

**ПРОЛАПС ГЕНИТАЛИЙ:  
ОСОБЕННОСТИ ЭТИОЛОГИИ И ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ**

*Корбут И. А.<sup>1</sup>, Рубан Н. А.<sup>1</sup>, Ворожун Ю. Н.<sup>2</sup>, Кравченко А. И.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

<sup>2</sup>Учреждение

«Гомельская областная клиническая больница»

г. Гомель, Республика Беларусь

***Введение***

Пролапс гениталий — это патологический процесс, при котором наблюдается опущение или выпадение внутренних женских половых органов (влагалища, матки, придатков) [1, 2, 3]. Само заболевание довольно часто встречается в старших возрастных группах 28–38,9 % [1, 2]. Лечение данного заболевания консервативное или хирургическое. Среди существующих хирургических вариантов лечения часто применяется влагалищная гистерэктомия и «манчестерская операция», а в качестве консервативного лечения — пессарии [4]. Манчестерская операция — сочетание передней кольпорафии, ампутации шейки матки, укрепления культи шейки матки кардинальными связками и кольпоперинеолеваторопластики [3, 4].

***Цель***

Определить основные этиологические особенности пролапса гениталий, а также основные пути оперативного лечения.

***Материал и методы исследования***

Проведен ретроспективный анализ медицинских карт стационарного пациента, оперированных по поводу опущения и выпадения внутренних половых органов I-IV степени по классификации POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification) в гинекологическом отделении УЗ «Гомельская областная клиническая больница» в 2017 г. Качественные признаки нами описаны с помощью доли и ошибки доли  $p$ , ( $p \pm sp\%$ ). Для описания количественных признаков, имеющих нормальное распределение, мы использовали среднее арифметическое и стандартное отклонение ( $M \pm SD$ ), а для не имеющих нормального распределения  $Me$  (25; 75 процентиль). Корреляционная связь определялась при помощи коэффициента корреляции Спирмена ( $r_s \in [-1; 1]$ ).

***Результаты исследования и их обсуждение***

Возраст женщин с пролапсом гениталий был 67 (63; 69) лет, причем диапазон составил от 45 до 84 лет. Пациентки находились в менопаузальном периоде, который начинался в 50 (49; 52) лет. Стаж менопаузы составлял 15 (10; 20) лет.

При гинекологическом исследовании пролапс гениталий I степени был диагностирован у 5 ( $10,9 \pm 4,6\%$ ) больных; пролапс гениталий II степени у 17 ( $36,9 \pm 7,1\%$ ) пациентов; пролапс гениталий III степени — 17 ( $36,9 \pm 7,1\%$ ), пролапс гениталий IV степени определялся лишь в 7 ( $15,2 \pm 5,3\%$ ) случаях.

Паритет беременности для исследуемой группы женщин составил  $4,0 \pm 1,7$ . Корреляционная связь между степенью тяжести и паритетом беременности в нашем исследовании оказалась низкой ( $r_s = -0,04$ ). Паритет родов для этой группы составил  $2,3 \pm 0,8$ . Зависимость между количеством родов и степенью тяжести представлена в таблице 1.

Таблица 1 — Зависимость между количеством родов и степенью тяжести

Параметры	Степени тяжести			
	I	II	III	IV
1 роды 5 (10,9 ± 4,6 %), %	0	2,2 ± 2,2	6,5 ± 3,6	2,2 ± 2,2
2 родов 28 (60,9 ± 7,2 %), %	8,7 ± 4,2	21,8 ± 6,1	23,9 ± 6,3	6,5 ± 3,6
3 и > родов 13 (28,2 ± 6,6 %), %	2,2 ± 2,2	13,0 ± 4,9	6,5 ± 3,6	6,5 ± 3,6

Корреляционная связь между степенью тяжести и количеством родов в нашем исследовании оказалось низкой ( $r_s = -0,19$ ). Нами установлено, что искусственное прерывание беременности в анамнезе было у 37 (80,4 ± 5,8%) обследованных. При этом на одну женщину приходилось  $1,7 \pm 1,4$  аборта. Зависимость между количеством родов и степенью тяжести представлена в таблице 2.

Таблица 2 — Распределение пациентов по степени пролапса в зависимости от паритета беременностей

Параметры	Степени тяжести			
	I	II	III	IV
0 абортов 9 (19,6 ± 5,8 %), %	4,3 ± 3	6,5 ± 3,6	2,2 ± 2,2	6,5 ± 3,6
1 аборт 16 (34,8 ± 7 %), %	6,5 ± 3,6	10,9 ± 4,6	13 ± 4,9	4,3 ± 3
2 аборта 6 (13 ± 4,9 %), %	0	4,3 ± 3	8,7 ± 4,2	0
3 и > абортов 15 (32,6 ± 6,9 %), %	0	15,2 ± 5,3	13 ± 4,9	4,3 ± 3

Корреляционная связь между степенью тяжести пролапса и количеством абортов в нашем исследовании также оказалось низкой ( $r_s = 0,07$ ).

