

3. Расширение скрининговых программ. Эти программы позволяют выявлять факторы риска на ранних сроках беременности, что дает возможность эффективнее управлять этими состояниями и снижать вероятность неблагоприятных исходов.

4. Персонализированная медикаментозная профилактика. Для женщин с высоким риском плацентарной недостаточности важно назначение антиагрегантной и антикоагулянтной терапии.

5. Психологическая и социальная поддержка. Переживание АГП может вызывать глубокие эмоциональные травмы, включая депрессию и посттравматическое расстройство. Поддержка семей, переживших такую утрату, крайне важна для смягчения этих последствий и предотвращения социальных и экономических трудностей.

6. Исследования генетических и молекулярных механизмов. Углубленное изучение генетических факторов, способствующих антенатальной гибели, поможет выявить новые подходы к профилактике и лечению таких состояний.

7. Внедрение передовых технологий диагностики и мониторинга. Развитие новых методов, таких как улучшенные ультразвуковые системы, анализ биомаркеров и использование искусственного интеллекта для анализа данных, существенно повысит точность диагностики и эффективность профилактических мер.

Заключение

Структура основных причин антенатальной гибели доношенных плодов согласно классификации МКБ-ПС: внутриутробная гипоксия – 78,13%; другие нарушения, возникающие в антенатальном периоде, – 14,1%; врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения – 6,25%; инфекционные болезни, инфекция, специфичная для перинатального периода, неуточненная – 1,6%. В условиях снижения рождаемости проблема АГП актуальна, необходимо выявлять новые предикторы неблагоприятных исходов для своевременной коррекции осложнений беременности и сроков родоразрешения, разрабатывать эффективную профилактику плацента-ассоциированных осложнений.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Антенатальная гибель плода: нерешенные вопросы / И. И. Иванов, Е. Н. Ляшенко [и др.] // Таврический медико-биологический вестник. – 2020. – № 23 (1). – С. 37–41.
2. *Кожобекова, Т. А.* Антенатальная гибель плода причины и факторы риска / Т. А. Кожобекова, М. Бекмолдакызы, А. С. Ахметбекова // Вестник Казахского Национального медицинского университета. – 2018. – № 3. – С. 4–8.
3. *Волков, В. Г.* Современные взгляды на проблему классификации и определения причин мертворождения / В. Г. Волков, М. В. Кастор // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2020. – № 20 (3). – С. 29–34.

УДК 618.14/.15-007.14-036.82

И. А. Корбут, О. А. Будюхина, Е. Л. Лашкевич

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ КАК ОБЪЕКТ ДЛЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ПРИ ПРОЛАПСЕ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ У ЖЕНЩИН

Введение

Пролапс половых органов (пролапс гениталий, пролапс тазовых органов) – нарушение положения матки и/или стенок влагалища, проявляющееся смещением половых органов до влагалищного входа или выпадением за его пределы [2]. К факторам риска

возникновения пролапса традиционно относят: беременность и роды, особенности конституции женщины, недостаточность параметральной клетчатки, нарушение структуры и функции связочного аппарата, хроническое повышение внутрибрюшного давления, гипоэстрогению, системную дисплазию соединительной ткани, нарушение иннервации и кровоснабжения тазового дна, биохимические изменения в тканях промежности, генетическую обусловленность, дистрофические состояния [3]. В настоящее время используют более широкое понятие дисфункции тазового дна, которое включает в себя: нарушение мочеиспускания и дефекации, хроническую тазовую боль, пролапс гениталий, сексуальную дисфункцию, а также депрессию и социальную изоляцию. Все вышеперечисленные состояния оказывают влияние на качество жизни пациента. Качество жизни является суммарной характеристикой физического, психического и социального функционирования человека на основе его субъективного восприятия состояния собственного здоровья [1].

Опросник SF-36 (Short Health Status Survey) был разработан в 1992 г. J. E. Ware и C. D. Sherbourne в США для изучения всех компонентов качества жизни и является универсальным для разных возрастных групп и заболеваний [1]

Лечение пролапса гениталий может быть как консервативным, с использованием пессариев, так и хирургическим, включающим реконструктивно-пластические операции с применением собственных тканей и синтетических протезов [3].

Цель

Проанализировать факторы риска пролапса гениталий, а также современные возможности консервативного и оперативного лечения.

Материал и методы исследования

Проспективное обследование 30 пациенток гинекологического отделения У «Гомельская областная клиническая больница» с диагнозом «Пролапс гениталий» (группа А) и 30 здоровых волонтеров (группа Б) за 2024 г. Проведен проспективный анализ амбулаторных карт пациенток, проанализированы анкеты по оценке качества жизни SF-36, опросник по гиперактивному мочевому пузырю, PFDI-20 и шкала Грина.

