

6,87 ± 0,6 и 8,07 ± 0,5. Перинатальные потери составили 2 новорожденных, беременность матерей которых осложнилась преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты в сроке беременности 32 и 35 недель.

Выводы:

1. Донатор азота – Тивортин® – играет важную роль в профилактике и лечении плацентарной недостаточности: способствует улучшению маточно-плацентарного кровообращения и корригирует отставание роста плода в 50% случаев.

2. Патогенетически обоснованное применение Тивортина® в лечении отставания роста плода улучшает перинатальные исходы, что исключительно важно для решения вопросов профилактики перинатальной заболеваемости и смертности.

Литература:

1.Бойко Н.А. Особенности течения, диагностики и терапии плацентарной дисфункции при варикозной болезни // Украинський хіміотерапевтичний журнал, 2012. – №3. – с.18 – 23.

2.Головченко Ю.И. Обзор современных представлений об эндотелиальной дисфункции / Ю.И. Головченко, М.А. Трещинская // Consilium medicum Ukraina. – 2008. – № 11. – с.38 – 40

3.Гуревич М.А. Дефицит оксида азота и поддержание сосудистого гомеостаза: роль мононитратов и проблемы цитопротекции / М.А. Гуревич, Н.В. Струтов // Трудный пациент, 2006. – №3. – с. 23 – 29

4.Ильин А.Г. Состояние здоровья детей в современных условиях: проблемы и пути преодоления кризисной ситуации // Terra medica, 2005. – с. 3–5.

5.Расуль-Заде Ю.Г. К вопросу о роли донаторов оксида азота при различных акушерских состояниях / Ю.Г. Расуль-Заде, А.А. Климашкин, Б.Б. Назаров // Украинський хіміотерапевтичний журнал, 2012. – №3. – с.108 – 111

6. Neri I. Effect of L-arginine on blood pressure in pregnancy-induced hypertension: a randomized placebo-controlled trial / I. Neri, V.M. Jassoni, G.F. Gori et al. //J. Matern. Fetal Neonatal. Med. – 2006. – V. 19(5). – p. 277 – 281

УДК 618-15-007.44.089

**Г.Б. Арзиева, Х.М.Рахимова, Ш.И. Алиева, М.Дж. Маматкулова
ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ, ПРИВОДЯЩИЕ К ПРОЛАПСУ ПОЛОВЫХ
ОРГАНОВ**

Кафедра акушерства и гинекологии №2
Самаркандский государственный медицинский институт
Самарканд, Узбекистан

G.B. Arzieva, H. M.Rahimova, Sh.I. Alieva, M.J. Mamatkulova

KEY FACTORS LEADING TO PROLAPSE GENITAL

Department of Obstetrics and Gynecology № 2

Samarkand state medical institute,

Samarkand, Uzbekistan

Контактный e-mail: guinoraarzieva@gmail.com

Аннотация. В статье рассмотрены основные причины возникновения пролапса половых органов. Факторы, способствующие прогрессированию опущения внутренних половых органов: хроническое повышение внутрибрюшного давления при экстрагенитальных заболеваниях, хронический бронхит, заболевания желудочно-кишечного тракта, тяжелый физический труд.

Annotation. The article deals with the main causes of prolapse of the genital organs. Factors that contribute to the progression of prolapse of internal genital organs, are: chronic increased intra-abdominal pressure with extragenital diseases, chronic bronchitis, gastrointestinal disease, heavy physical labor.

Ключевые слова: пролапс половых органов, факторы.

Keywords: prolapse of genitals, factors

Проблема пролапса половых органов продолжает оставаться в центре внимания хирургов-гинекологов, так как, несмотря на многообразие различных методов хирургического лечения у таких больных, все еще встречаются рецидивы заболевания, связанные с несовершенством проведенного оперативного лечения и несостоятельностью восстановленных мышц тазового дна [1, 2, 5, 7].

Необходимо отметить, что в структуре гинекологических вмешательств хирургическая коррекция пролапса половых органов занимает третье место после доброкачественных опухолей гениталий и эндометриоза [4, 6, 9]. Однако очевидным является необходимость более значительного увеличения количества эффективных операций с целью коррекции генитального пролапса [3, 8].

Цель исследования – изучение основных причин, приводящих к пролапсу половых органов.

Материалы и методы исследования

Был проведен ретроспективный анализ 50 историй пациенток с генитальным пролапсом. Исследование выполнено в гинекологическом отделении №3 родильного комплекса за 2013 – 2015 гг. Возрастной диапазон исследуемых женщин составил от 25 до 75 лет, в среднем 50 лет. В зависимости от возраста женщины были распределены следующим образом: в репродуктивном периоде – 21(42%), в перименопаузальном периоде – 22 (44%), и в сенильном периоде – 7(14%). Среди обследованных женщин жительницы города составили – 12 (24%), сельской местности – 38 (76%).

