

показатель ГП в значительной степени статистически уменьшается, данный факт указывает на снижение активности антиоксидантных систем организма [4], т.е. истощение антиоксидантных систем – данный факт делает невозможным использовать её как диагностический показатель, а также – прогностический.

Данные различия и нестабильность показаний антиокислительных ферментов крови в большей степени свидетельствует о целесообразном использовании определения уровня только СОД для предиктивной диагностики.

#### **Список литературы:**

1. Галиева Г.Д. Доклиническая диагностика пограничных состояний у новорожденных / Г. Д. Галиева, Е. Н. Соловьева, Д. С. Попова Д.С., В. В. Петров // Интеграция наук. – 2018. – №5. – С. 22-25.
2. Зейналова Д. Э. Возможности использования показателей изменения антиоксидантной системы в качестве предиктивной диагностики развития дисиндромов новорождённых / Д. Э. Зейналова, Ж. К. Жусупова, И. Н. Субботин // материалы Международного молодёжного форума. Ставрополь: Изд-во СтГМУ, 2019. - 835 с.
3. Нагорная Н. В. Оксидативный стресс. Влияние на организм человека, методы оценки / Н. В. Нагорная, Н. А. Четверик // Здоровье ребёнка. – 2010. – №2. – С. 140-145.
4. Хасанова В.В. Особенности окислительного стресса при сочетании синдромов срыгивания и гипервозбудимости у новорожденных / В. В. Хасанова, Л. И. Крупицкая, А. С. Попова, Т. П. Шевлюкова, Т. В. Соломатова, А. Б. Горностаева, Д. А. Козочкин // Вестник уральской медицинской академической науки. – 2012. – №2. – С. 83-84.
5. Цейликман В.Э. Изменение уровня  $fe^{+2}$ /аскорбат-индуцированного пол при синдромах асфиксии, гипервозбудимости, срыгивания, болевом синдроме и их сочетаниях у новорожденных / В. Э. Цейликман, В. В. Хасанова, А. С. Попова, Л. И. Крупицкая, Т. П. Шевлюкова, А. И. Синицкий // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 6
6. Цейликман В. Э. Состоятельность антиоксидантной системы при развитии дисиндромов у новорожденных / Цейликман В. Э., Хасанова В. В., Шевлюкова Т. П., Попова А. С., Горностаева А. Б. // Медицинская наука и образование Урала. – 2010. – №1. – С. 88-91.

УДК 618.1

### **Лукач М. А., Белоусов А. С., Аскерова М. Г. ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ У ЖЕНЩИН С ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ**

Кафедра акушерства и гинекологии  
Уральский государственный медицинский университет,  
Екатеринбург, Российская Федерация

**Lukach M. A., Belousov A. S., Askerova M. G.**  
**CHOICE OF THE METHOD FOR TREATING GENITAL PROLAPSE  
IN WOMEN WITH ENDOMETRY PATHOLOGY**

Department of obstetrics and gynecology  
Ural state medical university  
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: sasha.belousov1997.belousov@mail.ru, mary.lukach13@gmail.com

**Аннотация.** В статье проанализированы основные методы лечения женщин с комбинированной патологией – пролапсом гениталий и гиперплазией эндометрия – с целью обоснованного выбора каждого из них в разных возрастных группах: у женщин в репродуктивном возрасте и в постменопаузе.

**Annotation.** The article analyzes the main methods of treating women with combined pathology - genital prolapse and endometrial hyperplasia - in order to make an informed choice of each of them in different age groups: in women of reproductive age and in postmenopausal women.

**Ключевые слова:** пролапс гениталий, патология эндометрия, хирургическое лечение.

**Key words:** genital prolapse, endometrial pathology, surgical treatment.

**Введение**

Одной из наиболее актуальных для хирургов-гинекологов является проблема опущения гениталий, так как, по данным различных авторов, пролапс тазовых органов в структуре гинекологических заболеваний занимает от 1,7% до 28% больных, у женщин после 40 лет эти цифры достигают 34,7% [2,4].

