

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015

УДК 618.14-007.44/.4

Д. В. Вазенмиллер, Н. Т. Абагов, Ж. О. Бащжанова

## ВАГИНАЛЬНЫЕ РОДЫ КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ

Карагандинский государственный медицинский университет

Авторы статьи в ходе работы пришли к выводу о том, что акушерская травма промежности является ведущим пусковым фактором в инициации и неуклонном развитии несостоятельности тазового дна, приводящей к развитию пролапса тазовых органов. Учитывая единство процесса изменения структуры и функции, а также этапность развития несостоятельности тазового дна и пролапса гениталий, факт изменения анатомии промежности в родах отражает и изменения функции. Пролапс тазовых органов в дальнейшем неизменно прогрессирует и требует эффективных вмешательств при выявлении даже на начальных стадиях.

*Ключевые слова:* пролапс гениталий, самостоятельные роды, паритет родов, диафрагма промежности, травма промежности

Проблема опущения и выпадения влагалища и матки остается в центре внимания как хирургов-гинекологов, так и врачей смежных специальностей. Это связано с высокой частотой заболевания, которое по данным различных авторов встречается у 28-50,7% женщин [4, 5, 8].

Пролапс внутренних половых органов занимает 3 место в структуре гинекологической заболеваемости (28%), 15% всех «больших» гинекологических операций проводится по поводу именно этой патологии [3, 10]. Повышенное внимание к качеству хирургического лечения пролапса гениталий сегодня связано не только с высокой распространенностью этого заболевания (до 50,7% в разных возрастных группах) и его неуклонным ростом, но и с его структурными особенностями, сложившимися в последние годы [1, 2, 10].

Одной из таких проблем является «омоложение» пролапса, т.е. увеличение числа молодых, социально и сексуально активных женщин, страдающих несостоятельностью тазового дна [5, 9]. Доля женщин фертильного возраста составляет не менее 1/3 от числа женщин с выпадением половых органов, что делает эту проблему не только медицинской, но и социальной [2, 6].

За сравнительно небольшой промежуток времени в Казахстане достигнут значительный прогресс в изучении данной проблемы, а именно – в анатомии тазового дна, в понимании механизмов развития пролапса, однако остается много нерешенных и открытых вопросов в связи с недостаточным количеством исследований по поводу факторов развития данной патологии.

**Цель работы** – оценка вагинальных родов как одного из факторов развития пролапса гениталий.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ стационарных историй болезней (ТОО «Региональный акушерско-гинекологический центр» г. Караганды) и амбулаторных карт пациенток (КГКП «Поликлиника №4» и Городская больница №1 г. Караганды) с установленным диагнозом «Полное и неполное выпадение матки и влагалища» (N81,2 и N81,3), находившихся на лечении в гинекологическом отделении ТОО «Региональный акушерско-гинекологический центр» г. Караганды в 2014-2015 гг. Целью госпитализации в стационар являлось оперативное лечение в объеме лапароскопической промонтофиксации и тотальной экстраперитонеальной репозиции пубо-цервикальной и тазовой фасции.

В исследование были включены 60 пациенток с пролапсом гениталий II-IV степени. Возраст больных варьировал от 30 до 76 лет.

Всем пациенткам была проведена лапароскопическая промонтофиксация матки или культы шейки матки сетчатым протезом (n=30) или тотальной экстраперитонеальной репозиции пубо-цервикальной и тазовой фасции (n=30).

При сборе анамнестических данных особое внимание обращалось на паритет родов, вес плода, метод родоразрешения (вагинальные или оперативные), осложнения течения родового акта, разрывы промежности II, III и IV степеней.

Так, 48 (81%) пациенток в анамнезе имели 2 и более родов, в 45 (95%) случаях которые родоразрешались через естественные родовые пути. В 28 (46%) случаях роды закончились рождением плода весом более 4000,0 г. У 42 (88%) женщин в этой подгруппе регистрировался пролапс гениталий III и IV степени. У 49 (83%) из всех исследуемых име-

ли место вагинальные роды, из них у 13 (28%) роды осложнились разрывом промежности II степени, у 32 (61%) разрывы были III степени, у 4 (11%) – разрывы IV степени. У 8 (78%) пациентом, имевших в анамнезе оперативное родоразрешение (кесарево сечение), операция была осуществлена при уже хорошо развившейся родовой деятельности, и открытие шейки матки составило более 5 см.

У 45 (75%) женщин наблюдалось осложнение течения родового акта в виде слабости родовой деятельности у 17 (37%) и слабости потужного периода у 28 (63%). В обоих случаях для индукции родового процесса применялся окситоцин. В этой подгруппе разрывы промежности II степени – наблюдались у 15 (51%) пациенток, III степени – у 13 (47%) и IV степени – у 1 (2%) женщины.

