

Минифлебэктомия крючками типа Варади через проколы произведена у 22 пациентов (12,4 %), в том числе у 17 из них была дополнена склеротерапией.

У 29 пациентов (16,4 %) произведена эндовенозная лазерная коагуляция (лазерным аппаратом «Медиола Компакт») в сочетании с минифлебэктомией. Во всех случаях был применен торцевой световод, а вмешательство сочеталось с кроссэктомией и производилось под интраоперационным ультразвуковым контролем.

Маркированные несостоятельные перфорантные вены перевязывались по Коккету эпифасциально. Миниразрезы ушивались косметичными швами. В послеоперационном периоде у всех пациентов применялась эластическая компрессия по стандартной методике.

В послеоперационном периоде осложнений не было. Длительность пребывания в стационаре после флебэктомии комбинированным способом составила 8,1 койко-дня, после минифлебэктомии — 1,3 койко-дня.

Выводы

Хирургическое лечение пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей продолжает оставаться актуальной проблемой современной медицины и требует более широкого внедрения малотравматичных и высококосметичных методик, позволяющих сократить сроки реабилитации пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гавриленко, А. В. Современные методы комплексного лечения больных с рецидивом варикозной болезни после хирургических вмешательств / А. В. Гавриленко, П. Е. Вахрагян // Ангиология и сосудистая хирургия. — 2012. — № 2, том 18. — С. 97–100.
2. Кресс, Д. В. Возможности и эффективность различных методов хирургического лечения варикозно расширенных вен нижних конечностей / Д. В. Кресс, Н. Н. Чур // Хирургия. Восточная Европа. — 2014. — № 1. — С. 152–159.
3. Куликова, А. Н. Эволюция хирургических и эндовазальных методов коррекции стволового венозного рефлюкса у больных с варикозной болезнью нижних конечностей / А. Н. Куликова, Д. Р. Гафурова // Клиническая медицина. — 2013. — № 7. — С. 13–18.

УДК 618.2-02

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Цырульникова Е. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Т. Н. Захаренкова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Среди различных форм невынашивания беременности особое место занимает несостоявшийся выкидыш, или неразвивающаяся беременность. Удельный вес данной патологии в структуре репродуктивных потерь довольно высок: 10–20 % [1], что указывает на необходимость детального изучения данной проблемы.

Цель

Проанализировать возможные факторы риска неразвивающейся беременности.

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось на базе учреждения здравоохранения «Гомельский областной диагностический медико-генетический центр с консультацией «Брак и семья». Был проведен анализ амбулаторных карт 46 пациенток, проходящих реабилитацию после перенесенной неразвивающейся беременности. Изучался акушерско-гинекологический анамнез пациенток, гормональный статус, наличие маркеров антифосфолипидного синдрома (АФС), уровень гомоцистеина, результаты УЗИ органов малого таза, анализов на инфекции, передающиеся половым путем (ИППП), генетический паспорт риска невынашивания (диагностика врожденной тромбофилии), заключения гематолога.

Результаты исследования и их обсуждение

В исследуемую группу вошли женщины в возрасте от 20 до 42 лет, средний возраст составил $29,5 \pm 4,6$ лет. Данная беременность была первой у $30,8 \pm 5,7$ % женщин, второй — у $32,3 \pm 5,8$ %, третьей и более — у $36,9 \pm 6,0$ %. Треть пациенток (16 женщин, $34,8 \pm 7,0$ %) перенесли 2 и более неразвивающихся беременности. Срок гестации, в котором была диагностирована неразвивающаяся беременность, составил $7,7 \pm 3,6$ недель (минимально — 3 недели, максимально — 24 недели). Акушерский анамнез был осложнен самопроизвольными выкидышами и абортами у 19 женщин с неразвивающейся беременностью ($41,3 \pm 7,3$ %). Самопроизвольные выкидыши в анамнезе были у 9 пациенток ($19,6 \pm 5,9$ %), причем 3 женщины из 9 ($33,3 \pm 15,7$ %) перенесли 2 и более выкидыша. Аборты в анамнезе были у 10 женщин ($21,7 \pm 6,1$ %). Роды в анамнезе были у 13 женщин исследуемой группы ($28,3 \pm 6,6$ %), причем во всех случаях роды в срок, протекали без особенностей. До наступления данной беременности 6 пациенток ($13,0 \pm 5,0$ %) проходили лечение по поводу бесплодия.

