

АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ

УДК 618.13/.15-007.4

*Алайя Ламиа**Харьковский национальный медицинский университет***ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ
ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ**

Показана роль синдрома дисплазии соединительной ткани с развитием пролапса гениталий. Выявлена высокая зависимость возникновения пролапса гениталий от паритета. Сделан вывод, что обнаруженные фенотипические проявления синдрома дисплазии соединительной ткани в последующем приводят к пролапсу гениталий.

Ключевые слова: пролапс гениталий, дисплазия соединительной ткани, перинатальные факторы риска.

В настоящее время в структуре гинекологической патологии частота встречаемости пролапса гениталий составляет, по данным различных авторов, от 1,7 до 28,0 %. Среди женщин старше 40 лет этот показатель значительно выше и достигает 34,7 % [1, 2].

Пролапсу гениталий сопутствует широкий спектр нарушений. У 85,5 % больных с опущением и выпадением внутренних половых органов развиваются функциональные расстройства смежных органов: недержание мочи – у 70,1 % пациенток, нарушение дефекации – у 36,5 %, диспареуния – у 53,3 % [1, 3].

Многие годы ведутся дискуссии об этиологии и патогенезе пролапса гениталий, но ни одна из теорий не дает полного объяснения причин его возникновения [2–4]. Однако все исследователи сходятся во мнении, что основной фактор развития пролапса – это нарушенное состояние тазового дна.

Для возникновения опущения половых органов одним из важных аспектов является нарушение анатомической целостности и функционирования связочного аппарата матки. И в этом плане особое значение имеют факторы, ослабляющие мышцы тазового дна: неоднократные беременности и роды, роды крупным плодом, роды, осложненные разрывами мягких родовых путей, перименопаузальный период [4].

Кроме того, большая роль в патогенезе пролапса гениталий отводится дисплазии со-

единительной ткани, основной функцией которой является структурная поддержка других тканей [5–6]. Дисплазия соединительной ткани характеризуется многочисленными клиническими проявлениями с определенными врожденными висцеромоторными поражениями в эмбриональном или постнатальном периодах.

В настоящее время принято считать, что пролапс гениталий является полиэтиологической патологией [7].

Целью исследования явилось изучение влияния репродуктивного анамнеза, течения перименопаузального периода и взаимосвязи синдрома дисплазии соединительной ткани с развитием пролапса гениталий.

Материал и методы. Проведено обследование 40 женщин в возрасте 46–76 лет. Первую группу составили 25 (62,5 %) больных с пролапсом гениталий, вторую (контрольную) группу – 15 (37,5 %) пациенток без признаков пролапса гениталий. В первой группе средний возраст пациенток составил (54,3±2,02) года, во второй группе – (56,7±1,79) лет.

Синдром дисплазии соединительной ткани устанавливался на основании фенотипических маркеров (вовлечение трех и более анатомо-физиологических систем), показателей УЗИ, ЭхоКГ, данных общелабораторных, рентгенологических методов исследования. Проводили оценку тяжести субъективной симптоматики перименопаузальных нару-

© Алайя Ламиа, 2015

шений (индекс Купермана), а также урогенитальной симптоматики на основании классификации жалоб. Данные репродуктивного анамнеза, результаты общеклинического обследования статистически обработали с использованием t-критерия Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. При изучении данных анамнеза у больных обращает на себя внимание наличие экстрагенитальной патологии, в том числе заболеваний, свидетельствующих о системной недостаточности соединительной ткани (варикозная болезнь, кифосколиоз, грыжи различной локализации), заболевания пищеварительной системы, легочной системы, приводящие к повышению внутрибрюшного давления.

Заболевания опорно-двигательного аппарата (остеохондроз, плоскостопие) у женщин первой группы были выявлены у 18 (72,0 %), а во второй группе только у одной (6,7 %) пациентки. Следует отметить, что частота варикозного расширения вен нижних конечностей в группах принципиально не различалась. В 36,0 % случаев у больных первой группы было уплощение поясничного лордоза, крестца, что создавало впечатления «плоской спины». Мышечная гипотония представлена жалобами на трудности при вставании с кровати по утрам, на снижение индекса мышечной массы. Симптом «плоская спина» в сочетании с плоскостопием, мышечной гипотрофией в пубертате ведет к нарушению формы крестцовой впадины, изменению оси таза и развитию пролапса гениталий. Такой признак, как гипермобильность локтевых суставов, отмечался у 26 (65,0 %) больных обеих групп, гипермобильность коленных суставов – у 19 (47,5 %), подвижность в пястно-фаланговом суставе большого пальца кисти – у 4 (10,0 %) пациенток. Частота пролабирования митрального клапана обнаружена у 18 (45,0 %) больных.

Таким образом, нами обнаружены наиболее значимые фенотипические проявления синдрома дисплазии соединительной ткани, которые в последующем могут привести к пролапсу гениталий.

Отягощенная наследственность (пролапс гениталий у матери, сестры) была выявлена у 6 (24,0 %) пациенток первой группы и у одной (6,7 %) – второй группы.

