

(93%). У 7 из 7 (100%) пациенток прекратились аномальные маточные кровотечения (АМК), у 6 из 7 (85%) прекратились тянущие боли внизу живота. У 6 пациенток из выборки до операции было диагностировано вторичное бесплодие. Впоследствии у них наступила беременность естественным путем.

Выводы: метропластика — высокоэффективный метод лечения несостоятельности рубца на матке после кесарева сечения. Операция профилактирует акушерские и гинекологические осложнения: разрыв матки по рубцу, имплантацию плодного яйца в рубце, аномальное прикреплении плаценты, АМК, хронические тазовые боли, а также, устраняет фактор бесплодия.

Литература

1. Семенюк А.К., Дивакова Т.С. Место кесарева сечения в современном акушерстве // Охрана материнства и детства. 2013. № 2. С. 52–60.
2. Feng Y.L., Li M.X., Liang X.Q., Li X.M. Hysteroscopic treatment of postcesarean scar defect // J M2. inim Invasive Gynecol. 2012;19(4):498–502.
3. Филлипов Е.Ф., Пирожник Е.Г., Мелконьянц Т.Г., Тарабанова О.В., Ордокова А.А., Соколова Е.И., Попова Н.А. Опыт использования трансвагинального экстраперитонеального доступа в хирургическом лечении несостоятельности рубца на матке после кесарева сечения // Кубанский научный медицинский вестник. 2018. 25 (1). С. 40–45.

АНАЛИЗ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ЭНДОМЕТРИЯ У ПАЦИЕНТОК НА ФОНЕ МИОМЫ МАТКИ, МАНИФЕСТИРУЮЩЕЙ АНОМАЛЬНЫМИ МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

Волоцкая Н.И., Румянцева З.С.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Рыбалка А.Н.

Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии № 1, центральная научно-исследовательская лаборатория Медицинской академии им. С.И. Георгиевского

Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского, Медицинская академия имени С.И. Георгиевского

Актуальность: сочетанная патология репродуктивной системы занимает одну из лидирующих позиций. Клинически, помимо симптоматики, обусловленной непосредственно ростом, миома часто манифестирует аномальными маточными кровотечениями (АМК), что может свидетельствовать о развитии патологического процесса в эндометрии.

Цель исследования: изучить структурные изменения эндометрия у пациенток с миомой матки (ММ), определить закономерность между характером патологического процесса в эндометрии, типом лейомиомы, а также ее локализацией.

Материалы и методы: обследованы 68 пациенток гинекологического отделения Симферопольского КРД № 2. Сформированы 2 группы в зависимости от локализации ММ и интактности эндометрия по отношению к ММ, а также контрольная. Изучены клиничко-анамнестические данные, данные УЗИ и патоморфологического исследования с ИГХ.

Результаты: средний возраст в группах — $33 \pm 0,2$ лет. Жалобы на гиперместруальный синдром, межменструальные кровотечения, в 26,5% — боли. В группе 3 жалоб на дисменорею не предъявляли.

ММ классифицирована по FIGO и представлена в группе 1: SM 0–21,4%, SM 1–46,4%, SM 2–25%, O3–7,1%. Здесь патология эндометрия в 96,4%, представлена полипами — 51,9%, гиперплазией — 37%, хроническим эндометритом (ХЭ) — 11,1%. В группе 2 ММ представлена: O 4–25%, O 5–55%, O 6–20%. Здесь патология эндометрия выявлена у 50%, из них: полип — 50%, гиперплазия — 40%, ХЭ — 10%.

Полипы фиброзно-железистые. Проплиферация умеренна (Ki-67 до 15%), экспрессия ER/PR не выражена. Гиперплазия в группе 1 атипичная, индекс пролиферации (ИП) Ki-67 до 20%. В группе 2 — простая, ИП Ki-67 до 10%) Экспрессия ER/PR выражена во всех группах. ХЭ

представлен очагами клеточной инфильтрации, с атрофией. Экспрессия Ki-67 неравномерна, с низкой пролиферацией. В группе 3 — простая гиперплазия, Ki-67 до 5%, индекс ER/PR в норме.

