

Выводы

1. Установлено, что наиболее частыми клиническими проявлениями у пациентов с открытым овальным окном и аномально расположенными хордами левого желудочка, являются: головокружение при физической нагрузке ($p = 0,00001$), ноющая боль в области сердца ($p = 0,0081$) и приступообразная боль в эпигастрии ($p = 0,00001$). А у людей с пролапсом митрального клапана и аномально расположенными хордами левого желудочка: одышка при физической нагрузке ($p = 0,0001$), потемнение в глазах после физической нагрузки ($p = 0,00263$) и головокружение при физической нагрузке ($p = 0,0076$).

2. Отмечено, что более высокие средние показатели систолического артериального давления определяются у лиц призывного возраста со структурными изменениями архитектоники сердца ($p = 0,000001$).

ЛИТЕРАТУРА

1. *Трисветова, Е. Л.* Частота, структурные особенности малых аномалий сердца по данным ультразвукового исследования / Е. Л. Трисветова, А. А. Бова, Е. П. Леонов // Ультразвук и функционал. диагностика. — 2002. — № 2. — С. 196.

2. *Гладких, Н. Н.* Дисрегуляция сердечно-сосудистой системы и возможности ее ранней диагностики при синдроме дисплазии соединительной ткани: дис. канд. мед. наук / Н. Н. Гладких. — Ставрополь, 2002. — 153 с.

УДК 618.3:618.14-006.36

РАЗВИТИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПАРАМЕТРОВ МИОМАТОЗНЫХ УЗЛОВ

Голубова Д. А., Байко В. А.

Научный руководитель: к.м.н., ассистент С. С. Кравченко

Учреждение образования

**«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Учитывая высокую частоту встречаемости миомы матки в наши дни, актуальным проблемой является влияние ее на течение беременности и родов. По данным Официального журнала Американского общества репродуктивной медицины «Fertility and sterility» среди беременных частота встречаемости миом составляет от 0,37 до 4 %, в зависимости от того, был ли выставлен диагноз клинически или по результатам УЗИ в 1, 2 или 3 триместре [1]. Несмотря на то, что миома матки как доброкачественная опухоль никогда не является причиной смерти пациенток, она оказывает непосредственное влияние на одну из важнейших функций женского организма — репродуктивную [2]. В большинстве случаев беременность у женщин с миомой матки протекает с частыми осложнениями, такими как угроза ее прерывания, развитие фетоплацентарной недостаточности, хроническая внутриутробная гипоксия плода [3].

Цель

Изучить особенности беременности и родов у пациенток с миомой матки при разных параметрах миоматозных узлов.

Материал и методы исследования

На базе УО «Гомельская городская клиническая больница № 2» был проведен ретроспективный анализ историй родов и обменных карт 85 пациенток. Основную группу составили 55 пациенток с миомой матки, контрольную группу составили 30 пациенток без диагностированной миомы. В ходе исследования были использованы: данные ультразвукового исследования органов малого таза, истории родов, обменные карты, результаты гистологического исследования последов и удаленных миоматозных узлов. Полученные данные заносились в базу электронную базу данных Excel, в дальнейшем проводилась их статистическая обработка с использованием программы «Statistica» 10.0.

Результаты исследования и их обсуждение

По результатам исследования возраст беременных пациенток варьировал от 20 до 45 лет, медиана возраста составила 30 лет. В возрасте старше 30 лет находилось 33 пациентки (59 %).

При проведении ультразвукового исследования учитывали размеры, количество, расположение и структуру миоматозных узлов. У большинства беременных женщин (76 %) отмечались одиночные миоматозные узлы, у 24 % обследованных миома была множественной. Интерстициальный тип миоматозных узлов выявлялся в 64 % случаев, субсерозный — в 36 %.

В ходе исследования было выявлено, что субсерозные узлы чаще, чем интерстициальные подвергаются склеротическо-дистрофическим изменениям в форме фиброза ($R_s = 0,32$, $p < 0,05$). Обнаружена прямая корреляционная зависимость между интерстициальным расположением узла и такими патогистологическими особенностями плаценты, как хориодецидуит ($R_s = 0,31$, $p < 0,05$) и гиперплазия плаценты ($R_s = 0,31$, $p < 0,05$). Омфаловаскулит имел место при интерстициальном расположении узла достоверно чаще, чем при субсерозном ($R_s = 0,31$, $p < 0,05$). При проведении анализа частоты встречаемости данных осложнений и сопоставлении их с топографией узлов, были выявлены статистически значимые группы, представленные в таблице 1.

Таблица 1 — Зависимость типов узлов и патологии последа у пациенток с миомой матки

Морфологически тип узла	Хориодецидуит	Омфаловаскулит	Гиперплазия плаценты	Склеротическо-дистрофические изменения в узле
Интерстициальный	30 %, $R_s = 0,31$; $p < 0,05$	22 %, $R_s = 0,31$ $p < 0,05$	27 %, $R_s = 0,37$ $p < 0,05$	—
Субсерозный	—	—	—	12 %, $R_s = 0,32$ $p < 0,05$

Чаще всего у пациенток основной группы течение беременности осложнялось фетоплацентарной недостаточностью (ХФПН) — у 30 (35 %), гипертензивными расстройствами при беременности (в том числе преэклампсией) — у 26 (31 %) женщин, маловодием — у 16 (19 %).

