

ведь только благодаря всестороннему обследованию, акушер-гинеколог сможет назначить адекватное лечение и в результате справиться с данной патологией.

Список литературы.

1. Алекберова З.С., Сидельникова В.М., Александрова Е.Н. и др. Привычное невынашивание беременности при первичном антифосфолипидном синдроме // Научно-практическая ревматология. 2013. № 1. С. 77-81. URL <https://cyberleninka.ru/article/n/> (дата обращения: 22.02.2019).
2. Калдыбекова А.К., Аширбекова А.М., Жаксылыкова А.А. и др. Невынашивание беременности // Молодой ученый. 2016. № 8. С. 394-396. URL <https://moluch.ru/archive/112/28103/> (дата обращения: 22.02.2019).
3. Копобаева И.Л. Привычное невынашивание беременности // MEDICINE. 2015. № 8. С. 57-60.
4. Лупояд И.С., Бородай О.Н., Аралов А.В. и др. Привычное невынашивание беременности: современный взгляд на старую проблему // Международный медицинский журнал. 2015. № 4. С. 27-33.
5. Сидельникова В.М. Актуальные проблемы невынашивания беременности: Руководство для практических врачей. М.: Высшая школа. 2009. 501 с.
6. Сидельникова В.М. Эндокринология беременности в норме и при патологии. М.: МЕДресс-информ. 2017. 351 с.
7. Хизроева Д. Х. Дифференцированные подходы к диагностике синдрома потери плода: Метод. рекомендации. 2015. 26 с.

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ У ЖЕНЩИН ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Рубан Н.А., Корбут И.А., Веремеюк К.В., Крыльчук В.П., Шкутович А.Н.

Гомельский государственный медицинский университет

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом ФПКиП

Научный руководитель – к.м.н., доцент Корбут И.А.

Актуальность исследования заключается в частой встречаемости данного заболевания в старших возрастных группах 28-38,9% [1, 2]. Пропалс гениталий – это патологический процесс, при котором наблюдается опущение или выпадение внутренних женских половых органов (влагалища, матки, придатков) [1, 2, 3]. Факторы риска возникновения пролапса гениталий: повышение внутрибрюшного давления, наследственная предрасположенность (системная дисплазия соединительной ткани), ожирение, менопаузальный период, а также высокий паритет беременностей. Лечение данного заболевания консервативное или хирургическое [4].

Среди существующих традиционных вариантов наиболее часто применяются влагалищная гистерэктомия, «манчестерская операция», а в качестве консервативного лечения – пессарии.

Манчестерская операция – сочетание передней кольпорафии, ампутации шейки матки, укрепления культи шейки матки кардинальными связками и кольпоперинеолеваторопластики [3, 4].

Целью исследования является определение основных этиологических особенностей пролапса гениталий, а также основных путей оперативного лечения.

Материалы и методы: 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 году. 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 неимеющих нормального распределения Me (25; 75 процентиль). Корреляционная связь определялась при помощи коэффициента корреляции Спирмена ($r_s \in [-1;1]$).

Результаты и обсуждения. Женщины с пролапсом гениталий имели возраст 67 (63;69,8) лет, причем диапазон был от 45 до 84 лет. Пациентки находились в менопаузальном периоде, который начинался в 50 (49;52) лет. Стаж менопаузы составлял 15 (10;20) лет. Среди исследуемых 20 (43,5±7,3%) человек проживали в городе и 26 (56,5±7,3%) – в сельской местности.

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

Паритет беременности для исследуемой группы женщин составил 4,0±1,7. Корреляционная связь между степенью тяжести и паритетом беременности в нашем исследовании оказалась низкой ($r=-0,04$).

Паритет родов для этой группы составил 2,3 ± 0,8. Зависимость между количеством родов и степенью тяжести представлена в таблице 1.

Таблица 1. Зависимость между количеством родов и степенью тяжести

	I степень	II степень	III степень	IV степень
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 более 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 оказалась низкой ($r=-0,19$).

Нами установлено, что искусственное прерывание беременности в анамнезе было у 37 (80,4±5,8%) обследованных. При этом на одну женщину приходилось 1,7±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

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

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

В структуре гинекологической патологии преобладает миома матки 15 (32,6±6,9%), а также эрозия шейки матки 8 (17,3±5,6%).

