

Значения pH-показателей щелочного ГЭР в сравниваемых группах больных (по результатам 24-часовой ацидометрии).

Показатель pH	Значение pH-показателя					
	1-я группа* (ГЭРБ без описторхоза)			2-я группа (ГЭРБ с описторхозом)		
	мини-мальное	макси-мальное	среднее	мини-мальное	макси-мальное	среднее
Время с pH>7 общее (t _{общ}), %	16,57	17,0	16,8	17,0	25,7	20,0
Время с pH>7 стоя (t _{стоя}), %	28,9	31,0	29,0	29,5	33,0	30,0
Время с pH>7 лежа (t _{лежа}), %**	16,2	16,5	16,3	16,7	18,0	17,0
Число рефлюксов с pH>7 (N).	28	31	29	35	38	36
Число рефлюксов продолжительностью > 5 мин (N>5)	14	17	15	19	26	22
Наиболее продолжительный рефлюкс (T ^{max}), мин.	89	90	89	92	98	93

Примечание: * – для данной группы пациентов приводятся pH-показатели щелочного компонента смешанного ГЭР; ** – показатель рассчитывается как % от общего времени с pH>7.

больных, приведены в таблицах 1 и 2.

Таким образом, для pH-картины ГЭРБ на фоне хронического описторхоза (с длительностью инвазии от 5 до 10 лет) характерны: 1) тенденция к снижению показателей кислотопродуцирующей функции желудка по мере увеличения продолжительности паразитоза; 2) преобладание (по частоте встречаемости) щелочного и смешанного типов ГЭР; 3) отсутствие кислого пищевода рефлюкса в качестве изолированного варианта, только как компонента смешанного ГЭР; 4) наибольшая степень выраженности pH-проявлений щелочного гастроэзофагеального рефлюкса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А., Трухманов А.С. и др. Диагностика и лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: Пособие для врачей. – М., 2003. – 29 с.
2. Исаков В.А. Эпидемиология ГЭРБ: Восток и Запад // Экспериментальная и клиническая медицина. – 2004. – №5. – С.2-6.
3. Калягин А.Н., Онучина Е.В., Рожанский А.А. Клинические наблюдения внепищеводных проявлений гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Сибирский журнал гастроэнтерологии и гепатологии. – 2003. – №16,17. – С.162-165.
4. Константинова Т.Н. Описторхоз // Гельминтозы у детей и подростков / Под ред. В.Е. Полякова, А.Я. Лысенко. – М.: Медицина, 2003. – С.140-147.
5. Мананников И.В. Эпидемиология гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) в Москве // Результаты симпозиума «Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь – междисциплинарная проблема» в рамках 9-го Национального Конгресса «Человек и лекарство». – М., 2004. – С.5-8.
6. Маев И.В., Самсонов А.А. Применение современных антацидных средств в терапии кислотозависимых заболеваний желудочно-кишечного тракта // Справочник поликлинического врача. – 2005. – №5. – С.3-7.
7. Майборода А.А., Калягин А.Н., Зобнин Ю.В., Щербатых А.В. Современные подходы к подготовке оригинальной статьи в журнал медико-биологической направленности в свете концепции «доказательной медицины» // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2008. – Т. 76. №1. – С.5-8.
8. Поляков Е.В., Лысенко А.Я., Константинова Т.Н., Авдюхина Т.И. Описторхоз у детей и подростков // Медицинская помощь. – 2002. – №6. – С.31-34.
9. Роцина Т.В., Шульпекова Ю.О., Ивашкин В.Т. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь // Русский медицинский журнал: Болезни органов пищеварения. – 2000. – Т. 2. №2. – С.23-25.
10. Степанова К.Б. Клинико-иммунологические особенности иксового клещевого боррелиоза на фоне хронического описторхоза // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2004. – №6. – С.24-27.

Информация об авторах: Святенко Ирина Александровна – заочный аспирант, e-mail: irinasvyatenko@mail.ru; Белобородова Эльвира Ивановна – д.м.н., профессор.

