

48,9±8,1 пг/мл, соответственно. Отсутствие различий связано с определением базальных уровней содержания гормона в крови. Также не выявлено достоверных различий при сравнении уровня пролактина у женщин обеих групп ( $p>0,05$ ). Уровень АМГ у всех пациенток был снижен и соответствовал  $0,26\pm 0,13$  нг/мл, тогда как в контрольной группе он составил  $1,2\pm 0,86$  нг/мл.

**Выводы.** Таким образом, вторичная олигоменорея – то состояние, которое требует четких критериев и подходов к раннему выявлению патологии.

### *Литература*

1. Петров, И. А. Механизмы вторичной недостаточности яичников при операциях на органах малого таза (экспериментальное исследование) / И. А. Петров [и др.] // *Акушерство, гинекология и репродукция*. – 2015. - № 9 (4). – С. 6-17.

2. Соснова, Е. А. Эмболизация маточных артерий при миоме матки у пациенток репродуктивного возраста и её роль в формировании аутоиммунного оофорита / Е. А. Соснова // *Архив акушерства и гинекологии им. В. Ф. Снегирева*. – 2016. - № 3 (2). – С. 81-87.

3. Назаренко, Т. А. Оценка овариального резерва у женщин репродуктивного возраста и его значение в прогнозировании успеха лечения бесплодия / Т. А. Назаренко [и др.] // *Журнал Российского общества акушеров-гинекологов*. - 2005. - № 1. – С. 36-39.

4. The menopausal transition. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine // *Fertil. Steril*. - 2008. – Vol.90. – P.61–65.

## **ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВАГИНАЛЬНОГО ПРОЛАПСА**

**Хворик Н. В.<sup>1</sup>, Биркос В. А.<sup>2</sup>, Амбрушкевич Л. П.<sup>2</sup>, Довнар Л. Н.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,*

*г. Гродно, Беларусь*

<sup>2</sup>*УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно»,*

*г. Гродно, Беларусь*

**Актуальность.** Опущение и выпадение внутренних половых органов – серьезная медицинская и социальная проблема, которая занимает одно из ведущих положений среди гинекологических патологий. Данное состояние непосредственно не угрожает жизни пациента, однако из-за анатомической и функциональной связи с разными органами и системами, приводит к снижению качества жизни, социальной дезадаптации. Доля данной патологии в структуре гинекологических заболеваний занимает до 28%, а 15% всех гинекологических операций проводят именно по данному поводу [1, 2, 3, 4]. Согласно данным, опубликованным Американской ассоциацией урологов, в хирургическом лечении пролапса гениталий и/или стрессового недержания мочи нуждается каждая девятая женщина, а у каждой четвертой женщины старше 60 лет встречаются разные формы пролапса внутренних половых органов, причем

отмечается тенденция к увеличению рецидивных форм пролапса гениталий [2, 3]. Хирургическое лечение пациенток с пролапсом гениталий – это прежде всего реконструкция тазового дна, цель которой – устранение нарушенных анатомических взаимоотношений. В 1989 г. был произведен значительный прорыв в использовании пропиленов как в пластической хирургии, так и для лечения ПГ. В последние годы значительно больше предлагается методик для лечения опущения и выпадения внутренних половых органов, одними из которых являются реконструктивно-пластические операции с использованием Prolift anterior и Prolift posterior, разных инструментов и методик.

**Цель** исследования – оценить выбор дифференцированного подхода в хирургическом лечении опущения и выпадения внутренних половых органов с использованием методики Prolift posterior и с применением I-stich.

**Материалы и методы.** Нами проведен сравнительный анализ разных подходов и методик в оперативном лечении пролапса гениталий у 30 пациенток. Для выполнения поставленной задачи были отобраны 15 женщин за период с января 2019 г. по ноябрь 2019 г., которые проходили хирургическое лечение с использованием методики Prolift posterior на базе УЗ «ГКБСМП г. Гродно» (1 группа) и 15 женщин, которым выполнено оперативное вмешательство с использованием инструмента I-stich (2 группа). Программа обследования включала анкетирование пациенток, их общеклиническое обследование, гинекологический осмотр с оценкой степени генитального пролапса, проведение функциональных проб и сравнение результатов оперативного лечения.

