

ной ишемии мозга, уменьшает гибель нейронов и объем очага инфаркта по сравнению с самцами, не получавшими эстроген.

### **Выводы**

Таким образом, приведенные выше данные свидетельствуют о том, что половые гормоны ответственны за нейропротекцию, наблюдаемую у женщин после церебральной ишемии. Вместе с тем исследуемая тема является многоаспектной и не может быть раскрыта в полной мере в рамках одной публикации, что дает основание утверждать, что более подробное изучение проблемы станет предметом изучения наших дальнейших публикаций.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Денисова, Е. В. Актуальные вопросы эпидемиологии сосудистых заболеваний головного мозга в мире / Е. В. Денисова // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. — 2011. — № 3. — С. 8–15.
2. Карнацевич, Ю. С. Пути оптимизации, повышения эффективности борьбы с мозговыми инсультами его последствиями / Ю. С. Карнацевич, А. Е. Семак, А. В. Борисов // Проблемы и перспективы развития современной медицины: материалы Республиканской научно-практ. конф. посвящ. 10-ю ГМИ, Гомель 23–24 апр. 2000 г. — Гомель, 2000. — С. 163–165.
3. Шкловский, В. М. Концепция нейрореабилитации и система организации помощи больным с последствиями инсульта / В. М. Шкловский // Инсульт. — 2003. — № 9. — С. 35–38.
4. Gender Differences in Acute Cerebral Ischemia: Neuroprotective Mechanisms of Estrogen / ed.: R. L. Roof, E. D. Hall. — Boca Raton: London, 2002. — 318 p.
5. Tatlisumak, T. Handbook of experimental neurology: methods and techniques in animal research / T. Tatlisumak. — Helsinki: University Central Hosp. Press, 2006. — 595 p.

**УДК 618.14-006.36:618.173**

## **РАЗВИТИЕ МИОМЫ МАТКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА ПАЦИЕНТКИ, РАСПОЛОЖЕНИЯ МИОМАТОЗНЫХ УЗЛОВ ОТНОСИТЕЛЬНО СТЕНКИ МАТКИ, НАЛИЧИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ И МЕНОПАУЗЫ**

*Мельникова Ю. А., Слепцова Ю. А.*

**Научные руководители: к.м.н., доцент В. Н. Жданович;  
к.м.н., доцент Д. В. Введенский**

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

### **Введение**

На сегодняшний день миома после воспалительных заболеваний матки и кист яичников занимает третье место среди гинекологических патологий. Помимо этого, является самой частой доброкачественной неэпителиальной опухолью матки, 20–40 % всех женщин подвержены развитию данной патологии [4].

Миома — доброкачественная опухоль матки. По преобладанию мышечных или соединительнотканых элементов в опухоли врачи выделяют миому, фиброму, лейомиому, хотя чаще говорят просто «миома». Точное медицинское название заболевания — «лейомиома» [1]. Узел миомы представляет собой клубок хаотично переплетающихся гладкомышечных волокон округлой формы. Большинство узлов имеют диаметр от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров, но иногда они могут достигать больших размеров и веса в несколько килограммов. Так, самый большой узел, о котором имеется упоминание в мировой литературе, весил 63 кг [1].

### **Цель**

Проанализировать данные УЗИ и выявить зависимость развития миомы от возраста пациентки, расположения миоматозных узлов относительно стенки матки, наличия дополнительных образований и менопаузы.

### Материал и методы исследования

Исследования проводились на базе ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница № 4» и ГУЗ «Гомельская городская поликлиника № 1». Были обследованы 33 пациентки с диагнозом «миома матки». Пациенткам проводилось ультразвуковое исследование органов малого таза. Обработка данных проводилась с помощью пакетов программ «MICROSOFT OFFICE».

### Результаты исследования и их обсуждение

Согласно полученным данным УЗИ и сравнительному методу анализа мы получили следующие результаты:

1. Средний возраст проявления и образования различного вида миом составил 44,9 (45) лет. Также по имеющимся данным можно выделить основные группы относительно возраста: 35–45 лет, 46–55 лет, 56–65 лет. Отмечались случаи развития миомы матки в возрасте 30 и 71 года, однако это единичные случаи, что не оказывает никакой статистической нагрузки на результаты исследования.

2. Миоматозные узлы до 2 см занимают около 39 % (39,13); узлы от 2 до 4 см — 25 % (24,63); узлы от 4 до 8 см — 22 % (21,7); от 8 см и больше — 15 % (14,52). В 23 % (23,08) выявлялись единичные, преимущественно интерстициального расположения, миоматозные узлы различных размеров (таблица 1).

3. В 77 % (76,92) выявлялась множественные миоматозные узлы различных размеров и локализаций относительно стенок матки, соответственно 23 % (23,08 %) приходится на единичные миоматозные узлы.

