

viruses enter cells via low density lipoprotein receptor. *Proc Natl Acad Sci USA*. 1999;96:12766–12771131.

19. Molina S, Castet V, Fournier-Wirth C, Pichard-Garcia L, Avner R, Harats D, Roitelman J, Barbaras R, Graber P, Ghersa P, Smolarsky M, Funaro A, Malavasi F, Larrey D, Coste J, Fabre JM, Sa-Cunha A, Maurel P. The low-density lipoprotein receptor plays a role in the infection of primary human hepatocytes by hepatitis C virus. *J Hepatol*. 2007;46:411–419

20. Owen DM, Huang H, Ye J, Gale M., Jr Apolipoprotein E on hepatitis C virion facilitates infection through interaction with low-density lipoprotein receptor. *Virology*. 2009; 394:99–108

21. Wang C., Zhu W., Wei Y., Su R., Feng H., Hadar E., Hod M. The associations between early

pregnancy lipid profiles and pregnancy outcomes. *J. Perinatol*. 2017 Feb;37(2):127-133. doi: 10.1038/jp.2016.191. Epub 2016 Oct 27 .

22. Maria E. Baardman Wilhelmina S. Kerstjens-Frederikse Rolf M.F. Berger Marian K. Bakker Robert M.W. Hofstra Torsten Plösch The Role of Maternal-Fetal Cholesterol Transport in Early Fetal Life: Current Insights.

Biology of Reproduction, Volume 88, Issue 1, 1 January 2013, 24, 1-9, <https://doi.org/10.1095/biolreprod.112.102442>

23. Alyse S. Goldberg Robert A. Hegele Severe Hypertriglyceridemia in Pregnancy . *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, Volume 97, Issue 8, 1 August 2012, Pages 2589–2596, <https://doi.org/10.1210/jc.2012-1250>

Линде В.А.

доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры акушерства, гинекологии и репродуктологии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова»

Аракелян Б.В.

доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства, гинекологии и репродуктологии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова»

Резник М.В.

заведующая отделением гинекологии СПб ГБУЗ «Александровская больница»,

Тарасенкова В.А.

врач отделения гинекологии СПб ГБУЗ «Александровская больница»,

Садыхова Э.Э.

врач отделения гинекологии СПб ГБУЗ «Александровская больница»,

Неженцева Е.Л.

кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии №1 ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова».

К ВОПРОСУ О ТАКТИКЕ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С ПОДСЛИЗИСТЫМ РАСПОЛОЖЕНИЕМ МИОМАТОЗНЫЙ УЗЛОВ

V. A. Linde

Doctor of Medical Science, Professor, Professor of the Department of Obstetrics, Gynecology and Reproductology of the "Pavlov First St.- Petersburg State Medical University Ministry of Health of the Russia".

B. V. Arakelyan

Doctor of Medical Science, Professor of the Department of Obstetrics, Gynecology and Reproductology of the "Pavlov First St.- Petersburg State Medical University Ministry of Health of the Russia".

M.V. Reznik

The head of the Gynecology Department of SBHI «Alexandrovskaya Hospital» St. Petersburg.

V. A. Tarasenkova

Doctor of Gynecology Department of SBHI «Alexandrovskaya Hospital» St. Petersburg.

E.E. Sadikhova

Doctor of Gynecology Department of SBHI «Alexandrovskaya Hospital» St. Petersburg.

