

ПРОФИЛАКТИКА ГЕНИТАЛЬНОГО ПРОЛАПСА У ЖЕНЩИН В ПОЗДНИЙ ПОСЛЕРОДОВОЙ ПЕРИОД (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

PREVENTION OF GENITAL PROTECTION IN WOMEN IN LATE POSTNATAL PERIOD (LITERATURE REVIEW)

Salpagarova Farida Khaji-Magametovna

Summary. The analysis of the literature data suggests that even after physiological childbirth, patients are threatened with the development of genital prolapse in the future. Many issues related to this problem are controversial and insufficiently studied, especially with regard to the tactics of preventing genital prolapse in women in the late postpartum period. Continuation of this study will increase the effectiveness of prevention and treatment of genital prolapse in women in the late postpartum period and reduce the number of reconstructive plastic surgeries on female genital organs, and will lead to an improvement in the quality of life.

Keywords: genital prolapse, postpartum period, prevention.

Салпагарова Фариды Хаджи-Магаметовна
Аспирант, Ставропольский Государственный
Медицинский Университет
fsalpagarova@list.ru

Аннотация. Проведенный анализ литературных данных дает основание считать, что даже после физиологических родов пациенткам в дальнейшем угрожает развитие пролапса гениталий. Многие вопросы, касающиеся этой проблемы, противоречивы и недостаточно изучены, особенно это касается тактики профилактики пролапса гениталий у женщин в позднем послеродовом периоде. Продолжение данного исследования позволит повысить эффективность профилактики и лечения генитального пролапса у женщин в поздней послеродовой период и снизить количество реконструктивно-пластических операций на женских половых органах, приведет к улучшению качества жизни.

Ключевые слова: генитальный пролапс, послеродовой период, профилактика.

Введение

Пролапс гениталий — это медицинская, социально-экономическая и психологическая проблема, которая существенно снижает качество жизни женщины. Пролапс тазовых органов среди гинекологических нозологий составляет 19,9–49,6% [1–3]. Однако, на наш взгляд, истинное количество пролапса гениталий недооценивается, поскольку данные основаны лишь на учете обращения пациенток в отделения оперативной гинекологии высокопрофильных стационаров.

Актуальность проблемы заключается также в увеличении гистеректомий, проводимых из-за различных заболеваний матки и придатков. Известно, что риск развития тазового пролапса повышается у пациенток, перенесших гистерэктомию (вагинальную или абдоминальную), особенно у больных с различными проявлениями дисплазии соединительной ткани, имеющими особую генетическую предрасположенность к возникновению тазового пролапса [4,5].

Во время гистеректомий происходит повреждение тазового нервного сплетения в основном на этапе

удаления шейки матки [6], нарушения васкуляризации тазовых органов и физиологических анатомических взаимоотношений между органами малого таза, что в дальнейшем обуславливает возникновение их функциональных расстройств [7, 8].

Кроме этого, актуальность проблемы опущения и выпадения внутренних половых органов определяется стабильно большим количеством рецидивов после оперативного лечения, которые достигают 33% в первые три года после операции [9–11].

Цель ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ литературных данных по вопросам профилактики генитального пролапса у женщин в поздний послеродовой период.

Генитальный пролапс (ГП) занимает одно из ведущих мест среди гинекологических заболеваний, а среди показаний к операции в гинекологической практике ГП находится на третьем месте после доброкачественных опухолей и эндометриоза, что подтверждает актуальность и значимость проблемы [12].

Пролапс гениталий обычно вызывает значительные нарушения качества жизни и снижение работоспособности у женщин, уродинамические и проктологические осложнения у каждой третьей женщины (недержание мочи, дисхезию). ГП и связанные с ним расстройства приводят к нарушениям социального, психологического и клинического состояния женщин в виде социальной изоляции, депрессии, сексуальной дисфункции и т.д. [13].

Заболевание, как правило, начинается в репродуктивном возрасте и имеет всегда прогрессивный характер. Причем по мере развития процесса углубляются и функциональные нарушения, которые, часто наслаиваясь, обуславливают не только физические страдания, но и делают данных пациенток частично или полностью нетрудоспособными [12, 14, 15].

