

ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ПОСТГИСТЕРЭКТОМИЧЕСКОГО
ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ

Альфия Галимовна Ящук, Алиса Велориковна Мамаева

Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав. — доц. А.Г. Ящук) Башкирского государственного
медицинского университета, г. Уфа, e-mail: alfiya_galimovna@mail.ru

Реферат

Ретроспективно обследованы пациентки (41), в прошлом оперированные по поводу пролапса гениталий после гистерэктомии. Факторами, ассоциированными со сроком формирования пролапса, являются возраст впервые возникшего опущения и выпадения внутренних половых органов, травмы промежности в родах, констипация, хронический кашель, возраст на момент гистерэктомии, наличие опущения и выпадения до гистерэктомии, коррекция выпадения до гистерэктомии. Факторы, ассоциированные с формированием рецидива пролапса гениталий — ненормированные физические нагрузки и хронический кашель. Факторы, связанные с возрастом начала пролапса гениталий, — возраст начала менопаузы и длительность постменопаузального периода.

Ключевые слова: постгистерэктомический пролапс гениталий, причины развития.

Патологическими изменениями, требующими хирургической коррекции после гистерэктомии, являются опущение и выпадение внутренних половых органов (ОиВВПО) и несостоятельность мышц тазового дна [3]. Особая проблема — постгистерэктомический пролапс гениталий (ПГЭПГ), развивающийся после удаления матки [1]. Частота последнего составляет 2–14,2%.

С целью изучения причин ПГЭПГ мы ретроспективно обследовали женщин (41), в прошлом оперированных по поводу пролапса гениталий (ПГ) после гистерэктомии. Средний их возраст на момент обследования составлял 58,7±1,6 года. В группе сравнения было 20 женщин, обследованных через 2–3 года после гистерэктомии, без признаков пролапса гениталий и синдрома энуреза. Средний возраст женщин в группе сравнения на момент обследования — 54,3±1,2 года. Результаты анализа исследуемых признаков и их взаимосвязь с формированием ПГЭПГ представлены в таблице.

Как видно из данных, содержащих-

ся в таблице, факторами, ассоциированными со сроком формирования ПГЭПГ, являются возраст пациентки, у которой впервые возникли ОиВВПО, травмы промежности в родах, констипация, хронический кашель, возраст на момент выполнения гистерэктомии, наличие ОиВВПО до гистерэктомии, коррекция ОиВВПО до гистерэктомии. Факторы, ассоциированные с формированием рецидива

Факторы, ассоциированные с формированием ПГЭПГ

Факторы	Значение фактора	Коэффициент корреляции
Срок формирования ПГЭПГ		
Возраст пациенток, в котором впервые возник ПГ	43,8±1,6 лет	R=0,412, p=0,008
Травмы промежности	68,40%	r=0,22, p<0,05
Констипация	48,80%	r=0,431, p=0,005
Хронический кашель	68,30%	r=0,196, p<0,05
Возраст на момент гистерэктомии	46,6±1,4 года	R=0,418, p=0,007
ПГ до гистерэктомии	36,70%	r=0,497, p<0,05
Коррекция ПГ до гистерэктомии	12,20%	r=0,466, p<0,05
Срок развития рецидива ПГ		
Ненормированные физические нагрузки	58,52%	r=0,360, p=0,021
Хронический кашель	68,30%	r=0,396, p=0,010
Возраст начала ПГ		
Возраст начала менопаузы	44,6±1,0 год	R=0,361, p=0,02
Длительность постменопаузы	13,5±1,2 лет	R=0,399, p=0,01
Наличие дисплазии соединительной ткани		
Уровень экскреции оксипролина	36,5±2,1 мг/сутки	R=0,381, p=0,014
Возраст начала ПГ	43,8±1,6 лет	R=0,314, p=0,046

пролапса гениталий — ненормированные физические нагрузки и хронический кашель. Факторы, связанные с возрастом начала пролапса гениталий — возраст начала менопаузы и длительность постменопаузального периода.

Возраст, в котором впервые возникла десценция тазового дна, коррелирует с имевшейся у всех 41 женщины основной группы дисплазией соединительной ткани (ДСТ).

