

Impact Factor: 5.878

ISSN: 2181-0990
DOI: 10.26739/2181-0990
www.tadqiqot.uz

JRHUNR

JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH



TADQIQOT.UZ

VOLUME 3,
ISSUE 1

2022

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Журнал репродуктивного здоровья и уро-
нефрологических исследований

JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

Главный редактор: Б.Б. НЕГМАДЖАНОВ

Учредитель:

Самаркандский государственный
медицинский институт

Tadqiqot.uz

Ежеквартальный
научно-практический
журнал

№ 1
2022

ISSN: 2181-0990
DOI: 10.26739/2181-0990

Главный редактор: Chief Editor:

Негмаджанов Баходур Болтаевич
доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой Акушерства и гинекологии №2
Самаркандского Государственного медицинского института

Doctor of Medical Sciences, Professor,
Head of the Obstetrics and Gynecology Department
№. 2 of the Samarkand State Medical Institute

Заместитель главного редактора: Deputy Chief Editor:

Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна
доктор медицинских наук, профессор
Кафедры Акушерства и гинекологии Ташкентского
Государственного стоматологического института

Doctor of Medical Sciences, Professor
Departments of Obstetrics and Gynecology
Tashkent State Dental Institute

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ: MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD:

Луис Альфондо де ла Фуэнте Эрнандес
профессор, член Европейского общества
репродукции человека и эмбриологии
Prof. Medical Director of the Instituto
Europeo de Fertilidad. (Madrid, Spain)

Ramašauskaitė Diana
профессор и руководитель клиники акушерства
и гинекологии при институте клинической
медицины Вильнюсского университета (Prof. Clinic
of Obstetrics and Gynecology Vilnius University Faculty
of Medicine, Latvia)

Зуфарова Шахноза Алимджановна
доктор медицинских наук, профессор, директор
Республиканского центра репродуктивного
здоровья населения (M.D., Professor, Director
of the Republican Center for Reproductive Health)

Агабабян Ирина Рубеновна
Кандидат медицинских наук, доцент, Самаркандского
Государственного медицинского института
(Candidate of Medical Sciences, Associate Professor,
Samarkand State Medical Institute)

Зокирова Нодира Исламовна
доктор медицинских наук, профессор Самаркандского
Государственного медицинского института

Кадыров Зиёратшо Абдуллоевич
доктор медицинских наук, профессор
Непрерывного медицинского образования
медицинского института РУДН.

Негматуллаева Мастура Нуруллаевна
доктор медицинских наук, профессор Бухарского
государственный медицинского института.

Окулов Алексей Борисович
доктор медицинских наук, профессор
Московского государственного
медико-стоматологического университета.

Махмудова Севара Эркиновна
доктор философии по медицинским наукам (PhD)
(ответственный секретарь)

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОГО СОВЕТА: MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD:

Boris Chertin
MD Chairman, Departments of Urology & Pediatric
Urology, Shaare Zedek Medical Center, Clinical Professor in
Surgery/Urology, Faculty of Medicine, Hebrew University,
Jerusalem. (Профессор хирургии/урологии, медицинский
факультета ивритского университета)

Fisun Vural
Doçent Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa
Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği İdari
ve Eğitim Sorumlusu. Доцент Университета
естественных наук, учебно-исследовательской
больницы клиники акушерства и гинекологии.

Melike Betül Öğütmen
SBÜ Haydarpaşa Numune SUAM Nefroloji
Kliniği idari ve Eğitim Sorumlusu.
Доцент Университета естественных наук,
учебно-исследовательской
больницы клиники нефрологии.

Аллазов Салах Алазович
доктор медицинских наук, профессор
кафедры урологии, Самаркандского
Государственного медицинского института

Ахмеджанова Наргиза Исмаиловна
доктор медицинских наук, доцент,
заведующая кафедрой №2 педиатрии с
курсом неонатологии, Самаркандского
Государственного медицинского института

Локшин Вячеслав Нотанович
доктор медицинских наук, профессор,
член-корр. НАН РК, президент Казахстанской
ассоциации репродуктивной медицины.

Никольская Ирина Георгиевна
доктор медицинских наук, профессор
ГБУ МО МОНИАГ.

