

УДК 618.1-007.4-08

ФАКТОРЫ РИСКА ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ У ЖЕНЩИН**А.С. Устюжина¹, М.А. Солодилова², А.В. Полоников³, С.П. Пахомов⁴**¹ аспирант кафедры акушерства и гинекологии, врач акушер-гинеколог гинекологического отделения^{2,3} доктор биологических наук, профессор кафедры биологии, медицинской генетики и экологии⁴ доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии^{1,4} Белгородский государственный национальный исследовательский университет^{2,3} ФГБОУ ВО Курский государственный медицинский университет Минздрава России¹ ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа», Россия

Аннотация. Проблема пролапса гениталий имеет богатую социальную и медицинскую историю. Актуальность проблемы пролапса тазовых органов у женщин определяется стабильной и довольно высокой частотой. Несмотря на усилия многих поколений гинекологов, хирургов, анатомов и врачей других специальностей, единого мнения об этиологии и патогенезе этого состояния до сих пор не существует. В данной работе представлен анализ предполагаемых факторов риска развития пролапса органов малого таза.

Ключевые слова: пролапс гениталий, женщины, факторы риска, предрасположенность.

Актуальность работы.

Проблема пролапса гениталий не нова. Еще в 1760-1550 гг. до н.э. в одном из папирусов Эберта были найдены первые описания патологии [8].

Несмотря на столь длительные попытки найти причину данной патологии, до настоящего времени нет единого мнения относительно этиологии и патогенеза пролапса гениталий. В настоящее время пролапс тазовых органов рассматривается как полиэтиологическое заболевание.

Две основные причины развития пролапса гениталий – повышение внутрибрюшного давления и патология связочного аппарата. А.А. Безменко и И.В. Берлев считают, что пролапс тазовых органов может развиваться у женщин с отсутствием повреждений и нормальной функцией тазового дна исключительно вследствие чрезмерного повышения внутрибрюшного давления, так называемый пролапс от «усилия». Эта патология чаще наблюдается у сельских жительниц и у женщин, рано начавших заниматься физическим трудом [1]. Запоры, тяжелый физический труд, длительное статическое положение, наличие опухолей брюшной полости приводят к несостоятельности связочного аппарата и тазовой диафрагмы. [10]

Развитие пролапса у женщин, не испытывавших в жизни чрезмерных физических нагрузок, ученые объясняют системной слабостью соединительной ткани, травмами связочного аппарата половых органов и структур тазового дна, нарушениями микроциркуляции и трофики, дефицитом эстрогенов — так называемый пролапс от «слабости» [1].

В одной и той же возрастной группе распространенность пролапса тазовых органов выше у рожавших, чем у нерожавших женщин, что может свидетельствовать о значительной роли акушерской травмы в патогенезе пролапса [4]. Через 6 недель после родов через естественные родовые пути у 32 % женщин и после кесарева сечения – у 35 % имеет место пролапс органов малого таза [11].

Наблюдается тенденция к омоложению заболевания. Если несколько десятков лет назад опущение и выпадение половых органов рассматривалось как патологический процесс, типичный для пожилых женщин, то современные исследования показали, что пациентки репродуктивного возраста составляют не менее одной трети. [9].

В Российской Федерации, по данным В.Е. Радзинского, В.И. Краснопольского, С.Н. Буяновой, частота пролапса тазовых органов в настоящее время достигает 28-38,9 % среди гинекологических заболеваний [2, 6].

Пролапс органов малого таза у женщин иногда протекает бессимптомно, но чаще приводит к таким дисфункциям тазовых органов, как недержание мочи, нарушение дефекации, диспареуния, что в свою очередь приводит к ухудшению качества жизни женщин.