По выраженности ДСТ по шкале Т.Ю. Смольновой [2] больные были распределены следующим образом: легкая степень ДСТ — у 9 (21,95%), средняя — у 11 (26,83%), тяжелая — у 21 (51,2%). Степень ДСТ оказалась связанной с уровнем экскреции оксипролина. Нами отмечено увеличение его уровня в зависимости от выраженности ДСТ.

Среди выявленных ассоциаций отсутствуют такие факторы, как количество родов в анамнезе и наследственность. Несмотря на это, мы сосредоточили свое внимание на описании этих факторов.

Все женщины с ПГЭПГ были рожавшими, 80,5% из них дважды и более. Медиана количества родов — 2, максимальное количество родов — 4. Больные ПГЭПГ имели трое и более родов в анамнезе почти в 5 раз чаще, чем женщины без пролапса гениталий, и достоверно различались по количеству родов в анамнезе ($U=293,5$; $Z=1,79$; $p=0,073$). Это доказывает важность данного показателя в развитии пролапса гениталий: чем выше паритет, тем более вероятно развитие ПГ. Отмечена отрицательная корреляция между травмами родовых путей в родах и сроком формирования ПГЭПГ ($r=0,22$, $p<0,05$), т.е. чем чаще и тяжелее были травмы, тем раньше развивался ПГЭПГ.

ОйВВПО в анамнезе у матерей и/или сестер имели 11 (28,3%) больных ПГЭПГ, из них у 7 (17,1%) была тяжелая степень ДСТ.

После гистерэктомии ПГ у женщин развивался в среднем через $32,3\pm 8,4$ месяца. В течение первого года ОйВВПО сформировалось в 23 (56,1%) случаях. Рецидивы ПГ после гистерэктомии возникли в течение $12,0\pm 5,7$ месяца. Прослеживались прямая корреляция между возникновением

ПГЭПГ и наличием ПГ до гистерэктомии ($r=0,497$, $p<0,05$) и обратная связь между возникновением и коррекцией пролапса до гистерэктомии ($r=-0,466$, $p<0,05$). Следовательно, ПГЭПГ развивался намного раньше у женщин, имевших некорригированную десценцию тазового дна до гистерэктомии, и позже у женщин, перенесших коррекцию десценции до удаления матки. Возраст начала менопаузы у женщин с ПГ составлял $44,6\pm 1,0$ год, без ПГ — $47,8\pm 0,9$ ($t=2,001$; $p=0,05$).

Отмечена прямая корреляция возраста начала ПГ с возрастом начала менопаузы ($r=0,361$; $p=0,02$), а также с длительностью менопаузы ($r=0,399$; $p=0,01$).

Таким образом, на основании полученных статистических данных, корреляционного портрета факторов, обуславливающих формирование постгистерэктомического пролапса гениталий, особое внимание следует акцентировать на примате наличия у пациенток синдрома дисплазии соединительной ткани.

ЛИТЕРАТУРА

1. Новрузов Р.М., Агаев Б.А. Хирургическое лечение сложных форм сочетанных опущений органов малого таза//Казанский мед. ж. — 2008. — Т.89. — № 7. — С. 174–178.
2. Смольнова Т.Ю., Буянова С.Н., Савельев С.В. и др. Фенотипический симптомокомплекс дисплазии соединительной ткани у женщин// Клин. мед. — 2003. — № 8. — С. 42–47.
3. Яцук А.Г. Медико-генетическое прогнозирование дисценции тазового дна у женщин Уральского региона// Казанский мед. ж. — 2008. — Т. 89. — № 7. — С. 169–173.

Поступила 21.03.08.

REASONS FOR THE DEVELOPMENT OF GENITAL PROLAPSE AFTER HYSTERECTOMY

A.G. Yashchuk, A.V. Mamaeva

Summary

41 patients retrospectively analysed for genital prolapse after hysterectomy. Factors associated with a time of forming prolapse were the age when the first time fallout of internal genital organs happened, perineum injuries in childbirth, constipation, chronic cough, age at the time of hysterectomy, the presence of omission and the fallout before the hysterectomy, correction of fallout before the hysterectomy. Factors associated with the formation of a relapse genital prolapse were not normal physical work and a chronic cough. Factors associated with the age of beginning of genital prolapse were the menopause age and length of postmenopause period.