Шалина Раиса Ивановна
доктор медицинских наук, профессор
кафедры акушерства и гинекологии педиатрического
факультета РНИМУ им.Н.И.Пирогова

СОДЕРЖАНИЕ | CONTENT

ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ

1. Аллазов С. А., Турсунов О. Б., Батиров Б. А., Холматов Б. О., Бобокулов Н. А., Хамроев Г. А. ВАРИКОЦЕЛЕ: ВСЕГДА ЛИ ПЛАНОВОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ / VARICOCELE: IS IT ALWAYS A PLANNED DISEASE / VARIKOTSELE: DOIM HAM REJALI KASALLIKMI.....	6
2. Аллазов С. А., Аллазов И. С., Холматов Б. О., Бобокулов Н. А., Хамроев Г. А., Негматов К.Н. ОБОСНОВАНИЕ СИМУЛЬТАННОЙ ПУЛЬПЭКТОМИИ ПРИ РАКЕ ПРОСТАТЫ / RATIONALE FOR SIMULTANEOUS PULPECTOMY FOR PROSTATE CANCER / PROSTATA BEZI SARATONIDA SIMULTANT PULPEKTOMIYANI ASOSLASH.....	10
3. Исанбаева Л. М. ПРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ МИОМЫ МАТКИ / A PROSPECTIVE ANALYSIS OF RISK FACTORS FOR UTERINE FIBROIDS/BACHADON MIOMASI RIVOJLANISHI UCHUN XAVF OMILLARINING ISTIKBOLL TAXLILI.....	14
4. Назарова Г. Х. ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПРОГНОСТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ В РАЗВИТИИ ПРЕЭКЛАМПСИИ/INNOVATIVE METHODS FOR THE DIAGNOSIS OF PROGNOSTIC MARKERS IN THE DEVELOPMENT OF PRE-ECLAMPSIA/PREEKLAMPSIYADA PROGNOSTIK MARKERLARNI DIAGNOTIKA QILISHNING INNOVATSION USULLARI	16
5. Негмаджанов Б.Б., Насимова Н. Р., Жалолова И. А., Шамсиева М. Ш. КОРРЕКЦИЯ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ С СОХРАНЕНИЕМ ПОЛОВОЙ ФУНКЦИИ/CORRECTION OF GENITAL PROLAPSE WITH PRESERVATION OF SEXUAL FUNCTION/JINSIY FUNKTSIYANI SAQLAB QOLISH BILAN GENITAL PROLAPSANI TUZATISH.....	19
6. Негмаджанов Б. Б., Раббимова Г.Т., Очилова У. Т. ТЕЧЕНИЕ ВУЛЬВОВАГИНИТОВ У БЕРЕМЕННЫХ И РАЗЛИЧНЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ / THE COURSE OF VULVOVAGINITIS IN PREGNANT WOMEN AND DIFFERENT APPROACHES IN TREATMENT / HOMILADORLARDA VULVOVAGINITLARNING KECHISHI VA DA'VOLASHDA TURLI YONDASHUVLAR.....	23
7. Негмаджанов Б. Б., Раббимова Г. Т., Омонова П. О. НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗА ЯИЧНИКОВ ПРИ АПЛАЗИИ ВЛАГАЛИЩА И МАТКИ / SOME FEATURES OF METABOLIC SYNDROME WHEN THERE IS A SYNDROME OF POLYCYSTOSIS OF THE OVARIES IN THE VAGINA AND UTERUS APLASIA / QIN VA BACHADON APLAZIYASIDA TUXUMDONLAR POLIKISTOZI SINDROMI UCHRAGANDA METABOLIK SINDROMNING AYRIM XUSUSIYATLARI.....	27
8. Негмаджанов Б. Б., Зоирова Н. А., Шавкатов Х. Ш., Раббимова Г. Т. ЭТИОПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИКА, СОВРЕМЕННАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ВЫПАДЕНИЯ ГЕНИТАЛИЙ И СОВРЕМЕННЫЕ КОНЦЕПЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ / ETIOPATHOGENESIS, CLINIC, MODERN CLASSIFICATION OF GENITAL PROLAPSE AND MODERN CONCEPTS OF SURGICAL TREATMENT OF THE DISEASE / GENITAL PROLAPS ETIOPATOGENEZI, KLINIKASI, ZAMONAVIY TASNIFI VA KASALLIKNI XIRURGIK DAVOLASHDA ZAMONAVIY TUSHUNCHALAR.....	31
9. Нигматулина И. И., Исанбаева Л. М. НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ТЕЧЕНИЯ И ВЕДЕНИЯ ВЗОМТ У ЖЕНЩИН НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ / SOME ASPECTS OF THE COURSE AND MANAGEMENT OF INFLAMMATORY DISEASES OF THE FEMALE GENITAL ORGANS IN WOMEN AT THE PRESENT STAGE / HOZIRGI BOSQICHDA AYOLLARDA JINSIY A'ZOLARINING YALLIG'LANISH KASALLIKLARINI DAVOLASH VA BOSHQARISHNING BA'ZI JIHATLARI	34
10. Раббимова Г. Т., Жумагелдиева Ю.Ш. ОБСЛЕДОВАНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ЖИРОВОГО ГЕПАТОЗА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН / EXAMINATION AND TREATMENT OF ACUTE FATTY HEPATOSIS IN PREGNANT WOMEN / HOMILADOR AYOLLARDA O'TKIR YOG'LI GERATOZNI TEKSHIRISH VA DAVOLASH.....	38
11. Юсупова Д. О., Матякубова С. А., Палванов Т. М. ФОНОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТРОФОБЛАСТА У ЖЕНЩИН С НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТЬЮ / BACKGROUND DISEASES OF TROPHOBLAST IN WOMEN WITH NON-DEVELOPING PREGNANCY / RIVOJLANMAYDIGAN HOMILADOR AYOLLARDA TROFOBLASTNING FON KASALLIKLARI.....	41