Факторы риска

Статистические исследования показывают, что среди факторов риска выделяют четыре группы факторов риска: предрасполагающие, провоцирующие, содействующие и декомпенсирующие. К предрасполагающим факторам относятся генетические и расовые: пролапсы у молодых женщин часто сопряжены с наследственными заболеваниями соединительной ткани, нейромиопатиями. Прослеживается семейный анамнез у близких родственников; у афроамериканских женщин частота встречаемости пролапса тазовых органов ниже, чем у представительниц европеоидной расы. Провоцирующие факторы приводят к повреждению структур тазового дна. К провоцирующим факторам относятся роды через естественные родовые пути, особенно крупным плодом,

операции на тазовом дне, гистерэктомия, повреждения мышц и нервов тазового дна. Среди содействующих факторов выделены ожирение, запоры, образ жизни и характер профессии, связанные с подъемом тяжестей, заболевания органов дыхания, сопровождающиеся длительным кашлем. К декомпенсирующим факторам отнесены возраст и период постменопаузы. Декомпенсация у женщин старшего периода происходит за счет физиологической гипозстрогении и атрофии мышечной, соединительной ткани тазового дна [3].

Учитывая имеющиеся данные, нами была поставлена задача оценить влияние факторов риска у жительниц Белгородской области.

Цель настоящего исследования – провести системный анализ анамнестических данных, влияющих на развитие пролапса тазовых органов у женщин Белгородской области. Настоящее исследование представляет собой анализ и выявление причинных факторов развития заболевания.

Материалы и методы

В 2018г. нами было проанализировано 135 женщин, среди которых было выделено 2 группы. Группа 1 (N=91) включала женщин, которые имели признаки пролапса тазовых органов. Группа 2 (N=44) состояла из женщин с объективно доказанным отсутствием пролапса. Исследование проводилось в гинекологическом отделении ОГБУЗ БОКБ Святителя Иоасафа.

Все обследуемые женщины являлись жительницами города Белгорода и Белгородской области.

Анализируя социально-биологические характеристики женщин (возраст, весо-ростовой показатель, продолжительность половой жизни, число половых партнеров), было установлено, что пациентки основной группы имели большую массу тела при сравнительно низком росте и более высокий индекс массы тела. Средний возраст начала половой жизни был выше ($20,50 \pm 2,53$), чем у женщин контрольной группы ($19,50 \pm 1,66$, $p < 0,05$). Число половых партнеров было одинаково в обеих группах.

При изучении менструальной функции было установлено, что средний возраст менархе у пациенток с пролапсом составлял 13,9 лет против возраста в контрольной группе – 13,0 ($p < 0,05$), при этом позднее становление менструальной функции (старше 14 лет) было зарегистрировано в 20,88 % \pm 4,26 ($p < 0,05$) случаев, в контрольной группе случаев позднего установления менструального цикла зарегистрировано не было.

Продолжительность менструаций и менструального цикла сравнительно одинаковы у представительниц обеих исследуемых групп. У пациенток с признаками пролапса тазовых органов менопауза наступала раньше, чем у здоровых женщин. Продолжительность менопаузы в основной группе 13,286 % \pm 8,633, в контрольной 9,568 % \pm 6,668 ($p < 0,05$).

Изучая репродуктивный анамнез, были получены следующие результаты.

Количество беременностей у женщин с признаками пролапса тазовых органов выше, чем в контрольной группе ($5,08 \pm 2,65$ против $3,31 \pm 1,70$, $p < 0,05$).

У 86,81 % \pm 3,55 женщин с пролапсом тазовых органов имелись 3 и более беременности, тогда как в контрольной группе этот показатель ниже и составлял 65,91 % \pm 7,15.

Среднее число родов у женщин с пролапсом тазовых органов $2,06 \pm 0,98$, в контрольной группе это число ниже – $1,54 \pm 0,76$ ($p < 0,05$), при этом вес детей не имел достоверных различий ($3672,66 \pm 444,37$ и $3617,20 \pm 354,80$, $p > 0,05$).

Отмечено большее количество родов в анамнезе у пациенток с опущением стенок влагалища. Так, двое родов отмечено у 58,24 \pm 5,17 %, а трое и более родов у 19,78 \pm 4,18 % исследуемых, у здоровых женщин эти показатели составляли 47,73 \pm 7,53 % и 2,27 \pm 2,25 % ($p < 0,05$) соответственно.