Более чем у половины пациенток (27 женщин, $58,7 \pm 7,3$ %) диагностированы те или иные гинекологические заболевания. Преобладала такая патология как хронический сальпингоофорит — 15 женщин ($32,6 \pm 6,9$ %), кисты яичников — 10 ($21,7 \pm 6,1$ %), псевдоэрозия шейки матки — 7 ($15,2 \pm 5,3$ %) и миома матки — 5 ($10,9 \pm 4,6$ %).

Практически все женщины с неразвивающейся беременностью были соматически здоровы. Отсутствовала тяжелая экстрагенитальная патология, которая могла бы повлиять на исход беременности.

Цитологическое исследование соскоба из цервикального канала показало, что 20 наблюдавшихся женщин ($43,5 \pm 7,3$ %) имели воспалительный тип мазка.

На ИППП были обследованы 43 пациентки ($93,5 \pm 3,6$ %). У 27 из них ($58,7 \pm 7,3$ %) были выявлены инфекции, причем микст-инфекция у 11 ($23,9 \pm 6,3$ %). Частота встречаемости отдельных инфекционных агентов представлена на рисунке 1.

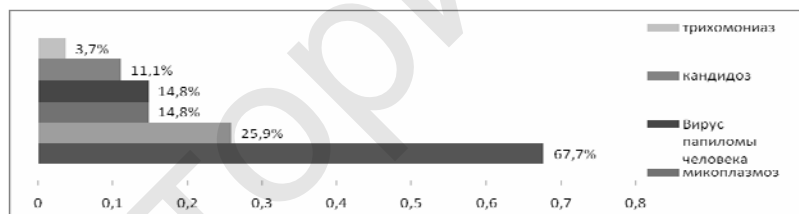


Рисунок 1 — Частота встречаемости отдельных нозологических форм у пациенток с ИППП

У 43 пациенток ($93,5 \pm 3,6$ %) был определен уровень половых гормонов. Нарушения гормонального статуса выявлены у 17 женщин (\pm %): гиперпролактинемия — 4 пациентки ($8,7 \pm 4,2$ %), признаки адено-генитального синдрома — 5 ($10,9 \pm 4,6$ %), изменение уровней лютеинизирующего и фолликулостимулирующего гормонов — 2 ($4,3 \pm 3,0$ %).

Уровни тиреотропного гормона (ТТГ), свободного тироксина (T_4), антител к тиропероксидазе (АТ-ТПО) были определены у 24 женщин ($52,2 \pm 7,4$ %). Отклонение от нормальных значений были выявлены у 5 ($10,9 \pm 4,6$ %): признаки аутоиммунного тиреоидита выявлены у 2 пациенток ($4,3 \pm 3,0$ %), изолированное снижение уровня ТТГ — 1 ($2,2 \pm 2,2$ %), повышение уровня ТТГ — 1 ($2,2 \pm 2,2$ %).

Серопозитивный антифосфолипидный синдром диагностирован у 10 пациенток ($21,7 \pm 6,1$ %). Выявлены относительно высокие титры антител к кардиолипину: IgG — у 2 пациенток ($4,3 \pm 3,0$ %), IgM — 2 ($4,3 \pm 3,0$ %). Относительно высокие титры антител к β_2 -глобулину: IgG — у 1 пациентки ($2,2 \pm 2,2$ %), IgM — 3 ($6,5 \pm 3,6$ %). У 1 пациентки одновременно определялись относительно высокие титры IgM к кардиолипину и IgG к β_2 -глобулину. У 1 пациентки — относительно низкий титр IgM к β_2 -глобулину.