Пролапс гениталий — это полиэтиологическое заболевание [16, 17]. Однако до сих пор не существует единого мнения относительно этиологии и патогенеза пролапса гениталий [18–20].

Выделяют четыре основные причины, приводящие к повышению внутрибрюшного давления и несостоятельности мышц тазового дна:

- ◆ травма тазового дна во время патологических родов, перенесенные операции на тазовом дне, гистерэктомия;
- ◆ врожденная дисплазия соединительной ткани, связанная с нарушением метаболизма коллагена;
- ◆ дефицит эстрогенов в результате наступления перименопаузы;
- ◆ хронические заболевания, сопровождающиеся нарушением обменных процессов, микроциркуляции [16, 18].

Акушерские травмы мышц тазового дна достигают 40%. Вес плода и способ родоразрешения являются важными факторами в генезисе пролапса гениталий [21]. По данным некоторых авторов, многократные роды увеличивают риск развития заболевания в 3 раза, причем при 2 родах и более риск развития пролапса гениталий увеличивается в 4–5 раз, а при 4 родах — в 11–12 раз [22, 23].

Длительные роды через естественные родовые пути более 12 часов играют значительную роль в генезисе пролапса гениталий, чем акушерские щипцы и вес плода [24]. Заживление швов раны вторичным натяжением, поздняя активизация после родов и физический труд во время беременности [25] приводят к развитию пролапса гениталий.

Некоторые ученые считают, что кесарево сечение является защитным вариантом для тазового дна [26].

Однако в литературе описаны случаи развития ГП у не рожавших женщин [27], и у женщин после кесарева сечения [28, 29], что свидетельствует о конституциональном факторе и генетической предрасположенности.

Возникает вопрос: является ли отсутствие вагинальных родов профилактикой пролапса гениталий? А. Мас Леппан и соавт. (2000) [30] считают, что любая беременность, которая продолжается более 20 недель, независимо от способа родоразрешения, повышает риск развития патологии тазового дна. Е. Sze и соавт. (2002) [24] объясняют, что негативное влияние первого периода родов значительно превышает второго периода, поскольку длительное время существует повышенная нагрузка на тазовое дно, что впоследствии может спровоцировать пролапс. Однако в исследованиях В. Deval и соавт. (2002) [31] не обнаружено достоверных различий по частоте возникновения пролапса в группах женщин после вагинальных родов и кесарева сечения.

Таким образом, поставленный вопрос остается без однозначного ответа, и можно предположить, что не-однократные роды через естественные родовые пути является существенным, но не единственным фактором риска возникновения ГП.

В настоящее время существуют различные методы профилактики пролапса гениталий, своевременное и правильное использование которых помогает избежать данной патологии, улучшает состояние пациенток и избавляет их от многих симптомов дискомфорта.

К методам профилактики пролапса гениталий у женщин относятся поведенческая терапия, основными элементами которой являются изменение образа жизни и корректирующая гимнастика для тренировки мышц тазового дна [28], метаболическая и энзимотерапия [32, 33].

В качестве профилактики пролапса гениталий обычно в первую очередь рассматривается тренировка мышц тазового дна, которые поддерживают внутренние органы: матку, мочевой пузырь, прямую кишку в анатомически правильном положении. Такие тренировки способствуют увеличению объема мышечной массы мускулатуры тазового дна и усилению рефлекторного сокращения указанных мышц. Для тренировки мышц тазового дна и лечебной физкультуры в первую очередь используют упражнения Кегеля [34].

Также показано, что для укрепления мышц тазового дна весьма эффективны электронные тренажеры, действие которых основано на стимуляции мускулатуры тазового дна слабыми электроимпульсами. Специ-

альные программы позволяют устранить опущение органов малого таза, недержание мочи, способствуют профилактике и лечению различных гинекологических и урологических заболеваний.

Особое значение при профилактике и лечении ГП имеют методы физиотерапии, к которым относятся: ИК-лазеротерапия, ТНЧ-терапия, электрофорез, импульсные токи, различные виды массажа и тренировок [5].

