

СЕКЦИЯ Акушерство и гинекология

Все дети в основной группе были с клинико-инструментальными и лабораторными данными за ВУИ, что и явилось критерием ретроспективного отбора женщин в основную группу. Респираторный дистресс-синдром плода в основной группе у 8 (8,3%) новорожденных основной группы и в 3 (3,1 %) случаях группы сравнения ($\chi^2=1,543$; $p=0,214$). Аспирационный синдром в основной группе встречался у 2 (2,1%) новорожденных и не наблюдалось в группе сравнения ($\chi^2=0,505$; $p=0,477$). Энцефалопатия новорожденных была диагностирована в 10 (1,0%) случаях основной группы и в 2 (2,1%) случаях группы сравнения ($\chi^2=4,356$; $p=0,037$). Легочная гипертензия в основной группе встречалась в 5 (5,2%) случаях в группе сравнения в 1 (1,0%) случае ($\chi^2=1,548$; $p=0,213$). Асфиксия в основной группе встречалась в 6 (6,3%) случаях и не было в группе сравнения ($\chi^2=4,301$; $p=0,038$). Заболевания сердечно-сосудистой системы у новорожденных встречалась в основной группе в 20 (20,8%) случаях в группе сравнения в 5 (5,1%) случаях ($\chi^2=9,014$; $p=0,003$).

Заключение

На реализацию бактериальной внутриутробной инфекции оказывает влияние наличие вагинита, инфекции мочевыводящих путей, COVID-19 инфекции во время беременности, при этом беременность значимо чаще протекает с угрозой прерывания, что может явиться как фактором риска реализации ВУИ, так и ее клиническим проявлением. Реализация ВУИ чаще происходит при родах через естественные родовые пути, что говорит о вкладе интранатального инфицирования в процесс реализации ВУИ. Мекониальное окрашивание околоплодных вод, являясь следствием гипоксии плода, чаще наблюдается при ВУИ и может являться прогностическим критерием. При этом новорожденные с ВУИ чаще рождаются в состоянии асфиксии и у них чаще наблюдается энцефалопатия.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ»

1. Озолиня, Л. А. Влияние различных факторов на плод / Л. А. Озолиня, И. В. Бахарева, А. В. Тягунова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа; 2017. – С. 94-99.
2. Захаренкова, Т. Н. Влияние микробиоты урогенитального тракта на исход беременности / Т. Н. Захаренкова, Ю. Д. Каплан // Акушерство. Гинекология. Генетика. – 2019. – Т. 16, № 2. – Р. 5-15.
3. Посисеева, Л. В. Внутриутробная инфекция: вопросы и ответы / Л. В. Посисеева // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. - 2020. – Т. 19, № 2. – С. 124-128.
4. Фофанова, И. Ю. Бактериальные инфекции в акушерстве и гинекологии. Современное состояние проблемы / И. Ю. Фофанова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 160 с.
5. Shokirova, S. M. Epidemiology, etiology and pathogenesis of intrauterine infection / S. M. Shokirova // European science review. – 2019. – №. 3-4. – С. 66-69.

УДК 618.1-007.44-053.81

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ФАКТОРЫ РИСКА И ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ У ЖЕНЩИН

Введение

Пролапс половых органов (пролапс гениталий, пролапс тазовых органов) – нарушение положения матки и/или стенок влагалища, проявляющееся смещением поло-

СЕКЦИЯ Акушерство и гинекология

вых органов до влагалищного входа или выпадением за его пределы [1]. 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, системная дисплазия соединительной ткани, нарушение иннервации и кровоснабжения тазового дна, биохимические изменения в тканях промежности, генетическая обусловленность, дистрофические состояния [2].

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

Цель

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

Материалы и методы исследования

Проспективное исследование 30 пациентов гинекологического отделения учреждения «Гомельская областная клиническая больница» с диагнозом «Пролапс гениталий» за период 2022–2023 гг. 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 (P%) изучаемого признака и стандартной ошибки доли (SP%), Тв-числение медианы, 25-го и 75-го перцентиля.

С письменного информированного согласия пациентов проводилось использование пессариев кубических перфорированных и пессария урогинекологического доктора Журавлева универсального (ЗАО «Медицинское предприятие Симург», Витебск, Беларусь).

Результаты исследования и их обсуждение

Возраст обследованных был 60 (51; 82) лет, при этом диагноз пролапса был установлен в течение 6 (3; 12) лет. Возраст постменопаузы был 8 (2; 16) лет,

Количество родов в анамнезе было 2 (1; 4). При этом, травмы промежности в родах наблюдались у 14 (46,6±9,1 %) обследованных, что подтверждает роль эстрогенного дефицита в генезе этой патологии. Избыток массы тела был диагностирован у 12 (40,0±8,9 %) человек, что может приводить к повышению внутрибрюшного давления и приводить к прогрессированию пролапса.

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

Симптомы, характерные для патологии мочевыделительной системы: 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.

У 9 (30,0±8,4 %) женщин были симптомы, связанные с нарушением функции кишечника – затруднение акта дефекации, чувство неполного опорожнения прямой кишки, недержание газов.

СЕКЦИЯ Акушерство и гинекология

Все обследованные предъявляло 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.

При выполнении трансперинеального УЗИ высота промежности была 5 (3; 6) мм, отмечались участки со сниженной эхогенностью, неоднородные, а расстояние между ножками m.levator ani (levator hiatus) было более 5 мм, что свидетельствует об анатомической недостаточности структур тазового дна.

Реконструктивно-пластические операции были выполнены 24 пациенткам, при выполнении контрольного УЗИ исследования высота промежности составила 15 (13; 19) мм, был устранен levator hiatus. Субъективное уменьшение жалоб указывали все обследованные.

Консервативное лечение пролапса гениталий было проведено 6 (20,0±7,3 %) женщинам, которые отказались от оперативного лечения или имели противопоказания к выполнению оперативного вмешательства. В 5 случаях были использованы кубические перфорированные пессарии, и у 1 пациента 82 лет был применен кубический перфорированный пессарий в сочетании с урогинекологическим универсальным пессарием доктора Журавлева. Субъективное уменьшение жалоб указывали все обследованные. Все женщины были обучены правилам ношения пессариев, были даны рекомендации по гигиене и образу жизни.

Выводы

Таким образом, на основании полученных данных можно сделать вывод, что факторами риска пролапса гениталий являются гипоэстрогения, избыточная масса тела и повреждения структур тазового дна в родах. В настоящее время возможно как хирургическое, так и консервативное лечение пролапса тазовых органов, что дает широкий спектр возможностей практическому врачу для индивидуализированного подхода к ведению таких пациентов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. 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. – V.10. – P. 195–201.
2. Up do Date: Vaginal pessary treatment of prolapse and incontinence / Jeffrey Clemons // FACOG. Literature review current through June 2018. – 2018. – P. 1–8.
3. Wolff, B. Pessary types and discontinuation rates in patients with advanced pelvic organ prolapse / B. Wolff [et al.] // Int. Urogynecol. J. – 2017. – V. 28. – P. 993.