2. Лидирующей причиной маточных кровотечений в последние годы стала субинволюция матки после плановых преждевременных оперативных родов по поводу предлежания плаценты в сочетании с ее очаговым вращением в стенку матки в зоне рубца после кесаревых сечений и миомэктомии.

3. Наиболее частой причиной развития септического процесса в матке служит хориоамнионит, обусловленный длительным безводным периодом.

4. Особенностью акушерской патологии в последние годы стала коморбидность, проявляющаяся в смене ведущих факторов патогенеза акушерских критических синдромов, в связи с чем при аудите ситуаций maternal near miss целесообразно выделять факультативную и облигатную причины акушерских критических состояний.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. WHO maternal death and near-miss classifications / R. Pattinson, L. Say, J. P. Souza [et al.] // Bulletin of the World Health Organization. – 2009. – Vol. 87. – P. 734-734A.
2. Severe acute obstetric morbidity (near-miss): a review of the relative use of its diagnostic indicators / M. E. Reichenheim, F. Zylbersztajn, C. L. Moraes [et al.] // Archives of gynecology and obstetrics. – 2009. – Vol. 280. – P. 337-343.
3. Maternal near miss and maternal death in the World Health Organization's 2005 global survey on maternal and perinatal health / J. P. Souza, J. G. Cecatti, A. Faundes [et al.] // Bulletin of the World Health Organization. – 2010. – Vol. 88, N 2. – P. 113-119.
4. Профилактика тяжелых акушерских осложнений в условиях мегаполиса / А. С. Оленев, Е. Н. Сонгорова, В. А. Новикова [и др.] // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2018. – Т. 18, №. 6. – С. 9-16.
5. Филиппов, О. С. Материнская смертность в Российской Федерации в 2020 году: первый год пандемии COVID-19 / О. С. Филиппов, Е. В. Гусева // Проблемы репродукции. – 2022. – Т. 28, №. 1. – С. 8-28.

Сведения об авторах

Е.Д. Праздничкова* — студентка педиатрического факультета

Г.Л. Буров – студент лечебно-профилактического факультета

А.В. Спиринов – кандидат медицинских наук, доцент кафедры патологической анатомии и судебной медицины

Information about the authors

E.D. Prazdnichkova* — Student

G.L. Burov – Student

A.V. Spirin – Candidate of Sciences (Medicine), Associate Professor

***Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):**
prazdnichkovakaterina@yandex.ru

УДК 616.62-007.43

ИЗМЕНЕНИЕ АНАТОМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕНИТАЛЬНОГО ПРОЛАПСА

Радомская Мария Алексеевна¹, Богданова Анна Михайловна^{1,2}, Ураков Андрей Владимирович²

¹Кафедра анатомии, оперативной хирургии и топографической анатомии

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

²ГБУЗ СО «Центральная городская больница № 7»

Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. Генитальный пролапс является важной мировой проблемой в урогинекологии. Заболевание вызывает у женщин физический и психологический дискомфорт. Пролапс не является жизнеугрожающим состоянием, однако в значительной мере ухудшает качество жизни. **Цель исследования** – провести анализ изменений анатомических показателей по системе POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification) и качества жизни у пациенток через год после хирургического лечения. **Материал и методы.** Проведен анализ данных анамнеза жизни пациентов, диагноза, а также предоперационных и послеоперационных осмотров, в гинекологическом отделении ГБУЗ СО ЦГБ № 7 г. Екатеринбурга, с диагнозом генитальный пролапс 3 степени, согласно МКБ-10 N81: пролапс тазовых органов. Статистический анализ осуществлялся при помощи программы Microsoft Excel. **Результаты.** В исследовании были отобраны пациентки сходные по большинству критериев. Возраст пациенток составил Me 66 (p2563- p7569) лет. **Выводы.** В ходе хирургического лечения восстанавливается анатомически правильная структура тазового дна, возобновляется нормальное положение органов и вследствие этого угасают клинические проявления генитального пролапса, повышается качество жизни пациенток.

Ключевые слова: Генитальный пролапс, пролапс тазовых органов, несостоятельность мышц тазового дна.