Консультацию генетика с составлением генетического паспорта по уровню риска

невынашивания беременности прошли 16 женщин ($34,8 \pm 7,0 \%$). У 15 из этих женщин ($32,6 \pm 6,9 \%$) были выявлены гены наследственной тромбофилии.

Уровень гомоцистеина в крови был определен 12 пациенткам ($26,1 \pm 6,5 \%$), у 2 из них ($4,3 \pm 3,0 \%$) он был повышен.

По результатам ультразвукового исследования органов малого таза снижение толщины эндометрия диагностировано у 22 женщин ($47,8 \pm 7,4 \%$).

Выводы

Наиболее часто неразвивающаяся беременность происходит на фоне сочетания этиологических факторов в сроке $7,7 \pm 3,6$ недель при среднем возрасте женщин $29,5 \pm 4,6$ лет, независимо от паритета беременности. В $41,3 \pm 7,3 \%$ случаев акушерский анамнез женщин с неразвивающейся беременностью осложнен самопроизвольными выкидышами и абортами. Роды в анамнезе имеют $28,3 \pm 6,6 \%$ женщин, причем все роды срочные. Гинекологический анамнез отягощен у $58,7 \pm 7,3 \%$ пациенток, при этом преобладают хронический сальпингоофорит, кисты яичников, псевдоэрозия шейки матки, миома матки. У всех женщин выявлено сочетание этиологических факторов неразвивающейся беременности. Основные ее причины представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Основные причины неразвивающейся беременности

	n	%
Нарушение гормонального статуса	17	$37,0 \pm 7,1$
Изменение уровней ТТГ, Т ₄ , АТ-ТПО	5	$10,9 \pm 4,6$
АФС	10	$21,7 \pm 6,1$
Наследственные тромбофилии	15	$32,6 \pm 6,9$
Гипергомоцистеинемия	2	$4,3 \pm 3,0$
Уменьшение толщины эндометрия	22	$47,8 \pm 7,4$
Воспалительный процесс в шейке матки	20	$43,5 \pm 7,3$
ИППП	27	$58,7 \pm 7,3$

ЛИТЕРАТУРА

1. Агаркова, И. А. Неразвивающаяся беременность: оценка факторов риска и прогнозирование (обзор) / И. А. Агаркова // Медицинский альманах. — 2010. — № 4(13). — С. 82–88.
2. Неразвивающаяся беременность: как избежать потерь в будущем? / М. С. Селихова [и др.] // Вестник новых медицинских технологий. — 2012. — № 2. — С. 303–305.

УДК 796.27:612.66

ПОДВИЖНЫЕ ИГРЫ КАК СРЕДСТВО РАЗВИТИЯ ФИЗИЧЕСКИХ КАЧЕСТВ

Чевелева Е. А.

Научный руководитель: старший преподаватель А. В. Чевелев

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Игра — исторически сложившееся общее явление, самостоятельный вид деятельности, свойственной человеку. Игра может быть средством самопознания, развлечения, отдыха, средством физического и общего социального воспитания, средством спорта. Игры, используемые для физического воспитания, очень разнообразны. Их можно разделить на 2 большие группы: подвижные и спортивные. Спортивные игры — высшая ступень развития подвижных игр. Они отличаются от подвижных едиными правилами, определяющими состав участников, размеры и разметку площадки, продолжительность игры, оборудование и инвентарь, что позволяет проводить соревнования различного масштаба. Соревнования по спортивным играм носят характер спортивной борьбы и требуют от участников большого физического напряжения и волевых усилий [1].

В подвижных играх развиваются способности правильно оценивать пространственные и временные отношения, быстро и правильно реагировать на сложившуюся ситуацию в часто меняющейся обстановке игры [2].