

8.Cogswell ME, Kettel-Khan L, Ramakrishnan U. Iron supplement use among women in the United States: science, policy and practice. JNutr, 2013, 6: 1974-1977

УДК 614.2:618.14/15-007.42

Бакиева Э.А., Байбулатова Л.Р.
**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ У
ЖЕНЩИН**

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения №1
Кафедра акушерства и гинекологии
Оренбургский государственный медицинский университет
Оренбург, Российская Федерация

Bakieva E.A., Baybulatova L.R.
**MEDICAL-SOCIAL PROBLEMS OF PROLAPSE OF GENITALS IN
WOMEN**

Department of Public Health and Healthcare №1
Department of Obstetrics and Gynecology
Orenburg State Medical University
Orenburg, Russian Federation

E-mail:leila.baibulatova@yandex.ru

Аннотация. В статье рассматривается взаимосвязь медико-социальных аспектов пролапса гениталий, что позволяет основываясь на выявленных факторах риска рекомендовать женщинам профилактику, своевременную коррекцию легких форм, в результате чего может произойти снижение заболеваемости.

Annotation. The article discusses the relationship of the medical and social aspects of genital prolapse, which, based on the identified risk factors, allows women to recommend prevention and timely correction of mild forms, as a result of which a decrease in the incidence can occur.

Ключевые слова: пролапс гениталий, медико-социальные проблемы, опущение тазовых органов.

Key words: genital prolapse, medical and social problems, pelvic organ prolapse.

Введение

Пролапс гениталий – синдром опущения тазового дна и органов малого таза изолированно или в сочетании, который крайне негативно отражается на качестве жизни пациенток. Согласно мировым данным от 2,9 до 53 % женщин отмечают те или иные проявления ПТО. По мере развития патологического процесса усугубляются функциональные нарушения со стороны мочевого

пузыря и прямой кишки, приводя не только к физическим и моральным страданиям, частичной или полной потере трудоспособности, но в ряде случаев делая жизнь этих женщин социально неосуществимой [1].

Известно, что причинами опущения матки могут стать физические нагрузки, беременность и патологические роды. Проплапс гениталий может быть связан и с возрастными изменениями - дефицит половых гормонов у более пожилых женщин провоцирует заболевание. Выпадение матки может развиваться на фоне других заболеваний, влекущих за собой запор, продолжительный кашель, повышение внутрибрюшного давления, ослабление связок и мышц тазового дна. Существует и врожденный дефект соединительной ткани, тогда пролапс может возникнуть уже в молодом возрасте.

По данным Радзинского В.Е. с соавт. (2009), среди женщин пожилого и старческого возраста частота пролапса гениталий возрастает до 50-60% и, как правило, сочетается с различными урогенитальными нарушениями, возрастающими до 80% в постменопаузе на фоне эстрогенного дефицита. В последние годы во всем мире отмечается тенденция к увеличению числа пациенток репродуктивного возраста, имеющих клиническую картину несостоятельности тазового дна, что выводит эту проблему за рамки сугубо медицинской. В целом женщины фертильного возраста составляют не менее одной трети числа пациенток с пролапсами [2]. Это делает данную проблему не только медицинской, но и социальной.

Предпосылкой к развитию пролапса тазовых органов в репродуктивном возрасте служит дисплазия соединительной ткани, маловыраженные формы которой встречаются с частотой от 26 до 80 % [3].

От расположения дефекта (дефектов) будет зависеть то, какие органы будут пролабировать [4].

Проплапс гениталий и другие нарушения функции тазового дна представляют одну из медицинских проблем, оказывающих существенное влияние на здоровье миллионов женщин различных возрастов, приводящих к снижению трудоспособности женщин. Актуальность проблемы пролапса гениталий определяется, в частности, их частотой.

За последние десятилетия имеются существенные достижения в проблеме изучения патогенеза, клиники и лечения пролапса гениталий, но, тем не менее, эта проблема продолжает занимать одно из ведущих мест в структуре гинекологической заболеваемости.

Очевидно, что ОиВВПО не связано со значительным риском для жизни, хотя в литературе встречаются сообщения о развитии гидронефроза и острой почечной недостаточности с летальными исходами. В большей степени пролапс влияет на качество жизни. Дисфункция тазового дна может проявляться в виде недержания мочи, пролапса гениталий, анальной инконтиненции, сенсорных и эвакуаторных нарушений нижних мочевых путей и прямой кишки, а так же сексуальными расстройствами. Так, проктологические осложнения развиваются у каждой третьей больной с вышеуказанной патологией. Уродинамические

нарушения наблюдаются у каждой второй больной с ОиВВПО [5]. По различным данным до 40% пациентов не живут половой жизнью из-за пролапса.

Цель исследования – рассмотрение связи медико-социальных факторов у гинекологических больных с пролапсом гениталий.

Материалы и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 50 историй болезни пациенток с пролапсом тазовых органов различной степени тяжести за 2018-2019 годы на базе ГБУЗ «ГКБ№1» г. Оренбурга.

