

22. Pestemalci T., Mavi A., Yildiz Y.Z. Bilateral triple renal arteries // Saudi J.Kidney Dis. Tranpl. – 2009, 20 (3), – p. 468-470
23. Sampaio F.J. Partial nephrectomy in cancer of the upper pole of kidney Anatomical bases // J.Urol.(Paris). – 1996, 102(5-6), – p. 199-203
24. Sampaio F.J., Schiavani J.L., Favorito L.A. Proportional analysis of the kidney arterial segments // Urol. Res. – 1993, 21(6), – p. 371-374.

25. Zahoi, D. Niculescu V. «Segmen-tarea renala – concept morfologic cu valoare chirurgicala» // The IV National Congress of Romanian Society of anatomists and the Congres of the Anatomy Departament of the Medical union of Balcans and Black Sea Countries. Romania, Oradea, – 2000, – p. 249.

ОЦЕНКА СОМАТИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У ПАЦИЕНТОК С ПРОЛАПСОМ ГЕНИТАЛИЯ

Кафаров И. Г.

*Азербайджанский медицинский университет, Кафедра Акушерства и гинекологии I.
Баку, Азербайджан*

*Контактная информация: AZ 1022 город Баку, улица Бакиханова 23.

Цель исследования - оценить соматическое здоровье и частоту сопутствующих экстрагенитальных заболеваний у пациенток с пролапсом женских половых органов.

Материалы и методы исследования- В соответствии с целью исследования за период 2015-2018 гг.нами было изучено состояние здоровья 116 пациенток репродуктивного и климактерическоговозрастов, обратившихся в связи с профилактическим обследованием.

Результаты исследования. Для женщин с пролапсом гениталий были достоверно более характерны заболевания мочевыделительной системы, варикозная болезнь. У пациентов чаще выявлялись хронический цервицит, эктопия шейки матки, бактериальный вагиноз и вагиниты.

Ключевые слова: Пролапс гениталий, экстрагенитальные заболевания, гинекологическая заболеваемость.

EVALUATION OF SOMATIC HEALTH IN PATIENTS WITH PROLAPSE GENITAL

Kafarov I.G.

*Azerbaijan Medical University, Department of Obstetrics and Gynecology I.
Baku, Azerbaijan*

*Contact information: AZ 1022 Baku city, Bakikhanov street 23.

The purpose of the study was to evaluate somatic health and the incidence of concomitant extragenital diseases in patients with prolapse of the female genital organs. In accordance with the purpose of the study, we studied the health status of 116 patients of reproductive and climacteric age, who applied in connection with a planned preventive examination. Based on the analysis of the above results, it should be noted that the groups of patients were comparable in the main clinical and anamnestic parameters: age, social status, anthropometric indicators. In women with PTD, chronic cervicitis, cervical ectopy, bacterial vaginosis, and vaginitis were more often detected.

Key words: Prolapse of the genitals, extragenital diseases, gynecological diseases.

Пролапс гениталий, или опущение и выпадение внутренних половых органов (ОиВВПО) – полиэтиологическое заболевание, в развитии которого играют роль физические, генетические и психологические факторы.

Согласно данных литературы, опуще-

ние и выпадение стенок влагалища и матки встречается у 5-30% женщин [1], а 50% женщин имеют разную степень генитального пролапса после родов, причем у 10-20% отмечаются те или иные его симптомы [2,3]. В структуре гинекологических заболеваний опущение и выпадение гени-

талий составляют 1,7-28% [4]. Симптоматический пролапс встречается приблизительно у 2% нерожавших женщин [5]. Среди прооперированных женщин в гинекологических стационарах на долю генитального пролапса приходится до 15%, а рецидивы после всех видов хирургических коррекций составляют от 2,3 до 3,3% [6]. По мере развития патологического процесса усугубляются функциональные нарушения со стороны мочевого пузыря и прямой кишки, приводя не только к физическим и моральным страданиям, частичной или полной потере трудоспособности, но в ряде случаев делая жизнь этих женщин социально затруднительной [7].