Соматическая патология у пациенток была представлена артериальной гипертензией у 45 (97,8±2,2%) человек; ИБС: атеросклеротическим кардиосклерозом у 17 (36,9±7,1%) обследованных. Патология эндокринной системы была диагностирована в виде многоузловой зоб, эутиреоз 6 (13,0±4,9%) женщин; сахарный диабет 2-ой тип 4 (8,7±4,2). Варикозное расширение вен нижних конечностей осложняло анамнез у 7 (15,2±5,3) женщин. Среди исследуемых избыток массы тела был у 43 (93,5±3,6%) женщин. Из них ожирение 1 степени – 13 (30,2±7,0%) человек; ожирение 2 степени – 5 (11,6±4,9%) человек.

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, затруднённое 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) различными способами (в соответствии с возрастом пациенток, сопутствующей гинекологической патологией, степенью опущения гениталий). В зависимости от вида тактики ведения пациенты были распределены на следующие группы:

Группа А – влагалищная гистерэктомия – 16 (34,8±7,1%) женщин;

Группа Б – манчестерская операция – 26 (56,5±7,3%) женщин;

Группа В – 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

	I степень	II степень	III степень	IV степень
Группа А, %	0	11,8±7,8	47,1±12,1	85,7±13,2

Группа Б, %	60±21,9	82,4±9,2	47,1±12,1	14,3±13,2
Группа В, %	40±21,9	5,8±5,7	5,8±5,7	0

Выводы. В ходе проведённого нами исследования было установлено, что чаще болеют лица пожилого возраста – 67 (63–69,8) лет. Как правило, эти женщины имеют сопутствующую гинекологическую патологию 23 (50,0±7,4%), высокий паритет беременности 3,9±0,24. Кроме этого, у 37 (80,4±5,8%) исследуемых женщин имеется аборт в анамнезе, что также может быть одной из основных причин развития пролапса гениталий. Одинаково часто у женщин наблюдался пролапс II и III степени 17 (36,9±7,1%) по POP-Q. Исследуемые чаще всего предъявляли жалобы на ощущение инородного тела во влагалище 40 (86,9±4,9%), нарушение мочеиспускания 35 (76,1±6,3%) и дискомфорт при ходьбе 31 (63,1±7,1%). Для лечения при I и II степени заболевания использовалась преимущественно манчестерская операция; при III и IV степени – влагалищная экстирпация матки без придатков.

Список литературы.

1. Дубинская Е.Д., Бабичева И.А., Барабанова О.Э., Лаптева Н.В., Радькова М.В. Эффективность различных хирургических методов коррекции пролапса тазовых органов / Е.Д.Дубинская, И.А.Бабичева, О.Э.Барабанова, Н.В.Лаптева, М.В. Радькова // Вестник Российского государственного медицинского университета. – 2014. – № 4. – С.2-7.
2. Чечнева М.А. Рациональная концепция комплексного обследования женщин с синдромом тазовой десценции и мочевого инконтиненцией / М.А.Чечнева // автореф. дисс. канд. мед. наук. М. – 2011. – 22 с.
3. Ivers, E. Urogenital prolapse and atrophy tmenopause: a prevalence study / E. Ivers, [et al.] // Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunct. – 2001. – Vol. 12. – P. 107-110.

ОСОБЕННОСТИ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ И СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ У ПАЦИЕНТОК С ТЯЖЁЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

Рулёва Е.С.

Гомельский государственный медицинский университет

Кафедра акушерства и гинекологии

Научный руководитель – к.м.н., доцент Эйныш Е.А.

Актуальность исследования. Тяжелая преэклампсия (ПЭ) является одной из основных причин материнской и перинатальной заболеваемости и смертности, а также неблагоприятных перинатальных исходов [1]. Перинатальная заболеваемость и смертность при ПЭ обусловлены недоношенностью (30%), хронической гипоксией (40%), внутриутробной задержкой роста плода (30%). ПЭ составляет 15% в структуре причин преждевременных родов. Среди детей, родившихся живыми от матерей с ПЭ,