Таблица 1 — Средние значения (%) данных УЗИ размеров миоматозных узелков

Размер миоматозных узелков	Показатель от общего числа (%)
до 2 см	39 (39,13)
от 2 до 4 см	25 (24,63)
от 4 до 8 см	22 (21,7)
от 8 см и больше	15 (14,52)

По данным УЗИ в 42 % (42,42) преобладает интерстициальная локализация миоматозных узлов (расположена в толще мышечного слоя); в 36 % (36,36) — интрамуральные (одновременное расположение в мышечном и серозном слоях) узелки; в 18 % (18,18) — субсерозные или подбрюшинные (расположение возле наружной серозной оболочки); на оставшиеся 4 % приходятся межмышечные узлы и узлы промежуточного расположения.

У 52 % пациенток кроме наличия миоматозных узлов присутствуют дополнительные образования. Среди них: патология эндометрия (47 %), наличие кист с различным расположением их в матке (41 %), гидросальпинкс (17, 6 %). Данные виды дополнительных образований, как показали данные УЗИ, у некоторых женщин встречаются не по отдельности, а вместе [2] (таблица 2).

Таблица 2 — Наличие дополнительных образований (%)

Тип дополнительных образований	Показатель от общего числа (%)
Гидросальпинкс	17(17,6)
Патология эндометрия	47(47,22)
Кистозные образования	41(41,35)

### Выводы

1. Развитие миом взаимосвязано с возрастом женщины. Наиболее часто встречаемый возраст, в котором могут развиваться различные виды данной патологии составляет в среднем 45 лет.

2. Наиболее часто встречаемой миомой является миома с интерстициальным типом расположения, так как мышечный слой занимает большую часть из всех слоев матки и при таком расположении миоматозные узлы достигают наибольших размеров (до 12,6 см) по сравнению с другим типом расположения миомы [3]. Так, миомы с субмукозным типом расположения составляют всего до 5,4 см, по причине того, что слизистая имеет тонкую основу.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Современный взгляд на патогенез миомы матки / И. С. Сидорова [и др.] // *Акушерство и гинекология*. — 2006; Приложение, 30–3.
2. Миома матки: патогенез, диагностика, лечение / А. Н. Стрижаков [и др.] // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. — 2008. — Т. 7, № 4. — С. 7–19.
3. *Хачкурузов, С. Г. УЗИ в гинекологии. Симптоматика. Диагностические трудности* / С. Г. Хачкурузов. — СПб.: ЭЛБИ-СПб., 2004. — С. 303–351.
4. *Ультразвуковая диагностика в гинекологии: учеб. пособие* / О. Г. Дражина [и др.]. — Минск: Адукацыя і выхаванне, 2011. — 200 с.

**УДК 616-089.843-06:616-002.3]:617.3-053.2**

**ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ КОСТНЫХ АЛЛОТРАНСПЛАНТАТОВ В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ У ДЕТЕЙ**

*Мурашко А. Н., Вислоух С. В.*

**Научный руководитель: ассистент А. В. Винник**

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

***Введение***

На сегодняшний день в травматологии и ортопедии достаточно широко применяется метод костной ауто- и аллотрансплантации. Костные цементы, а также иные искусственные материалы и изделия (эндопротезы), не подверженные замещению нормальной тканью, при лечении доброкачественных опухолей и опухолеподобных поражений у детей и подростков практически не применяются. Причиной является то, что неизбежная «секвестрация» материалов, являющихся для организма инородным телом, в будущем может приводить к развитию таких трудно исправимых осложнений, как асептическая нестабильность, лизис кости, патологический усталостный перелом, разрушение суставных поверхностей при околосуставной локализации очага, позднее нагноение и т. п. С учетом указанных факторов, оправданным является применение только тех материалов, которые в процессе репаративного остеогенеза могут замещаться собственной новообразованной костной тканью. К ним относятся собственная кость (аутопластика), консервированная донорская кость, деминерализованный костный матрикс (аллопластика), а также искусственные материалы, изготовленные на основе костной ткани глубокой переработки, гидроксипапатитов, сульфата кальция и др.

Общепризнанно, что оптимальные клинико-рентгенологические результаты можно получить при аутопластике. Но и этот метод не лишен ряда недостатков: возможности заготовки достаточно массивных аутоотрансплантатов, особенно у детей и подростков, ограничены; возможно развитие осложнений в месте забора аутокости. Таким образом, хорошей альтернативой может стать трансплантация фрагмента консервированной аллокости. [1] Эти материалы обладают остеоиндуктивным и остеокондуктивным действием в костном ложе. К достоинствам аллокостных препаратов авторы относят доступность, биологическое внутривидовое происхождение, малую иммунную и антигенную агрессивность, возможность моделирования объема и формы [2, 3].

***Цель***

Оценка применения отмывания костных аллотрансплантатов при проведении экскохлеации костных новообразований и остеотомии пяточной кости по Dillwyn Evans.