*E. L. Nezhentseva**Candidate of Medical Sciences,**Associate Professor of Department of Obstetrics and Gynecology №1,
North - Western State Medical University named after I.I. Mechnikov.*

ON THE QUESTION OF PATIENT TACTICS WITH A SUBMUCOUS ARRANGEMENT OF MYOMATOUS KNOTS

Аннотация. Во II половине XX века подслизистое расположение миоматозных узлов стали рассматривать как самостоятельное показание к оперативному лечению вне зависимости от наличия на момент их выявления аномальных маточных кровотечений. При этом ранее данную локализацию миоматозных узлов рассматривали как фактор риска аномальных маточных кровотечений. Вопрос об оперативном лечении ставился только если это фактор риска реализуется. Почти половина случаев миомы матки с данным расположением миоматозных узлов протекает бессимптомно. В связи с этим, не менее обоснованной представляется позиция исследователей, рассматривающих подслизистое расположение миоматозных узлов как фактор риска аномальных маточных кровотечений и допускающих при бессимптомном течении ММ консервативную тактику ведения пациенток.

Abstract. in the second half of the XX century submucosal arrangement of myomatous nodes began to be considered as an independent indication for surgical treatment, regardless of the presence at the time of their detection of abnormal uterine bleeding. At the same time, earlier this localization of myomatous nodes was considered as a risk factor for abnormal uterine bleeding. The question of surgical treatment was raised only if this risk factor is realized. Almost half of cases of uterine fibroids with this location of myomatous nodes are asymptomatic. In this regard, the position of researchers considering submucosal arrangement of myomatous nodes as a risk factor for abnormal uterine bleeding and allowing for asymptomatic MM conservative tactics of management of patients is more justified.

Ключевые слова: миома матки, подслизистое расположение миоматозных узлов, аномальные маточные кровотечения.

Key words: uterine fibroids, submucosal arrangement of myomatous nodes, abnormal uterine bleeding.

С начала изучения миомы матки (ММ) подслизистое расположение миоматозных узлов (МУ) рассматривается как фактор риска аномальных маточных кровотечений (АМК) и анемизации пациенток. Ещё в начале XX века С. Менге и Е. Оритц [1] писали, что «кровотечение бывает тем сильнее, чем ближе расположена миома к слизистой». При этом до середины XX века подслизистая или субмукозная локализация МУ рассматривалась именно как фактор риска симптомной ММ, сама по себе без АМК не являясь показанием к оперативному лечению, а при бессимптомном течении и к лечению вообще [2]. В дальнейшем ситуация изменилась, и подслизистое расположение МУ стали рассматривать как самостоятельное показание к оперативному лечению [3]. Высокий риск развития анемизирующего АМК, вне зависимости от его наличия на момент её выявления, стал достаточным для решения вопроса в пользу радикального оперативного лечения [4]. При этом часть авторов продолжает оставлять неизменным постулат, что при размерах матки до 13/14 недель беременности (нб) бессимптомная ММ в оперативном лечении не нуждается [2, 5, 6]. Подобная консервативная позиция выглядит всё более обоснованной в свете

современных тенденций к поиску органосберегающих технологий и методик [7].

Целью данного исследования была оценка значимости подслизистого расположения МУ в качестве самостоятельного показания к оперативному лечению.

Для реализации поставленной цели ретроспективно были проанализированы медицинские карты пациенток, получивших радикальное оперативное лечение (гистерэктомия) по поводу ММ в гинекологическом отделении №1 СПб ГБУЗ «Александровская больница» в 2014 – 2016. Всего было прооперировано 304 пациентки. В плановом порядке было произведено 189 (62,2%) операций, в срочном порядке 115 (37,8%) операций. Средний возраст пациенток составил $47,8 \pm 0,9$ года.

Наиболее частым показанием к радикальному оперативному лечению был диагноз «симптомная ММ» (болевой синдром, нарушение функции смежных органов, неэффективность консервативного ведения, анемизация и т.д.). На втором месте были размеры матки 13 нб и более (таблица 1). АМК как причина оперативного лечения оказались на третьем месте и встречались в 8,6%. Все группы были сопоставимы по возрасту.

Таблица 1.