По мере развития патологического процесса усугубляются функциональные нарушения со стороны мочевого пузыря и прямой кишки, приводя не только к физическим и моральным страданиям, частичной или полной потере трудоспособности, но в ряде случаев делая жизнь этих женщин социально неосуществимой [8].

Несмотря на многообразие причин, этиология данной патологии остается неустановленной, поэтому актуальным является изучение медико-социальных факторов риска пролапса половых органов. Известно, что причинами опущения матки могут стать физические нагрузки, беременность и патологические роды. Выпадение матки может развиваться на фоне других заболеваний, влекущих за собой запор, продолжительный кашель, повышение внутрибрюшного давления, ослабление связок и мышц тазового дна.

Существует и врожденный дефект соединительной ткани, тогда пролапс может возникнуть уже в молодом возрасте. Так же пролапс может возникнуть и при проведении медицинских манипуляций, операции по удалению матки, при травме сосудов и нервов, питающих ткани

тазового дна, в качестве одного из возможных осложнений.

Цель исследования - оценить соматическое здоровье и частоту сопутствующих экстрагенитальных заболеваний у пациенток с пролапсом женских половых органов.

Материал и методы исследования. В соответствии с целью исследования нами было изучено состояние здоровья 116 пациенток репродуктивного и климактерического возрастов, обратившихся в связи с профилактическим обследованием. Критерием включения в исследование было наличие пролапса 2-4 стадии.

Критериями исключения: злокачественные опухоли репродуктивных органов в анамнезе, наличие атипии в мазках на онкоцитологию, подозрение на гиперпластический процесс эндометрия, сопутствующее стрессовое недержание мочи (СНМ), наличие хронического болевого синдрома в области таза, опухолей яичников по данным УЗИ, а также крупноузловой миомы матки. На основании наличия или отсутствия признаков ПТО были сформулированы две группы: первую группу составили 91 женщины с наличием признаков ПТО, вторую группу – 25 женщин с ПТО не имевших жалоб.

Результаты и их обсуждение. По данным нашего исследования, женщины достоверных различий при анализе среднего возраста в исследуемых группах не выявлено ($p > 0,05$). В большинстве случаев имеют высшее образование 47 (51,6%) в основной группе I и 11 (44%) женщин в контрольной группе II. Среднее и средне-специальное образование у женщин I группы было у 44 (48,4%) пациенток и у 14 (56%) пациенток II группы. При оценке социального статуса значимых различий в группах не выявлено. Анализ характера трудовой деятельности показал, что наибольшая доля приходится на долю домохозяек 37 (40,7%) в основной и 11 (44%) в контрольной группе. Служащих 26 (28,6%)

в основной, и 9 (36%) в контрольной группе. Рабочих 28 (30,8%) в основной и 5 (20%) в контрольной группе. Средний ИМТ в первой группе составил 28,14, а во второй группе – 30,02, изученные группы были сопоставимы по антропометрическим показателям. Значимые различия имелись в ИМТ у пациенток основной группы и пациенток группы контроля. Хотя в обеих группах преобладали пациентки с избыточной массой тела, а также пациентки с ожирением I ст., в основной группе пациентки с нормальной массой тела составили всего 9 (9,8%), в то время как в контрольной группе их было 6 (24%).

Длительность заболевания у больных с пролапсом гениталий была выше и составила в среднем (9,3±3,3) лет за счет большей доли пациенток с длительностью заболевания 20-30 лет и меньшей доли пациенток с длительностью заболевания менее 5 лет (таблица 1).