Результаты исследования и их обсуждение

Распределение пациенток по возрасту было следующим: 30-40 лет – 4% (n=2) женщин, 40-50 лет – 10% (n=5) женщин, 50-60 лет – 26% (n=13), 60-70 лет – 44% (n=22), 70-80 лет – 16% (n=8). Наибольшее число женщин, страдающих пролапсом тазовых органов, наблюдается в селе – 68% (n=34), в городе – 32% (n=16).

Женщины, работа которых относилась к 1 группе (работники преимущественно умственного труда), были в 22% (n=11) случаях, 2 группы (работники, занятые легким физическим трудом) – 26% (n=13), 3 группы (среднего по тяжести труда) – 36% (n=18), 4 группы (тяжелого физического труда) – 16% (n=8), 5 группы (работники, занятые особо тяжелым трудом) – отсутствовали.

Количество родов в анамнезе: одни – 18% (n=9) женщин, двое- 66% (n=33), трое – 12% (n=6), четыре – 4% (n=2). У двоих пациенток осуществлялось ручное отделение последа. Средняя масса новорожденных составила $3511,43 \pm 80,93$ грамм. Крупных плодов (массой более 4000 грамм) не было. По количеству абортотворение было следующим: 0 абортов – 14% (n=7) женщин, 1 – 18% (n=9), 2 – 20% (n=10), 3 – 22% (n=11), 5 – 12% (n=6), 6 – 6% (n=3), 7 – 4% (n=2), 8 – 2% (n=1), 10 – 2% (n=1). У 16% (n=8) женщин в анамнезе есть выкидыши.

Длительность менопаузы до 5 лет у 12% (n=6) женщин, 5-10 лет – у 14% (n=7), 10-15 лет – у 30% (n=15), 15-20 лет – у 16% (n=8), 20 лет и более – у 12% (n=6).

Виды контрацепции используемые женщинами, страдающих пролапсом тазовых органов: барьерные в 12% (n=6) случаях, внутриматочные в 4% (n=2).

Нормальная масса тела была у 48% (n=24) женщин, ожирение 1 степени у 16% (n=8), ожирение 2 степени у 24 % (n=12), ожирение 3 степени – 12 % (n=6).

Клиническая картина характеризовалась чувством инородного тела у 74% (n=37) женщин, дискомфортом у 48% (n=24), тянущими болями в поясничной области, внизу живота у 20 % (n=10), тяжестью в области половых органов у 14% (n=7), недержанием мочи у 22% (n=11), частыми позывами на мочеиспускание у 14% (n=7), затруднениями мочеиспускания – 12% (n=6), никтурией у 25 (n=1), запорами у 10% (n=5).

Длительность заболевания: до 5 лет болели 56% (n=28) женщин, 5-10 лет – 28% (n=14) женщин, 10-15 лет – 8% (n=4) женщин, 15-20 лет – 8% (n=4) женщин.

Перенесенные гинекологические заболевания в анамнезе встречались в 50% случаев: эрозия шейки матки наблюдалась у 16% (n=8) женщин, хронический аднексит у 16% (n=8), полип шейки матки – 4% (n=2), миома – 10% (n=5), аденомиоз – 2% (n=1). У одной пациентки наблюдалось бесплодие. 10 пациенткам была выполнена диатермокоагуляция в анамнезе.

Наблюдающиеся сопутствующие заболевания: артериальная гипертензия в 72% (n=36) случаях, хронический бронхит – 6% (n=3), хронический холецистит – 10% (n=5), сахарный диабет – 12% (n=6), варикозное расширение вен нижних конечностей – 6% (n=3), гипотиреоз – 4% (n=2), хронический пиелонефрит – 4% (n=2).

Перенесенные операции: аппендектомия у 14% (n=7) женщин, холецистэктомия у 10% (n=5), грыжесечение у 6% (n=3), удаление кисты яичников у 4% (n=2) женщин.

Основной диагноз неполное выпадение матки был у 34% (n=17) женщин, опущение стенки влагалища 2 степени с образованием цистоцеле и ректоцеле – 30% (n=15), опущение стенки влагалища 2 степени с образованием цистоцеле – 10% (n=5), опущение стенки влагалища 2 степени с образованием ректоцеле – 2% (n=1), выпадение культи влагалища – 2% (n=1), полное выпадение влагалища – 16% (n=8), неполное выпадение матки в образовании цистоцеле и ректоцеле – 4% (n=2), опущение стенки влагалища 2 степени – 2% (n=1).

Сопутствующий диагноз миома матки был у 34% (n=17) женщин, элонгация шейки матки у 8% (n=4) женщин, аденомиоз у 6% (n=3), полипы эндометрия у 6% (n=3), кистозные изменения яичников у 4% (n=2) женщин, стрессовое недержание мочи у 4% (n=2) женщин.

Всем пациенткам было проведено оперативное лечение. Передняя и задняя кольпорафия проводилась у 34% (n=17) женщин; влагалищная экстирпация матки у 46% (n=23) женщин; трансобтураторная кольпосуспензия, кольпоклеизис – 18% (n=9); субфасциальная задняя кольпоперинеорафия, леваторопластика у 2% (n=1).