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Исследование позволило сделать выводы о том, что любые влагалищные роды являются мощным фактором, травмирующим тазовое дно. В проведенном исследовании 81% пациенток имели более 2 родов в анамнезе, что свидетельствует о том, что, чем выше паритет, тем более вероятно развитие генитального пролапса в последующем, даже при отсутствии травм промежности. Также следует отметить, что операция кесарева сечения, проведенная по экстренным показаниям в первый период родов при раскрытия маточного зева 5 см и более, не защищает в дальнейшем от развития пролапса гениталий. Вагинальные роды, закончившиеся рождением плода более 4000,0 г у 28 (46%) женщин ухудшают прогноз развития пролапса тазовых органов.

Полученные данные подтверждают ведущую роль травматизации тазовых структур во время родов в патогенезе пролапса гениталий. Нарушая целостность тазового дна, разрывы промежности в родах обуславливают дефект тазовой диафрагмы, лишают мышцы тазового дна медиальной точки опоры, вследствие чего эффективность сократительной способности мышц значительно снижается, а сами мышцы, сокращаясь и не имея возможности вернуть нормальное положение, с течением времени все более усиливают свою дистопию. Тем самым нарушаются анатомия и функции промежности, что создает предпосылки для развития опущения и выпадения тазовых органов. То есть в большинстве случаев пролапс начинает формироваться сразу после родов. Если учесть, что до момента травматичных родов и после них у одних и тех же женщин изменяется только одно обстоятельство –

факт повреждения промежности, а комплекс дополнительных факторов (таких, как генетические и структурные особенности тканей, образ жизни и т.д.) остается без изменений, то травма промежности, приводящая к несостоятельности тазового дна, является пусковым звеном в цепочке развития пролапса гениталий и комплекса его осложнений.

### ВЫВОДЫ

1. Акушерская травма промежности является ведущим пусковым фактором в инициации и неуклонном развитии несостоятельности тазового дна, приводящей к развитию пролапса тазовых органов.

2. Учитывая единство процесса изменения структуры и функции, а также этапность развития несостоятельности тазового дна и пролапса гениталий, факт изменения анатомии промежности в родах отражает и изменение функции.

3. Пролапс тазовых органов в дальнейшем неизменно прогрессирует и требует эффективных вмешательств при выявлении даже на начальных стадиях.

### ЛИТЕРАТУРА

1 Беженарь В. Ф. Методы хирургического лечения ректоцеле у женщин при опущении и выпадении внутренних половых органов /В. Ф. Беженарь, Е. В. Богатырева //Журн. акушерства и женских болезней. – 2009. – №2. – С. 16-22.

2 Глебова Н. Н. Опыт лечения и реабилитация женщин, перенесших травмы мягких тканей родовых путей /Н. Н. Глебова, Н. Г. Мухаметшина //Акушерство и гинекология. – 1983. – №4. – С. 49.

3 Краснополяский В. И. Абдоминальные, лапароскопические и сочетанные методы хирургического лечения недержания мочи при напряжении /В. И. Краснополяский, С. Н. Буянова, А. А. Попов //Акушерство и гинекология. – 1996. – №5. – С. 12-15.

4 Краснополяский В. И. Наш опыт хирургического лечения опущения матки и стенок влагалища //Акушерство и гинекология. – 1985. – №7. – С. 58-60.

5 Кулаков В. И. Несостоятельность сфинктера прямой кишки после родов /В. И. Кулаков, Е. А. Чернуха //Акушерство и гинекология. – 2000. – №1. – С. 11-14.

6 Кулаков В. И. Оперативная гинекология – хирургические энергии /В. И. Кулаков, Л. В. Адамян, О. В. Мынбаев. – М., 2000. – 320 с.

7 Кулаков В. И. Хирургическое лечение недержания мочи //Оперативная гинекология – хирургические энергии. – М.: Медицина, 2000. – С. 761-786.

8 Лапаровагинальный доступ в хирургическом лечении опущения стенок влагалища, несостоятельности мышц тазового дна и недержания мочи при напряжении у женщин детородного возраста /Л. В. Адамян, В. И. Кулаков, С. И. Киселев, Б. Е. Сашин //«Эндоскопия в диагностике и лечении патологии матки»: Тр. междунар. конгр. – М., 1997. – С. 191-193.

9 Перинеология: Учеб. пособие /В. Е. Радзинский, О. Н. Шалаев, Ю. М. Дурандин и др. – М.: РУДН, 2008. – 240 с.

10 Попов А. А. Современные аспекты диагностики, классификации и хирургического лечения опущения и выпадения женских половых органов.: Автореф. дис. ...д-ра мед. наук. – М., 2001. – 32 с.

