

ДРУГИЕ РАЗДЕЛЫ МЕДИЦИНЫ

УДК 616.62-008.222-055.2-089
© А.Г. Имельбаева, А.Г. Ящук, 2017

А.Г. Имельбаева, А.Г. Ящук СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ У ЖЕНЩИН В МЕНОПАУЗЕ И КОНЦЕПЦИЯ КОНСЕРВАТИВНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ

*ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Уфа*

Проблема пролапса гениталий и различных форм нарушений мочевыделительной системы у женщин в менопаузе является актуальной. Она обусловлена высокой частотой заболеваемости. Лечение и реабилитация таких больных имеет не только медицинское, но и социальное значение. В данной статье представлен литературный обзор, отражающий анализ основных факторов риска, способствующих развитию пролапса гениталий, даны современные методы диагностики и консервативного лечения. В частности, затронут вопрос о консервативной коррекции пролапса гениталий у женщин в менопаузе с помощью урогинекологического pessaria. Представлены данные Национального комитета урогинекологии и реконструкции тазовых органов относительно применения pessaria.

Ключевые слова: пролапс гениталий, факторы риска, недержание мочи, менопауза, урогинекологический pessarium.

A.G. Imelbaeva, A.G. Yashchuk CURRENT VIEWS ON THE PROBLEM OF GENITAL PROLAPSE IN MENOPAUSAL WOMEN AND A CONCEPT OF CONSERVATIVE TREATMENT

The problem of genital prolapse and various forms of disorders of the urinary system in menopausal women is rather urgent. It is determined by a high frequency of disease. Treatment and rehabilitation of such patients has not only medical, but also social value. This article presents a literature review, which reflects the analysis of the major risk factors contributing to the development of genital prolapse, it also reveals current methods of diagnosis and conservative treatment. In particular, it raises the issue of conservative correction of genital prolapse in menopausal women by applying urogynecological pessary. The data of the National committee on urogynecology and pelvic organs reconstruction regarding the use of pessary are given in the paper.

Key words: genital prolapse, risk factors, urinary incontinence, menopause, urogynecological pessary.

Пролапс тазовых органов является одним из наиболее частых заболеваний у женщин в менопаузе, требующих консервативного или хирургического вмешательства. Основными факторами, влияющими на состояние тазового дна и связочного аппарата матки, принято считать: возраст, наследственную предрасположенность, патологические и травматичные роды, тяжелый физический труд, повышенное внутрибрюшное давление, гормональные нарушения [1].

Лечение и реабилитация больных с пролапсом гениталий и различными формами нарушений мочевыделительной системы – одна из социально значимых проблем в урогинекологии [7]. Распространенность опущения и выпадения тазовых органов в структуре гинекологических заболеваний в России составляет от 4,3 до 20-28% [4]. Распространенность пролапса тазовых органов в США составляет всего 2% случаев [15], а в Индии – у 85% женского населения старше 55 лет [14]. По данным С.Н. Буяновой пролапс гениталий в 70,1% случаев сочетается с недержанием мочи при напряжении [1], с нарушением дефекации – у 36,5%, с диспареунией – у 53,3% пациенток [6].

По данным литературы в последние десятилетия пролапс гениталий (ПГ) рассматри-

вался как заболевание у женщин в менопаузе и постменопаузе, современные же данные свидетельствуют о численности, равной одной трети среди пациенток в репродуктивном возрасте [13, 19]. Также были расширены представления об этиологии и патогенезе развития пролапса гениталий. Известно, что при пролапсе гениталий наступает функциональная несостоятельность связочного аппарата внутренних половых органов и тазового дна [5]. Повышенное внутрибрюшное давление способствует вытеснению органов малого таза за пределы тазового дна. Интимное расположение мочевого пузыря и стенки влагалища способствует тому, что на фоне патологических изменений тазовой диафрагмы происходит сочетанное опущение передней стенки влагалища и мочевого пузыря. Следствием данного процесса является образование цистоцеле. Пролапс гениталий часто сочетается с уродинамическими нарушениями, для которых провоцирующими факторами являются низкая эластичность стенки мочевого пузыря, снижение показателя объема мочевого пузыря, давление, сочетание перенапряжения мочевого пузыря и непроизвольной потери мочи [3, 4].

В настоящее время для оценки положения тазовых органов Международное общество по удержанию мочи (ISC) создало стан-

дартизованную классификацию ПГ, названную POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification). На сегодняшний день она признана урогинекологическим обществом всего мира (International Continence Society (ICS), American Urogynecologic Society (AUS), Society of Gynecologic Surgeons (SGS)), также была предложена упрощенная форма POP-Q, основанная на измерении четырех точек (Aa, Ba, C, D) вместо девяти [15,16]. А.С. Диокино, G. Borodulin (2005) предложили специальное гинекологическое зеркало с разметками в сантиметрах, которое позволяет сократить время обследования [16].