© АНДРОНОВА Н.В., МИНОРАНСКАЯ Н.С., МИНОРАНСКАЯ Е.И. – 2011

СПЕЦИФИЧЕСКИЙ ИММУННЫЙ ОТВЕТ И НЕКОТОРЫЕ ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИ ОСТРОМ ТЕЧЕНИИ ИКСОВОГО КЛЕЩЕВОГО БОРРЕЛИОЗА И МИКСТ-ИНФЕКЦИИ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА И ИКСОВОГО КЛЕЩЕВОГО БОРРЕЛИОЗА

Наталья Владимировна Андронova, Наталья Сергеевна Миноранская, Елена Игоревна Миноранская (Красноярский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.П. Артюхов, кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом ПО, зав. – д.м.н., проф. Е.П. Тихонова)

Резюме. Описана динамика выявления специфических антител к боррелиям при острых иксовом клещевых боррелиозах, а также при ассоциированном течении боррелиозной инфекции с клещевым энцефалитом за период 2007-2008 гг. в г. Красноярск. Определен риск развития хронизации инфекционного процесса при иксовых клещевых боррелиозах по отдаленным результатам исследования.

Ключевые слова: иксовые клещевые боррелиозы, специфический иммунный ответ, отдаленные результаты течения боррелиозной инфекции.

THE SPECIFIC IMMUNE RESPONSE AND SOME REMOTE RESULTS IN THE ACUTE COURSE OF TICK-BORNE BORRELIOSIS AND MIKST-INFECTIONS OF TICK-BORNE ENCEPHALITIS AND TICK-BORNE BORRELIOSIS

N.V. Andronova, N.S. Minoranskaya, E.I. Minoranskaya

Summary. Dynamics of revealing the specific antibodies to borreliae is described in acute Tick-Borne Borreliosis, and also in associated borreliosis infections with Tick-Borne Encephalitis during 2007-2008 in Krasnoyarsk. The risk of development of synchronisation of infectious process has been defined in Tick-Borne Borreliosis by the remote results of research.

Key words: Tick-Borne Borreliosis, the specific immune response, the remote results of borreliosis infections.

На протяжении многих лет клещевые нейроинфекции приобретают все большее значение в медицинской науке. Клещевой энцефалит (КЭ) и иксодовые клещевые боррелиозы (ИКБ) занимают одно из ведущих мест по росту заболеваемости как на территории России, так и за рубежом [1,4,5,10]. Эта группа природно-очаговых трансмиссивных заболеваний привлекает внимание ученых всего мира ввиду частой хронизации инфекционного процесса, зачастую приводящей к инвалидности больных [3].

Красноярский край является крупнейшим природным очагом клещевых нейроинфекций. Показатель заболеваемости ИКБ в 2007 и 2008 гг. по краю составил 25,3 и 30,8 случаев на 100 тыс. населения соответственно. С каждым годом все чаще регистрируется микст-инфекция КЭ с ИКБ [2], что связано с большим количеством микст-зараженных клещей [8].

Особенностью ИКБ является позднее выявление специфических антител, что значительно затрудняет своевременную диагностику заболевания и адекватное лечение [6,7,9,11]. Целью настоящей работы является выявление особенностей динамики выработки специфических антител к боррелиям при эритемной и безэритемной формах острого ИКБ и ассоциированно-го течения ИКБ с КЭ, а также оценка отдаленных результатов течения заболевания.

Материалы и методы

Под наблюдением находилось 157 больных, находившихся на стационарном лечении в условиях инфекционного отделения МУЗ «Городская клиническая больница № 6 им. Н.С. Карповича» г. Красноярск за период 2007-2008 гг. Из наблюдаемых больных – 43 (27,4%) с эритемной формой ИКБ составили I группу, 34 (21,7%) – с безэритемной формой заболевания – II группу, 80 (50,9%) больных с микст-инфекцией ИКБ с КЭ – III группу. Характеристика больных представлена в таблице 1.

Таблица 1
Характеристика больных по возрасту и полу

Группа	Женщины		Мужчины		Средний возраст, лет
	абс.	%	абс.	%	
I (n=43)	19	44,2	24	55,8	59,1±2,5
II (n=34)	15	44,1	19	55,9	46,5±2,83
III (n=80)	48	55,0	32	45,0	43,6±1,94

Для подтверждения и верификации диагноза на различных сроках заболевания определяли IgM и IgG к боррелиям и вирусу клещевого энцефалита (ВКЭ) методом иммуноферментного анализа (ИФА) с применением специфических тест-систем «Вектор-Бэст» (г. Новосибирск).