Статистический анализ: методы вариационной статистики Фишера – Стьюдента с определением доли (P%) изучаемого признака и стандартной ошибки доли (SP%), вычисление медианы, 25-го и 75-го перцентилей.

Результаты исследования и их обсуждение

Возраст обследованных группы А был 57 (50;80) лет, при этом диагноз пролапса был установлен в течение 6 (3;12) лет. У одной пациентки 46 лет был рецидив пролапса. Срок постменопаузы был 8 (2;16) лет. Возраст обследованных группы Б был 30 (25;37) лет.

Все обследованные группы А предъявляли жалобы на чувство тяжести в нижних отделах живота, а также ощущение инородного тела в области промежности.

Симптомы, характерные для патологии мочевого пузыря: чувство переполнения мочевого, неполного опорожнения мочи и постмикционные симптомы наблюдались у 23 (73,3±8,1%) человек. Кроме того, были отмечены эпизоды стрессового недержания мочи.

При анализе показателей шкалы Грина у пациенток группы Б сумма баллов была 1 (1;2). У обследованных с пролапсом сумма баллов была 14 (5;26). При этом сумма баллов 26, что соответствует тяжелой степени климактерического синдрома, была выявлена у женщины 46 лет, у которой наблюдался рецидив пролапса после предшествующего оперативного лечения.

Свое физическое функционирование (Physical Functioning – PF) респонденты группы А оценивали как 3 (2;4), что соответствует хорошему самочувствию, в группе Б оценка была 2 (1;2), что свидетельствует о том, что физическая активность пациента не ограничена состоянием его здоровья.

При анализе ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием (Role-Physical Functioning – RP) установлено, что только пациенты с пролапсом отмечали значительные ограничения, связанные с выполнением тяжелой физической работы, чего не было у женщин в группе сравнения. Кроме того, обследованные из группы А указали на ограничения при умеренных физических нагрузках, при подъеме пешком по лестнице, при ходьбе на расстояние в несколько кварталов и наклонах и приседаниях, однако уход за собой был сохранен в полном объеме. Ответы здоровых волонтеров ожидаемо свидетельствовали об отсутствии ограничений в их ролевом функционировании.

При оценке интенсивности боли (Bodily pain – BP) и ее влияния на способность заниматься повседневной деятельностью диапазон ответов в группе А был 4 (3;4), что соответствует умеренной, и 1 (1;2), что соответствует отсутствию боли. Несмотря на то что пролапс тазовых органов зачастую безболезнен, субъективно многие респонденты в группе с пролапсом относили дискомфорт в нижних отделах живота к категории болевых ощущений.

В психологическом компоненте здоровья у пациенток с пролапсом гениталий показатель жизненной активности (Vitality – VT) был 4 (3;4), что свидетельствует об утомлении человека и снижении жизненной активности. У обследованных в группе сравнения этот показатель был 5 (5;6), что говорит о бодрости и энергии респондентов; это объяснимо их молодым возрастом и отсутствием дисфункции тазового дна.

Все обследованные группы А предъявляли жалобы на снижение полового влечения, а также боль при половом контакте, что привело к отсутствию половых контактов в течение 10 (2;15) лет, при этом у 3 пациенток указанные жалобы возникли до клинических проявлений пролапса тазовых органов.

Интересные результаты получены при анализе социального функционирования (Social Functioning – SF), которое определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение). В группе А результаты были 3 (2;4), в группе Б они были 4 (4;5). Низкие баллы могут свидетельствовать о значительном ограничении социальных контактов, снижении уровня общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния.

Выводы

На основании полученных данных можно сделать вывод, что целью лечения пролапса тазовых органов должно быть не только восстановление анатомо-физиологических нарушений, но и повышение качества жизни таких пациентов с учетом их психологических особенностей.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Качество жизни женщин репродуктивного возраста, страдающих недостаточностью мышц тазового дна / Е. С. Силантьева [и др.] // Трудный пациент. – 2021. – Т. 19. – С. 14–17. doi:10.24412/2074-1995-2021-1-14-17
2. Al-Shaikh, S. Pessary use in stress urinary incontinence: a review of advantages, complications, patient satisfaction, and quality of life / S. Al-Shaikh, B. Al-Badr // Int J Womens Health. - 2018. – Vol. 10. – P. 195–201.
3. Clemons, J. Up do Date: Vaginal pessary treatment of prolapse and incontinence / J. Clemons // FACOG. Literature review current through June 2018. – 2018. – P. 1–8.