Таблица 1.
Длительность заболевания у
больных с пролапсом тазового дна
(рецидив/без рецидива)

Длительность заболевания	Основная группа n=91		Контрольная группа n=25		P
	абс.ч	%	абс.ч	%	
Менее 1 года	-	-	3	12	<0,05
1 – 5 лет	26	28,6	21	84	<0,05
6 – 10 лет	31	34,1	1	4	>0,05
11 – 19 лет	12	13,2	-	-	>0,05
20 – 30 лет	19	20,9	-	-	<0,05
Более 30 лет	2	2,2	-	-	>0,05
Средняя длительность заболевания	9,3±3,3		7,1±1,9		<0,05

Жалобы пациенток основной группы значительно отличались от жалоб пациенток группы контроля: у них значительно чаще наблюдались различные нарушения

мочеиспускания (85,7% и 60% соответственно), при этом превалировала стрессовая инконтиненция (таблица 2).

При анализе структуры экстрагенитальной патологии было выявлено, что у пациенток основной группы значительно чаще выявлялись признаки ПТО, а именно варикозная болезнь, миопия, пролапс митрального клапана, заболевания опорно-двигательного аппарата (растяжения, гипермобильность суставов), поливалентная аллергия и грыжи различной локализации.

Данные об экстрагенитальных заболеваниях обследованных пациенток представлены в таблице 3,4.

Среди экстрагенитальных заболеваний в обеих группах преобладают заболевания сердечно – сосудистой системы. В первой группе в два раза чаще по сравнению со второй группой диагностировались варикозная болезнь. ПМК и гипертоническая болезнь встречались с одинаковой частотой в исследуемых группах. Заболевания органов дыхания с одинаковой частотой встречались у пациенток обеих групп. Хроническим бронхитом страдала каждая шестая пациентка, бронхиальная астма была выявлена только у 10 пациенток. Заболевания органов пищеварения составили 45,2% в первой и 46,1% во второй группе. При этом у каждой третьей пациентки выявлен хронический гастрит. Заболевания мочеполовой системы диагностировались практически в два раза чаще у пациенток первой группы. Каждая четвертая женщина в первой группе страдала хроническим циститом.

Заболевания щитовидной железы диагностировались у каждой шестой пациентки в обеих группах.

При изучении менструальной функции мы оценивали возраст менархе, длительность менструального цикла, длительность менструаций, характер менструаль-

Таблица 2.
Характер и частота жалоб у больных с дисфункцией тазового дна

Характер жалоб	Всего (n=116)		Основная группа (n=91)		Контрольная группа (n=25)	
	абс.ч	%	абс.ч	%	абс.ч	%
Нарушение мочеиспускания, всего:	93	80,2	78	85,7	15	60
Учащенное мочеиспускание	26	22,4	21	23,1	5	20
Обструктивный тип Мочеиспускания	13	11,2	11	12,1	2	8
Недержание мочи при Напряжении	45	38,8	39	42,8	6	24
Ургентное недержание мочи	22	19	20	22	2	8
Дискомфорт при половой жизни	53	45,7	43	47,3	10	40
Нарушения дефекации, всего:	41	35,3	32	35,2	9	36
Затруднение опорожнения Кишечника	46	39,7	39	42,8	7	28
Недержание газов	17	14,7	13	14,3	4	16
Недержание жидкого стула	12	10,3	9	9,9	3	12
Боль при дефекации	4	3,4	3	3,2	1	4

Таблица 3.
Частота и структура экстрагенитальных заболеваний, n (%)

Группа	n	Заболевания сердечно – сосудистой системы			Заболевания органов дыхания		
		Гипертоническая болезнь	ПМК	Варикозная болезнь	Хр. бронхит	Хр. гайморит	Бронхиальная астма
I	91	2 (2,2%)	3 (3,3%)	30 (33%)	16 (17,6%)	3 (3,3%)	1 (1,1%)
II	25	1 (4%)	1(4%)	5(20%)	4(16%)	1(4%)	1 (4%)
Всего	116	3(2,6%)	4(3,4%)	35 (30,2%)	20 (17,2%)	4(3,4%)	2(1,7%)