Выводы: выявлено, что сочетанная патология эндометрия больше характерна для субмукозной локализации ММ. Также установлено, что при этом миома чаще имеет клеточный пролиферирующий тип, чем у пациенток с полностью интрамуральной миомой без контакта с эндометрием. В группе 1 ММ простая в 67,9%, экспрессия Ki-67 — до 5%, клеточная — в 32,1%, в группе 2 ММ простая в 90%, клеточная — 10%, ИП до 18%. Кроме того, в обеих группах при всех типах ММ — высокая экспрессия рецепторов к прогестерону, и низкая — к эстрогену. Все указывает на прямую патогенетическую связь локальных нарушений гормонального статуса по типу локальной гипергормонемии и гиперпродукции гормонов по типу стимуляции потреблением.

Литература

1. Абрамова С.В., Миронова И.Н., Курганова О.Ю. и др. Клиникоэпидемиологические аспекты миомы матки (обзор литературы) // Бюллетень науки и практики. 2018. Т. 4, № 4. С. 69–74.
2. Акберов Р.Ф., Шарафутдинов Б.М., Шарафеев А.З., Зогот С.Р. Неотложная помощь женщинам с миомами матки, осложненными маточными кровотечениями // Вестник современной клинической медицины. 2015. Т. 8, № 1. С. 18–23.
3. Боричева Д.А., Мацарская М.Д., Шеповалова Н.С. Миома матки как следствие гормонального дисбаланса // Синергия Наук. 2018. № 20. С. 650–663.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВЕДЕНИЯ РОДОВ С ПОПЕРЕЧНЫМ ПОЛОЖЕНИЕМ ПЛОДА, ОСЛОЖНИВШИМСЯ ВЫПАДЕНИЕМ РУЧКИ

Волоцкая Н.И., Румянцева З.С.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Рыбалка А.Н.

Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии № 1, центральная научно-исследовательская лаборатория Медицинской академии им. С.И. Георгиевского

Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского, Медицинская академия имени С.И. Георгиевского

Актуальность: неправильные положения — абсолютное показание для оперативного родоразрешения. Роды в этой ситуации опасны для жизни матери и плода, для них характерно выпадение мелких частей плода, разрыв матки, смерть матери и плода. При своевременной диагностике и оперативном родоразрешении прогноз благоприятен.

Цель исследования: продемонстрировать клинический случай ведения родов с поперечным положением плода, осложнившимся выпадением ручки, с благоприятным исходом.

Материалы и методы: история родов пациентки ГБУЗ РК «Симферопольский КРД № 2». Диагноз: Беременность 35,5 недель, преждевременный разрыв плодных оболочек (ПРПО) (безводный промежуток (БП) 2 ч 15 мин.). Поперечное положение плода. Оперативное родоразрешение в экстренном порядке, плодом мужского пола, 2200 г, рост — 46 см.

Результаты: пациентка Р. поступила 21.01.2019 в 05:45 с жалобами на подтекание околоплодных вод (ОВ) с 3:30 21.01.2019 г. Объективно: положение плода поперечное, предлежащая часть не определяется, головка справа. Вагинально — шейка матки сформирована, цервикальный канал закрыт. Подтекают светлые ОВ. Консилиум от 21.01.2019 10:30: БП 7 часов. Матка возбудима, болезненна. Положение плода поперечное. Головка справа. С/б ясное, ритмичное до 120 уд/мин. Выделения из половых путей: светлые ОВ. Вагинально: Влагалище вполне ручкой плода. Шейка матки сглажена, размягчена. Открытие — 4 см. Плодный пузырь отсутствует. Учитывая поперечное положение плода, ПРПО, выпадение ручки, родоразрешить оперативно в экстренном порядке. Кесарево сечение 21.01.2019 г 10:45–12:30 (кровопотеря 1000мл). Поперечный разрез на матке расширен до Т — образного. 10:57 извлечен плод муж-