

**СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ
К ВЕДЕНИЮ БЕРЕМЕННОСТИ
У ПАЦИЕНТОК С РУБЦОМ
НА МАТКЕ ПОСЛЕ МИОМЭКТОМИИ**

И.Н. Коротких, Н.А. Садов
*ГОУ ВПО «Воронежская государственная
медицинская академия им. Н.Н. Бурденко»
Воронеж, Россия*

Ведение беременности и родоразрешение женщин с рубцом на матке после миомэктомии – актуальная акушерско-гинекологическая проблема последних лет. Это связано как с современной тенденцией к реализации репродуктивных планов после 30 лет, когда миома матки обнаруживается у 17-20% женщин, так и с «омоложением» этого заболевания – появлением пациенток с миомой матки в младших возрастных группах.

Современный подход к лечению миомы матки у женщин, планирующих деторождение, предполагает относительно раннее проведение реконструктивно-пластической операции (миомэктомии) лапароскопическим, гистероскопическим либо лапаротомным доступом. Выбор оперативного доступа производится на основании характеристик миоматозных узлов (данных об их размере, количестве, расположении, типе роста), сопутствующей генитальной патологии. При этом обязательным является учет общепринятых противопоказаний к каждому виду оперативного вмешательства, что обеспечивает формирование полноценного рубца на матке с благоприятной перспективой вынашивания последующей беременности.

В послеоперационном периоде проводится реабилитационная терапия: ее стратегия также определяется характеристиками миомы матки и общим состоянием всех звеньев репродуктивной системы. При множественной, наследственной, пролиферирующей миоме, интраоперационном выявлении наружного эндометриоза предпочтительным является применение агонистов ГнРГ, в остальных случаях используются комбинированные оральные контрацептивы. При наличии противопоказаний к их использованию назначаются гестагены.

Вопрос о продолжительности временного интервала между миомэктомией и отменой контрацепции решается индивидуально. Достаточным для формирования полноценного рубца на матке после лапароскопической миомэктомии считают срок 3-6 мес., после гистероскопической и лапаротомной миомэктомии без вскрытия полости матки – 6-8 мес. При вскрытии полости матки с нарушением целостности эндометрия рекомендуется контрацепция в течение года.

По истечении рекомендованного срока проводится контрольное ультразвуковое исследование (УЗИ) состояния рубца на матке с оценкой его состоятельности (отсутствие визуализации рубцовой ткани, достаточная толщина миометрия в проекции рубца, удовлетворительная васкуляризация). По результатам данного исследования принимается окончательное решение о допустимости отмены контрацепции.

На втором этапе проводится преграavidарная подготовка с санацией очагов хронической инфекции, компенсацией экстрагенитальных заболеваний, коррекцией гормональных нарушений, контролем излеченности инфекций, передающихся половым путем. В периконцепционном периоде назначается фолиевая кислота 800 мкг/сут в течение 3 мес. с целью профилактики врожденных пороков развития плода.

При наступлении беременности проводится ультразвуковое исследование в сроке 4 нед., при наличии сквозного рубца и имплантации плодного яйца в его проекции решается вопрос об искусственном аборте щадящим методом в связи с высоким риском разрыва матки по рубцу при пролонгировании беременности.

С ранних сроков гестации рекомендуется профилактика угрозы выкидыша (охранительный режим, применение токоферола, спазмолитиков), профилактика развития истмико-цервикальной недостаточности с использованием гестагенов. При появлении симптомов угрозы прерывания в ранние сроки гестации проводится комплексная сохраняющая терапия в условиях стационара. Со II триместра необходимо исключение несостоятельности послеоперационного рубца. В сроке 14-18

нед. беременности проводится диагностика истмико-цервикальной недостаточности и при необходимости ее коррекция (наложение акушерского пессария). Хирургическое лечение данной патологии при наличии рубца на матке нецелесообразно.

С 20-24 нед. беременности ежемесячно проводится УЗИ с оценкой миометрия в проекции послеоперационного рубца. При выявлении признаков истончения рубца на матке пациентка находится под стационарным наблюдением. При наличии клинических признаков угрозы разрыва матки по рубцу производится досрочное родоразрешение по жизненным показаниям.

С 22-24 нед. ежемесячно осуществляется ультразвуковая доплерография. При снижении показателей кровотока в фетоплацентарном комплексе проводится инфузионная терапия в условиях стационара, соответствующая степени тяжести заболевания. При компенсированной форме плацентарной недостаточности в дальнейшем возможны наблюдение, курсовое лечение и контроль компенсации на амбулаторном этапе. С III триместра для оценки состояния плода используется также кардиотокография. При неэффективности лечения плацентарной недостаточности показано родоразрешение в интересах плода.

При выявлении гестоза II половины беременности рекомендуется госпитализация в стационар, оценка степени тяжести гестоза, проведение адекватной степени тяжести комплексной терапии. При отсутствии эффекта от лечения – досрочное родоразрешение.

В отсутствие клинических, лабораторных, инструментальных признаков позднего гестоза и плацентарной недостаточности рекомендуется амбулаторная профилактика курсовым назначением антиоксидантов, дезагрегантов, поливитаминов.

