

ПРОЛАПС ГЕНИТАЛИЙ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА: ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И ПРОБЛЕМЫ КОНТРАЦЕПЦИИ

Н.Р. НАСИМОВА

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

РЕПРОДУКТИВ ЁШДАГИ АЁЛЛАРДА ГЕНИТАЛ ПРОЛАПСИНИ КЕЛИБ ЧИҚИШ САБАБЛАРИ ВА КОНТРАЦЕПЦИЯ МАСАЛАЛАРИ

Н.Р. НАСИМОВА

Самарканд Давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд

GENITAL PROLAPSE IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE: CAUSES AND ISSUES CONTRACEPTIVE

N.R. NASIMOVA

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

Опущение стенок вагины или вагинальный пролапс представляет собой аномальное состояние в женской половой системе, которое в основном возникает у рожавших женщин после пятидесяти лет вследствие ослабления тазового дна, но оно может возникать и у женщин в возрасте от 30 до 45 лет (сорок случаев из ста), а также до тридцати лет (десять случаев из ста). Опущение влагалища не всегда сопряжено с родовым процессом, в трех процентах случаев аномальное состояние развивается у молодых и нерожавших девушек [4,7,10]. Опущение и выпадение половых органов – заболевание полиэтиологическое, основу которого составляют дистрофия и несостоятельность связочного аппарата матки и мышц тазового дна, повышенное внутрибрюшное давление. Важная роль в происхождении данной патологии отводится факторам, определяющим давление на половые органы сверху. Кроме того, развитию опущения и выпадения половых органов способствуют физические, генетические и психологические факторы [5,8,10]. Все нарушения структуры и функции тазового дна, передней брюшной стенки и связочного аппарата матки способствуют опущению и выпадению матки и стенок влагалища [2,7,9].

В процессе развития болезни опущению может подвергаться либо передняя, либо задняя стенка влагалища, а могут и одновременно обе. В клинической практике чаще всего встречается опущение передней стенки, которое неизбежно сопровождается опущением мочевого пузыря и уретры. При опущении задней стенки влагалища высок риск опущения или выпадения прямой кишки.

В патогенезе пролапса половых органов у молодых нерожавших женщин или имеющих одни не осложненные роды с неизменным гормональным фоном и нормальными социальными условиями ведущую роль играет систем-

ный дефект соединительной ткани [1,6,9]. Под влиянием любого из перечисленных факторов или их сочетания возникает функциональная несостоятельность связочного аппарата внутренних половых органов и тазового дна. На этом фоне органы начинают выходить за пределы тазового дна.

Опущение стенок влагалища могут быть различной степени:

- Первая степень - опущение задней, передней или обеих стенок влагалища, при этом сама вульва не выходит за границы входа.

- Вторая степень - частичное опущение передней стенки влагалища с частью мочевого пузыря (цистоцеле) или задней стенки с частью прямой кишки (ректоцеле), сопровождающееся выпиранием стенок наружу.

- Третья степень - полное опущение стенок влагалища, в основном сопровождается выпадением матки.

Часто пролапсу гениталий способствует цистоцеле. Основными причинами цистоцеле являются ослабление пубоцервикальной фасции, расхождение кардинальных связок, дефект детрузорной мышцы. Формирование цистоцеле сопровождается деформацией передней стенки влагалища, уретровезикального сегмента и нарушением мочеиспускания [3,9]. В генезе выпадения половых органов имеет значение не только общее количество родов, но и особенности их течения. Даже при не осложненном течении у 20% женщин обнаруживается замедление дистальной проводимости срамных нервов (в 15% случаев – преходящее). Это позволяет предположить повреждение в родах пояснично-крестцового сплетения, в результате которого развивается паралич запирающего, бедренного и седалищного нервов и, как следствие, инконтиненция мочи и кала.

Одной из причин развития данной патологии считается повышение внутрибрюшного дав-

ления экзо- и эндогенного характера и несостоятельность тазового дна вследствие нескольких причин или их сочетания. К ним относятся:

- посттравматическое повреждение тазового дна (чаще возникает во время родов);
- несостоятельность соединительнотканых структур в виде “системной недостаточности” (проявляется наличием грыж других локализаций, опущением внутренних органов);
- нарушение синтеза стероидных гормонов;
- хронические заболевания, сопровождающиеся нарушением обменных процессов, микроциркуляции.