Выводы

Опущение и выпадение внутренних половых органов - одна из часто встречающихся в гинекологической практике патологий, имеющая тенденции к увеличению.

Пик заболеваемости приходится на возраст 60-70 лет, когда у женщины менопауза, срок которой составил 10-15 лет. При этом в организме женщины наблюдается гипоестрогения. Установлено, что на ткани организма женщины влияет уровень половых стероидов. Недостаточная их концентрация ухудшает течение выпадения половых органов, поскольку в тканях промежности отмечается высокое содержание рецепторов к эстрогенам и прогестерону. Гипоестрогения, приводя к нарушению кровообращения и микроциркуляции

тканей тазового дна, лишь усугубляет развитие этой патологии. Таким образом, тонус, прочность и эластичность тазового дна после менопаузы прогрессивно уменьшаются, а число больных, страдающих выпадением половых органов, в старших возрастных группах увеличивается.

Чаще заболевают женщины из сел (68%, n=34), где, возможно, у женщин преобладает тяжелый физический труд, связанный с сельским хозяйством. У многих женщин (36%, n=18) профессиональная деятельность связана со средними по тяжести физическими нагрузками, что приводит к повышению внутрибрюшного давления, а это известный фактор травматической недостаточности тазового дна.

Преобладают женщины с избыточной массой тела (52%, n=26), лишний вес значительно увеличивает давление на мышцы тазового дна, ослабляя их. Это влечет за собой опущение половых органов.

Любые влагалищные роды являются мощным фактором, травмирующим тазовое дно. У 82% пациенток в анамнезе было 2 и более родов. Чем выше паритет, тем более вероятно развитие генитального пролапса в последующем, даже при отсутствии травм промежности.

Чаще наблюдается неполный пролапс гениталий (34%, n=17), что, скорее всего, можно связать с ранним обращением женщины за медицинской помощью.

На развитие данной патологии оказывают влияние хронические заболевания, сопровождающиеся нарушением обменных процессов и микроциркуляции, симптомом которых будет увеличение внутрибрюшного давления. Наибольший интерес представляет собой наличие таких экстрагенитальных патологий, как варикозная болезнь, свидетельствующая в некоторых случаях о нарушении развития соединительной ткани (один из этиологических факторов пролапса гениталий).

Хирургическое лечение женщин с опущением половых органов является эффективным методом терапии. В зависимости от тяжести, а также клинических особенностей заболевания каждая женщина требует дифференцированного подхода к выбору метода хирургического лечения. Хирургические методы коррекции пролапса гениталий направлены на устранение анатомических нарушений положения внутренних половых органов и коррекцию функциональных расстройств мочевого пузыря и прямой кишки. Кольпорафия - хирургическая операция с минимальным воздействием на ткани, будет лучшим выбором при невыраженном опущении вагинальных стенок. При полном выпадении проводится влагалищная экстирпация, отличающаяся эффективностью в 88% случаев. Также для лечения запущенного пролапса тазовых органов используется безопасный и эффективный метод – кольпоклеизис.

С целью снижения частоты таких осложнений, как расхождение швов, образование эрозий, целесообразно применение эстрогенов в течение 2-4

недель в предоперационном периоде и в течение такого же срока в послеоперационном.

Данные результаты имеют важное практическое значение в медико-социальной сфере, так как основываясь на выявленных факторах риска можно рекомендовать женщинам профилактику, своевременную коррекцию легких форм, что может привести в будущем к снижению заболеваемости.

Список литературы

1. Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Петрова В.Д. Комбинированное лечение больных с опущением и выпадением внутренних половых органов и недержанием мочи с применением антистрессовых технологий//Пособие для врачей. – М., 2003. – 41 с.

2. Garshasbi A., Faghih-Zadeh S., Falah N. The status of pelvic supporting organs in a population of iranian women 18–68 years of age and possible related factors. Arch Iran Med 2006;9(2):124

3. Nygaard I., Barber M.D., Burgio K.L. Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in US women. JAMA 2008;300(11):1311–6. 1

4. Радзинский, В.Е. Перинеология / В.Е. Радзинский.– М., 2006.– 336с

5. Балан В. Е. Урогенитальные расстройства в климактерии (клиника, диагностика, заместительная гормонотерапия): дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1998. – 200 с. Вестник РУДН, серия Медицина, 2009, № 5 238

УДК 614.29

**Безукладнова А.А., Сараева А.А., Усынин И.Г., Казанцева А.В.,
Русакова И.В.**

ФОРМИРОВАНИЕ ПОЗИТИВНОГО ИМИДЖА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЧЕРЕЗ ОФИЦИАЛЬНЫЙ САЙТ

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

**Bezukladnikova A.A., Saraeva A.A., Usynin I.G., Kazantseva A.V.,
Rusakova I.V.**

CREATING AND IMPROVING THE IMAGE OF A MEDICAL ORGANIZATION THROUGH THE OFFICIAL WEBSITE

Department of public health and healthcare
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: ivan.usynin@yandex.ru

Аннотация. В данной статье описаны результаты проведения социологического опроса о качестве наполнения и доступности информации на