При сравнении узлов разных морфологических типов была выявлена положительная корреляция между интерстициальным типом расположения узла и частотой возникновения угрозы прерывания беременности ($R_s = 0,44$, $p < 0,05$). Данное осложнение наблюдалось у 20 (36 %) пациенток с миомой, причем у 18 (90 %) пациенток наблюдался интерстициальный тип узла ($X^2 = 4,0$; $p = 0,045$).

Основная группа была разделена на подгруппу беременных с локализацией миомы и плаценты по одной стенке, другую группу составили пациентки, у которых локализация не совпадала. Получены достоверно значимые отличия по наличию патогистологических изменений в плаценте у двух групп: у женщин с локализацией миомы и плаценты на одной стороне были выявлены ангиопатия 44 % ($R_s = 0,58$, $p < 0,05$), диссоциация ворсин плаценты 31 % ($R_s = 0,42$, $p < 0,05$), лимфоидная инфильтрация 28 % ($R_s = 0,39$, $p < 0,05$). В группе, где локализация не совпадала, не было выявлено статистически значимых данных. В первой группе пациенток течение беременности осложнялось ХФПН 41 % ($R_s = 0,43$, $p < 0,05$), преэклампсией 50 % ($R_s = 0,42$, $p < 0,05$) и маловодием 45 % ($R_s = 0,37$, $p < 0,05$).

Выводы

Угроза прерывания беременности диагностируется у пациенток с интерстициальным типом узла чаще, чем при субсерозной локализации узла ($p = 0,045$). Нами было выявлено, что хориодецидуит, омфаловаскулит, гиперплазия плаценты имеет прямую корреляцию с интерстициальной локализацией миоматозного узла ($p < 0,05$). Однако фиброзу чаще подвергаются узлы субсерозной локализации, обуславливая риск развития некробиотических процессов. Также статистически значимым фактором риска развития осложнений беременности и патологии последа явилось расположение миоматозных узлов и последа на одной стенке матки ($p < 0,05$).

ЛИТЕРАТУРА

1. A novel technique of selective uterine devascularization before myomectomy at the time of cesarean section: a pilot study [Electronic resource] / R. D. Babasaheb [et al.] // Fertility and Sterility. — 2010. — Vol. 94, Is. 1. — P. 362–364. — Mode of access: <http://www.fertstert.org/>. — Date of access: 01.03.2018.

2. Myomas and reproductive function / Fertility and Sterility — 2008. — Vol. 90, Is. 5. — P. 125–130. — Mode of access: <http://www.fertstert.org/>. — Date of access: 01.03.2018.

3. Михалевиц, С. И. Беременность, роды и послеродовой период у женщин с миомой матки / С. И. Михалевиц, А. В. Капуста // Мед. новости. — 2011. — № 2. — С. 18–25.

4. Мамедова, З. Т. Патогистологические особенности плаценты и миоматозных узлов у беременных с миомой матки / З. Т. Мамедова // Доклады Академии наук Республики Таджикистан. — 2010. — Т. 53, № 4. — С. 317–318.

УДК 616-009.7:616.379-008.64

ОЦЕНКА БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ БЕЗ УСТАНОВЛЕННОЙ ПОЛИНЕВРОПАТИИ

Голубова Д. А., Мельников А. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. Н. Усова

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

В мире 6 % населения больны сахарным диабетом, что примерно составляет 284,7 млн человек. Согласно прогнозам специалистов, количество пациентов будет неуклонно расти, и к 2030 г. их станет уже 438,4 млн. При наличии гипергликемии происходит прогрессирующее повреждение периферических нервов с развитием диабетической полиневропатии, наличие которой по данным разных авторов наблюдается от 10 до 90 % пациентов с сахарным диабетом. При этом наличие бессимптомной полиневропатии отмечают в 50 % случаев [1].

Таким образом, диагностика бессимптомной формы диабетической полиневропатии актуальна в плане проведения дальнейших терапевтических мероприятий и нуждается в углубленном изучении.

Цель

Изучить наличие и выраженность болевого синдрома у пациентов с сахарным диабетом без установленного диагноза «Диабетическая полиневропатия».

Материал и методы исследования

Обследованы 10 пациентов с сахарным диабетом (средний возраст $65 \pm 8,13$ лет), находившихся на лечении в терапевтическом и неврологическом отделениях Гомельского областного госпиталя ИОВ, из них 2 мужчин и 8 женщин. Исследование проводилось до курса лечения. Болевой синдром оценивался с помощью опросника PainDetect, который заполняется врачом и объединяет схему распределения болевых расстройств в виде картинки с визуально-аналоговой шкалой и вопросником на выявление спонтанных и вызванных симптомов нейропатической боли [2].

У всех пациентов был установлен диагноз сахарный диабет II типа, продолжительность заболевания составила от 1 до 10 лет. На момент обследования заболевание находилось в стадии субкомпенсации и компенсации. Ни у одного из пациентов не был выставлен диагноз «Диабетическая полиневропатия», в стационаре они находились по поводу другой соматической и неврологической патологии.

У всех пациентов получено информированное согласие. Статистическая обработка осуществлялась с помощью программы «Statistica» 6.0. Данные обработаны с помощью методик описательной статистики и представлены в виде медианы, верхнего и нижнего квартилей.

Результаты исследования и их обсуждение

При анализе опросника PainDetect установлено, что все обследованные пациенты предъявляли жалобы на боли в конечностях. При чем, интенсивность боли, которая испытывалась в момент тестирования составляла 5,0 [5,0; 6,0] баллов. Наиболее сильный приступ боли за последние 4 недели оценивался пациентами в 9,0 [8,0; 9,0] баллов. В среднем в течение последних 4 недель боль составляла 5,0 [4,0; 6,0] баллов.