женщин с ПМК.

Материалы и методы исследования

Нами был проведен ретроспективный анализ 40 историй родов женщин в возрасте от 18 лет до 43 лет, родоразрешенных в УЗ «Гомельская областная клиническая больница» за период июнь 2009 г. – май 2010 г. Из них — 20 историй родов женщин с ПМК 1–2 степени (основная группа) и 20 — соматически здоровых (группа контроля). Статистический анализ данных проводился при помощи пакета «Statistica» 6.0 (Stat-Soft, 2001). Качественные показатели представлены в виде доли пациенток с данным признаком и стандартной ошибки доли. Сравнение качественных показателей проводили с помощью критериев Фишера, χ^2 с поправкой Йетеса. Статистически значимым считали результат, если вероятность отвергнуть нулевую гипотезу не превышала 5 % ($p < 0,05$).

Результаты исследований и их обсуждение

Среди женщин основной группы ПМК, как изолированная патология, составила 17 (85 ± 8,19 %), в сочетании с недостаточностью трехстворчатого клапана — 6 (30 ± 10,51 %), в сочетании с аномальной хордой левого желудочка — 9 (45 ± 10,51 %), функционирующее овальное окно — 2 (10 ± 6,88 %), аневризма МПП — 2 (10 ± 6,88 %). Беременность женщин основной группы сопровождалась водянкой беременных — у 3 (15 ± 8,19 %), угрозой самопроизвольного аборта — у 2 (10 ± 6,88 %), угрозой преждевременных родов — у 3 (15 ± 8,19 %) женщин, в сравнении с контрольной группой, у которых данная патология встречалась в 2 раза реже при угрозе самопроизвольного аборта и угрозе преждевременных родов, в 1,5 раза реже — при водянке беременных. Острые респираторные заболевания во время беременности диагностированы у всех обследованных, но только у женщин с ПМК отмечалось достоверное увеличение частоты на 40 % по сравнению с таковой у женщин контрольной группы (20 ± 9,18 %, $p > 0,05$). Преждевременное излитие околоплодных вод, как осложнение родов, отмечено у 8 (40 ± 11,24 %, $p > 0,05$) рожениц с ПМК и у 1 (5 ± 5,00 % $p > 0,05$) — в сочетании с аномалией родовой деятельности. Преждевременное излитие околоплодных вод встречалось в 1,5 раз чаще у повторнородящих. Беременность у всех обследованных женщин завершилась благополучно. В основной группе женщин у 16 (80 ± 9,18 %, $p < 0,05$) закончилась срочными родами, из них у 15 (75 ± 9,93 %, $p < 0,05$) через естественные родовые пути, а у 5 (20 ± 9,18 %, $p < 0,05$) — родоразрешение производилось оперативным путем по акушерским показаниям. Преждевременными родами на 35–37-й неделе беременности закончилась у 4 (20 ± 9,18 %, $p < 0,05$) женщин основной группы, что в 1,3 раза больше по сравнению с контрольной группой — у 3 (15 ± 8,19 %, $p < 0,05$). Установлено, что родовозбуждения посредством ранней амниотомии более часто проводили пациенткам с ПМК — 45 ± 11,41 %, по сравнению с контрольной группой — 20 ± 9,18 % ($p > 0,05$). У детей, родивших от матерей с ПМК, наблюдалась хроническая внутриматочная гипоксия плода в 20 ± 9,185 случаях, асфиксия плода, СЗРП и агезия почки наблюдалась — у 5 ± 5,00 % женщин, ХВМГП — у 20 ± 9,18 % в сравнении с контрольной группой, у которых данная патология не встречалась.

Выводы

1. У женщин с пролапсом митрального клапана значительно чаще происходит несвоевременное излитие околоплодных вод — 40 ± 11,24 %, преждевременные роды — у 20 ± 9,18 %, ($p < 0,05$), аномалии родовой деятельности — у 10 ± 6,88 %, что приводит к более частому оперативному родоразрешению ($p < 0,05$).

2. У детей, родивших от матерей с ПМК, чаще наблюдается такая патология, как асфиксия ($20 \pm 9,18$, $p > 0,05$). Синдром задержки развития плода на фоне хронической внутриматочной гипоксии имеет место у каждой 5-й беременной женщины с ПМК.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барт, Б. Я. Дисплазия соединительной ткани / Б. Я. Барт, В. Ф. Веневская // Терапевтический архив. — 2003. — № 1. — С. 10–15.

УДК 618.3-071.1:616.126.42.

ОСОБЕННОСТИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Сизоненко И. С., Бачище М. С.

Научный руководитель: к.м.н. Ю. А. Лызикова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В последние годы пролапс митрального клапана привлекает пристальное внимание, как наиболее часто встречающийся компонент синдрома дисплазии соединительной ткани сердца. Интерес к ПМК объясняется, прежде всего, его широкой распространенностью в популяции — от 1,8 до 38 % и высоким риском развития серьезных осложнений, таких как инфекционный эндокардит, тромбоэмболии, аритмии, которые могут являться причинами внезапной смерти больных. В акушерстве проблема ДСТ весьма актуальна, так как преобладают женщины репродуктивного возраста [1, 2].

Цель

Выявить особенности гинекологического и соматического анамнеза у беременных женщин с пролапсом митрального клапана.

Материалы и методы исследования

Нами был проведен ретроспективный анализ 40 историй родов женщин в возрасте от 18 лет до 43 лет, родоразрешенных в ГОКБ за период июнь 2009 г. – май 2010 г. Из них 20 историй родов женщин с ПМК 1–2 степени (основная группа) и 20 — соматически здоровых (группа контроля). Статистический анализ данных проводился при помощи пакета «Statistica» 6.0 (Stat-Soft, 2001). Качественные показатели представлены в виде доли пациенток с данным признаком и стандартной ошибки доли. Сравнение качественных показателей проводили с помощью критериев Фишера, χ^2 с поправкой Йетеса. Статистически значимым считали результат, если вероятность отвергнуть нулевую гипотезу не превышала 5 % ($p < 0,05$).

Результаты исследований и их обсуждение

Среди женщин основной группы ПМК, как изолированная патология, составила 17 ($85 \pm 8,19$ %), в сочетании с недостаточностью трехстворчатого клапана — 6 ($30 \pm 10,51$ %), в сочетании с аномальной хордой левого желудочка — 9 ($45 \pm 10,51$ %), функционирующее овальное окно — 2 ($10 \pm 6,88$ %), аневризма МПП — 2 ($10 \pm 6,88$ %). Нами был проведен анализ гинекологической патологии у женщин основной и контрольной группы. По данным нашего исследования у пациенток обеих групп самой частой гинекологической патологией была: псевдоэрозия шейки матки, кольпит, миома матки, у пациенток основной группы миома матки достоверно значимо диагностирована у 6 ($30 \pm 10,51$ %, $p < 0,05$) в сравнении с контрольной группой, где данная патология не наблюдалась. Инфекции, передаваемые половым путем, также встречались чаще в основной группе: хламидийная инфекция — у 4 ($20 \pm 9,18$ %, $p > 0,05$). По литературным данным, у пациенток с ДСТ можно определить ряд характерных фенотипических особенностей: трахеобронхиальную дисплазию, недостаточность клапанов глубоких вен ниж-