В постменопаузе нередко прогрессирует пролапс гениталий, в основе которого лежат нарушения биосинтеза и депонирования коллагена в фибробластах на фоне гипоэстрогении, поскольку на фибробластах имеются рецепторы эстрогенов и андрогенов. Каждая третья женщина в постменопаузе страдает пролапсом гениталий с недержанием мочи, что существенно снижает качество жизни [4].

На долю гиперплазии эндометрия в структуре гинекологических заболеваний приходится от 15% до 50%. В настоящее время отмечается рост патологии эндометрия у женщин во всех возрастных группах. Кроме того, в 20-25% случаев атипичная гиперплазия эндометрия является фоном для формирования злокачественных опухолей эндометрия [3].

Коррекция этой патологии у пациенток с гиперплазией эндометрия затруднена, что связано с риском развития рака эндометрия [1,3]. Изучение особенностей тактики ведения при сочетании гиперплазии эндометрия с пролапсом гениталий представляет определенный интерес с точки зрения выявления объективных критериев онкологического риска у данной категории больных [5].

**Цель исследования** – определить оптимальную тактику лечения женщин с пролапсом гениталий в сочетании с патологией эндометрия.

### **Материалы и методы исследования**

В работе использована общенаучная методология, базируемая на системном подходе с применением формально логических, общенаучных и специфических методов и основах доказательной медицины. Для решения поставленных задач проводилось когортное ретроспективное рандомизированное исследование на базе гинекологического отделения ГКБ №40.

В ходе исследования был проведен анализ 80 историй болезни с последующей статистической обработкой данных в программе Excel.

Критерием включения для исследования являлись женщины с комбинированной патологией – гиперплазией эндометрия и пролапсом гениталий. Критериями исключения являлись женщины только с гиперплазией эндометрия.

Все женщины с пролапсом гениталий II, III, IV степени по POP-Q были разделены на две когорты:

А) 1 когорта – 40 женщин репродуктивного возраста, включала две подгруппы по 20 пациенток – с наличием гиперплазии эндометрия и ее отсутствием соответственно;

Б) 2 когорта – 40 женщин в постменопаузе, деление 2-ой когорты было произведено по аналогии с женщинами 1-ой когорты – по 20 человек в каждой группе.

В работе использованы клиничко-анамнестические методы, статистические методы, данные клиничко-лабораторных методов исследования (УЗИ, пайпель – биопсия с последующим гистологическим исследованием материала).

### **Результаты исследования и их обсуждение**

У 20 пациенток репродуктивного возраста с пролапсом гениталий II-IV степени по данным УЗИ были выявлены признаки гиперплазии эндометрия, в связи с чем была произведена гистероскопия с последующим гистологическим исследованием биоптатов эндометрия.

Группой сравнения стали 20 пациенток репродуктивного возраста с пролапсом гениталий без признаков гиперплазии эндометрия, которым было выполнено оперативное лечение по поводу пролапса гениталий II-IV степени.

У 95% и 5 % пациенток соответственно по данным гистологического исследования выявлены простая и сложная гиперплазия эндометрия без признаков атипии.

Всем пациенткам была назначена гормональная терапия на 3-4 месяца с контролем излеченности и последующим оперативным лечением пролапса гениталий.

Через 12 месяцев после операции по данным УЗИ и пайпель-биопсии признаки гиперплазии эндометрия отмечались лишь у 5 % пациенток данной группы. Частота рецидива пролапса гениталий через 12 месяцев не отличалась в

двух группах, составив 10% в основной группе и 5 % в группе сравнения,  $p > 0,05$ .

Полученные результаты указывают на то, что гормональная терапия с последующим контролем излеченности и оперативным лечением пролапса гениталий (органосохраняющая операция) является методом выбора у пациенток репродуктивного возраста с сочетанием пролапса гениталий и гиперплазии эндометрия.

20 пациенткам в постменопаузе с сочетанием пролапса гениталий II-IV степени и гиперплазии эндометрия по данным УЗИ, было произведено оперативное лечение в объеме гистерэктомии с последующей реконструкцией тазового дна собственными тканями или сетчатым имплантатом.

Группой сравнения стали 20 пациенток в постменопаузе с пролапсом гениталий без признаков гиперплазии эндометрия, которым было выполнено оперативное лечение по поводу пролапса гениталий II-IV степени.