Ведущий диагноз для оперативного лечения			
Показание	n	%	Средний возраст (годы)
Симптомная ММ	158	52,0	47,5 ± 0,9
Размеры матки 13 недель более	81	26,6	48,7 ± 0,6
АМК	26	8,6	46,6 ± 1,0
Быстрый рост МУ	16	5,3	47,4 ± 0,8
Нарушение питания МУ	13	4,2	48,1 ± 1,2
Бессимптомная субмукозная локализация МУ	10	3,3	46,5 ± 1,6
Всего	304	100	47,8 ± 0,9

Если рассматривать отдельно группу с АМК (таблица 2), обращает на себя внимание, что подслизистое расположение МУ было выявлено почти в половине случаев (42,3%). При этом у пациенток с данной локализацией МУ отмечалась тенденция к меньшим размерам матки (9,6 ± 1,9 и

11,9 ± 1,3 нб). Однако разница не достигала статистической достоверности, возможно, из-за недостаточного числа наблюдений. Поэтому отнесение данной локализации МУ к факторам высокого риска АМК абсолютно обосновано.

Таблица 2.

Группа пациенток с АМК			
Показатель	n	%	Размеры матки (нб)
Всего	26	100	11,1 ± 1,0
Без субмукозных МУ	15	57,7	11,9 ± 1,3
С субмукозными МУ	11	42,3	9,6 ± 1,9
Из них	МУ в полости матки (%)	8	30,8 (72,7)
	С рождающимися МУ (%)	3	11,5 (27,3)

С другой стороны, бессимптомное подслизистое расположение МУ послужило причиной радикального оперативного вмешательства у 10 пациенток (3,3% случаев). При этом обращало на себя внимание, что размеры удаляемого органа были наименьшими по сравнению с остальными группами (таблица 3), и составили в среднем 7,3 ± 0,7 нб.

Таблица 3.

Характеристика пациенток по группам			
Показатель	n	Размеры матки (нб)	Нб (г/л)
Симптомная ММ	158	10,9 ± 0,4	119,2 ± 2,8
Размеры матки 13 недель более	81	16,3 ± 0,4**&	122,4 ± 3,3
Быстрый рост МУ	16	14,1 ± 0,8**	123,4 ± 5,9
Нарушение питания МУ	13	12,6 ± 1,2	124,4 ± 5,7
АМК без субмукозной локализации МУ	15	11,9 ± 1,3	75,8 ± 7,4*
АМК на фоне субмукозной локализации МУ	11	9,6 ± 1,9	82,4 ± 9,7*
Бессимптомная субмукозная локализация МУ	10	7,3 ± 0,7*	126,4 ± 4,6
Разница статистически достоверна	<p>* – p < 0,002 по сравнению с остальными группами за исключением АМК на фоне субмукозной локализации МУ. ** – p < 0,002 по сравнению с группами симптомная ММ и АМК. & – p < 0,02 по сравнению с группой быстрый рост МУ. • – p < 0,002 по сравнению с остальными группами.</p>		

Тогда как уровень гемоглобина в крови (Нб) пациенток с бессимптомным течением ММ с подслизистым расположением МУ был одним из самых высоких и составил 126,4 ± 4,6 г/л. Наименьший уровень Нб, а именно 78,1 ± 5,6 г/л, был выявлен у пациенток с АМК. При этом у пациенток без субмукозной локализации МУ он был несколько ниже, чем у пациенток с субмукозной локализации МУ, однако разница была статистически не достоверна.

Анализ полученных результатов показывает, что с одной стороны подслизистое расположение

миоматозных узлов является фактором достаточно высокого риска аномальных маточных кровотечений и анемизации пациенток, т.к. 42,3% пациенток с ММ и АМК составили женщины именно с такой локализацией МУ. С другой, само по себе данное расположение МУ не обязательно должно приводить к возникновению АМК. Если взять все случаи данной локализации МУ за 100% (21 наблюдение), то 52,4% этих женщин (11 наблюдений) имели АМК, а у 47,6% женщин (10 наблюдений) ММ протекала бессимптомно. При этом создается впечатление, что возникновение

анемизирующих АМК связано не только с расположением МУ, но и размерами МУ, расположенного в подслизистом слое матки, и воспринимаемого организмом, по видимому, как инородное тело в матке.