Заключение

Проведенный анализ литературных данных дает основание считать, что даже после физиологических родов пациенткам в дальнейшем угрожает развитие пролапса гениталий. Многие вопросы, касающиеся этой проблемы, противоречивы и недостаточно изучены, особенно это касается тактики профилактики пролапса гениталий у женщин в позднем послеродовом перио-

де. С целью профилактики развития и прогрессирования пролапса гениталий через 2–3 месяца после родов целесообразно применять вагинальный тренажер, что позволит восстановить тонус мышц после родов в более короткие сроки.

Таким образом, в результате анализа литературы, можно сделать вывод о том, что на сегодня пролапс гениталий необходимо рассматривать как мультифакторное заболевание, понимание этиологии и патогенеза которого требует проведения дальнейших исследований.

Продолжение данного исследования позволит повысить эффективность профилактики и лечения генитального пролапса у женщин в поздней послеродовой период и снизить количество реконструктивно-пластических операций на женских половых органах, приведет к улучшению качества жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гусева Е.С. Современные подходы к решению проблемы генитального пролапса влагалищным доступом // Журнал акушерства и женских болезней. 2013; 62;:51–62.
2. Негмаджанов Б.Б., Насимова Н.Р., Ганиев Ф.И. Хирургическое лечение пролапса гениталий женщин репродуктивного возраста // Достижения науки и образования. 2019; 10 (51):31–36.
3. Ганиев Ф.И., Шавкатов Х.Ш., Шопулатов Э.Х., Насимова Н.Р. Гинекологическое здоровье и качество жизни женщин после хирургической коррекции пролапса гениталий // Достижения науки и образования. 2019; 10 (51): 83–87.
4. Глыбочко П.В., Леваков С.А., Крапивин А.А., Ванке Н.С. Опыт применения метода экстраперитонеальной кольпопексии с использованием синтетических имплантов при коррекции генитального пролапса // Гинекология. 2014; 16(5): 14–17.
5. Доброхотова Ю.Э., Ильина И.Ю. Эффективность консервативного лечения пролапса гениталий после родов с использованием вагинального тренажера // РМЖ. Мать и дитя. 2017; 26:1908–1912.
6. Ищенко А.И., Александров Л.С., Горбенко О.Ю. Оптимизированный подход к хирургической коррекции и профилактике генитального пролапса у женщин // Сеченовский вестник. 2014; 2 (16): 72–77.
7. Полянин Д.В., Лукач А.А., Британ М.С. Осложнения оперативного лечения пролапса гениталий различных стадий // Вестник Уральской медицинской академической науки. 2012; 1 (38): 76–78.
8. Yashchuk A.G., Timersheina I.R., Maslennikov A.V. The Condition of vascular-platelet hemostasis in patients with genital prolapse // Kazanskiy meditsinskiy zhurnal. 2011; 92 (1): 53–55.
9. Байбулатова Л.Р., Бакиева Э.А., Колосова Е.Г., Кутлубаева Э.Р. Медико-социальные проблемы пролапса гениталий у женщин // Студенческий вестник. 2020; 11–1 (109):101–104.
10. Доброхотова Ю.Э., Камалов А.А., Слободянюк Б.А., Нагиева Т.С.К., Хлынова С.А., Димитрова В.И. Особенности сексуальной функции у пациенток с пролапсом гениталий // Акушерство и гинекология. 2020; 8:112–119.
11. Price N., Slack A., Jwarah E., Jackson S. The incidence of reoperation for surgically treated pelvic organ prolapse: an 11-year experience // Menopause Int. 2008; 14 (4):145–148.
12. Лологаева М.С., Арютин Д.Г., Оразов М.Р. Пролапс тазовых органов в XXI в. // Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. 2019; 7 (3): 76–82.
13. Буянова С.Н., Щукина Н.А., Зубова Е.С. Пролапс гениталий // Российский вестник акушера-гинеколога. 2017;17 (1):37–45.
14. Chughtai B., Mao J., Buck J. Use and risks of surgical mesh for pelvic organ prolapse surgery in women in New York state: population based cohort study // BMJ. 2015; 2: 2685.
15. Basu M., Wise B., Duckett J. Urgency resolution following prolapse surgery: is voiding important? // Int Urogynecol J. 2013; 24(8): 1309–1313.
16. Ищенко А.И., Александров Л.С., Чушков Ю.В. Пролапс тазовых органов: патоморфологические аспекты // Российский вестник акушера-гинеколога. 2012; 12(2): 51–57.
17. Сухих Г.Т., Данилов А.Ю., Боташева Д.А. Некоторые аспекты развития пролапса гениталий // Российский вестник акушера-гинеколога. 2011; :33–37.