CHANGES IN ANATOMICAL PARAMETERS AND QUALITY OF LIFE AFTER SURGICAL TREATMENT OF GENITAL PROLAPSE

Radomskaya Maria Alekseevna¹, Bogdanova Anna Mikhaylovna^{1,2}, Urakov Andrey Vladimirovich²

¹Department of Anatomy, Operative Surgery and Topographic Anatomy

Ural State Medical University

²Central City Hospital №7

Yekaterinburg, Russia

Abstract

Introduction. Genitals prolapse is an important global problem in urogynecology. The disease causes physical and psychological discomfort in women. Prolapse is not a life-threatening condition, but it significantly worsens the quality of life. **The aim of the study** - was to analyze changes in anatomical parameters according to the POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification) system and the quality of life in patients one year after surgical treatment. **Material and methods.** The analysis of the data on the patient's life history, diagnosis, as well as preoperative and postoperative examinations, in the gynecological department of the GBUZ with the Central Clinical Hospital № 7 was carried out. Yekaterinburg, diagnosed with genital prolapse of the 3rd degree, according to MCB -10 N81: pelvic organ prolapses. Statistical analysis was carried out using the Microsoft Excel program. **Results.** The study selected patients who were similar in most criteria. The age of the patients was Me 66 (p2563- p7569) years. **Conclusion.** During surgical treatment, the anatomically correct structure of the pelvic floor is restored, the normal position of the organs is resumed and, as a result, the clinical manifestations of genital prolapse fade away, and the quality of life of patients improves.

Keywords: Genitals prolapse, pelvic organ prolapse, pelvic floor muscle failure.

ВВЕДЕНИЕ

Пролапс органов таза представляет собой опущение или выпадения органов малого таза до входа во влагалище [1]. В основе механизма возникновения генитального пролапса выделяют нарушение взаимодействий между соединительнотканым и мышечным компонентами тазового дна, в результате мышечные волокна образуют патологическое отверстие, благодаря которому тазовые органы опускаются, и одна или две стенки влагалища выступают через отверстие в мышце. При изолированном опущении передней стенки влагалища используют термин – цистоцеле, при опущении задней стенки влагалища – ректоцеле.

К факторам, повышающим риск возникновения генитального пролапса, относят беременность, менопаузу, генетическую предрасположенность, ожирение, посттравматическое повреждение тазового дна, недостаток эстрогенов, дисплазию соединительной ткани, тяжёлые физические нагрузки [2,3].

В большинстве случаев женщины жалуются на чувство тяжести и ощущение инородного тела во влагалище, тянущие боли внизу живота, расстройство мочеиспускания (недержание и постоянное подтекание мочи, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря) и дефекации (недержание кала и газов, неполное опорожнение кишечника, запоры), а также частым симптомом могут быть сексуальные расстройства [3,5].

Пролапс женских половых органов выделяют как важную проблему в области урогеникологии. Во-первых, женщины с генитальным опущением ощущают физический и психологический дискомфорт, что ощутимо снижает качество их жизни. Во-вторых, данное заболевание имеет тенденцию к распространённости. Распространённость варьируется от 2 до 77% среди женского населения. По прогнозам Всемирной Организации Здравоохранения до 2030 года число женщин с пролапсом гениталий возрастёт до 63 миллионов женщин разных возрастных категорий [3,4]. Так же оперирующие специалисты обращают внимание на частоту рецидивов пролапса после хирургического лечения. Пациенткам может потребоваться повторное оперативное вмешательство в 30% случаев [4,5].

При первых симптомах пролапса следует провести диагностику органов малого таза, для того чтобы определить место и степень пролапса. Для оценки положения тазового дна при максимальном натуживании (проба Вальсальвы) предложено множество классификаций [6].

Женщинам с бессимптомным пролапсом рекомендуют регулярное обследование у гинеколога. Пациенткам с неосложнёнными формами начальных стадий пролапса рекомендуют использовать консервативные методы лечения. К ним относятся упражнения,

направленные на укрепление мышц тазового дна, постановка урогинекологического pessaria, изменение привычек и образа жизни. Например, расстройства дефекации могут быть скорректированы при помощи изменения питания или использованием лекарственных препаратов слабительного действия [2].

В настоящее время наиболее эффективным методом лечения пролапса тазовых органов является хирургический. Целью оперативного лечения является восстановление функций тазовых органов и восстановление их нормального анатомического положения, устранение дефектов в структуре тазового дна, использование малоинвазивных хирургических вмешательств с минимальным риском рецидивов [2,7].