В нормальных условиях давление на половые органы сверху уравновешивается противодействием тазового дна и передней брюшной стенки [6,8]. Компенсаторное усиление деятельности брюшного пресса временно удерживает опущение половых органов. Однако постепенно компенсаторная функция истощается, давление внутренностей на половые органы нарастает, связочный аппарат матки расслабляется и начинается ее смещение книзу. Расслабленное тазовое дно уже не представляет собой опору для половых органов, и смещение книзу увеличивается [10,13,17]. Предрасполагающими факторами некоторые авторы считают инфантилизм, врожденную недостаточность связочно-мышечного аппарата, такие неблагоприятные факторы, как дефицит массы тела в сочетании с физически тяжелым трудом, атрофия половых органов у пожилых [1,6,15]. Прежде всего опускается передняя стенка влагалища, прикрепляющаяся к мочеполовой диафрагме, которая значительно слабее диафрагмы таза.

Пролапс тазовых органов часто развивается при травме промежности в сочетании с повышением внутрибрюшного давления: – запоры, постоянный кашель, физическое напряжение. Нередко заболевание начинается с ретродевиации матки, т.к. в этом случае площадка, на которую падает сила давления больше, чем при антефлексии [2,6,8]. Обобщая вышеизложенное можно заключить, что в патогенезе пролапса половых органов существенную роль играют условия, способствующие расслаблению передней брюшной стенки и тазового дна.

Важным моментом при лечении данной патологии является выбор метода контрацепции. Это является сложной задачей, решать которую следует индивидуально акушером-гинекологом с пациенткой, а зачастую и с партнером с учетом контрацептивной эффективности, безопасности, неконтрацептивных свойств, риска развития побочных реакций; вероятности наступления не-

желательной беременности, возможности восстановления фертильности планирования будущих беременностей. Учитывать необходимо генетические, репродуктивные факторы, особенности образа жизни, соматическую и гинекологическую патологию каждой женщины. Естественное снижение фертильности после 40 лет не означает невозможности наступления беременности, которая в этот период жизни часто бывает нежеланной и сопряжена с различными рисками. При регулярном менструальном цикле овуляция происходит вплоть до менопаузы. Олигоменорея хотя и служит косвенным свидетельством ановуляции не исключает спонтанных овуляций. В то же время это период наибольшей социальной активности женщины, накопившей профессиональной и жизненный опыт, полезный может отдать для семьи и общества. Обеспечение высокого качества жизни в этот период является одной из приоритетных задач медицины. Но ее выполнение осложняется физиологическими особенностями, обусловленными постепенным угасанием функции яичников. Относительный эстрогенный избыток, сменяющийся эстрогенным дефицитом в старшем возрасте, становится причиной разнообразных нарушений, значительно влияющих на здоровье и качество жизни женщины [1,3].

В 1994–1995 г. Всемирная Организация Здравоохранения разработала новый подход к классификации приемлемости различных методов контрацепции [3,7,9]. Это позволило усовершенствовать доказательную базу для предоставления услуг и консультирования в области рационального применения контрацептивов.

Критерии приемлемости методов контрацепции базируются на результатах большого числа исследований, проведенных в мире. Это позволяет квалифицированно оценивать **возможности** пациентов использовать конкретный метод контрацепции. Совершенно естественно, что группа женщины старшего репродуктивного возраста нуждаются в особом отношении при назначении контрацептивов. К сожалению, в Узбекистане пока не распространено применение имплантов, однако, широко используются гормональные контрацептивы. Использование гормональных контрацептивов имеющих в своем составе этинилэстрадиол ограничено риском сердечно -сосудистом осложнений, при ожирении, артериальной гипертензии, курении. Противопоказаниями при тромбозе и тромбозмболии, заболеваниях осложненных ангиопатиями, сахарном диабете гипертриглицеридемия болезни печени с нарушениями ее функций, холестаза не леченной артериальной гипертензии, раке молочной железы. Даже у здоровых женщин с воз-

