

Результаты выбранной тактики. Консилиумом в УГОКБ был выставлен диагноз: Неполный самопроизвольный аборт (плацентарный полип шейки матки). Вагинит.

По решению консилиума 15.01.2014 был выполнен коретаж слизистой цервикального канала и полости матки, из цервикального канала удалены остатки плацентарной ткани, из полости матки – сгустки крови. Материал был отправлен на патологистологическое исследование. Продолжено консервативное лечение: диаферрум по 1 т. 2 р/сутки внутрь, санация влагалища тержинаном, ципрофлоксацин по 250 мг/ 3 р/сутки внутрь.

Патологистологическое заключение: кровь, фрагменты некротизированных тканей, похожих на децидуальную.

После проведенного курса антианемической и антибактериальной терапии, УЗИ контроля пациентка была выписана домой в удовлетворительном состоянии. Следующая менструация прошла обычно. В настоящее время женщина проходит прегравидарную подготовку.

Заключение

Согласно клиническим протоколам, принятым в РБ:

— после обследования у акушера-гинеколога пациентка с клиническими признаками беременности направляется на УЗИ (в сроке гестации 10–12 недель);

— диагноз «Аборт в ходу» является показанием для *abrasio cavii uteri* и последующим УЗ-контролем.

Тактика ведения этой пациентки в гинекологическом отделении УГОКБ позволила сохранить ей репродуктивную функцию с хорошим прогнозом, шансом стать матерью.

И. А. КОРБУТ¹, К. А. РУДЕНКОВА¹, Т. В. АНИСКЕВИЧ²

КИСТЫ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

¹УО «Гомельский государственный медицинский университет»

²Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»

Киста яичника — полое образование, возникновение которого зачастую сопряжено с гормональным сбоем в организме.

Цель: проанализировать диагностику и лечение опухолевых образований яичника.

Материалы и методы: Ретроспективный анализ 60 историй болезни женщин репродуктивного возраста с кистами яичников, находившихся на лечении в отделении гинекологии УГОКБ за период 01.01.2013 – 31.03.2014 гг.

Статистическая обработка: программа «Statistica 6.0». Количественные данные описаны с помощью медианы и интерквартильного размаха, качественные признаки — доли и ошибки доли.

Результаты исследования и их обсуждения: Средний возраст обследованных составил 33,5 (23,0; 43,0) г. У 50 (83,3 ± 4,9 %) женщин продолжительность менструального цикла 21–28 день, у 10 (16,7 ± 4,9 %) — 28–35 дней. Клинические проявления заболевания наблюдались у 39 (65,0±6,6%) женщин, и у 21 (35,0 ± 6,2 %) — кисты были выявлены при проведении УЗИ-скрининга, $\chi^2 = 8,02$, $p = 0,005$. Клинические проявления в виде периодических болей внизу живота, усиливающихся перед менструацией, альгодисменореи и диспареунии преобладали у пациенток с эндометриодными кистами — 18 (30,0 ± 6,0 %). Это объясняется имплантацией клеток эндометрия в ткань яичников, при ретроградном заносе менструальной крови в брюшную полость и распространении ее на органы и ткани. Слабость и боли внизу живота были у женщин с разрывом кисты желтого тела 10 (16,7 ± 4,9 %), что совпадает с литературными данными [2]. Ощущение распирания и тяжести внизу живота наблюдались у обследованных с пар-

овариальными кистами, зрелыми тератомами и серозными цистаденомами — 10 (16,7 ± 4,9 %). Оперативное лечение было проведено всем пациенткам: у 31 (51,6±6,6%) — лапароскопия и 29 (48,3 ± 6,5 %) операций — открытым доступом $\chi^2 = 7,24$, $p = 0,01$. Выбор оперативного доступа был обусловлен возрастом женщины и размерами опухоли.

Гистологическая структура удаленных опухолевых образований представлена в таблице 1.

Таблица 1 — Структура и доля прооперированных кист яичников, (n, P ± Sp %)

Гистологическая структура	Количество
Эндометриоидная	18 (30,0±6,0%)
Цистаденома	14 (23,3± 5,5%)
Киста желтого тела	10 (16,7±4,9%)
Пароовариальная	10 (16,7±4,9%)
Зрелая тератома	5 (8,3± 3,6%)
Фолликулярная	3 (5,0± 2,8%)

Выводы

Кисты яичников имеют клинические проявления, однако диагностическая ценность УЗИ в скрининге патологии также важна, $\chi^2 = 8,02$, $p = 0,005$.

У женщин, прооперированных в УГОКБ по поводу опухолевых образований яичников, наиболее часто встречались эндометриодные кисты яичников и серозные цистаденомы, реже — кисты желтого тела и пароовариальные, намного реже — зрелые тератомы и фолликулярные кисты.

Ю. К. КОСС

РЕВИЗИОННОЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Учреждение « Гомельская областная клиническая больница »

Нестабильность первичного эндопротеза тазобедренного сустава (ТБС), сопровождающаяся болью, нарушением опорности конечности и другими признаками, приводит к необходимости выполнения ревизионного протезирования данного сустава.

Ревизионное эндопротезирование ТБС на сегодня является одной из наиболее серьезных и трудных проблем травматологии и ортопедии. Тактику ревизионного протезирования выбирают в зависимости от компонента первичного протеза, подвергшегося нестабильности, который можно определить путем КТ, рентгенологических и сцинтиграфических исследований. Критерий оценки нестабильности эндопротеза универсален и позволяет не только определять показания к ревизионному протезированию, но и контролировать результаты выполненных манипуляций.

Цель работы состоит в решении вопроса о возможных причинах, приведших к нестабильности первичного эндопротеза ТБС и оценке эффективности ревизионного эндопротезирования ТБС при различных вариантах нестабильности первичного эндопротеза.

Материалы и методы исследования. В основу работы положены результаты анализа клинической документации пациентов, находившихся на лечении в ортопедо-травматологическом отделении УГОКБ в период 2011–2013 гг. Было проанализировано 15 историй болезни пациентов, которым потребовалось выполнение ревизионного протезирования ТБС.

Изучение клинической симптоматики дополнялось результатами инструментального исследования. В обязательный перечень обследования входили: рентренография ТБС в двух проекциях; компьютерная томография ТБС; сцинтиграфия костей скелета для уточнения локализации патологического процесса в суставе, подозреваемом на нестабильность; пациентам с повторяющимися вывихами выполнялась электромиография с последующим осмотром невролога.