Косвенно данную гипотезу подтверждает наблюдение, что вне зависимости от непосредственной причины «органуносящей» операции средний уровень предоперационного гемоглобина у женщин остальных групп был в области нижней границы нормы. Единственное исключение – группа симптомной миомы матки, в которой средний уровень гемоглобина был чуть ниже нижней границы доверительного интервала нормы ($119,2 \pm 2,8$ г/л). При этом он статистически достоверно не отличался от данного показателя в других подгруппах за исключением АМК. Это наводит на мысль о том, что гипотетическая связь между вероятностью анемии и размерами матки при её миоме [3, 4], как минимум, не носит линейного характера.

Таким образом, представляется вполне обоснованной позиция исследователей, рассматривающих подслизистое расположение миоматозных узлов как фактор риска аномальных маточных кровотечений (АМК) и анемизации пациенток, который может реализоваться, а может и не реализоваться. При размерах матки до 13/14 нб

и бессимптомном течении ММ вполне допустима консервативная тактика ведения пациенток.

Список литературы

1. Менге С. Руководство по гинекологии: Пер. с нем. / С. Менге, Е. Оритц. – Петроград: Практическая медицина. – 1914. – 784 с.
2. Кленицкий Я.С. Фибромиомы матки: Руководство по акушерству и гинекологии. Т. V: под ред. В.А. Покровского. – М.: МЕДГИЗ. – 1962. – с. 32-69.
3. Адамян Л.В. Миома матки: диагностика, лечение и реабилитация./ Адамян Л.В., Андреева Е.Н., Артымук Н.В. и др. – М., 2015. – 100 с.
4. Гинекология: национальное руководство: Под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского, И.Б. Манухина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 1008 с.
5. Линде В.А. Миома матки и миомэктомия. / В.А. Линде, Н.Н. Волков, М.С. Добровольский, А.В. Иванов – М.: «SweetGroup», 2010. – 94 с.
6. Леваков С.А. Миома матки / С.А. Леваков, О.В. Зайратьянц, Х.Р. Мовтасва. – М.: Группа МДВ. – 2019. – 168 с.
7. Яковлева Н.В. Органосберегающие хирургические технологии в восстановлении репродуктивного здоровья женщин /Н.В. Яковлева, Л.М. Афанасьев, Ю.М. Евсюкова / Мать и Дитя в Кузбассе. – 2012. – Т.48. – № 1. – С. 47-52.

Tereshina Tat'jana Petrovna

Doctor of medicine

Novitskaya Irina Konstantinovna

Doctor of medicine

Nikolayeva Anna Vladimirovna

Doctor of medicine

Kosenko Dar'ja Konstantinovna

candidate of medicine

State Establishment «The Institute of Stomatology and

Maxillo-Facial Surgery National Academy of Medical Science of Ukraine»

STATE OF ORAL CAVITY IN ONCOLOGICAL PATIENTS AFTER GASTROECTOMY AGAINST THE BACKGROUND OF DENTAL REHABILITATION

Терешина Татьяна Петровна

д.мед.н.

Новицкая Ирина Константиновна

д.мед.н.,

Николаева Анна Владимировна

д.мед.н.,

Косенко Дарья Константиновна

к.мед.н.

Государственное учреждение «Институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Национальной академии медицинских наук Украины»

СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ГАСТРОЭКТОМИИ НА ФОНЕ ПРОВЕДЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Abstract. The aim of the research. Examination of oral cavity in patients with gastric cancer later after gastroectomy, as well as application of dental rehabilitation complex at postoperative stages.

Materials and methods of research. The 22 of the patient (age 48 - 71 years) diagnosed with stomach cancer after gastroectomy was examined. Patients from the 7th day after surgery for 6 months were prescribed a complex