

Кесарево сечение чаще было выполнено с анемией — 19 (63,3 %), без анемии — 10 (33,3 %). Наиболее частые показания для выполнения кесарева сечения являлись: тазовое предлежание плода, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, клинически узкий таз, острая гипоксия плода, несостоятельность рубца на матке после кесарева сечения или других операций на матке.

У 10 (33,3 %) родильниц с анемией послеродовой период осложнился гнойно-септическими заболеваниями в виде нагноения послеродовой раны, эндометрита, мастита, чего не наблюдалось у здоровых беременных ( $p < 0,002$ ). Считается, что дефицит железа оказывает влияние на функциональную активность местных фагоцитов, а именно снижает действие миелопероксидазы на микробные клетки, что приводит к незавершенному фагоцитозу, и как следствие, развитие инфекции

Анемия матери неблагоприятно сказывается на состоянии новорожденного. Частота мертворожденных составила — 1 (3,3 %) ребенок. У детей, родившихся от женщин, страдающих анемией, средняя масса равна  $3426,1 \pm 462,2$  г, длина —  $53,2 \pm 2,5$  см. У остальных детей средняя масса равна  $3447,9 \pm 111,9$  г, длина —  $53,25 \pm 1,27$  см. Отпадение пуповинного остатка у детей, родившихся от матери с анемией, чаще происходила на 5–6 сутки, а у остальных детей на 4–5 сутки. Гнойно-септические осложнения у 12 (33,3 %) новорожденных, которые рождены от матерей группы А, а у новорожденных от группы Б — 3 (10 %),  $p < 0,02$ . При анемии матери происходит тканевая гипоксия, в том числе и гипоксия плода, что нарушает его развитие.

#### **Выводы**

Беременные с анемией представляют группу риска по возникновению таких осложнений как гестационный пиелонефрит (30 %,  $p < 0,05$ ), преждевременные роды (20 %,  $p < 0,05$ ), хроническая плацентарная недостаточность (26,7 %,  $p < 0,05$ ), преждевременная отслойка плаценты (6,7 %,  $p < 0,05$ ). Слабость родовой деятельности (26,7 %,  $p < 0,05$ ) и кровотечения (3 %,  $p < 0,05$ ) во время родов преимущественно наблюдались у обследованных с низким уровнем железа в крови. Послеродовой период осложнился гнойно-септическими заболеваниями только в группе женщин с анемией (33,3 %). У детей, рожденных от матерей с анемией, намного чаще были диагностированы гнойно-септические осложнения (33,3 %).

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Акушерство: национальное руководство / под ред. Г. М. Савельевой [и др.]. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 1088 с.
2. Атаджанян, А. С. Анемия у беременных: клиничко-патогенетические подходы к ведению беременности / А. С. Атаджанян // Журнал акушерства и женских болезней. 2017. Т. 66, № 5. С. 56–63.
3. Петров, Ю. А. Железодефицитная анемия у беременных / Ю. А. Петров, А. Э. Горяева // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2018. № 5–1. С. 240–244.
4. Дикке, Г. Б. Анемия беременных — проблема общественного здравоохранения / Г. Б. Дикке // Фармака. 2017. № 12. С. 8–13.

**УДК 618.14-006.36-07-08**

### **КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МИОМЫ МАТКИ**

**Радченко И. А., Шелудько М. О.**

**Научный руководитель: к.м.н., доцент Е. А. Лашкевич**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Миома матки является самой распространенной доброкачественной опухолью у женщин репродуктивного возраста, занимает лидирующее место среди

всех заболеваний женской половой системы, на нее приходится 25–30 % в структуре гинекологической заболеваемости [1]. В последние годы отмечается тенденция к «омоложению» этого широко распространенного заболевания. Если раньше миома матки встречалась у 30 % женщин в возрасте от 25 до 45 лет, то в последнее время их число возросло до 50 % [2]. Так как развитие опухоли в среднем занимает 5 лет, можно полагать, что начало возникновения узлов миомы матки приходится на 30 лет, когда у женщин накапливается несколько соматических, гинекологических заболеваний и развиваются нейроэндокринные изменения. Суммирование патологических факторов в этом возрасте вызывает мутацию клеток органов репродуктивной системы, что и способствует возникновению миомы матки [3, 4].

### **Цель**

Изучить особенности миомы матки в современных условиях.