Обращает на себя внимание более частое наличие абортот у пациенток с опущением стенок влагалища ($2,62 \pm 2,36$ против $1,65 \pm 1,47$, $p < 0,05$).

Наличие одного выкидыша в анамнезе имели 21,98 \pm 4,34 % женщин, а 7,69 \pm 2,79 % женщин, два и более выкидыша в течение жизни, при этом в контрольной группе эти показатели составляли 9,09 \pm 4,33 % и 0 % соответственно ($p < 0,05$).

У 5,49 \pm 2,39 % ($p < 0,05$) женщин основной группы отмечалось отягощенное течение беременностей, аномалии родовой деятельности и быстрые и стремительные роды в анамнезе. В контрольной группе отягощенное течение беременности и родового акта отмечено не было.

У пациенток с пролапсом гениталий в 10,99 \pm 3,28 % ($p < 0,05$) случаев проводилась эпизиотомия, у здоровых женщин эпизиотомия не выполнялась (0 %).

Травматизация родовых путей играет важную роль в развитии пролапса гениталий, так, разрывы промежности и сочетанные разрывы родовых путей отмечены у 23,08 \pm 4,42 % и 23,08 \pm 4,42 % основной группы; в контрольной группе разрывы промежности были отмечены у 4,55 \pm 3,14 % ($p < 0,05$), сочетанных разрывов установлено не было.

Кровотечения в послеродовом периоде у пациенток основной группы встречались в 5,49 \pm 2,39 % ($p < 0,05$) случаев, тогда как в контрольной группе кровотечений не было отмечено.

При изучении гинекологических заболеваний было установлено, что сочетание нескольких нозологических форм у женщин основной группы встречалось в 21,98 \pm 4,34 % случаев, в контрольной группе доля сочетания нозологических форм гинекологических заболеваний составила 0 % ($p < 0,05$).

При анализе физической активности обращают на себя внимание физические нагрузки. Женщины, у которых развился пролапс, в 75,82 \pm 4,49 % отмечают выраженные физические нагрузки (занятия спортом,

тяжелый домашний труд), а $69,23 \pm 4,84$ % отмечают работу, связанную с подъемом тяжестей. В группе женщин без пролапса гениталий выраженные физические нагрузки в течение жизни встречались в $20,45 \pm 6,08$ % подъем тяжестей в $38,64 \pm 7,34$ % ($p < 0,05$).

Хронический бронхит в основной группе отмечался у 8 женщин, что составляло $8,79 \pm 2,97$ %, в контрольной группе хронический бронхит выявлен не был.

Нарушения функции ЖКТ в виде запоров встречались у $17,58 \pm 3,99$ % женщин основной группы, против $2,27 \pm 2,25$ % ($p < 0,05$) контрольной группы.

Изучение наследственного анамнеза позволило выявить достоверные различия в частоте пролапса у родственников 1 степени родства женщин основной ($23,08 \pm 4,42$ %) и контрольной группы ($2,27 \pm 2,25$ % ($p < 0,05$)).

Заключение.

В результате проведенного исследования можно заключить, что у женщин с пролапсом гениталий чаще отмечались позднее начало половой жизни и менархе, большее количество беременностей, родов, аборт и выкидышей, чаще встречались осложнения, связанные с беременностью и родами, в том числе послеродовые кровотечения и травматизация родовых путей. Нами была подтверждена высокая связь с тяжелыми нагрузками, подъемом тяжестей, наличием запоров. Женщины, страдающие пролапсом гениталий, имели больший индекс массы тела.

Отягощенный акушерский анамнез, наличие двух и более родов, роды крупным плодом, травматизация родовых путей являются основным фактором развития пролапса тазовых органов.