У 75 % и у 5 % пациенток соответственно по данным гистологического исследования выявлены простая и сложная гиперплазия без признаков атипии, а у 20% – атипическая гиперплазия эндометрия.

Частота рецидива пролапса гениталий через 12 месяцев не отличалась в двух группах, составив 10% в основной группе и 15 % в группе сравнения,  $p > 0,05$ .

На основании полученных результатов можно сделать вывод, что хирургическое лечение в объеме гистерэктомии с последующей реконструкцией тазового дна собственными тканями или сетчатым имплантатом может быть методом выбора у пациенток с сочетанием пролапса гениталий II-IV степени и гиперплазии эндометрия.

#### **Выводы:**

1. У женщин репродуктивного возраста при сочетанной патологии – пролапса гениталий и гиперплазии эндометрия – методом выбора в лечении является гормональная терапия по показаниям в течение 3-4 месяцев с последующим контролем излеченности, а в дальнейшем – оперативное лечение пролапса гениталий (органосохраняющая операция).

2. У женщин в постменопаузе при сочетанной патологии – пролапса гениталий и гиперплазии эндометрия – методом выбора является хирургическое лечение в объеме гистерэктомии с последующей реконструкцией тазового дна собственными тканями или сетчатым имплантатом по показаниям.

3. Перед оперативным вмешательством по поводу пролапса гениталий у женщин в постменопаузе в случае несоответствия М-эхо при проведении УЗИ органов малого таза (более 5 мм) сроку постменопаузы необходимо проводить аспирационную биопсию эндометрия с последующим гистологическим исследованием материала с целью исключения или подтверждения гиперплазии эндометрия, а также других патологических процессов.

#### **Список литературы:**

1. Адамян Л.В. Сочетанные доброкачественные опухоли и гиперпластические процессы матки: клинические рекомендации по ведению больных / Л. В. Адамян – М.: Москва, 2015. – 94 с.
2. Бахаев В.В. Выпадение половых органов у женщин: этиология и патогенез / В.В. Бахаев, В.С. Горин // Акушерство и гинекология. – 2014. – №3. – С. 7-10.
3. Буянова С.Н. Диагностика и тактика ведения больных с гиперпластическим процессом в эндометрии в постменопаузальном периоде / С.Н. Буянова, Н.В. Пучкова, Э.М. Гитинов // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2014. – Т.9. – №5. – С. 46-49.
4. Перинеология: Болезни женской промежности в акушерско-гинекологических, сексологических, урологических, проктологических аспектах / Под ред. В.Е. Радзинского. – М: МИА, 2016. – 336 с.
5. Donne M. Endometrial pathology in breast cancer patients: Effect of different treatments on ultrasonographic, hysteroscopic and histological findings / M. Le Donne // Oncol. Lett. – 2016. – Vol. 5. – №4. – P. 1305–1310.

УДК 618.176

**Морозова А.А., Аскерова М.Г.  
ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИЯ И ГИПОТИРЕОЗ. ВОЗМОЖНОСТЬ  
КОРРЕКЦИИ В РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ ЖЕНЩИНЫ**

Кафедра акушерства и гинекологии  
Уральский государственный медицинский университет  
Екатеринбург, Российская Федерация

**Morozova A.A., Askerova M.G.  
HYPERPROLACTINEMIA AND HYPOTHYROIDESIS. POSSIBILITY  
OF CORRECTION IN THE REPRODUCTIVE AGE OF A WOMAN**

Department of obstetrics and gynecology  
Ural state medical university  
Yekaterinburg, Russian Federation  
E-mail: ann.morozova2016@yandex.ru

**Аннотация.** В исследование вошли 50 женщин репродуктивного возраста, страдающих гипотиреозом, НМЦ и ГПРЛ, производилась оценка УЗИ ЩЖ и ОМТ, анализ уровней гонадотропинов, ТТГ, СТ4, пролактина, прогестерона и Е2. Установлена прямая зависимость между тяжестью гипотиреоза и степенью нарушения менструальной функции, а также уровнем ГПРЛ ( $p < 0,001$ ). Заместительная терапия препаратами L-тироксина и Каберголином приводит к восстановлению менструального цикла и является необходимой даже при субклиническом течении гипотиреоза.