Ультразвуковое исследование значительно расширяет возможности обследования пациенток с изменениями тазового дна различного генеза, предоставляет возможность их документирования, позволяет объективизировать процесс обследования и оценку эффективности лечения [2, 3]. В процессе УЗИ оцениваются такие параметры, как толщина промежности, глубокой поперечной мышцы промежности, которая формирует средний слой тазового дна, и поверхностной поперечной мышцы промежности, участвующей в формировании наружного слоя мышц тазового дна; высота промежности; толщина m. vulvocavernosus с каждой стороны; наличие или отсутствие признаков неоднородности, истончения, асимметрии мышечных структур, гематом, инородных тел, инфильтрации в области промежности.

Метод лечения ПГ определяется в зависимости от степени опущения тазовых органов, возраста пациентки, анатомо-функциональных изменений органов половой системы, нарушений мочеиспускательной системы, сопутствующей экстрагенитальной патологии. Применение урогинекологического pessaria является эффективным методом при отказе от хирургического вмешательства при наличии противопоказаний к операции. [13].

Применение pessaria описано Гиппократом еще в 5 веке до нашей эры, в качестве pessaria использовался вымоченный в уксусе гранат, также использовали такие материалы как шерсть, хлопок и лен [18]. В 1701 г. голландский хирург Хендрик ван Девентер (H. van Deventer) в своем труде «Ручные операции – новый метод для акушеров» (Manuale operatien zynde een nieuw ligt voor vroed-meesters en vroedvrouwen) описал pessarii, изготовленные из таких материалов, как дерево, серебро, золото [11,21]. С 1783 г. известны факты применения каучуковых pessaries, которые к 1950 г. были заменены на пластиковые [9]. Современ-

ные pessarii изготавливают из медицинского силикона, они просты и практичны в применении и используются как симптоматическое средство лечения. По данным исследования, проведенного D.S. Кароог с соавт., данным методом пользуются около 2/3 женщин в возрасте 58-66 лет с симптомами пролапса гениталий [12]. Использование pessaries перед оперативным вмешательством позволяет гинекологу определить, возможно ли с помощью операции устранить имеющиеся симптомы. Pessarii также можно применять при эрозии стенок влагалища из-за сильного пролапса перед проведением операции.

Определение формы и размера pessaria зависит от степени пролапса. Для выбора индивидуального размера pessaria используют адаптационные кольца. По данным зарубежных исследований при опущении органов малого таза II-III степеней применяются маточное кольцо, уретральный или чашечный поддерживающие pessarii (70-74%). При IV степени опущения используются кубические pessarii, выполняющие заполняющую функцию (26-29%) [8, 10, 21].

P.J. Sulak и соавт. сообщают об успешности лечения пролапса гениталий в 50% случаев через 16 месяцев после введения урогинекологического pessaria [19]. Большинство пациенток, продолжавших применять pessarii, были довольны результатами. Wu V., Farrell Sa T.F установили, что среди пациенток, использовавших pessarii более месяца, 66% пациенток продолжали его применение через год, а 53% – через три года [20]. По результатам исследований, проведенных в Голландии E. Helmich и соавт., 79% женщин, использующих pessarii при влагалищном пролапсе, предпочли продолжить данный вид терапии [15]. При сочетании пролапса гениталий и недержания мочи женщины чаще выбрали хирургическое вмешательство. Однако в исследованиях V.L. Handa и соавт. установлено, что pessarii при данной патологии могут оказывать терапевтический эффект – у 21% пациенток были зафиксированы улучшения состояния при пролапсе и ни одного случая ухудшения после лечения в течение года [10].

Заключение

Таким образом, проведенный анализ литературных данных показал многофакторность и полиэтиологичность проблемы ПГ. Для оценки состояния тазового дна используется множество различных клинических и инструментальных методов, каждый из которых имеет свои преимущества и недостатки, однако при этом отсутствует унифицированный алго-

ритм диагностики. Стандартизированная классификация ПГ, предложенная Международным обществом по удержанию мочи, на сегодняшний день получила наибольшее распространение. К терапии несостоятельности тазового дна первой линии относятся поведенческая терапия и консервативные методы коррекции пролапса внутренних половых органов.

В данном обзоре показана эффективность применения пессария при таких проблемах, как ПГ и недержание мочи. Пессарии активно используются в дооперационной терапии пациенток со стрессовым недержанием мочи. Важным преимуществом применения урогинекологического пессария является его простота и доступность.

Сведения об авторах статьи:

Имельбаева Альбина Гайнулловна – ассистент кафедры акушерства и гинекологии № 2 ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина 3. E-mail: albina321093@rambler.ru.

Ящук Альфия Галимовна – д.м.н., профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии № 2 ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина 3. E-mail: alfiya_galimovna@mail.ru.