Статистический анализ данных выполняли с помощью пакета прикладных программ «Statistica for Windows 6.0». Сравнение результатов исследования в группах проводили с использованием критерия χ -квадрат. Критический уровень значимости при проверке гипотез $p=0,05$.

Результаты и обсуждение

В I группе больных с эритемной формой ИКБ специфические IgM в сыворотке крови выявлялись к концу

второй недели болезни лишь в 9 (20,9%) клинических случаях, а IgG – в 7 (16,3%) у этих же больных. К началу четвертой недели развития заболевания еще у 22 (51,2%) и 21 (48,8%) больных определялись специфические IgM и IgG соответственно. Из числа больных с серонегативной иммунной реакцией в разгаре заболевания спустя 1,5 месяцев на этапе диспансеризации были выявлены IgM в 5 (11,6%) и IgG в 11 (25,6%) случаях. У 4 (9,3%) больных специфических АТ к боррелиям не выявлялось ни в манифестацию инфекционного процесса, ни на этапе диспансерного наблюдения, а заболевание верифицировалось клинико-эпидемиологически (табл. 2).

Во II группе в течение 6 месяцев от начала заболевания у всех 34 больных на различных сроках болезни были выявлены специфические антитела. В большинстве случаев регистрировался отсроченный специфический иммунный ответ. Так, только у 4 (11,8%) больных IgM к боррелиям показали положительный результат в диагностически значимом титре на четвертой неделе заболевания. У остальных 30 (88,2%) больных диагноз безэритемной формы ИКБ был подтвержден на этапе диспансеризации. У 12 (35,3%) больных спустя 1,5 месяца от начала заболевания были выявлены IgM, а IgG из числа этих больных определялись лишь в 4 (11,8%) случаях (табл. 2).

К третьему месяцу от начала болезни у 14 (41,1%) больных с вероятным диагнозом безэритемной формы ИКБ определялись специфические IgM. На этом же сроке выявлялись IgG у 18 (52,9%) больных, которые ранее были отрицательными (табл. 2). Спустя шесть месяцев еще у 4 (11,8%) больных были выявлены IgM к боррелиям, и у 12 (35,3%) определялись специфические IgG.

В III группе больных специфические антитела к ВКЭ определялись на ранних стадиях заболевания. К концу второй недели болезни IgM и IgG к ВКЭ выявлялись у 50 (62,5%) и 45 (56,25%) больных соответственно. У остальных больных антитела к ВКЭ в диагностически значимых титрах регистрировались во второй сыворотке спустя 3 недели от начала болезни.

Наслоение инфекционного процесса, обусловленного ВКЭ, в некоторой степени предопределяет поздний иммунный ответ в отношении боррелиозной инфекции (табл. 2). Только в 7 (8,75%) случаях вырабатывались специфические антитела к боррелиям. К концу третьей недели заболевания при микст-инфекции IgM к боррелиям выявлялись у 15 (18,75%) больных, т.е. значительно реже, нежели при эритемной форме боррелиозной инфекции ($\chi=18,09$; $p<0,001$). Спустя три месяца, на этапе реконвалесценции, специфические IgM и IgG определялись в 10 (12,5%) и 15 (18,75%) случаях соответственно из числа больных, у которых до этого регистрировался серонегативный вариант иммунного ответа, что также нашло статистическое подтверждение ($\chi=11,678$; $p<0,001$ и $\chi=5,454$; $p=0,02$ соответственно) в сравнении с частотой серопозитивности при безэритемной форме ИКБ.

Принимая во внимание склонность боррелиозной инфекции к хронизации инфекционного процесса, нами проанализированы отдаленные результаты исследования, которые учитывались через 12-18 месяцев от манифестации заболевания. Из общего числа больных трех исследуемых групп (157 больных – 100%) проследить дальнейшее развитие заболевания удалось только у 82 (52,3%) реконвалесцентов. Из числа I, II и III групп под наблюдением оказались 13 (30,2%), 19 (55,9%) и 52 (65,0%) реконвалесцентов соответственно.