При дальнейшем исследовании выявлена зависимость между возникновением пролапса гениталий и количеством беременностей. У пациенток первой группы процент родов составил 44,0 (11 женщин), количество

абортов – 60,0 % (15 женщин). У пациенток второй группы этот показатель выглядел следующим образом: родов – 33,3 % (5 женщин), искусственных абортов – 46,7 % (7 женщин). У 6 (24,0 %) пациенток первой группы роды протекали с осложнениями (стремительные, затяжные, крупный плод, разрывы мягких родовых путей и т. д.). Во второй группе осложненные роды имели место у 3 (20,0 %) женщин.

При дальнейшем анализе изучены особенности течения перименопаузальных нарушений в зависимости от количества родов. Так, в первой группе доля урогенитальных расстройств составила 76,0 %. Изучение влияния количества медицинских абортов выявили положительную корреляционную связь между развитием урогенитальных перименопаузальных нарушений и количеством перенесенных абортов ($r=0,85$).

При гинекологическом осмотре степень выраженности генитального пролапса оценивали согласно классификации М.С. Малиновского [1]. В первой группе наблюдался генитальный пролапс I степени.

Значение индекса Купермана в обеих группах не различалось и составляло 23,0 и 21,7 соответственно ($p>0,05$). Среди пациенток с генитальным пролапсом отмечался высокий процент различных видов недержания мочи. Так, нарушения при мочеиспускании испытывала 21 (84,0 %) пациентка, из них стрессовое недержание мочи наблюдалось в 8 (38,1 %) случаях, императивное недержание мочи – в 6 (28,6 %), смешанный тип недержания мочи – у 3 (14,3 %) больных.

Выводы

Выявлена достаточно высокая зависимость возникновения пролапса гениталий от паритета. У многорожавших женщин, имевших осложненные роды, вероятность развития пролапса гениталий в перименопаузальном периоде высокая.

К группе риска развития перименопаузальных нарушений с опущением стенок влагалища, различными видами недержания мочи следует отнести женщин, имеющих больше трех абортов.

Пролапс гениталий является проявлением синдрома дисплазии соединительной ткани, имея тесную взаимосвязь с его фенотипическими проявлениями.

Развитие пролапса гениталий в перименопаузе определяется состоянием соединительнотканного матрикса, а роды и родовой

травматизм, вероятно, являются провоцирующим фактором.

Перспективность исследования. Выявленные перинатальные факторы риска, влияющие на возникновение пролапса гени-

талей, позволят врачам прогнозировать и своевременно проводить комплекс лечебно-профилактических мероприятий, направленных на снижение частоты и тяжести пролапса гениталий.

Литература

1. Перинеология / под. ред. В.Е. Радзинского. – Москва: Мед. информ. агентство, 2006. – 336 с.
2. Сухих Г.Т. Поиск этиологических факторов пролапса гениталий / Г.Т. Сухих, А.Ю. Данилов, Д.А. Боташева // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2010. – Т. 10, № 5. – С. 28–32.
3. Гусева Е.С. Современные подходы к решению проблемы генитального пролапса влагалищным доступом / Е.С. Гусева // Журнал акушерства и женских болезней. – 2013. – Т. LXII, № 2. – С. 51–62.
4. Бахаев В.В. Рабочая классификация пролапса гениталий у женщин / В.В. Бахаев // Журнал акушерства и женских болезней. – 2009. – Т. 58, № 5. – С. 18–20.
5. Ильина И.Ю. Влияние дисплазии соединительной ткани на развитие пролапса гениталий / И.Ю. Ильина, Ю.Э. Доброхотова, М.С. Жданова // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2009. – Т. 9, № 4. – С. 15–18.
6. Гутикова Л.В. Дисплазия соединительной ткани в генезе пролапса гениталий: определение тактики ведения пациенток / Л.В. Гутикова, Т.В. Новицкая, В.Л. Зверко // Актуальные вопросы акушерства и гинекологии: материалы Республ. научн.-практ. конф. с междунар. участием, посвященной 50-летию кафедры. акушерства и гинекологии УО «ГрГМУ» (20–21 октября 2011 г.). – Гродно: ГрГМУ, 2011. – С. 42–44.
7. Балан В.Е. Принципы заместительной гормональной терапии урогенитальных расстройств / В.Е. Балан // Cousilium Medicum. – 2003. – Т. 5, № 7. – С. 413–417.

Алайя Ламіа

ПЕРИНАТАЛЬНІ АСПЕКТИ ПРОГНОЗУВАННЯ ПРОЛАПСУ ГЕНІТАЛІЙ

Показано роль синдрому дисплазії сполучної тканини в розвитку пролапсу геніталій. Виявлено високу залежність виникнення пролапсу геніталій від паритету. Зроблено висновок, що фенотипічні прояви синдрому дисплазії сполучної тканини в наступному призводять до пролапсу геніталій.

Ключові слова: пролапс геніталій, дисплазія сполучної тканини, перинатальні фактори ризику.

Alaya Lamia

PERINATAL ASPECTS OF FORECASTING PROLAPSE

A study on reproductive history, current perimenopausal period and the relationship of connective tissue dysplasia syndrome with the development of genital prolapse. The high dependence of the occurrence of genital prolapse from parity. The observed phenotype syndrome dysplasia of connective tissue subsequently lead to genital prolapse.

Key words: genital prolapse, connective tissue dysplasia, perinatal risk factors.

Поступила 21.09.15