Цель исследования - провести анализ изменений анатомических показателей по системе POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification) и качества жизни у пациенток через год после хирургического лечения.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Пациенткам были проведены измерения стандартных точек, обозначающих положение и размеры структур тазового дна по системе POP-Q. Исследование проведено на базе гинекологического отделения ГБУЗ СО ЦГБ №7 г.Екатеринбурга. Нами отобрана 16 пациенток в возрасте от 51 года до 77 лет, которым год назад было проведено хирургическое лечение генитального пролапса 3 степени [7]. Диагноз генитальный пролапс 3 степени устанавливался на основе клинических, инструментальных и лабораторных исследований в соответствии с МКБ-10. Проведен предоперационный осмотр, уточняющий диагноз и определяющий выбор оперативного вмешательства. А также проведён послеоперационный осмотр с анкетированием на бумажных носителях в виде таблицы, которые включали в себя 18 вопросов, для определения течения клинических проявлений данного заболевания после лечения.

Статистический анализ осуществлялся при помощи программы Microsoft Excel. Оценка полученных данных описывалась формулами: “Медиана”, “Персентиль” и “Ошибка доли”.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Возраст пациенток составил Me 66 (p2563- p7569) лет.

Результаты анализа акушерско-гинекологического анамнеза показали, что среднее количество родов составило Me 2 (p252-p752,25) у 50±0,13%, при этом в 93,75±0,06% случаев хоть один раз пациенткам проводился искусственный медицинский аборт. У 37,5±0,12% в анамнезе жизни указано наличие тяжелого труда. Послеродовые разрывы были у 43,75±0,12% пациенток. 43,75±0,12% пациенток начали половую жизнь в Me 20 (p2519,5- p7521). У исследуемых женщин менопауза наступила Me 16,5 (p2514,5- p7521) лет назад.

Выбор оперативного вмешательства был обоснован постановкой клинического диагноза, основанного на гинекологическом исследовании структур тазового дна по классификации POP-Q [7].

В 18,75±0,1% (у 3 пациенток) была выполнена передняя кольпорафия. Всем женщинам был поставлен диагноз НМТД 3 степени, цистоцеле 3 степени. Результаты гинекологического исследования структур тазового дна по системе POP-Q до операционного лечения составили: TVL (общая длина влагалища) равна Me 6,0 (p255,25-p757,0) см, GH (длина половой щели) - Me 3 (p252,5-p753,0) см, а PB (длина тела промежности) - Me 2,5 (p252,25-p752,5) см. Результаты гинекологического исследования через 12±1 месяц после проведения пациенткам хирургического лечения, в среднем составили: TVL (общая длина влагалища) равна Me 6,0 (p255,25 -p757,0) см, GH (длина половой щели) - Me 3 (p252,5 -p753,0) см, а PB (длина тела промежности) – Me 2,5 (p252,25-p752,5) см.

В 62,5±0,12% (у 10 пациенток) была выполнена передняя и задняя кольпорафия. Поскольку в ходе гинекологического осмотра установлен диагноз НМТД 3 степени, цистоцеле. Результаты гинекологического исследования структур тазового дна по системе POP-Q до операционного лечения составили: TVL (общая длина влагалища) равна Me 6,0 (p254,63-p756,0) см, GH (длина половой щели) - Me 3,5 (p253,0-p755,88) см, а PB (длина тела промежности) - Me 2,0 (p252,0-p752,0) см. Результаты гинекологического исследования через

12±1 месяц после проведения пациенткам хирургического лечения, в среднем составили: TVL (общая длина влагалища) равна Me 6,0 (p254,63-p756,0) см, GH (длина половой щели) - Me 4,25 (p253,0-p755,88) см, а PB (длина тела промежности) - Me 3,0 (p252,0-p753,0) см.

В 18,75±0,1% (у 3 пациенток) была выполнена лапароскопическая экстирпации матки с придатками. Выбор оперативного вмешательства был обоснован постановкой клинического диагноза НМТД 3 степени. Результаты гинекологического исследования структур тазового дна по системе POP-Q до операционного лечения составили: TVL (общая длина влагалища) равна Me 5,0 (p254,5-p756,25) см, GH (длина половой щели) - 2,5 (p252,25-p752,75) см, а PB (длина тела промежности) - Me 1,5 (p251,35-p751,75) см. Результаты гинекологического исследования через 12±1 месяц после проведения пациенткам хирургического лечения, в среднем составили: TVL (общая длина влагалища) равна Me 5,0 (p254,5-p7516,5) см, GH (длина половой щели) - Me 2,5 (p252,25-p752,75) см, а PB (длина тела промежности) - Me 1,5 (p251,35-p751,75) см.

