

ректовагинального датчика» [3].

Адаптеры данного типа успешно эксплуатируются в течение шести лет в УЗ «Минский городской онкологический Центр». Экономический эффект от использования адаптеров с многоразовыми направителями в УЗ «МГКОЦ» по отношению к импортным одноразовым в 2016–2022 годах составил более 93000,0бел. рублей.

Наличие 10-15 сменных направителей значительно расширяет возможности урологов при проведении стандартных и, в особенности мультифокальных биопсий, за счет чего достигается существенный социальный эффект. Экономический эффект достигается за счет применения оригинальных адаптеров со сменными направителями взамен закупаемых одноразовых биопсийных насадок импортного производства. При этом, кроме повторяющихся затрат государственных средств на приобретение импортных одноразовых адаптеров, возникает сопутствующая проблема их сбора и утилизации, что не требуется при использовании адаптеров со сменными направителями. Представленные адаптеры надежны и безотказны в работе, их рабочий ресурс, при правильной эксплуатации, периодическом контроле и регулировке составляет не менее 10 лет.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Биопсийный адаптер ультразвукового датчика : Евразийский патент № 029425: А 61В 10/02 / Б. М. Хрусталева, И. В. Качанов, В. Д. Сизов, М. И. Ивановская, А. А. Кособуцкий. – Оpubл. 30.03.2018.
2. Адаптер для ректовагинального датчика : Евразийский патент № 026325: А 61В 10/02 / И. В. Качанов, М. И. Ивановская, А. А. Кособуцкий. – Оpubл. 31.03.2017.
3. Адаптер для ректовагинального датчика : Патент Республики Беларусь № 8880: А 61В 10/00 / М. И. Ивановская, Ю. А. Алексеев, В. С. Нисс, А. А. Кособуцкий, И. Л. Масанский. – Оpubл. 30.12.2012.

УДК 618-089:616.6-037

И. А. Корбут, О. А. Будюхина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ФАКТОРЫ РИСКА И ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН

Введение

Опущение и выпадение внутренних половых органов (пролапс тазовых органов, цистоцеле) – хроническое заболевание, возникающее в результате ослабления мышц и связочного аппарата тазового дна. При этом отмечается смещение стенок влагалища и матки до входа во влагалище или за его пределы. В мире наблюдается рост числа больных с этой патологией, что может приобретать характер эпидемии. В 20 веке пролапс гениталий считался проблемой лиц пожилого и старческого возраста, однако в настоящее время наметился тренд «омоложения» данного заболевания. По данным ряда авторов, доля пациенток с пролапсом гениталий младше 40 лет составляет около 25 % [1].

Факторами риска опущения и выпадения женских половых органов являются:

- травматичные и затяжные роды
- эстрогенная недостаточность (перименопаузальные нарушения)

- диффузная слабость соединительной ткани
- гипопинамия
- ожирение
- хронические заболевания, сопровождающиеся повышением внутрибрюшного давления

- нарушение венозного и лимфатического оттока в органах малого таза.

Симптомы пролапса гениталий:

- местные, относящиеся к влагалищу: ощущение инородного тела, тяжести, выпячивания, нехарактерные выделения

- со стороны мочевыделительной системы – недержание мочи, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря, императивные позывы, необходимость изменения положения тела или мануального воздействия для мочеиспускания (пальцевое давление на промежность или переднюю стенку влагалища) и др.

- со стороны желудочно-кишечного тракта: запоры, ощущение неполного опорожнения кишечника, недержание газов или стула, необходимость мануального пособия (пальцевое давление на промежность или заднюю стенку влагалища)

Диагностика этой патологии основана на данных влагалищного исследования, ультразвукового исследования (УЗИ) органов малого таза и мочевыделительной системы, цистоскопии и данных уродинамического исследования.

Цель

Проанализировать факторы риска и возможности диагностики пролапса гениталий.

Материалы и методы исследования

Обследовано 30 рожениц (группа А) и 20 пациенток гинекологического отделения, поступивших для оперативного лечения пролапса гениталий (группа Б). Все пациентки подписали добровольное информированное согласие на проведение исследования. Проведен проспективный анализ амбулаторных карт пациентов, проанализирован дневник мочеиспусканий, анкеты по оценке качества жизни I-QOL, вопросник FSFI (Female Sexual Function Index) для оценки сексуальной составляющей качества жизни.

Выполнено трансперинеальное УЗИ тазового дна у пациентов учреждения «Гомельская областная клиническая больница» с использованием аппарата Voluson 730 конвексным датчиком 3,5МГц.