### **Материал и методы исследования**

Ретроспективно проанализировано 46 историй болезни пациенток с миомой матки, находящихся на стационарном лечении в гинекологическом отделении УЗ «Гомельская областная клиническая больница» в период с мая 2021 г. по август 2021 г. В ходе работы был изучен возраст пациенток, количество узлов (одиночные и множественные узлы), вид узлов (интерстициальные, субмукозные, субсерозные с их сочетаниями), метод оперативного лечения, размер узлов (больших размеров — узел от 8 см, средних размеров — около 5 см; малых размеров — до 2–2,5 см) и локализация (передняя, боковая, задняя стенка, дно матки, с их сочетаниями). Рассчитывался индекс массы тела (ИМТ) всех пациенток по формуле А. Кегле. В соответствии с данной формулой, ИМТ представляет собой отношение массы тела (кг) к квадрату роста ( $m^2$ ). При ИМТ менее 16 диагностируют значительный дефицит массы тела, от 16 до 18,5 — недостаток массы тела, от 18,5 до 25 — нормальный вес, от 25 до 30 — избыток массы тела, от 30 до 35 — ожирение I степени, от 35 до 40 — ожирение II степени, более 40 — ожирение III степени.

Определяли долю (р, %), медиану (Me), 25 и 75 % процентиля. Для сравнения качественных показателей (долей) использовали критерий  $\chi^2$  с поправкой Йейтса. Для выявления взаимосвязи количественных показателей вычисляли коэффициент ранговой корреляции Спирмена ( $r_s$ ). Статистически значимыми считались различия при  $p < 0,05$ .

### **Результаты исследования и их обсуждение**

В исследование были включены пациентки в возрасте от 33 до 66 лет, Me составила 47 (43–50) лет.

По результатам патогистологического исследования лейомиома матки наблюдалась у 45 (97,8 %) женщин ( $\chi^2 = 80,39$ ,  $p < 0,001$ ), неопластический вариант саркомы у 1 (2,1 %) пациентки после 45 лет ( $\chi^2 = 82,38$ ,  $p < 0,001$ ).

У всех пациенток было проведено оперативное вмешательство по поводу миомы матки. Большинству женщин, а именно 25 (53,3 %) была проведена экстирпация матки ( $\chi^2 = 0,39$ ,  $p = 0,53$ ). Консервативная миомэктомия выполнена 14 (30,4 %) женщинам ( $\chi^2 = 82,38$ ,  $p < 0,001$ ), гистерорезектоскопия с удалением субмукозного узла 7 (15,2 %) женщинам ( $\chi^2 = 41,78$ ,  $p < 0,001$ ). Стоит отметить, что из 28 пациенток в возрасте от 45 лет и старше экстирпация матки была наиболее часто произведена, 22 (78,5 %) женщинам ( $\chi^2 = 22,23$ ,  $p < 0,001$ ), а до 45 лет часто выполнялась консервативная миомэктомия, 12 (66,6 %) пациентам ( $\chi^2 = 2,48$ ,  $p = 0,096$ ) из 18 человек.

При анализе количества узлов, у 38 (82,6 %) пациенток отмечались одиночные узлы ( $\chi^2 = 36,57$ ,  $p < 0,001$ ), у остальных 8 (17,4 %) женщин выявлена множественная миома ( $\chi^2 = 36,57$ ,  $p < 0,001$ ).

Лейомиома у 13 (28,3 %) пациентов локализовалась на передней стенке матки ( $\chi^2 = 15,7$ ,  $p < 0,001$ ), в дне у 6 (13,4 %) женщин ( $\chi^2 = 47,35$ ,  $p < 0,001$ ), на задней у 14 (30,4 %) пациенток ( $\chi^2 = 12,57$ ,  $p < 0,001$ ), на передне-боковой стенке у 1 (2,2 %) женщины ( $\chi^2 = 41,78$ ,  $p < 0,001$ ), боковой стенке у 3 (6,5 %) женщин ( $\chi^2 = 66,13$ ,  $p < 0,001$ ), на задней стенке и дне у 1 (2,2 %) женщины ( $\chi^2 = 80,39$ ,  $p < 0,001$ ), на передней и задней стенке у 5 (2,2 %) пациенток ( $\chi^2 = 41,78$ ,  $p < 0,001$ ), в дне и на передней стенке у 1 (2,2 %) пациентки ( $\chi^2 = 80,39$ ,  $p < 0,001$ ). На задней стенке у 1 (2,2 %) пациентки ( $\chi^2 = 80,39$ ,  $p < 0,001$ ) наблюдался неопластический вариант саркомы.