В 62,5±0,12% (у 10 пациенток) была выполнена лапароскопическая экстирпации матки без придатков. Выбор оперативного вмешательства был обоснован постановкой клинического диагноза НМТД 3 степени, элонгация шейки матки у всех. Результаты гинекологического исследования структур тазового дна по системе POP-Q до операционного лечения составили: TVL (общая длина влагалища) равна Me 6,0 (p255,0-p756,0) см, GH (длина половой щели) - Me 3,0 (p253,0-p755,5) см, а PB (длина тела промежности) - Me 2,0 (p252,0-p752,88) см. Результаты гинекологического исследования через 12±1 месяц после проведения пациенткам хирургического лечения, в среднем составили: TVL (общая длина влагалища) равна Me 6,0 (p255,0-p756,0) см, GH (длина половой щели) - Me 3,25 (p253,0-p755,75) см, а PB (длина тела промежности) - Me 3,0 (p252,63-p753,0) см.

ОБСУЖДЕНИЕ

Женщины до хирургического лечения испытывали жалобы, преимущественно связанные с генитальным пролапсом такие как дискомфорт, чувство давления, боли, инородного тела во влагалище, а также потеря мочи по каплям при физической нагрузке. По результатам анкетирования через 12±1 месяц после проведения пациенткам хирургического лечения несостоятельности мышц тазового дна 3 степени, было выявлено, что только у 2 пациенток (12,5±0,08%) бывает дискомфорт, боль, давления или инородного тела во влагалище, до операционного вмешательства данная жалоба указывалась у 7 пациенток (43,75±0,12%). Дискомфорт, боли и тяжесть внизу живота до операции испытывали 13 пациенток (81,25±0,09%), а после операции да данный симптом указали только 2 пациентки (12,5±0,08%). До проведения хирургического лечения сухость во влагалище беспокоила 5 пациенток (23,81±0,09%), потеря мочи по каплям приносила дискомфорт 9 пациенткам (56,25±0,12%). После операционного вмешательства сухость беспокоит 1 пациентку, а потеря мочи беспокоит только 3 пациентки (18,75±0,1%). После хирургического лечения пациентки значительно реже жаловались на недержание мочи. На ощущение жжения и зуда ни одна из пациенток жалоб не предъявляла. Регулярными ежедневными тренировками мышц тазового дна по Кегелю занимается 2 пациентки (12,5±0,08%). Можем сделать вывод о том, что правильно выбранная тактика лечения пролапса существенно повышает качество жизни пациенток, но не исключает рецидивов.

Генитальный пролапс – серьезная патология, которая встречается у 47 % женщин репродуктивного возраста. Но особую настороженность вызывает период постменопаузы в связи с возникновением дефицита эстрогенов, а также уменьшением синтеза компонентов соединительной ткани.

ВЫВОДЫ

1. Система POP-Q позволяет объективно оценивать состояние тазовых органов и обуславливает наличие соответствующих жалоб пациентов, клинических проявлений.

2. В ходе хирургического лечения восстанавливается анатомически правильная структура тазового дна, возобновляется нормальное положение органов и вследствие этого