### REFERENCES

1 Bezhenar V.F. Methods of surgical treatment of rectocele in women with descent and prolapse of internal genital organs /V.F. Bezhenar, E.V. Bogatyrev //Journal of obstetrics and gynecological diseases. – 2009. – No. 2. – Pp. 16-22. (in Russian)

2 Glebova N.N. Experience of treatment and rehabilitation of women who have suffered from soft tissue injuries of the birth canal / N.N. Glebova, N.G. Mukhametshina //Obstetrics and gynecology. – 1983. – No. 4. – P. 49. (in Russian)

3 Krasnopolskiy V.I. Abdominal, laparoscopic and combined methods of surgical treatment of stress urinary incontinence /V. I. Krasnopolskiy, S.N. Buyanova, A.A. Popov //Obstetrics and gynecology. – 1996. – No. 5. – Pp. 12-15. (in Russian)

4 Krasnopolskiy V.I. Our experience of surgical treatment of prolapse of the uterus and vaginal walls //Obstetrics and gynecology. – 1985. – No. 7. – Pp. 58-60. (in Russian)

5 Kulakov V.I. Insolvency of sphincter rectum after delivery /V. I.Kulakov, E.A. Chernukha //Obstetrics and gynecology. – 2000. – No. 1. – Pp. 11-14. (in Russian)

6 Kulakov V.I. Operative gynecology - surgical energy /V.I. Kulakov, L.V. Adamyan, O.V. Mynbaev. – М., 2000. – 240 p. (in Russian)

7 Kulakov V.I. Surgical treatment of urinary incontinence /V.I. Kulakov, L.V. Adamyan, O.A. Mynbaev //Operative gynecology – surgical energy. – М.: Medicine, 2000. – Pp. 761-786. (in Russian)

8 Laparovaginal access in the surgical treatment of the vaginal walls omission, insolvency pelvic floor muscles and stress urinary incontinence in women of childbearing age /L. V. Adamyan, V.I. Kulakov, S.I. Kiselev, B. Ye. Sashin // "Endoscopy in the diagnosis and treatment of uterus diseases". Proc. of intern. cong. – М., 1997. – Pp. 191-193. (in Russian)

9 Pelvipеринеология: Educational book /V.Ye. Radzinskiy, O.N. Shalaev, Yu. M. Durandin et.al. – М.: PFUR, 2008. – 240 p. (in Russian)

10 Popov A.A. Modern aspects of diagnostics, classification and surgical treatment of descent and prolapse of female genital organs: author. dis. ... dr. of med. sciences. – М., 2001. – 32 p. (in Russian)

Поступила 09.11.2015 г.

*D. V. Vazenmiller, N. T. Abatov, Zh. O. Bashchzhanova*  
VAGINAL BIRTH AS A DEVELOPMENT FACTOR OF THE PELVIC ORGAN PROLAPSE  
Karaganda state medical university

The authors of the article concluded that the obstetric perineal trauma is the leading factor in initiation and steady development of the insolvency of the pelvic floor which leads to the development of pelvic organ prolapse. Considering the unity of the process of changes in the structure and function, as well as the stage-by-stage development of the insolvency of the pelvic floor prolapse, the fact of change of perineum anatomy during childbirth reflects also the changes of function. Later pelvic organ prolapse invariably progresses and requires the effective interventions even at the incipience.

*Key words:* pelvic organ prolapse, spontaneous vaginal delivery, parity, diaphragm of perineum, perineal trauma

*Д. В. Вазенмиллер, Н. Т. Абатов, Ж. О. Башчжанова*  
ВАГИНАЛДЫҚ БОСАНУЛАР ЖЫНЫС МҮШЕСІ ПРОЛАПСЫ ДАМУЫНЫҢ ФАКТОРЫ РЕТІНДЕ  
Қарағанды мемлекеттік медицина университеті

Мақала авторлары жұмыс барысында бұт арасының акушерлік жарақаты жамбас басы дәрменсіздігіне алып келетін жетекші фактор болып табылады деген қорытынды жасаған, салдарынан жамбас органдарының пролапсы дамуы орын алады. Құрылым өзгерісі мен функциясы үдерісінің бірегейлігін, сол сияқты жамбас басы дәрменсіздігі мен жыныс мүшесі пролапсын ескере отырып, бұт анатомиясының босану кезіндегі өзгеріс дерегі функцияның да өзгеруін көрсетеді. Жамбас органдарының пролапсы одан әрі міндетті түрде өршиді және бастапқы кезеңінде анықталған жағдайдың өзінде тиімді түрде араласуды талап етеді.

*Кілт сөздер:* гениталий пролапсы, өздігінен босанулар, босану паритеті, шап диафрагмасы, шап жарақаты