УДК 618.14-007.44-089.844 : 616-058

Негмаджанов Баходур Болтаевич

Доктор медицинских наук, профессор

Самаркандский Государственный

Медицинский институт

Самарканд, Узбекистан

Насимова Нигина Рустамовна

Доктор философии по медицинским наукам

Самаркандский Государственный

Медицинский институт

Самарканд, Узбекистан

Жалолова Ирода Абдужабборовна

Резидент магистратуры

Самаркандский Государственный

Медицинский институт

Самарканд, Узбекистан


Шамсиева Малика Шухратовна

Ассистент Самаркандский Государственный

Медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

**КОРРЕКЦИЯ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ С СОХРАНЕНИЕМ ПОЛОВОЙ ФУНКЦИИ
(ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

For citation: Negmadjanov Boxodur Boltaevich, Nasimova Nigina Rustamovna, Jalolova Iroda Abdujabborovna, Shamsieva Malika Shukhratovna, Correction of genital prolapse with preservation of sexual function, Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2022, vol. 3, issue 1, pp. 19-22

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.6426592>

Negmadjanov Boxodur Boltaevich

Doctor of Medical science, Professor

Samarkand State medical institute

Samarkand, Uzbekistan.

Nasimova Nigina Rustamovna

Doctor of Philosophy in Medical Sciences

Samarkand State Medical Institute

Samarkand, Uzbekistan

Jalolova Iroda Abdujabborovna

Master's Resident

Samarkand State medical institute

Samarkand, Uzbekistan

Shamsieva Malika Shukhratovna

Assistant Samarkand State medical institute

Samarkand, Uzbekistan.

**CORRECTION OF GENITAL PROLAPSE WITH PRESERVATION OF SEXUAL FUNCTION
(LITERATURE REVIEW)****Negmadjanov Boxodur Boltaevich**

Tibbiyot fanlari doktori, professor

Samarqand davlat tibbiyot instituti,

Samarqand, O'zbekiston

Nasimova Nigina Rustamovna
Tibbiyot fanlari bo'yicha falsafa doktori
Samarqand davlat tibbiyot instituti,
Samarqand, O'zbekiston

Jalolova Iroda Abdujabborovna
Magistratura rezidenti
Samarqand davlat tibbiyot instituti,
Samarqand, O'zbekiston

Shamsieva Malika Shukhratovna
Assistent Samarqand davlat tibbiyot instituti,
Samarqand, O'zbekiston

JINSIY FUNKTSIYANI SAQLAB QOLISH BILAN GENTAL PROLAPSANI TUZATISH (ADABIYOTLAR TAHLILI)

Опущение и выпадение внутренних половых органов (ОиВВПО) — нарушение положения матки или стенок влагалища, проявляющееся смещением половых органов до входа во влагалище или выпадением их за его пределы. Эта патология имеет наибольшую практическую значимость среди аномалий положения половых органов [1,2]. Из-за анатомической близости и общности поддерживающих структур данное заболевание часто вызывает анато-функциональную несостоятельность смежных органов и систем (недержание мочи, несостоятельность анального сфинктера). Пропалс гениталий (ПГ) целесообразно рассматривать как разновидность грыжи тазового дна, развивающейся в области влагалищного входа. В терминологии опущения и выпадения внутренних половых органов широко применяют такие синонимы, как «генитальный пролапс», «цисторектоцеле»; используют следующие определения: «опущение», неполное или полное «выпадение матки и стенок влагалища» [3].