Из числа реконвалесцентов I группы, перенесших эритемную форму ИКБ, хроническое рецидивирующее

Таблица 2

Сравнительная характеристика сроков выявления специфических антител к боррелиям при эритемной (I), безэритемной (II) формах ИКБ и микст-инфекции ИКБ с КЭ (III)

Антитела	Сроки	Группы	Абс.	%	χ , p _{I,II}	χ , p _{I,III}	χ , p _{II,III}
IgM	Д10-14	I	9	20,9	-	$\chi=1,796$ $p=0,18$	-
		III	7	8,75			
	Д21-25	I	22	51,2	$\chi=17,996$ $p=0$	$\chi=18,09$ $p<0,001$	$\chi=0,698$ $p=0,4$
		II	4	11,8			
		III	15	18,75			
	1,5 мес.	I	5	11,6	$\chi=0,062$ $p=0,804$	$\chi=0,066$ $p=0,797$	$\chi=0,192$ $p=0,661$
		II	12	35,3			
		III	19	23,75			
	3 мес.	II	14	41,1	-	-	$\chi=11,678$ $p<0,001$
		III	10	12,5			
	6 мес.	II	4	11,8	-	-	$\chi=11,486$ $p<0,001$
		III	29	36,25			
IgG	Д10-14	I	7	16,3	-	$\chi=8,064$ $p=0,005$	-
		III	1	1,25			
	Д21-25	I	21	48,8	-	$\chi=23,934$ $p<0,001$	-
		III	10	12,5			
	1,5 мес.	I	11	25,6	$\chi=15,789$ $p=0$	$\chi=8,59$ $p=0,003$	$\chi=2,877$ $p=0,09$
		II	4	11,8			
		III	20	25,0			
	3 мес.	II	18	52,9	-	-	$\chi=5,454$ $p=0,02$
		III	15	18,75			
	6 мес.	II	12	35,3	-	-	$\chi=0,322$ $p=0,571$
		III	33	41,25			

щее течение боррелиозной инфекции было диагностировано только в 2 случаях (4,6% от общего количества больных в группе). Рецидив заболевания сопровождался выявлением специфических IgM в диагностически значимых титрах. Особого внимания заслуживает тот факт, что именно у этих больных в манифестацию заболевания наблюдался серонегативный вариант иммунного ответа.

Во II группе реконвалесцентов после перенесенной безэритемной формы ИКБ хроническая боррелиозная инфекция была установлена у 11 больных (32,4% от общего количества пациентов в группе), что сопровождалось выявлением IgM и IgG к боррелиям в диагностических титрах при наличии патогномичной симптоматики болезни.

Анализируя отделенные результаты в III группе реконвалесцентов при ассоциированном течении ИКБ с КЭ, прогрессивного течения КЭ у наблюдаемых реконвалесцентов установлено не было. Это объясняется своевременным выявлением и адекватной терапией КЭ.

Хроническое рецидивирующее течение ИКБ после перенесенной микст-инфекции ИКБ с КЭ регистрировалось в 34 клинических случаях (42,5% от общего количества больных в группе) из 52 наблюдаемых реконвалесцентов III группы, что подтверждалось, помимо клинических проявлений, выявлением специфических

антител в диагностически значимых титрах. В подавляющем большинстве случаев хронического ИКБ у больных III группы в манифестацию заболевания регистрировался безэритемный вариант течения ИКБ (29 (85,3%)).

В результате проведенного исследования выявлено, что чаще всего специфические АТ к боррелиям при эритемной форме боррелиозной инфекции вырабатываются к началу четвертой недели заболевания, а к шестой неделе болезни у большинства больных (39 (90,7%)) имеется серопозитивный иммунный ответ. Следует обратить внимание, что на поздних сроках заболевания могут выявляться специфические IgG при отсутствии IgM, что мы наблюдали в трех клинических случаях (7,0%). Это является, вероятно, показателем отсутствия острой иммунной реакции.

Безэритемная форма боррелиозной инфекции к полутора месяцам от манифестации заболевания у 18 (52,9%) больных не

была верифицирована. Анализ динамики специфического иммунного ответа продемонстрировал позднее выявление IgM и IgG к боррелиям. В течение первого месяца развития заболевания серопозитивный иммунный ответ в 6 раз чаще регистрировался у больных с эритемной формой ИКБ. В подавляющем большинстве клинических случаев (30 (88,2%)) безэритемная форма боррелиозной инфекции подтверждалась спустя 1,5-6 месяцев от манифестации заболевания.

