

**Сюсюка В.Г.**

ОЦЕНКА УРОВНЯ МАГНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С УЧЕТОМ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТА GESTАЦИОННОЙ ДОМИНАНТЫ

Кафедра акушерства и гинекологии

Запорожский государственный медицинский университет, Запорожье, Украина

В период беременности наблюдается высокий процент женщин с повышенной тревожностью, эмоциональной нестабильностью, подозрительностью. Довольно часто беременные женщины находятся в состоянии хронического стресса из-за страхов и волнения относительно будущих родов [Райгородски Д.Я., 2013]. Стресс и магниевая недостаточность являются взаимообуславливаемыми процессами. Состояние острого и хронического стресса ведет к истощению внутриклеточного запаса магния и его потере с мочой, так как в стрессовой ситуации выделяется повышенное количество адреналина и норадреналина, способствующих выделению магния из клеток [Takase B., 2004; Торшин, И.Ю., 2009]. Почти всегда стрессовые ситуации сопровождаются дефицитом магния. Магний является внутриклеточным микроэлементом, который играет важную роль в организме женщины, особенно в периоды планирования и вынашивания беременности, родов [Кондратюк В.К., 2013]. Учитывая, что дефицит магния во время беременности может вызывать нежелательные материнские и эмбриональные (тератогенные) последствия [Громова О.А., 2004], оценка его уровня с учетом психологического состояния, является актуальной в практике акушера-гинеколога.

Цель исследования: дать оценку уровня магния у беременных с учетом психологического состояния, а именно психологического компонента гестационной доминанты.

Проведено обследование 30 беременных состоявших на учете в женской консультации. Средний возраст обследуемых женщин составил $26,23 \pm 1,50$ лет. Психоэмоциональное состояние беременных оценивали на основании структурированного интервью и анкетирования. Для определения варианта психологического компонента гестационной доминанты использовался тест отношений беременной [И.В. Добряков, 2009]. Исследование уровня магния (Mg) проводилось в сыворотке крови

определяли на биохимическом автоматическом анализаторе Prestige-24i (Япония).

На основании оценки психологического компонента гестационной доминанты у беременных группы исследования оптимальный его тип диагностирован у 43,3% женщин, а у 56,7% – отклоняющийся от оптимального тип. При оценке уровня Mg среди беременных, с учетом психологического компонента гестационной доминанты, статистически достоверной ($p > 0,05$) разницы установлено не было. Дальнейший анализ уровня Mg среди беременных с отклоняющимся от оптимального типом психологического компонента гестационной доминанты позволил выявить в 64,7% случаев отклонения от референтных значений нормы [Altura B.M., 1991; Морфана Н.А., 2001; Бурчинский С.Г., 2013; Кондратюк В.К. и соавт., 2014; Громова О.А. и соавт., 2014]. Среди вышеуказанной группы беременных уровень Mg выше 1,1 ммоль/л имел место у 35,3 % и у 23,1 % беременных с оптимальным типом психологического компонента гестационной доминанты. Как свидетельствуют данные литературы, такие изменения могут быть обусловлены влиянием стрессовой ситуации, которая независимо от этиологии ведет к снижению внутриклеточной концентрации Mg, тем самым повышая его уровень в крови [Громова О.А., 2008]. Следует отметить, что уровень Mg ниже 0,7 ммоль/л был выявлен только среди 41,2% беременных с отклоняющимся от оптимального типа психологического компонента гестационной доминанты.

Выводы

При оценке уровня Mg с учетом психологического компонента гестационной доминанты среди беременных групп исследования статистически достоверной ($p > 0,05$) разницы установлено не было. Однако, у беременных с отклоняющимся от оптимального типа психологического компонента гестационной доминанты уровень Mg не соответствовал референтным значениям нормы в 64,7%

>> www.reproductive-congress.ru

случаях, что в 2,8 раза выше соответствующего показателя беременных с оптимальным

типом психологического компонента гестационной доминанты.

Suzuka V.G.

ESTIMATION OF MAGNESIUM LEVEL OF PREGNANT WOMEN REGARDING CONDITION PSYCHOLOGICAL STATE

During investigation of magnesium level of pregnant women with psychological component of gestational dominant different from the optimal type in 64.7% of cases there was deviation

from the reference values that is in 2.8 times higher than the appropriate indicator of pregnant women with optimal type of psychological component of gestational dominant.

Цыпурдеева А.А., Кахиани М.И., Байлюк Е.Н.

ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТЕЙ У ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ МИОМЭКТОМИИ

ФГБНУ «НИИ АГиР им. Д.О. Отта», Санкт-Петербург, Россия

Резюме: Проанализированы исходы беременности у 107 пациенток репродуктивного возраста после миомэктомии. Всем пациенткам выполнялась лапароскопическая миомэктомия по стандартизированной в отделении оперативной гинекологии ФГБНУ «НИИ АГиР им. Д.О. Отта» методике. Показано уменьшение частоты родоразрешения путем операции кесарева сечения у пациенток с рубцом на матке после миомэктомии. Отмечено уменьшение частоты невынашивания беременности после миомэктомии.

Частота заболеваемости миомой матки у женщин репродуктивного возраста составляет 30–35%. В силу социально-экономических условий многие женщины откладывают рождение детей на более старший возраст, что приводит к увеличению количества прооперированных по поводу миомы матки, в том числе, с целью прегравидарной подготовки. Остается неясным прогноз по поводу состоятельности рубца после лапароскопической миомэктомии, обусловленный применением различных видов энергий для гемостаза и методиками ушивания раны матки.

С целью изучения исходов беременностей после лапароскопической миомэктомии было обследовано 107 пациенток с симптомной миомой матки, планирующих беременность в возрасте 26–44 лет (средний возраст – 33,7±4,9 лет). Всем пациенткам была

выполнена миомэктомия лапароскопическим доступом по методике, применяемой в отделении оперативной гинекологии, включающая следующие этапы: предоперационная подготовка (агонисты ГнРГ, улипристала ацетат) у больных с анемией (НВ<100 г/л), с крупными размерами узлов (размер интрамурального узла более 7–8 см), интрамурально-субмукозной локализацией, при сочетании миомы с аденомиозом; применение гидропрепаровки, содержащей вазоконстрикторы; разрез на матке с применением «щадящих» видов хирургической энергии (гармонический скальпель Ultracision); обязательное ушивание любого дефекта миометрия мышечно-мышечными эндошвами с экстракорпоральной техникой завязывания узлов (шовный материал – Monocryl 2-0 и Vicryl 2-0 для внутренних швов), с оставлением псевдокапсулы узла; применение противоспаечных барьеров Interceed (Ethicon), КолГАРА (Syntacoll); послеоперационная реабилитация (назначения КОК с низким содержанием (0,02 мг) эстрогена с целью контрацепции на 6 мес, а также применение препаратов улучшающих реологические свойства крови в течении 1 мес.; МРТ – оценка состояния рубцов на матке через 4–6 месяцев после операции.

Большинство удаленных узлов имели интрамуральную – 145 (63,1%) и интрамурально-субсерозную 42 (18,2%) локализацию.