

Первый механизм избыточного накопления ОВ характерен для плодов с ВПР ЦНС, лица, аномалиями, обуславливающими компрессию верхних дыхательных путей, пороками ЖКТ обструктивного типа, нервно-мышечными заболеваниями и др. Второй механизм описан у плодов с пороками МВС, ВПС, а также с патологией фетоплацентарного комплекса, сопровождающимися высоким сердечным выбросом или сердечной недостаточностью.

На основании литературных данных и полученных нами результатов, мы разработали таблицу 1, в которой представили нозологические формы наследственных и врожденных заболеваний плода при многоводии, в зависимости от механизма его развития [5].

**Выводы.** Многоводие нередко выступает пренатальным маркером наследственных и врожденных заболеваний плода. Представленное исследование будет способствовать накоплению сведений о нозологических формах ВПР, сопровождающихся многоводием, повышению эффективности своевременной диагностики генетической патологии плода и снижению показателей перинатальной заболеваемости и смертности.

#### Литература

1. Муминова, Г. Ш. Акушерские и перинатальные исходы у беременных с многоводием / Г. Ш. Муминова, Д. А. Аюпова, З. А. Муминова // Журн. теорет. и клин. медицины. – 2021. – № 3. – С. 105–108.
2. Hwang, D. S. Polyhydramnios [Electronic resource] / D. S. Hwang, H. Mahdy // StatPearls. – Treasure Island : StatPearls Publishing, 2023. – Mode of access: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562140>. – Date of access: 11.09.2023.
3. Sandlin, A. T. Clinical relevance of sonographically estimated amniotic fluid volume: polyhydramnios / A. T. Sandlin, S. P. Chauhan, E. F. Magann // J. of Ultrasound Med. – 2013. – Vol. 32, № 5. – P. 851–863.
4. Карбанович, В. О. Врожденные и наследственные заболевания плода при многоводии / В. О. Карбанович, О. В. Прибушня // Репродуктив. здоровье. Вост. Европа. – 2024. – Т. 14, № 3. – С. 327–337.
5. Dashe, J. S. SMFM Consult Series #46: Evaluation and management of polyhydramnios / J. S. Dashe, E. K. Pressman, J. U. Hibbard; Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM) // Am. J. of Obstet. and Gynecol. – 2018. – Vol. 219, № 4. – P. B2–B8.

---

Костяхин А.Е.<sup>1</sup>, Гутикова Л.В.<sup>2</sup>, Смолей Н.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> УЗ «Городская клиническая больница №4 г. Гродно»,

<sup>2</sup> УО «Гродненский государственный медицинский университет»,

г. Гродно, Республика Беларусь

## НОВЫЙ СПОСОБ УШИВАНИЯ КУЛЬТИ ВЛАГАЛИЩА ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ТОТАЛЬНОЙ ГИСТЕРЭКТОМИИ

**Введение.** Известно, что лапароскопия в настоящее время представляет собой наиболее перспективный метод оперативной гинекологии. При этом лапароскопическая гистерэктомия (ЛГ) внедряется в лечебную практику все чаще, что требует от врача совершенствования хирургической техники. По различным данным, в европейских странах доля ЛГ от общего числа гистерэктомий варьирует в широких пределах. Так, во Франции она составляет 13,5% [1], в Великобритании – 36,5% [2], а в США – 75% [3].

Следует отметить, что существует несколько способов ушивания культи влагалища при выполнении гистерэктомии, однако ни один из них не обеспечивает высокой степени безопасности во время выполнения данной манипуляции в брюшной полости. Анализ данных литературы показывает, что во время лигирования культи влагалища возникают две противоположные тенденции. Одна из них сводится к тому, что над швом необходимо оставлять большую часть культи, чтобы после операции не произошло соскальзывания лигатуры. Другая тенденция склоняется к необходимости оставлять минимальное количество культи над нитью, поскольку она лишается питания и некротизируется, что может быть причиной возникновения гнойных абсцессов в послеоперационном периоде [4, 5].

**Цель исследования.** Разработка и анализ эффективности нового способа ушивания культи влагалища при лапароскопической тотальной гистерэктомии.