При ассоциированном течении ИКБ с КЭ поздний специфический иммунный ответ в некоторой степени обусловлен наложением КЭ. В большинстве клинических случаев верификация боррелиозной инфекции была возможна спустя 3-6 месяцев от манифестации заболевания.

Статистическим анализом частоты развития хронического течения ИКБ подтверждено, что риск дальнейшего прогрессирования заболевания после перенесенной эритемной формы ИКБ в 3-3,5 раз ниже, нежели после безэритемной формы заболевания ($\chi=3,003$; $p=0,083$) и микст-инфекции с КЭ ($\chi=8,596$; $p=0,003$). Возможность развития хронического ИКБ после безэритемной формы болезни и ее ассоциированного течения клещевых нейроинфекций одинакова ($\chi=0,0091$; $p=0,763$) и в среднем составляет около 60%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьева Н.Н., Сумливая О.Н. Клинические варианты иксодовых клещевых боррелиозов в остром периоде заболевания // Медицинская паразитология и паразитарные болезни. – 2003. – № 4. – С.3-7.
2. Коренберг Э.И. Изучение и профилактика микст-инфекций, передающихся иксодовыми клещами // Вестн. РАМН. – 2001. – №11. – С.41-46.
3. Лобзин Ю.В., Козлов С.С., Усков А.Н. Патогенез и клиничко-патогенетическая классификация иксодовых клещевых боррелиозов // Клещевые боррелиозы: матер. науч.-практ. конф. – Ижевск, 2002. – С.185-189.
4. Лобзин Ю.В., Усков А.Н., Ющук Н.Д. и др. Иксодовые

клещевые боррелиозы (экология, эпидемиология, клиника, диагностика, лечение и профилактика). – М.: ВУНМЦ Росздрава, 2007. – 46 с.

5. Миноранская Н.С., Андреева Н.В., Миноранская Е.И. Особенности клинического течения иксодовых клещевых боррелиозов в Красноярском крае // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2008. – Т. 82. №7. – С.123-125.

6. Николенко В.В. Клиничко-серологические аспекты диагностики иксодовых клещевых боррелиозов: Автореф. дис.... канд. мед. наук. – М., 2001. – 21 с.

7. Нафеев А.А., Исаева Н.И. Серологическая диагностика латентных и безэритемных форм иксодовых клещевых боррелиозов // Журн. микробиологии, эпидемиологии и имму-

нобиологии. – 2004. – №2. – С.118-119.

8. Хазова Т.Г., Волков Е.В., Тимошкин А.Б., Зверева Н.Г. Инфекции, передающиеся иксодовыми клещами в Красноярском крае // Журн. инфекционной патологии. – 2009. – №3. – С.212-213.

9. Assous M.V., Postic D., Paul G., et al. Western blot analysis of sera from Lyme borreliosis patients according to the genomic

species of the Borrelia strains used as antigens // Eur. J. clin. Microbiol. Infect. Dis. – 1993. – Vol. 12. №4. – P. 261-268.

10. Sigal L. Clinical manifestations of Lyme disease // New Jersey Med. – 1990. – Vol. 87. №7. – P.549-555.

11. Schutzer S.E., Coyle P.K., Belman A.L., et al. Sequestration of antibody to Borrelia burgdorferi in immune complexes in seronegative Lyme disease // Lancet. – 1990. – Vol. 335. – P.312-315.

Информация об авторах: 660078, г. Красноярск, ул. 60 лет Октября, 54-45, e-mail: andronat@mail.ru, bacinf@mail.ru, Андропова Наталья Владимировна – ассистент; Миноранская Наталья Сергеевна – к.м.н., доцент; Миноранская Елена Игоревна – к.м.н., доцент.