Таблица 4.
Частота и структура экстрагенитальных заболеваний, n (%)

Группа	n	Заболевания желудочно – кишечного тракта				Заболевания мочеполовой системы		Заболевания щитовидной железы
		Хр. гастрит	Хр. холецистит	Хр. Панкреат.	Язвенная болезнь	Хр. цистит	Хр. пиелонеф.	
I	91	28 (30,8%)	10 (11%)	2 (2,2%)	1 (1,1%)	21(23,1%)	15 (16,5%)	14 (15,4%)
II	25	9 (36%)	2 (8%)	1 (4%)	1 (4%)	3(12%)	4(16%)	5(20%)
Всего	116	37 (31,9%)	12 (10,3%)	3 (2,6%)	2(1,7%)	24(20,7%)	19 (16,4%)	19(16,4%)

ного кровотечения.

Первая менструация у женщин обеих групп наступила в среднем в 13,21 лет и 12,92 лет соответственно. Анализ возраста менархе особенностей и достоверно значимых различий в исследуемых группах не выявил. Женщины обеих групп были сопоставимы по количеству дней менструального цикла. Согласно полученным данным, длительность менструального цикла у большей части пациенток была 28 – 35 дней, тогда как длительность менструального цикла более 35 дней была выявлена только у 5 женщин. Физиологическая продолжительность менструального кровотечения (2 – 7 дня), определялась у большинства пациенток обеих групп, тогда как пациентки первой группы достоверно чаще отмечали менструации продолжительностью более 8 сопоставимы по количеству дней менструального цикла. Согласно полученным данным, длительность менструального цикла у большей части пациенток была 28 – 35 дней, тогда как длительность менструального цикла более 35 дней была выявлена только у 5 женщин. Физиологическая продолжительность менструального кровотечения (2 – 7 дня), определялась у большинства пациенток обеих групп, тогда как пациентки первой группы достоверно чаще отмечали менструации продолжительностью более 8 дней ($p \leq 0,05$). Нерегулярный менструальный цикл превалировал среди женщин первой группы ($p \leq 0,05$).

Достоверных различий при сравнении болевого синдрома во время менструации среди пациенток не выявлено ($p \geq 0,05$).

Средний возраст начала половой жизни у обследованных женщин достоверно не отличался ($p \geq 0,05$), средний возраст сексуального дебюта составил в первой группе – 16,91 лет, и 17,43 лет – во второй группе. Минимальный возраст начала половой жизни выявлен среди

женщин первой группы.

Гинекологическая заболеваемость обследованных женщин отражена в таблице 5,6.

Первое место в структуре гинекологической заболеваемости обследованных женщин заняли заболевания шейки матки, которые были выявлены у каждой второй среди всех обследованных женщин, при этом хронический цервицит выявлен у каждой третьей женщины первой группы и у каждой пятой – второй группы. На втором месте среди гинекологических заболеваний были бактериальный вагиноз и рецидивирующие вагиниты. Бактериальный вагиноз был в анамнезе у каждой четвертой женщины, а рецидивирующие вагиниты у каждой пятой пациентки. При этом следует отметить, что бактериальный вагиноз и рецидивирующие вагиниты также как и заболевания шейки матки достоверно чаще встречались у пациенток первой группы ($p \leq 0,05$).

Каждая пятая пациентка отмечала в анамнезе хронический сальпингоофорит, который с одинаковой частотой встречался в обеих группах ($p \geq 0,05$). Каждая тринадцатая пациентка указывала на наличие кистозных доброкачественных образований яичников, каждая десятая – на наличие аденомиоза, а у каждой седьмой – среди гинекологических заболеваний была миома матки. При этом миома матки была характерна для пациенток второй группы.

Выводы: Исходя из анализа приведенных выше результатов, следует отметить, что обследуемый контингент оказался сопоставим по основным клинико-анамнестическим параметрам: возрасту, социальному статусу, антропометрическим показателям. Не отмечено достоверных отличий при изучении возраста менархе, длительности менструального цикла, однако для женщин первой группы был характерен нерегулярный менструальный цикл.