Результаты исследования и их обсуждение

Возрастной диапазон исследуемых женщин составил в среднем 50 лет. Из данной группы больных с пролапсом преобладали женщины в перименопаузальном периоде, что связано с дисгормональными нарушениями, которые, по данным многих исследователей, являются наиболее распространенным фактором в развитии опущения и выпадения внутренних половых органов.

По данным нашего исследования из 50 обследованных больных, у 33 (66%) было преимущественно опущение стенок влагалища, у 8 (16%) неполное выпадение матки и стенок влагалища, и у 9 (18%) полное выпадение матки.

Длительность заболевания колебалась от нескольких месяцев до 30 лет, причем характер выявленной патологии находился в прямой зависимости от продолжительности болезни.

Первые признаки пролапса, как правило, проявлялись после родов. Пролапс стенок влагалища в сочетании с диспозицией тазовых органов, требующее хирургического лечения, у 26 (52%) больных развилось в течение ближайших 3-х лет. Вопрос о хирургическом лечении в течение первых 5 лет заболевания был решен только у 28 (56%) больных.

Выясняя один из причин возникновения пролапса было выявлено: среди обследованных из 50 женщин 12 (24%) имели большие физические нагрузки в настоящем или в прошлом, связанные с родом деятельности или в быту.

У 3 (6%) женщин пролапс возник после первых родов. Исход родов исследуемых женщин показал, что у каждой пятой больной т. е. у 10 (20%) женщин роды были крупным плодом, а у шести женщин с тазовым предлежанием плода, которые по данным некоторых авторов, играют немаловажную роль в патогенезе пролапса половых органов, являясь причиной травм родовых путей и нарушения иннервации. У 16 наблюдений имели место травмы родовых путей, в том числе разрыв промежности III степени, что в последующем привело к несостоятельности тазового дна.

Также при анализе экстрагенитальной патологии обследуемых женщин нами выявлено варикозное расширение вен нижних конечностей у 5 (10%) пациенток, пупочная грыжа у 2 (4%) пациенток, бронхиальная астма у 2 (4%) пациенток, хронический бронхит у 2 (4%) пациенток, заболевание желудочно-кишечного тракта у 5 (10%) пациенток которые, как известно, относятся к проявлениям системной несостоятельности соединительной ткани. Указания на такие виды оперативного лечения как герниопластика, тонзилэктомия, также свидетельствуют о проявлении системной несостоятельности соединительной ткани.

Выводы:

1. Основными факторами риска пролапса половых органов являются: предшествующие роды (54% женщин имели в анамнезе 2 и более родов), их характер (родовой травматизм 32%, оперативные пособия в родах – 2%), роды крупным плодом (20%).

2. Факторами, способствующими прогрессированию опущения внутренних половых органов, являются: хроническое повышение внутрибрюшного давления (запоры, кашель, тяжелая физическая нагрузка) экстрагенитальные заболевания (бронхиальная астма у 2 (4%), хронический бронхит у 2 (4%), заболевания желудочно-кишечного тракта у 5 (10%)), тяжелый физический труд (44%).

Литература:

1. Адамян Л.В. Современные концепции хирургического лечения опущения и выпадения женских половых органов / Л.В. Адамян, М.А. Блинова, Б.Е. Сашин // Материалы медиц. конгресса: эндоскопия в диагностике, лечении и мониторинге женских болезней. – М., 2000. – С. 622 – 635.

2. Айламазян Э.К. Гинекология от пубертата до постменопаузы: Практическое руководство для врачей / Э.К. Айламазян, В.В. Потин, М.А. Тарасова и др. // М.: МЕДпресс-информ, 2004. – С. 346 – 359.

3. Буянова С.Н. Некоторые аспекты патогенеза пролапса гениталий / С.Н. Буянова, С.В. Савельев, В.Л. Гришин // Акушерство и гинекология, 2001. – № 3. – С. 39 – 43.

4. Ищенко А.И. Оперативное лечение больных с опущением и выпадением матки при сочетании с недержанием мочи при напряжении / А.И. Ищенко, А.И. Слободянюк, А.Р. Самойлов и др. // Акушерство и гинекология, 2000. – № 1. – С. 32 – 36.

5. Кулаков В.И. Акушерко–гинекологические факторы риска недержания мочи у женщин / В.И. Кулаков, И.А. Аполихина, А.Д. Деев // М.: Акуш-гин., 2005. – № 3. – 85 с.

6. Макаров О.В. Оперативное лечение больных с опущением и выпадением матки и влагалища // Акушерство и гинекология, 2001. – №3. – С. 59 – 60.

7. Попов А.А. Современные аспекты диагностики, классификации и хирургического лечения опущения и выпадения женских половых органов: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. // М.: 2001. – С. 38.

8. Стрижаков А.Н. Избранные лекции по акушерству и гинекологии / А.Н. Стрижаков, А.И. Давыдов, Л.Д. Белоцерковцева // М.: Медицина, 2009. – С. 96 – 101

9. Soulie M. Repair of female urinary incontinence with prolene “TVT” preliminary results of a multicenter and prospective survey //Source: Prog. Urol., 2000. – P. – 10.