**Результаты.** Средний возраст пациенток из первой группы составил  $61,7 \pm 10,4$  года, причем большинство (12) (80%) пациенток находились в постменопаузе. Средний возраст пациенток второй группы составил  $62,3 \pm 8,6$  года, часть из которых – 5 (33,3%) женщин – находились в перименопаузе.

Из анамнеза установлено, что 6 (40%) пациенток из 1 группы проживали в сельской местности, против 7 (47%) женщин из 2 группы. Они же указывали на тяжелый труд, сопровождающий их будни. Жалобы, связанные с пролапсом гениталий у женщин первой группы в среднем беспокоили  $5,46 \pm 4,08$  года, а из второй группы –  $4,83 \pm 4,64$  года. Основными симптомами у пациенток 1 группы были: ощущение «выпячивания» во влагалище или за его пределами (100%), во 2 группе – 12 (80%) женщин. Дискомфорт во влагалище отмечали 14 (93,3%) женщин 1 группы, усиливающийся в положении стоя и уменьшающийся или исчезающий в положении лежа, против 11 (73%) женщин 2 группы. В 1 группе 8 (53,3%) пациенток жаловались на появление «выпячивания» из влагалища, мешающего опорожнению кишечника, у 2 (13,3%) женщин присутствовали жалобы на недержание мочи, вызванное сильным, неожиданным и неконтролируемым позывом к мочеиспусканию. Во 2 группе 5 (33,3%) женщин жаловались на два или более ночных пробуждений из-за необходимости посетить туалет. Жалобы на стрессовое недержание мочи присутствовали у 9 (60%) пациенток 1 группы против 8 (53,3%) пациенток 2 группы. Затрудненное мочеиспускание в виде: слабой струи мочи у 11 (73,3%) женщин

1 группы, 7 (47%) 2 группы, необходимости сильно тужиться или принимать необычную позу, чтобы помочиться, присутствовали у 11 (73,3%) женщин, которые составили 1 группу, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря после посещения туалета наблюдалось у 12 (80%) женщин 1 группы и у 6 (40%) – во 2 группе. У 10 пациенток (66,6%) 1 группы имелись запоры, а также 6 (40%) – 2 группы. Присутствовали также жалобы на симптомы затрудненной дефекации в виде: ощущения неполного опорожнения кишечника после посещения туалета у 5 (33,3%) женщин из двух групп, необходимости очень сильно натуживаться или принимать необычную позу, чтобы опорожнить кишечник, у 2 (13,3%) женщин из 1 группы. Жалобы на наличие недержания газов или стула присутствовали у 11 (73,3%) женщин 1 группы и у 7 (47%) женщин 2 группы.

Одним из основных провоцирующих факторов пролапса гениталий считаются роды и связанные с ними акушерские пособия. В нашем случае роды имели 100% женщин в обеих группах, из них среднее количество родов в первой группе составило  $2,33 \pm 0,9$ , во второй –  $2,07 \pm 0,8$ ,  $p < 0,05$ . Средний вес при рождении ребенка у женщин, входящих в первую группу, составил  $4000 \pm 345,0$  граммов, во второй группе –  $3873,07 \pm 122,6$  грамма.

В родах разрыв промежности был у 6 (40%) женщин, составляющих первую группу, у 4 (26,7%), составляющих вторую группу, по 1 (6,7%) случаю выполнялась вакуум экстракция плода в обеих группах. У 4 (26,7%) женщин первой группы была выполнена эпизиотомия, у 5 (33,3%) – из второй группы,  $p < 0,05$ .

При анализе анамнестических данных установлено, что наличие пролапса гениталий присутствовало у родственников по женской линии у 3 (19,7%) женщин первой группы и у 1 (6,7%) – второй.