Таблица 5.
Гинекологическая заболеваемость, n (%)

Группы	N	Миома	Эндо- метриоз	Киста яичников	Хронически й Сальпинго- офорит	Эктопия шейки матки	Хронически й цервицит
I	91 100%	10 11%	9 9,9%	8 7,7%	19 20,9%	19 20,9%	33 36,2%
II	25 100%	4 16%	3 12%	2 8%	5 20%	4 16%	5 20%
Всего	116 100%	14 12,1%	12 10,3%	10 8,6%	24 20,7%	23 19,8%	38 32,8%

Таблица 6.
Гинекологическая заболеваемость, n (%)

Группы	N	Лейкоплак ия шейки матки	Рецидивиру ющий вагинит	Бактериаль ный вагиноз	Инфекционно-воспалительные заболевания различной этиологии		
					Хлами- дийной	Гонорей- ной	Трихомо- надной
I	91 100%	1 1,1%	45 49,5%	60 65,9%	4 4,4%	1 1,1%	5 5,5%
II	25 100%	1 4%	4 16%	5 20%	1 4%	1 4%	1 4%
Всего	116 100%	2 1,7%	49 42,2%	65 56%	5 4,3%	2 1,7%	6 5,2

Не выявлено достоверных различий в возрасте сексуального дебюта, использовании методов контрацепции.

В то же время, для женщин с ПТД были достоверно более характерны заболевания мочевыделительной системы, варикозная болезнь.

У женщин с ПТД чаще выявлялись хронический цервицит, эктопия шейки матки, бактериальный вагиноз и вагиниты.

Источник финансирования: Нет

Список литературы.

1. *Adjoussou S.A.* Functional symptoms and associations of women with genital prolapse / S.A. Adjoussou, E. Bohoussou, S. Bastide [et al.] // *Prog Urol.* – 2014, 24(8), – p. 511-517
2. *Буянова С.Н.* Особенности лечения больных с тяжелыми и рецидивными формами пролапса гениталий в пожилом и старческом возрасте / С.Н. Буянова, М.В. Мгелиашвили, С.А. Петракова [et al.] // *Российский вестник акушера-*

гинеколога. – 2015, 15(4), – p. 81-84.

3. *Barbalat Y., Tunuguntla H.S.* Surgery for pelvic organ prolapse: a historical perspective // *Curr Urol Report.* – 2012, 13(3), – p. 256-261.

4. *Дивакова Т.С., Мицкевич Е.А.* Пролапс внутренних половых органов и стрессовое недержание мочи у женщин: патогенез, клиника, диагностика, современные подходы к лечению // *Репродуктивное здоровье в Беларуси.* – 2009, №5, – с. 21-37

5. *Яговдик И.Н.* Акушерская травма промежности в генезе пролапса гениталий / И.Н. Яговдик, Р.В. Кузнецов, Е.Н. Пашенко [и др.] // *Репродуктивное здоровье в Беларуси* – 2010, №5, – с. 57-66

6. *Ящук А.Г.* Хирургическое лечение стрессового недержания мочи у женщин с применением collagenового материала / А.Г. Ящук, И.И. Мусин, Е.М. Попова // *Экспериментальная и клиническая урология.* – 2015, №4, – с. 124-126
7. *Гутикова Л.В.* Опыт использования синтетических протезов в хирургии генитального пролапса / Л.В. Гутикова, Н.А. Нечипоренко, В.Л. Зверко // *Репродуктивное здоровье Восточная Европа.* – 2013, №4, – с. 59-63

8.Dillon B.E. A surprisingly low prevalence of demonstrable stress urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women with multiple sclerosis followed at a tertiary neurogenic bladder clinic / B.E.Dillon, C.A.Seideman, D.Lee, // J Urol. – 2013, 189(3), – p. 976-979

PERİPORTAL KARDİOMİOPATİYA HESTASİYA DÖVRÜNÜN ƏLVERİŞSİZ GEDİŞATININ RİSK FAKTORU KİMİ

Baxşiyev M.M., İbrahimova J.S.