Статистический анализ: методы вариационной статистики Фишера-Стьюдента с определением доли (Р%) изучаемого признака и стандартной ошибки доли ($S_p\%$), Т-критерий Манна – Уитни с поправкой Йейтса, вычисление медианы, 25-го и 75-го перцентилей.

Результаты исследования и их обсуждение

Возраст пациентов группы А был 26 (23;36) лет, в группе Б - 51 (47; 66) год.

Количество родов в анамнезе было 2 (1; 4) у рожениц и 2 (2;3) у пациенток гинекологического отделения. Однако, количество родов 4 и более было только среди женщин группы А – 5 (16,7 ± 6,8 %), $p > 0,05$.

Обследованные, поступившие для оперативного лечения пролапса гениталий, в большинстве случаев предъявляли жалобы, связанные с мочевыделительной системой, а именно – симптомы наполнения мочи, симптомы опорожнения мочи и постмикционные симптомы – у 15 (75,0 ± 9,9 %) человек. Несмотря на молодой возраст, 4 (13,3 ± 6,2 %) пациентки группы А также имели указанные жалобы во время беременности и в послеродовом периоде. Это может свидетельствовать об изменении качественного состава тка-

ней тазового дна во время беременности и является фактором риска пролапса гениталий в будущем.

При анализе дневников мочеиспусканий было установлено, что частота мочеиспусканий была выше у пациентов гинекологического отделения, по сравнению с родильницами – 7 (6; 8) и 5 (5; 7), соответственно, $p > 0,05$. При этом, объем суточной мочи был также больше у женщин группы Б, по сравнению с обследованными группы А – 1300 (1200; 1500) мл и 1000 (1000; 1200) мл, соответственно. Это может быть связано со становлением лактации у родильниц, однако нельзя также исключить некорректное заполнение дневников мочеиспускания при нахождении в стационаре.

Индекс массы тела выше 30 был у 6 ($20,0 \pm 7,3$ %) человек группы А и у 8 ($40,0 \pm 11,2$ %) в группе Б ($p > 0,05$), что может быть независимым фактором риска пролапса гениталий.

Коррекцию опущения и выпадения органов малого таза при помощи упражнений Кегеля использовали только 2 ($10,0 \pm 6,9$ %) женщины, поступившие для оперативного лечения пролапса гениталий, чего не наблюдалось среди родильниц. Пессарий для коррекции пролапса также использовали только пациентки группы Б - 15 ($75,0 \pm 9,9$ %) человек. Однако прогрессирование заболевания вследствие декомпенсирующих факторов (эстрогенная недостаточность, возраст и атрофия тканей) явилось показанием для оперативного лечения.

При выполнении трансперинеального УЗИ для оценки толщины и структуры тазовой фасции, высоты сухожильного центра промежности было установлено, что у родильниц высота сухожильного центра составляет 10 (8; 14) мм, у пациентов гинекологического отделения – 5 (3; 9), $p < 0,05$. При этом, у всех женщин группы Б структура тканей тазового дна была изменена вследствие нарушения геометричности контура (неровные, деформированные края, нечеткий контур), причем визуальные признаки коррелировали со степенью выраженности пролапса. Структура сухожильного центра промежности у родильниц соответствовала характеристикам нормального тазового дна, однако у 5 ($16,7 \pm 6,8$ %) обследованных было выявлено уменьшение высоты промежности до 8 мм с увеличением гидрофильности структур, что может быть обусловлено гормональным влиянием во время беременности и родов. При этом, не было выявлено корреляции с количеством родов и массой детей при рождении.

При анализе сексуальной функции было установлено, что пациенты с пролапсом гениталий отмечали неприятные симптомы, связанные с коитусом за 2-3 года до появления клинических признаков опущения и выпадения.

Всем обследованным родильницам было рекомендовано изменение образа жизни, пересмотр рациона питания для снижения риска запоров и тренировка мышц тазового дна для улучшения крово- и лимфотока в области малого таза.

Выводы

Таким образом, опущение и выпадение внутренних половых органов у женщин являются серьезной междисциплинарной проблемой и требуют пристального внимания и тесного сотрудничества акушеров-гинекологов с врачами других специальностей, что будет способствовать профилактике, своевременной диагностике и эффективному лечению этой патологии, а также позволит улучшить качество жизни пациентов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Современные возможности консервативного лечения женщин с пролапсом тазовых органов / Г. О. Гречканев [и др.] // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2021. - № 21. – С .46–56.