**Материалы и методы.** Исследование выполнено на базе кафедры акушерства и гинекологии УО «Гродненский государственный медицинский университет», в УЗ «Городская клиническая больница №4 г. Гродно». Проведено хирургическое лечение миомы матки у 170 пациенток, которые были разделены на 3 группы. Первую группу составили 70 женщин, которым была выполнена лапаротомная экстирпация матки. Во вторую группу вошли 70 пациенток, которым была выполнена тотальная ЛГ с ушиванием культи влагалища путем экстракорпорального завязывания узлов. Третью группу определили 30 женщин, которым была выполнена тотальная ЛГ с применением модульной иглы для ушивания культи влагалища согласно предложенного нами способа. При этом ЛГ выполнялись с помощью комплекта оборудования «Wolf» (Германия).

Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием программы «Statistica 10.0» и RStudio. Во всех исследованиях пороговый уровень статистической значимости принимали равным 0,05.

**Результаты исследования.** Средний возраст обследованных женщин составил  $47,0 \pm 0,64$ ,  $46,1 \pm 0,75$  и  $47,2 \pm 0,78$  лет в первой, второй и третьей группах соответственно. Общая продолжительность гистерэктомии составила от 65 до 150 минут. При этом в первой группе пациенток ее среднее значение  $102 \pm 12,4$  минуты, во второй группе –  $91 \pm 10,6$  минут, а в третьей группе –  $76 \pm 8,2$  минуты соответственно.

Следует отметить, что нами предложен новый способ ушивания культи влагалища с использованием модульной ушивающей иглы, которая перед операцией находится в закрытом состоянии. При нажатии на рычаг, который находится на ручке инструмента, игла открывается. На операционном столе иглу ушивающую заправляют нитью, после чего с помощью рычага игла снова убирается в ствол. После выполнения тотальной ЛГ, извлечения матки из брюшной полости через влагалище и контроля на гемостаз культи влагалища модульную иглу с лигатурой вводят в брюшную полость через правый троакар, один конец лигатуры, более короткий, вместе с иглой погружают в брюшную полость, а длинный конец нити оставляют вне брюшной полости. Накладывают швы справа налево, начиная от правых маточных сосудов. Для этого, нажимая рычаг, иглу ушивающую открывают в брюшной полости и осуществляют

прокол передней и задней стенки культы влагалища, удерживая ткани влагалища с помощью зажима, который находится в другой руке. При этом длинную лигатуру из иглы подтягивают мягким зажимом на 1–2 сантиметра, формируя петлю таким образом, чтобы малый конец нити остался с обратной стороны культы влагалища, после чего короткую лигатуру протягивают через петлю и иглу с длинной лигатурой выводят обратно из культы. Таким образом получается «накидной» шов. Короткую и длинную лигатуры натягивают, тем самым затягивая первую петлю шва. Затем, не выходя инструментами из брюшной полости и не перезаряжая иглы, на расстоянии 1–1,5 см от предыдущего шва в левую сторону производят следующий прокол передней и задней стенки влагалища и накладывают следующую петлю шва. Накладывают столько петель швов, сколько необходимо для полного ушивания культы.

После наложения последней петли шва иглу извлекают из брюшной полости, затягивают последнюю петлю шва и завязывают интракорпоральный узел. Лигатуру отсекают ножницами.

Нами установлено, что предлагаемый нами способ позволяет достоверно сократить продолжительность оперативного вмешательства и наркотического пособия на 25% ( $p < 0,05$ ). Объем кровопотери при выполнении оперативного вмешательства лапаротомным путем составил  $226 \pm 12,5$  мл, у пациенток второй группы –  $154 \pm 10,2$  мл, а у женщин третьей группы –  $125 \pm 7,6$  мл. Таким образом, предлагаемый нами способ ушивания культы влагалища позволяет статистически значимо снизить объем кровопотери (в 1,8 раза) ( $p < 0,05$ ), что минимизирует риск возникновения анемии различной степени тяжести в послеоперационном периоде. Средняя продолжительность послеоперационного пребывания в стационаре у женщин первой группы составила  $8.1 \pm 1.3$  дня. У пациенток второй группы данный показатель был существенно ниже и составил  $6.9 \pm 1.5$  дня, а у пациенток третьей группы –  $5.4 \pm 1.2$  дня соответственно, что является статистически значимым ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Исходя из полученных данных можно сделать вывод, что разработанный нами способ ушивания культы влагалища при выполнении лапароскопической гистерэктомии имеет возможность накладывать непрерывный интракорпоральный шов, не вынимая иглы из брюшной полости, не травмируя троакарное отверстие, что значительно снижает общую продолжительность оперативного вмешательства за счет того, что нет необходимости хирургу перезаряжать иглу, менять иглодержатель и использовать пушер для затягивания каждого шва. Во время операции снижается объем кровопотери вследствие более плотного и герметичного ушивания культы влагалища и снижения продолжительности операции. Кроме того, у данных пациенток значительно облегчается течение послеоперационного периода, что приводит к раннему восстановлению пациентов после операции и уменьшению продолжительности временной нетрудоспособности, а также снижению продолжительности койко-дня и необходимости в стационарном лечении.