растом изменяются метаболические процессы в организме, повышается инсулинорезистентность, нарастает масса тела, увеличивается склонность к тромбообразованию. Высокая распространенность климактерических нарушений, связь эстрогенного дефицита с заболеваниями, являющимися основной причиной смерти в старшем репродуктивном возрасте, выраженное нарушение качества жизни определяют актуальность профилактики менопаузальных расстройств. Добиться этого можно с помощью гормональной контрацепции [4,7]. Другим эффективным распространенным методом контрацепции считаются ВМС [8,10]. Kulier R, Helmerhorst FM, O'Brien P, Usher-Patel M, d'Arcangues C представили обзор эффективности и побочных действий разных медьсодержащих внутриматочных средств (ВМС) с каркасной структурой, используемых для контрацепции. В обзор включены 34 исследования 16 различных ВМС. TCu380A была эффективнее MLCu375, MLCu250, TCu220 и TCu200. Размещение меди на плече ВМС в случае TCu380S не повысило ее эффективность в сравнении с TCu380A. Эффективность MLCu375 была не выше чем у TCu220 (через один год) и NovaT (через три года). Ни одно из ВМС не оказалось лучше TCu380A в плане показателей кровянистых выделений, боли или других причин раннего прекращения применения. Женщины, которым сложно вводить TCu380A, предпочитают TCu380S. Альтернативные каркасные средства Multiload и NovaT предпочтительны для женщин узким цервикальным каналом. Однако на фоне этих средств теряется контрацептивная эффективность. Исследования показали, что наиболее эффективным методом контрацепции для женщин репродуктивного возраста планирующих операции по поводу пролапса гениталий и ДХК является трансвагинальная перевязка маточных труб. Стерилизация маточных труб - популярный метод контрацепции во многих развивающихся странах. Peterson NB и соавт. [11,17,20] представили систематизированный обзор методов стерилизации маточных труб в зависимости от методов проникновения в брюшную полость: минилапаротомия, лапароскопия, кульдоскопия. Как отмечают авторы, минимум 100 млн. женщин в развивающихся странах могут подвергнуться стерилизации в следующие два десятилетия. Выбор хирургического метода стерилизации маточных труб имеет большое значение для оценки эффективности программ планирования семьи. Хирургический метод проникновения в брюшную полость один из основных детерминантов безопасности трубной стерилизации. Другими детерминантами выступают техника обезболивания и метод пере-

вязки труб. Обзор показывает, что после минилапаротомии или лапароскопии, серьезная заболеваемость является редким исходом, хотя включенные в обзор исследования не способны обнаружить потенциально важные различия. Кульдоскопия ассоциировалась с большим количеством серьезных осложнений в сравнении с минилапаротомией и большим количеством легких осложнений в сравнении с лапароскопией. Наиболее часто во многих развивающихся странах в качестве хирургического метода сейчас используется минилапаротомия. Ключевые показатели сравнения минилапаротомии и лапароскопии получены из исследования ВОЗ в семи центрах развивающихся стран.

Заключение. Анализ современных литературных источников показывает, что опущение и выпадение половых органов у женщин репродуктивного возраста является актуальной проблемой гинекологии. Заболевание отражается на всех аспектах качества жизни. Особенно осложняет качество жизни этих пациенток с недержанием мочи. Поиск новых методик, направленных не только на устранение основного заболевания, но и его влияния на мочевыделительную функцию является актуальной задачей. Вместе с этим среди исследователей нет единого мнения об использовании современных контрацептивов пациентками, которые завершили репродуктивную функцию, но остаются в группе риска нежелательной беременности. Добровольная хирургическая контрацепция в ходе оперативной коррекции пролапса тазовых органов представляет интерес как новый метод контрацепции женщин репродуктивного возраста. Необходим научный анализ эффективности, безопасности ДХК и ее влияния на качество жизни женщин.