© РУССКИХ Л.А., БАРИНОВ С.В. – 2011

УДК 618.14-006.36-091.8.618.3

ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ЛЕЙОМИОМОЙ МАТКИ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ

Людмила Александровна Русских, Сергей Владимирович Барinov

(Омская государственная медицинская академия, ректор – д.м.н., проф. А.Н. Новиков, кафедра акушерства и гинекологии №1, зав. – д.м.н., проф. С.В. Барinov)

Резюме. Под наблюдением находились 47 пациенток, подвергшихся миомэтомии в сроках от 14-ой до 24-ой недели гестации. Показаниями к миомэтомии при беременности были большие размеры миомы матки с нарушением питания в узле, перешеечным ростом узла больших размеров и угрозой прерывания беременности. Результаты: 44 пациентки, родоразрешены кесаревым сечением здоровыми детьми в сроке 38-40 недель и у 3 женщин – преждевременные роды. Заключение: можно полагать, что при миоме матки больших размеров миомэтомия в течение беременности является обоснованной и безопасной операцией, позволяющей пролонгировать беременность до завершения гестации.

Ключевые слова: миома матки, беременность, миомэтомия.

FEATURES OF TREATMENT TACTICS FOR PREGNANT WOMEN WITH LARGE UTERINE MYOMAS

L.A. Russkih, S.V. Barinov
(Omsk State Medical Academy)

Summary. 47 patients-women subjected to myomectomy in terms of the 14th to the 24th week of gestation. The indications for myomectomy during pregnancy were large size of uterine fibroids, malnutrition in the node, the node recervical growth of large size and threat of breaking pregnancy. Results: 44 patients delivered by caesarean section with healthy babies between the 38th and 40st week and 3 women had premature births. Conclusion: it can be assumed that at large uterine myoma myomectomy during pregnancy is well founded and safe operation, allowing to prolong pregnancy till the end of gestation.

Key words: uterine myoma, pregnancy, myomectomy.

Сочетание миомы матки и беременности встречается у 0,4-4,0% женщин [4]. Течение беременности при сочетании с миомой матки имеет свои особенности, обусловленные рядом осложнений: угрожающее прерывание в различные сроки гестации, фетоплацентарная недостаточность и синдром задержки развития плода, неправильные положения и предлежания плода, отслойка плаценты, особенно в тех случаях, когда она частично расположена в области миоматозного узла, быстрый рост опухоли, нарушение питания и некроз миоматозного узла, которые могут развиваться в любом сроке гестации [1,2,3]. В ряде случаев истмико-цервикальная недостаточность развивается при шеечно-перешеечной локализации миоматозных узлов, что может быть дополнительным фактором прерывания беременности [6].

По данным Т.Н. Горбуновой (2003), установлено, что более 70% беременных с миомой матки были в возрасте старше 30 лет, причём у половины из них – это первая беременность. У большинства женщин миома не влияет на течение беременности и родов. Самыми частыми осложнениями бывают угроза прерывания беременности и нарушение питания узла миомы.

Высокой частотой осложнения течения беременности является угроза прерывания ее в различные сроки (74,6%): в I триместре – у 29%, во II – у 33,8%, в III триместре – у 11,6% пациенток и у 2% – на протяжении всей беременности [3].

Одной из причин данного осложнения является прогестероновая недостаточность. Миома, являясь активатором локальной гормонемии, усугубляет относительную прогестероновую недостаточность в локальном кровотоке матки, что способствует усилению

процессов гиперплазии и гипертрофии клеточных элементов миометрия, активации ростковых зон в сосудах миометрия, приводящих к росту миоматозных узлов во время гестации [4].

Фетоплацентарная недостаточность у пациенток с миомой матки развивается в 39,6% случаев. Тем не менее, исследования показали, что основными факторами риска ее развития у беременных с миомой матки являются пролиферирующая миома матки, большие размеры и низкая локализация узла, множественная миома, прикрепление плаценты в области миоматозного узла [6].

В связи с вышеизложенным, вопросы тактики ведения беременных с миомой матки, особенно больших размеров ее, являются на сегодняшний день весьма актуальными.

Цель работы: усовершенствовать тактику ведения беременных с лейомиомой матки больших размеров, с целью благоприятного течения гестационного периода и последующим родоразрешением органосохраняющей операцией.

Материалы и методы

В настоящее исследование были включены 47 беременных пациенток с миомой матки больших размеров (более 6 см по классификации А.Л. Тихомирова) в разных сроках беременности. Диагноз лейомиома матки был установлен на основании данных анамнеза, ультразвукового исследования и подтвержден гистологическим исследованием удаленных миоматозных узлов.

У изучаемых пациенток применялся комплекс диагностических методик: общеклиническое исследование