угасают клинические проявления генитального пролапса, повышается качество жизни пациентов.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Кулавский В.А., Насырова С.Ф., Шавалеева Ф.А. Современные технологии в лечении больных с пролапсом гениталий // *Мать и дитя в Кузбассе*. 2012.
2. Чурсин В.В., Жорова В.Е., Буралкина Н.А. и др. Взгляд хирурга на нерешенные вопросы пролапса тазовых органов // *Гинекология*. 2018; 20 (1): 88–91.
3. Ю.А. Болдырева, В.Б. Цхай, А. М. Полстяной, О. Ю. Полстяная Современные возможности профилактики пролапса тазовых органов // *Медицинский вестник Юга России*. 2022;13(2):7-17. DOI 10.21886/2219-8075-2022-13-2-7-17.
3. П.А. Берг, А.Г. Яшук, И.И. Мусин, Ю.Н. Фаткуллина, Э.А. Берг. Пролапс органов малого таза: факторы риска и возможности профилактики // *Медицинский вестник Башкортостана*. Том 17, № 1 (97), 2022
4. Хашукоева А.З., Кузнецова О. В., Оверко А.В., Дмитрашко Т.Е. Как жить пожилой женщине с выпадением половых органов? // *Лечащий Врач*. 2021; 12 (24): 10-16. DOI: 10.51793/OS.2021.24.12.001
5. Короткевич О.С., Мозес В.Г. Эффективность предложенного способа объективной оценки степени пролапса тазового дна у женщин // *Мать и дитя в Кузбассе*. 2017. №3(70)
6. Соотношение выбора оперативного лечения НМТД с диагнозом, анамнезом и полученными результатами размеров структур тазового дна / Е. С. Овчинникова, З. Ш. Попова, А. М. Богданова, А. В. Ураков. - Текст электронный. // *Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения: сборник статей VIII Международной научно-практической конференции молодых учёных и студентов, Екатеринбург, 19-20 апреля 2023 г. – Екатеринбург : УГМУ, 2023. – С. 1512-1517.*

Сведения об авторах

М.А. Радомская* – студент лечебно-профилактического факультета
А.М. Богданова – кандидат медицинских наук, ассистент
А.В. Ураков – заведующий гинекологическим отделением №1 ЦГБ№7 г. Екатеринбург

Information about the authors

M.A. Radomskaia* – student Faculty of Medicine
A.M. Bogdanova - Candidate of Sciences (Medicine)
A.V. Urakov - Head of the gynecological department №1 of the Central City Hospital №7, Yekaterinburg

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

a.maria.strelkova@gmail.com

УДК: 61:57 086

ОСОБЕННОСТИ ЭКСПРЕССИИ ИГХ РЕЦЕПТОРОВ В ОПУХОЛЕВЫХ КЛЕТКАХ ПРИ ТРОЙНОМ НЕГАТИВНОМ ПОДТИПЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Сивицкая Дарья Валерьевна, Степанов Захар Антонович, Новикова Евгения Александровна, Костромина Ольга Владимировна

Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. Тройной негативный подтип рака молочной железы — редкое заболевание с неблагоприятным прогнозом, который характеризуется отсутствием на поверхности раковых клеток рецепторов: эстрогена (ER), прогестерона (PR) и эпидермального фактора роста 2 (HER2). **Цель исследования.** Сопоставить эпидемиологические данные частоте встречаемости ER/PR/HER2 негативной опухоли («тройной негативный» подтип РМЖ) и изучить уровень экспрессии фермента топоизомеразы- α в опухолевых клетках карциномы молочной железы с изучаемым рецепторным статусом. **Материал и методы.** На основании иммуногистохимического исследования, проводившегося на базе лаборатории иммуногистохимии патологоанатомического отделения ГБУЗ СО «Институт медицинских клеточных технологий» г. Екатеринбург нами, было зарегистрировано 153 случая рака молочной железы, которые были ER/PR/HER2- негативными, у этих же пациенток был определен уровень экспрессии фермента топоизомеразы- α и Ki-67 в опухолевых клетках. В исследовании была выявлена взаимосвязь экспрессии фермента топоизомеразы- α с особенностями статуса рецепторов к эстрогену (ER), прогестерону (PR), HER2 и активностью Ki67. **Результаты.** Средний возраст пациенток составил $52,9 \pm 1,6$ года. У пациенток с тройным негативным подтипом РМЖ был обнаружен высокий уровень экспрессии Топ- α в опухолевых клетках, что составило $27,79 \pm 1,62\%$, обнаружена высокая корреляционная связь экспрессии Топ- α с маркером клеточной пролиферации Ki-67 $R_{(s)}=0,71$, зарегистрирована слабая (коэффициент Пирсона; $r=0,34$) корреляционная связь между размером опухоли (Т) и умеренная связь с показателем (N) метастазированием в регионарные лимфоузлы (коэффициент Спирмена $R_{(s)}=0,47$), что отражает агрессивное поведение данного подтипа РМЖ. **Выводы.** Инновационные технологии современной диагностики онкологических заболеваний и понимание особенностей развития иммуногистохимических вариантов РМЖ в зависимости от подтипа и экспрессии фермента топоизомеразы- α рака молочной железы могут способствовать повышению качества диагностики РМЖ и индивидуализации лечения в будущем.