Из гинекологического анамнеза было выявлено, что менархе у женщин из первой группы – в среднем в  $13,47 \pm 0,91$  года, по  $4,93 \pm 0,8$  дня, через  $28,13 \pm 1,4$  дня, против  $14,06 \pm 1,1$  года, по  $5,07 \pm 0,88$  дня, через  $28,47 \pm 1,19$  дня из второй группы. Половая жизнь началась в среднем с  $19 \pm 3,14$  года, а во второй группе с  $20,87 \pm 3,27$  года. Наступление менопаузы в среднем с  $49,58 \pm 5,47$  года, а во второй группе с  $50,5 \pm 2,68$  года.

Наличие сопутствующих гинекологических заболеваний: фибромиома имеется у 4 (26,7%) женщин из первой группы, у 1 (6,67%) женщины хронический аднексит, против 6 (40%) женщин с фибромиомой, и у 2 (13,3%) женщин с эрозией шейки матки – из второй группы. Из анамнеза 2 женщины из первой группы (13,3%) лечились в прошлом по поводу пролапса гениталий постановкой pessaries против 1 (6,67%) женщины из второй группы.

Из диагноза установлено, что у 15 (100%) женщин, входящих в первую группу, выпадение органов малого таза 3-4 ст, у 8 (53,3%) элонгация шейки матки, у 5 (33,3%) имеется цистоцеле 3 ст. А у женщин из второй группы у 15 (100%) женщин выпадение органов малого таза 2-3 ст., у 3 (19,7%) женщин имеется элонгация шейки матки.

**Выводы.** Таким образом, фактор риска вагинального пролапса – отягощенный акушерский анамнез, рождение детей с массой тела более 3500 г., клинические признаки дисплазии соединительной ткани со стороны других органов. Дифференцированный подход к использованию оперативных методик с учетом возраста, факторов риска, степени опущения и выпадения органов малого таза, соматической патологии позволяет оптимизировать оказание помощи при генитальном пролапсе.

### *Литература*

1. Гаспаров, А. С. Хирургическое лечение пролапса тазовых органов / А. С. Гаспаров [и др.] // Казанский медицинский журнал. – 2014. – Том 95, № 3. – С. 341-347.
2. Kuncharapu, I. Pelvic organ prolapse/ I. Kuncharapu, B. A. Majeroni, D. W. Johnson// American academy of Family Physicians. – 2010. – Vol. 81, № 9. – P. 1111-17.
3. Siddiqui, N. Y. Clinical challenges of the vaginal prolapsed / N. Y. Siddiqui, A. L. Edenfield//Internat Journal of Womens Health. – 2014. – Vol.16, № 6. – P. 83-94.
4. Афанасова, Е. П. Применение сетчатых эндопротезов в лечении пролапса гениталий / Е. П. Афанасова, С. А. Гаспарян, А. В. Стариченко // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2011. – Том 1. – С. 43-46.

## **ТЕЧЕНИЕ ПЕРИОДА ГЕСТАЦИИ ПОСЛЕ ЭПИЗОДОВ ПОТЕРИ БЕРЕМЕННОСТИ**

**Хворик Н. В.<sup>1</sup>, Никольская А. К.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>УО «Гродненский государственный медицинский университет»,

г. Гродно, Беларусь

<sup>2</sup>УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно»,

г. Гродно, Беларусь

**Актуальность.** Проблема невынашивания беременности – одна из центральных в акушерстве и гинекологии. Спорадическое одиночное прерывание принципиально отличается от привычного повторного невынашивания. Для получения положительного результата у женщин с ПН упрощенные стандартные подходы малоэффективны. И наоборот, осмысление патогенеза, комплексная профилактика и терапия дают положительный результат [1, 2]. Чаще всего выкидыш обусловлен не одной, а сразу несколькими причинами. Действие их может быть как одновременно, так и поочередно. Основные научно обоснованные факторы, которые лежат в основе причин прерывания: генетические, иммунологические, иммуногенетические, тромбофилические, эндокринные, инфекционно-воспалительные, а также анатомические [1, 2, 4].