ЛИТЕРАТУРА

1. Фенотипический комплекс дисплазии соединительной ткани у женщин / С.Н. Буянова [и др.] // Клиническая медицина. – 2003. – № 8. – С. 42-48.
2. Касян, Г.Р. Принципы удержания мочи у женщин: формула континенции / Г.Р. Касян // Урология. – 2014. – № 2. – С. 72-77.
3. Касян, Г.Р. Функциональные аспекты различных форм недержания мочи у женщин / Г.Р. Касян, Ю.А. Куприянов // Медицинский совет. – 2014. – № 19. – С. 56-61.
4. Краснополянский, В.И. Комбинированное лечение больных с опущением и выпадением внутренних половых органов и недержанием мочи с применением антистрессовых технологий: пособие для врачей / В.И. Краснополянский, С.Н. Буянова, В.Д. Петрова. – М., 2003. – 41 с.
5. Лоран, О.Б. Эпидемиология, этиология, патогенез, диагностика недержания мочи / О.Б. Лоран // материалы Пленума Правления Российского общества урологов. – М., 2008. – С. 38-41.
6. Малевич, Ю.К. Несостоятельность тазового дна, определение, классификация, тактика / Ю.К. Малевич, Н.В. Мороз // Медицинский журнал Белорусского государственного медицинского университета. – 2015. – № 3. – С. 26-29.
7. Single-Channel Flow Injection Spectrophotometric Determination of Nickel Using Furildioxime in Micellar Solution / N. Memon [et al.] // The Scientific World Journal. – 2012. – P.1-5.
8. Risk factors associated with an unsuccessful pessary fitting trial in women with pelvic organ prolapse / J. Clemons [et al.] // American Journal of Obstetrics and Gynecology. – 2004. – Vol. 190(2). – P. 345-350.
9. Jain, M. Neglected vaginal pessary / M. Jain, J. Rani, A. Sehgal // International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology. – 2014. – P.291-292.
10. Handa, V. Do Pessaries Prevent the Progression of Pelvic Organ Prolapse? / V. Handa, M. Jones // International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction. – 2002. – Vol. 13(6). – P. 349-352.
11. Pelvic organ prolapse in the Women's Health Initiative: gravity and gravidity / S.L. Hendrix [et al.] // Am J Obstet Gynecol. – 2002. – Vol. 186. – P. 1160-1166.
12. Conservative versus surgical management of prolapse: what dictates patient choice? / D. Kapoor [et al.] // International Urogynecology Journal. – 2009. – Vol. 20(10). – P. 1157-1161.
13. Kohli N., Golstein D.P. An overview of the clinical manifestations, diagnosis and classification of pelvic organ prolapse // UpTo-Date. – 2007. –P. 110-112.
14. La Valleur, J. Counseling the perimenopausal woman / J. La Valleur // Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. – 2002. – Vol. 29(3). – P. 541-553.
15. Pelvic Organ Prolapse Quantification System (POP-Q) – a new era in pelvic prolapse staging / C. Persu [et al.] // J. Med. Life. – 2011. – Vol. 4, № 1. – P. 75-81.
16. Relationship between the Pelvic Organ Prolapse Quantification system (POP-Q), the Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ-7), and the Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20) before and after anterior vaginal wall prolapse surgery / P. Teleman [et al.] // Int. Urogynecol. J. – 2014. – May 28. [Epub ahead of print].
17. Shah, S., Sultan, A. and Thakar, R. (2005). The history and evolution of pessaries for pelvic organ prolapse / S. Shah, A. Sultan, R. Thakar // International Urogynecology Journal. – Vol. 17(2). – P.170-175.
18. Smolnova T.U. Clinico-pathological aspects of female genital prolapsed and pelvic structures pathology in women with connective tissue dysplasia // Thesis. – Moscow, 2009. – P. 221.
19. Sulak, P. Vaginal Pessaries and Their Use in Pelvic Relaxation / P. Sulak, T. Kuehl, B. Shull // Obstetrical & Gynecological Survey. – 1994. – 49(4). – P.256-257.
20. Wu, V.A Simplified Protocol for Pessary Management / Obstetrics & Gynecology. – 1997. Vol. 90(6). – P.990-994.
21. Weber, A. Pelvic Organ Prolapse / A. Weber, H. Richter // Obstetrics & Gynecology. – 2005. – Vol. 106(3). – P. 615-634.

УДК 616-006.446.8

© Коллектив авторов, 2017

Н.Р. Рябчикова, Г.Ш. Сафуанова, А.Б. Бакиров, В.И. Никуличева **ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ХРОНИЧЕСКОГО МИЕЛОЛЕЙКОЗА В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН И ОРГАНИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ** *ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа*

Изучение эпидемиологических данных необходимо для оценки заболеваемости и смертности, динамического наблюдения и определения факторов, влияющих на них. Клинические и эпидемиологические исследования дополняют друг друга и могут быть использованы в рамках онкогематологического регистра для организации и совершенствования гематологической службы в регионе и страны в целом