Литература:

1. Адамян Л.В. Состояние структур тазового дна больных с пролапсом гениталий / Л.В. Адамян, Т.Ю.Смольнова //Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. – М., 2008, с.142-143
2. Аполихина И.А. Роль акушерско-гинекологических факторов риска в возникновении недержания мочи / И.А.Аполохина, В.В. Константинов //Возможности новых технологий в урогинекологии и тазовой хирургии. – М., 2005, с. 210-211
3. Балакшина Н.Г. Хирургическое лечение недостаточности мышц тазового дна у женщин/ Н.Г.Балакшина // Сборник трудов ОКБ. – Томск. – 2008, с. 10-13
4. Бауэр Г. Цветной атлас по кольпоскопии: пер.с нем./ Г. Бауэр; под ред. С.И.Роговской. – М. ГЭОТАР, 2010.- 288с.

5. Беженарь В.Ф. Результаты комплексного лечения смешанного недержания мочи у женщин / Беженарь В.Ф., Зиятдинова Д.А. // Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. - 2009, с. 149-150
6. Высоцкая Е. И. Профилактика послеоперационных инфекционных осложнений у женщин перименопаузального возраста при хирургической коррекции опущения и выпадения внутренних половых органов : диссертация ... кандидата мед. наук, Москва, 2008. 14-65-с.
7. Вялков А.И., Воробьев П.А.. Состояние системы управления качеством в здравоохранении // Проблемы стандартизации в здравоохранении.-2005.-№12. – 25-35-с..
8. Гинекология: национальное руководство / под ред. В.И. Кулакова, И.Б. Манухина, Г.М. Савельевой. М.: ГЭОТАР–Медиа, 2007: 1072 с.
9. Долгих Т. А. Эффективность хирургического лечения пролапса тазовых органов : диссертация ... кандидата мед. наук, Москва, 2009. 36-40-с.
10. Дорош Т.Н. Влияние оперативного лечения опущений и выпадений внутренних половых органов на качество жизни женщины: диссертация ... кандидата мед. наук, Томск, 2009
11. Духин А.О. Современные технологии в хирургии тазового дна / А.О. Духин, К.Г. Серебренникова, З.З.Багдасарова//Проблемы репродукции. – 2008. – Спецвыпуск. – с. 117
- 12.Ищенко А.И. Комбинированный метод оперативного лечения опущения и выпадения внутренних половых органов /А.И.Ищенко, О.Ю.Горбаленко // Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. – М., 2006, с. 164-165
13. Ищенко А.И. Апикальная фиксация купола влагалища при лапаровагинальной экстирпации матки у пациенток с пролапсом гениталий / О.Ю.Горбенко, А.А.Ищенко // Проблемы репродукции. – 2008. – Спецвыпуск. – с. 117-118
- 14.Колесникова Е.И. Отдаленные результаты профилактики постгистерэктомического выпадения купола влагалища у пациенток с пролапсом гениталий: дис. . канд. мед. наук. М., 2006.35-52-с.
15. Коршунов М.Ю. Уродинамика нижних мочевых путей у женщин до и после хирургического лечения пролапса тазовых органов: об объективном и субъективном в урогинекологии. Журнал акушерства и женских болезней, 2010, выпуск 1, том LIX 26-37-с.
- 16.Abraham A. et al. Pattern of gynecological morbidity, its factors and Health seeking behavior among reproductive age group women in a rural community of Thiruvananthapuram district, South Kerala //Indian Journal of Community Health. – 2014. – Т. 26. – №. 3. – С. 230-237.
- 17.Lopez L. M. et al. Skin patch and vaginal ring versus combined oral contraceptives for contraception //The Cochrane Library. – 2013.
- 18.Munro M. G. et al. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nongravid women of reproductive age //International Journal of Gynecology & Obstetrics. – 2011. – Т. 113. – №. 1. – С. 3-13.
- 19.Hassan I. U. D. Problems faced by doctors in evaluation of non-pergnant reproductive age of women presenting to khartoum teaching hospitals with non-pergnancy related abnormal vaginal bleeding : дис. – UOFK, 2015.
- 20.Towner M. C., Nenko I., Walton S. E. Why do women stop reproducing before menopause? A life-history approach to age at last birth //Phil. Trans. R. Soc. B. – 2016. – Т. 371. – №. 1692. – С. 20150147.