Azərbaycan Tibb Universiteti. III daxili xəstəliklər kafedrası. Bakı, Azərbaycan

*Əlaqə üçün məlumatlar: AZ 1022 Bakı, Bakıxanov küçəsi 23.

Hazırda inkişaf etmiş ölkələrdə ürək-damar sistemi xəstəlikləri orta və ahıl yaşlı şəxslərdə ölümün əsas səbəbi olaraq qalmaqdadır. Qadınlarda kişilərə nisbətən ürək-damar sistemi xəstəliklərinin proqnozu daha pis olur. Göstəricilərdən məlum olmuşdur ki, birinci infarktdan və ya birinci infarktdan sonra bir il ərzində ölümlər, Lkain uzun illər ərzində qadınlarda ürək-damar xəstəlikləri tədqiqatlarına daxil edilməmişdir. Tədqiqatlar nəticəsində hamiləliyin ağırlaşmış gedişatının yeni nozoloji forması aşkar edilmişdir. Belə ağırlaşmalar doğuşdan sonrakı dövrünün ağırlaşmasına və ana ölümünə təsir göstərir. Lakin bu patologiyaya aid məlumatlar kifayət qədər zidiyyətlidir, əldə edilən mənbələr isə əsasən təsviredici xarakter daşıyır.

Açar sözlər: Portal kardiomiopatiya, hestasiya dövrü, risk faktoru, erkən estrogen çatışmazlığı

PERIPARTIAL CARDIOMYOPATHY AS A RISK FACTOR FOR AN UNFAVORABLE COURSE OF THE GESTATIONAL PERIOD

Bahshiyev M.M., İbrahimova J.S.

Azerbaijan Medical University. Department of Internal Diseases II . Bakı, Azerbaijan

*Contact information: AZ 1022 Bakı, Bakikhanov street 23.

At present, diseases of the cardiovascular system in developed countries remain the main cause of death in middle-aged and elderly people. Women have a worse prognosis for cardiovascular disease than men: more women die from their first myocardial infarction, and also during the first year of life after a heart attack, but for many years women were excluded from research on cardiovascular diseases. Recent studies have revealed a new nosological form of complicated pregnancy and the first months of the postpartum period, which affects maternal mortality. However, information concerning this pathology is contradictory, and the existing sources are mainly characterized by descriptive content.

Key words: Portal cardiomyopathy, gestational age, risk factor, early estrogen deficiency

Qadınlarda gestasion hipertenziya, hamiləlik zamanı bədən kütləsinin fizioloji artması və çəkinin patoloji artması, erkən estrogen çatışmazlığı, klimaks kimi əlverişli şərait yaradan amillərin fonunda meydana çıxan ÜDX-nin proqnozlaşdırılması və qarşısının alınması aktual məsələ olaraq qalır.

Ayrı-ayrı müəlliflərin məlumatlarına görə, ürək və damar xəstəliklərinə hamilə qadınların 10-32 %-də rast gəlinir və onların

baş vermə tezliyi durmadan artır [1]. Hamilə qadınların, doğuş edən və zahı qadınların ÜDX nəticəsində ölüm halları 0,2-2,5% təşkil edir [2], ana ölümünün (AÖ) bu səbəbinin xüsusən inkişaf etməkdə olan ölkələrdə xüsusi çəkisi yüksək olaraq qalır (15-20%-dək) və artmaqda davam edir [3]. Hətta iqtisadi cəhətdən inkişaf etmiş ölkələrdə belə ölüm hallarının səviyyəsi son illərdə zidiyyətli artım tendensiyasına malikdir [4]. Belə ki, ABŞ-da