Нельзя не заметить, что тяжелые физические нагрузки, подъем тяжестей, которые в свою очередь повышают внутрибрюшное давление, негативно сказываются на связочном каркасе, приводят к его перерастяжению и прогрессированию пролапса.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Безменко, А.А. Этиология и патогенез генитального пролапса / А.А. Безменко, И.В. Берлев // Журнал акушерства и женских болезней. Выпуск 1/2011. – Том LX.
2. Буянова, С.Н. Обоснование выбора метода хирургической коррекции пролапса у женщин репродуктивного возраста / С.Н. Буянова, Т.Ю. Смольнова, И.Д. Рижинашвили и др. // Рос. вестн. акушера-гинеколога. – 2001. – Т. 1. – № 1.
3. Гвоздев, М.Ю. Пролапс тазовых органов. Методические рекомендации №3. / М.Ю. Гвоздев, Н.В. Тупикина, Г.Р. Касян и др. // М.: ИД «АБВ-пресс», 2016.
4. Дубинская, Е.Д. Клинические особенности и сексуальная функция у пациенток с ранними формами пролапса тазовых органов / Е.Д. Дубинская, И.А. Бабичева, С.Н. Колесникова и др. // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2015. – Т. 14 – № 6.
5. Зиганшин, А.М. Метод прогнозирования факторов риска развития пролапса тазовых органов / А.М. Зиганшин, В.А. Кулавский // Таврический медико-биологический вестник. – 2016. – Т. 19 – 2.
6. Краснопольский, В.И. Хирургическое лечение больных с опущением и выпадением внутренних половых органов и профилактика опущения купола влагалища после гистерэктомии./ В.И. Краснопольский, С.Н. Буянова, Н.А. Щукина и др. // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2006. – № 6 (4).
7. Михальчук, Н.С. Анатомическое и функциональное состояние мочевыводящих путей и почек у женщин с генитальным пролапсом / Н.С. Михальчук, А.Ю. Прудко, Н.А. Нечипоренко // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2012. – № 4 (40).
8. Радзинский, В.Е. Перинеология. Опущение и выпадение половых органов: учебное пособие / В.Е. Радзинский и др. – Москва, 2008.
9. Радзинский, В.Е. Особенности накопления коллагенов I и III типов и эластина в связочном аппарате матки при пролапсах гениталий / В.Е. Радзинский, М.Л. Ханзадян, Т.А. Демура // Медицинский вестник Юга России. – 2014.
10. Banakhevych R.M. Analysis of extragenital factors in the development of recurrence of genital prolapse / R.M. Banakhevych, K.B. Akimova, K.A. Parienko et al // Zaporozhye Medical Journal. – 2014. – № 5 (86).
11. Memon NU, Handa VL. Vaginal childbirth and pelvic floor disorders. Womens Health. 2013; 9(3): 265-277. Doi: 10.2217/whe.13.17

Материал поступил в редакцию 23.10.19

RISK FACTORS FOR GENITAL PROLAPSE IN WOMEN

A.S. Ustyuzhina¹, M.A. Solodilova², A.V. Polonikov³, S.P. Pakhomov⁴

¹ Postgraduate at the Department of Obstetrics and Gynecology,
Obstetrician-Gynecologist of Gynecological Department,

^{2,3} Doctor of Biological Sciences, Professor at the Department of Biology Medical Genetics and Ecology,

⁴ Doctor of Medical Sciences, Professor at the Department of Obstetrics and Gynecology

^{1,4} Belgorod National Research University,

^{2,3} Kursk State Medical University of the Federal Agency of Public Health and Social Development,

¹ Belgorod Regional Clinical Hospital of St. Joasaph (Russia)

Abstract. *The problem of genital prolapse has a rich social and medical history. The urgency of the problem of pelvic organ prolapse in women is determined by a stable and fairly high frequency. Despite the efforts of many generations of gynecologists, surgeons, anatomists and doctors of other specialties, there is still no consensus about the etiology and pathogenesis of this condition. This paper presents an analysis of the estimated risk factors for pelvic prolapse.*

Keywords: *genital prolapse, women, risk factors, predisposition.*