18. Устюжина А.С., Солодилова М.А., Полоников А.В., Пахомов С.П., Шокирова У.Г. Признаки дисплазии соединительной ткани у женщин с пролапсом гениталий // Акушерство, гинекология и репродукция. 2021; 15 (1): 32–40.
19. Тимошкова Ю.Л., Шмидт А.А., Курманбаев Т.Е., Комиссарова Ю.В., Кубасов М.В. Анамнестические факторы риска пролапса гениталий у женщин // Вятский медицинский вестник. 2021; № 1 (69): 59–63.
20. Tegerstedt G., Miedel A., Maehle-Schmidt M. Obstetric risk factors for symptomatic prolapse: a population-based approach // Am.J. Obstet. Gynecol. 2006; 194 (1): 75–81.
21. Смольнова Т.Ю., Адамян Л.В. Динамика фенотипических признаков синдрома дисплазии соединительной ткани в различные возрастные периоды. Актуальность проблемы в акушерстве и гинекологии // Акушерство и гинекология. 2013; 4: 74–49.
22. Busacchi P. Abnormalities of somatic peptide containing nerves suppling the pelvic flour of women with genitourinary prolapsed and stress urinary encontinence // Urology. 2004; 63(3): 591–595.
23. Lien K.C., Morgan D.M., Delancey J.O. Pudendal nerve stretch during vaginal birth: a 3-D computer simulation // Am.J. Obstet. Gynec. 2005; 192: 1669–1676.
24. Sze E. H., Sherard G.B., Dolezal J.M. Pregnancy Labor delivery, and pelvic organ prolapse // Obstet. Gynaec. 2002; 100 (5): 981–986.
25. Bodner-Adler B. Risk factors for uterine prolapse in Nepal // Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor. Dysfunct. 2007; 18(11): 1343–1346.
26. Zong W., Stein S.E., Starcher B.A Iteration of vaginal elastin metabolism in women with pelvic organ prolapse // Obstet. Gynecol. 2010; 953–961.
27. Deval B., Rafii A., Poilpot S. Prolapse in the young woman: study of risk factors // Gynecol. Obstet. Fertil. 2002; 30 (9): 673–676.
28. Веропотвелян П.Н., Леуш С.С., Веропотвелян Н.П., Гужевская И.В. Современный взгляд на пролапс гениталий // Здоровье женщины. 2012; 5 (71): 40.
29. Buchsbaum G.M., Ducy E.E., Kerr L.A. Pelvic organ prolapsed in nulliparous women and their parous sisters // Obstet. Gynecol. 2006; 108 (6): 1388–1393.
30. MacLennan A.H., Taylor A.W., Wilson D. The prevalence of pelvic floor disorders and their relationship to gender, age, parity and mode of delivery // BJOG. 2000; 107(12): 1460–1470
31. Chappie C.R., Brubaker L., Haab R Patient-peraived outcomes in the treatment of stress urinary incontinence: focus on urethral injection therapy // Int. urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunc. 2007; 128920: 199–205.
32. Федорова А.А. Новый подход к лечению пролапса гениталий // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. 2019;18: 54–58.
33. Смольнова Т.Ю., Чупрынин В.Д. Пролапс гениталий: взгляд на проблему // Акушерство и гинекология. 2018; 10: 33–40.
34. Гиганшин А.М., Кулавский В.А., Ящук А.Г., Маслеников А.В., Кулавский Е.В. Характеристика факторов риска и клинических проявлений пролапса гениталий у нерожавших женщин // Акушерство и гинекология. Новости. Мнения. Обучение. 2018; 2 (20): 58–63.

© Салпагарова Фарида Хаджи-Магаметовна (fsalpagarova@list.ru).

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»



Ставропольский Государственный медицинский университет