В структуре гинекологической патологии преобладает миома матки 15 (32,6 ± 6,9 %), а также эрозия шейки матки 8 (17,3 ± 5,6 %). Среди соматической патологии у пациенток была выявлена артериальная гипертензия у 45 (97,8 ± 2,2 %) человек; ИБС: атеросклеротический кардиосклероз у 17 (36,9 ± 7,1%) обследованных. Патология эндокринной системы была диагностирована в виде многоузлового зоба, эутиреоз 6 (13 ± 4,9 %) женщин; сахарного диабета 2-й тип 4 (8,7 ± 4,2). Варикозное расширение вен нижних конечностей осложняло анамнез у 7 (15,2 ± 5,3) женщин.

Пациентки, у которых выявили данное заболевание, предъявляли жалобы на нарушение мочеиспускания, что было отмечено у 35 (76,1 ± 6,3 %) женщин, в том числе: недержание мочи — у 17 (36,9 ± 7,1 %) обследованных, затрудненное мочеиспускание — 18 (39,1 ± 7,2 %) человек. Кроме того, женщин беспокоило ощущение инородного тела во влагалище 40 (86,9 ± 4,9 %) человек, дискомфорт при ходьбе 29 (63,1 ± 7,1 %) обследованных, тянущую боль в животе 16 (34,8 ± 7,1 %) пациенток, затруднение дефекации 17 (36,9 ± 7,1 %) пролеченных.

У всех женщин проведено оперативное лечение опущения и выпадения внутренних половых органов (ОиВВП). В зависимости от вида тактики ведения пациенты были распределены на следующие группы:

- 1-я группа — влагалищная гистерэктомия — 16 (34,8 ± 7,1 %) женщин;
- 2-я группа — манчестерская операция — 26 (56,5 ± 7,3 %) женщин;
- 3-я группа — консервативная терапия — 4 (8,7 ± 4,2 %) женщин.

В работе мы также исследовали распределение методов лечения в зависимости от степени пролапса гениталий. Результаты приведены в таблице 3.

Таблица 3 — Тактика в зависимости от степени пролапса гениталий по классификации POP-Q

Группы	Степени тяжести			
	I	II	III	IV
1-я группа, %	0	11,8 ± 7,8	47,1 ± 12,1	85,7 ± 13,2
2-я группа, %	60 ± 21,9	82,4 ± 9,2	47,1 ± 12,1	14,3 ± 13,2
3-я группа, %	40 ± 21,9	5,8 ± 5,7	5,8 ± 5,7	0

### **Выводы**

В ходе проведенного нами исследования было установлено, что чаще болеют пролапсом гениталий женщины пожилого возраста.

Как правило, эти женщины имеют сопутствующую гинекологическую патологию, высокий паритет беременности.

Кроме этого, у большинства женщин имелся аборт в анамнезе.

Одинаково часто у женщин наблюдался пролапс II и III степени (по POP-Q).

Исследуемые чаще всего предъявляли жалобы на ощущение инородного тела во влагалище, нарушение мочеиспускания и дискомфорт при ходьбе.

Для лечения при I и II степени заболевания в нашем отделении использовалась преимущественно манчестерская операция; при III и IV степени – влагалищная экстирпация матки без придатков.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Urogenital prolapse and atrophy tmenopause: a prevalence study / E. Iversi [et al.] // Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunct. — 2001. — Vol. 12. — P. 107–110.
2. Чечнева, М. А. Рациональная концепция комплексного обследования женщин с синдромом тазовой десценции и мочевого инконтиненцией: автореф. дис. ... канд. мед. наук. / М. А. Чечнева. — М., 2011. — 22 с.
3. Аполихина, И. А. Современная лечебно-профилактическая тактика при опущении и выпадении половых органов у женщин. Знания и практические навыки врачей / И. А. Аполихина, Г. Б. Дикке, Д. М. Кочев // Акушерство и гинекология. — 2014. — № 10. — С. 104–110.

**УДК 618.12-002-08(476)«19/20»**

### **КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ САЛЬПИНГООФОРИТОВ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ НА РУБЕЖЕ XX–XXI ВЕКОВ**

*Корбут И. А.<sup>1</sup>, Желобкова Т. И.<sup>1</sup>, Ворожун Ю. Н.<sup>2</sup>, Кравченко А. И.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

<sup>2</sup>Учреждение

«Гомельская областная клиническая больница»

г. Гомель, Республика Беларусь

### **Введение**

Воспалительные заболевания придатков матки (сальпингоофорит, код по МКБ-10 N70) занимают от 24 до 60 % в структуре обращений за помощью в гинекологический стационар причем большая часть пациенток – активного репродуктивного возраста [1]. По материалам Всемирной организации здравоохранения, риск воспалительных заболеваний органов малого таза пациенток в возрасте 15–19 лет составляет 1 к 8, а с 30 годам риск составляет 1 к 5.

Кроме медицинского, у сальпингоофорита есть и социальный аспект — за счет нарушения детородной функции при возникновении осложнений.

### **Цель**

Изучить клинико-эпидемиологические особенности заболеваемости сальпингоофоритом в Гомельской области в середине 1990-х и 2000-х гг.

### **Материал и методы исследования**

Ретроспективный анализ медицинских карт стационарного пациента учреждения «Гомельская областная клиническая больница» за 1995 г. (30 человек — группа А) и 2005 г. (30 женщин — группа Б) гг. с диагнозом «Обострение хронического сальпингоофорита». Анализ полученных результатов проведен с использованием вариационной статистики Фишера — Стьюдента с определением доли (р,%) и стандартной ошибки доли (Sp,%), для величин, распределение которых по результатам проведенных тестов