При изучении различных локализаций миом матки наблюдалось следующее. Интерстициальные узлы у 15 (32,6 %) женщин ( $\chi^2 = 9,78$ ,  $p = 0,002$ ), субмукозные у 11 (23,9 %) женщин ( $\chi^2 = 23$ ,  $p < 0,001$ ), субсерозные 2 (4,3 %) пациенток ( $\chi^2 = 73,09$ ,  $p < 0,001$ ). У остальных 18 (39,1 %) пациенток наблюдались сочетанные варианты различной локализации ( $\chi^2 = 3,52$ ,  $p = 0,06$ ).

Из 46 пациенток у 15 (32,6 %) миоматозные узлы имели большие размеры ( $\chi^2 = 8,71$ ,  $p = 0,003$ ), средние размеры имели 28 (60,8 %) пациенток ( $\chi^2 = 3,52$ ,  $p = 0,061$ ), а малые размеры узлов наблюдались лишь у 3 (6,5 %) женщин ( $\chi^2 = 66,31$ ,  $p < 0,001$ ).

Анализируя ИМТ было установлено, что нормальная масса тела была у 10 (21,7 %) женщин ( $\chi^2 = 41,78$ ,  $p < 0,001$ ), а у остальных 36 (78,3 %) пациентов ( $\chi^2 = 27,17$ ,  $p < 0,001$ ) наблюдалась избыточная масса тела и ожирение 1–3 ст. При анализе ИМТ и размеров узлов не выявлено связи ( $\chi^2 = 13,92$ ,  $p = 0,139$ ). Полученные результаты разнятся с исследованиями А. Г. Ящук [5], где наблюдалась таковая связь. Между ИМТ и возрастом ( $r_s = 0,39$ ,  $p = 0,007$ ) выявилась связь. При этом 26 (92,8 %) пациентов ( $\chi^2 = 37,79$ ,  $p < 0,001$ ) из 28 в возрасте после 45 лет имели лишний вес, а до 45 лет из 18 пациентов, 10 (55,5 %) имели нарушения ИМТ ( $\chi^2 = 0,11$ ,  $p = 0,739$ ).

### **Выводы**

По результатам патогистологического исследования лейомиома часто диагностировалась у 45 (97,8 %) пациентов ( $\chi^2 = 80,39$ ,  $p < 0,001$ ) из 46.

При анализе возраста и метода оперативного лечения миомы матки ( $r_s = 0,45$ ,  $p = 0,001$ ) наблюдалась связь. Экстирпация матки наиболее часто проводилась 22 (78,5 %) пациенткам в возрасте после 45 лет и старше из 28 женщин ( $\chi^2 = 22,23$ ,  $p < 0,001$ ). В то время как для женщин до 45 лет отдавалось предпочтение консервативной миомэктомии ( $\chi^2 = 2,48$ ,  $p = 0,096$ ), учитывая ее возможные репродуктивные планы.

ИМТ зависел от возраста ( $r_s = 0,39$ ,  $p = 0,007$ ). При это у 26 (92,8 %) пациенток после 45 лет возраст оказывал влияние на массу тела ( $\chi^2 = 37,79$ ,  $p < 0,001$ ), а до 45 лет существенных связей не было обнаружено ( $\chi^2 = 0,11$ ,  $p = 0,739$ ). Это связано с тем, что при медианном возрасте 45 лет начинается период климакса. В этот период в женском организме экспансивно происходит гипоэстрогения. Эстрогены накапливаются в жировой ткани, вследствие чего наблюдается избыточная масса тела.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Акушерство: учебник / Г. М. Савельева [и др.]. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. С. 576.
2. Epidemiology of uterine fibroids: a systematic review / E. A. Stewart [et al.] // BJOG. 2017. № 124. P. 1501–1512.
3. Epidemiology and Risk Factors of Uterine Fibroids / Dora Pavone [et al.] // Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology. 2018. № 46. P. 3–11.
4. Myoma and myomectomy: Poor evidence concern in pregnancy / G. N. Milazzo [et al.] // J. Obstet Gyn. Res. 2017. Vol. 43(12). P. 1789–1804. Doi: 10.1111/jog.13437.
5. Ящук, А. Г. Современные аспекты в изучении этиологии миомы матки / А. Г. Ящук, И. И. Мусин, И. А. Гумерова // Российский вестник акушера-гинеколога. 2019. № 19(3). С. 49–56.