При наличии экстрагенитальных заболеваний в течение всей беременности осуществляется контроль компенсации под наблюдением узких специалистов

При выборе способа родоразрешения учитывается информация о наличии экстрагенитальной и генитальной патологии у матери, осложнениях течения настоящей беременности, данных пренатальной диаг-

ностики, принимаются во внимание характеристики рубца на матке после миомэктомии. Показаниями к абдоминальному родоразрешению, обусловленными состоянием рубца на матке, являются: расположение рубца по задней стенке матки, где невозможны клиническая и ультразвуковая оценка его состоятельности; рубец после удаления атипично расположенных миоматозных узлов (шеечно-перешеечной и интралигаментарной локализации), а также наличие двух и более рубцов после энуклеации опухолевых узлов больших размеров.

На основе вышеописанного подхода проведено лечение 93 пациенток с миомой матки, планировавших деторождение. 61 пациентка перенесли лапароскопическую миомэктомию и 32 – лапаротомную. Желаемая беременность после миомэктомии наступила у 62 пациенток, при этом частота восстановления фертильности после лапароскопического и лапаротомного доступа не различалась и составила 67,2 и 65,6%.

Из гестационных осложнений наиболее часто наблюдалась угроза прерывания – у 37 пациенток (59,7%). Анемия диагностировалась у 27 (43,5%), преобладала анемия легкой степени. Поздний гестоз зарегистрирован у 37 беременных (59,7%), наблюдался гестоз средней и легкой степени тяжести. Проявления плацентарной недостаточности выявлены у 45 (72,6%) беременных, преобладали компенсированные формы.

Срочные роды произошли у 58 пациенток, преждевременные – у 4. Путем кесарева сечения родоразрешены 36 беременных (58,1%), через естественные родовые пути 26 (41,9%). При ведении родов через естественные родовые пути продолжительность родов колебалась от 8 до 12 ч 30 мин, безводный промежуток составил от 5 до 9 ч. Во всех случаях послеоперационный и послеродовой период протекали гладко. Родилось 62 живых ребенка, 57 в удовлетворительном состоянии, в тяжелой асфиксии по шкале Апгар – 1. 4 ребенка гестационным сроком 32-34 недели потребовали проведения реанимационных мероприятий.

Таким образом, предложенный подход к ведению беременности, основанный на профилактике, ранней диагностике и своевременной коррекции гестационных осложнений, позволяет успешно реализовать репродуктивную функцию большинству пациенток с рубцом на матке после миомэктомии.

**КЛИНИЧЕСКИЕ
ИНФОРМАЦИОННЫЕ СИСТЕМЫ
ПЕРСОНАЛЬНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ
ДЛЯ АНАЛИЗА И ОБРАБОТКИ
СИМПТОМОВ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

О.М. Кузьминов

*Белгородский государственный
университет
Белгород, Россия*

Внедрение информационных технологий в клиническую практику является важной частью стратегического развития здравоохранения и одним из приоритетных инновационных направлений научно-практической деятельности. Основной целью данного процесса является повышение эффективности и качества медицинской помощи.

Информационные технологии позволяют решить многие комплексные задачи, связанные с клиническими, организационными и экономическими аспектами. При этом в настоящее время на первый план выступают в основном экономические и организационные возможности, связанные с финансовым, материальным, административным обеспечением медицинской деятельности и ее контролем. Непосредственная клиническая работа врача в настоящее время остается мало компьютеризированной. Связано это с тем, что не все области медицинской деятельности достаточно технологичны и легко формализуемы, чтобы в них быстро приживалась компьютеризация. Имеется недостаток персональных медицинских информационных систем, позволяющих решать базовые задачи врачебной практики.

Основным первичным информационным объектом, которым в большинстве случаев оперирует врач, является признак или симптом заболевания. В зависимости

от решаемых задач он несет клиническую, информационную или дидактическую нагрузку. Так, работа с симптомами заболеваний в процессе диагностики имеет основное клиническое значение. Сохранение информации о больных, обеспечение ее преемственности и юридического статуса в процессе оформления медицинской документации предполагает работу с симптомами заболеваний как информационными объектами. Повышение квалификации специалистов в процессе педагогической работы, обмена опытом и в процессе самообразования предполагает оперирование симптомами заболеваний как дидактическими объектами, передающими доступность, наглядность, полноту и внутреннюю взаимосвязанность клинической информации. В связи с этим врачу постоянно приходится решать клинические, дидактические и информационно-технологические проблемы сбора, анализа и синтеза первичного клинического материала. Существенная помощь в этом направлении может быть осуществлена путем внедрения информационных технологий в непосредственную практическую работу, в частности путем разработки и создания медицинских информационных систем персонального пользования для обработки симптомов заболеваний. Подобные системы должны позволять проводить поиск и выдачу информации по запросу пользователя, оказывать помощь в диагностике патологических состояний, автоматизировать технологические процессы работы врачей различного профиля, обеспечивать дидактические задачи повышения профессионального уровня.

Таким образом, в условиях нарастания количества разнородной информации и дефицита времени для врача любой специальности является актуальным наличие в его распоряжении компьютерной информационной системы, позволяющей решать комплексные задачи профессиональной деятельности. Подобная система позиционируется как персональная медицинская информационная система базового уровня для анализа и обработки симптомов заболеваний как клинических, дидактических и информационных объектов. Она включает элементы информационно-