Таким образом, предлагаемый нами способ ушивания культы влагалища при лапароскопической гистерэктомии приводит к снижению травматичности тканей, уменьшению продолжительности оперативного вмешательства, снижению объема

кровопотери, более легкому восстановлению пациентов в послеоперационном периоде и сокращению пребывания в стационаре.

### Литература

1. Morbidity of 10 110 hysterectomies by type of approach / J. Makinen et al. // Hum. Reprod. – 2001. – Vol. 16. – P.1473–1478.
  2. Chapron, C., Total laparoscopic hysterectomy for benign uterine pathologies: obesity does not increase the risk of complications / C. Chapron, L. Laforset // Hum. Reprod. – 2009. – Vol.24. – P.12.
  3. Evaluate hysterectomy trial comparing abdominal, vaginal and laparoscopic methods of hysterectomy / R. Garry et al. // Health Technol. Assess. – 2004. – Vol. 8, №26. – P.150-154.
  4. Жилаев, Н.И. Оперативная хирургия в акушерстве и гинекологии / Н.И. Жилаев, Н.Н. Жилаев // М.: Медицинское информационное агентство, 2004. – С. 276-280.
  5. Эффективность и преимущества лапароскопической гистерэктомии / А.Е. Костякин и др. // Репродуктивное здоровье, Восточная Европа. – 2019. Т. 9, № 2. – С. 159-166.
- 

Косцова Л.В.<sup>1</sup>, Калоша Л.А.<sup>1</sup>, Косцова А.З.<sup>2</sup>, Жегздрин О.А.<sup>3</sup>

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

<sup>2</sup> УЗ «Гродненская университетская клиника»,

<sup>3</sup> ЖК №6 «ГУЗ Городская поликлиника №6 г. Гродно»,

г. Гродно, Республика Беларусь

## СОВРЕМЕННЫЕ МАРКЕРЫ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

**Введение.** Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) – одна из самых актуальных проблем в эндокринной гинекологии, наиболее частая причина ановуляции и ведущая причина бесплодия [1]. Несмотря на большой научный интерес к данной патологии, распространенность СПКЯ в общей популяции женщин репродуктивного возраста составляет от 8 до 21%, при этом, до 70% случаев СПКЯ во всем мире остаются не диагностированными, что требует поиска новых маркеров, мультидисциплинарного взаимодействия и разработки комплексного подхода.

**Цель исследования.** Проанализировать современные источники литературы, демонстрирующие исследования о проблеме поиска диагностических маркеров СПКЯ.

**Материалы и методы.** В работе изучены и проанализированы современные источники литературы, статьи, тезисы, базы данных, использованы информационно-аналитический и оценочно-сравнительный методы.

**Результаты исследования.** В настоящее время для постановки диагноза СПКЯ используются критерии, выделенные Европейским обществом репродукции (European Society of Human Reproduction and Embryology, ESHRE) и эмбриологии человека и Американским обществом репродуктивной медицины (American Society for Reproductive Medicine, ASRM) (Роттердам, 2003): олигоановуляция, гиперандрогения (клиническая или биохимическая), поликистозная морфология яичников по данным ультразвукового исследования. Однако с помощью современных технологий, изучаются и разрабатываются новые возможные диагностические маркеры данного синдрома.