В настоящее время в структуре гинекологической заболеваемости на долю ОиВВПО приходится до 28% [4], а 15% так называемых больших гинекологических операций проводят именно по поводу этой патологии [5]. Согласно данным, опубликованным Американской ассоциацией урологов, в хирургическом лечении ПГ и стрессового недержания мочи нуждается каждая девятая женщина, а у каждой четвертой женщины старше 60 лет встречаются различные формы пролапса внутренних половых органов. В США ежегодно оперируют около 100 000 больных с ОиВВПО при общих затратах на лечение 500 млн долларов, что составляет 3% от бюджета здравоохранения [5]. Максимальное количество операций приходится на возраст от 60 до 69 лет. С увеличением продолжительности жизни частота пролапса половых органов возрастает [6]. Тем не менее около 58% операций выполняются женщинам моложе 60 лет, из которых 13% пациенток требуется повторное вмешательство в течение последующих 5 лет. Необходимо отметить, что в связи с рецидивом пролапса повторно оперируют более 20% пациенток [5]. В отчете по демографическим показателям и перспективам (2006) ОиВВПО называют скрытой эпидемией [7]. Точная распространенность заболевания остается неустановленной, однако, согласно данным литературы, 41% женщин в возрасте 50—79 лет страдают ОиВВПО, у 34% из них имеется цистоцеле, у 19% — ректоцеле, а 14% — выпадение матки [8]. Факторы риска традиционно развитие ПГ связывали с тяжелым физическим трудом и поднятием тяжестей, при которых происходит резкое повышение внутрибрюшного давления, «выталкивающее» матку наружу [9]. Некоторые авторы [10,12] напрямую связывают риск развития пролапса тазовых органов с занятиями спортом, причем не только сопровождающимися поднятием тяжестей. Еще одним из факторов риска, провоцирующим выпадение или опущение тазовых органов, можно считать хронические заболевания кишечника и легких. Хронические запоры, провоцирующие частое и интенсивное натуживание, и упорный кашель приводят к многократному резкому повышению внутрибрюшного давления и, как следствие, — перерастяжению мышечно-фасциальных структур, поддерживающих нормальное положение внутренних половых органов в полости таза [9,13,14]. Большинство

специалистов к одним из главных факторов развития пролапса относят беременность и роды. Риск пролапса значительно повышается у рожавших, и степень его напрямую связана с количеством родов [9,15]. Еще одним фактором, предрасполагающим к выпадению тазовых органов, является гистерэктомию. Однако данные, имеющиеся в современной литературе по этому вопросу, противоречивы. Гистерэктомию может повышать риск развития ПГ, однако развитие клинически значимого патологического процесса, как правило, происходит спустя много лет после ее выполнения [3,13]. В современной литературе имеется немного данных о результатах исследований по оценке корреляции распространенности пролапса гениталий и расовой принадлежности. Женщины латиноамериканского и европейского происхождения подвержены более высокому риску развития ОиВВПО, чем имеющие азиатское, африканское происхождение и коренные жительницы Америки. Оперативное лечение по поводу ОиВВПО у женщин европеоидной расы проводится в 3 раза чаще, чем среди представительниц негроидной расы. Есть данные, что по сравнению с женщинами европеоидной расы женщины азиатского происхождения обладают низкой подвижностью тазовых органов, что подтверждено результатами ультразвукового исследования. Подтверждено также, что представительницы Кавказа и китайские женщины обладают более выраженными и толстыми пубоуретральными связками, внутритазовой фасцией и внутритазовым прикреплением к запирающей фасции [3,14]. Другим фактором, предопределяющим формирование пролапса тазовых органов, несомненно, нужно считать дефект соединительной ткани, из которой состоят связки, поддерживающие эти органы. В пользу данного мнения свидетельствует то, что ПГ страдают и нерожавшие женщины, и женщины, имевшие одни неосложненные роды [10,18]. Некоторые авторы считают несостоятельность тазового дна разновидностью грыжи, указывая на то, что вероятность пролапса выше у больных, имеющих грыжи другой локализации. Возраст является хорошо изученным фактором риска ОиВВПО [10, 14, 18]. Число женщин, страдающих ОиВВПО, увеличивается в периоде перименопаузы. В исследовании, проведенном в США среди 1004 женщин в возрасте 18-83 лет, проходивших ежегодное гинекологическое обследование, было показано, что распространенность ОиВВПО увеличивалась примерно на 40% с каждой последующей декадой жизни [14]. В исследовании, проведенном в Швеции, было показано, что среди женщин 20-29 лет распространенность ПГ составила 6,6%, а среди женщин 50-59 лет — 55,6% [12]. В последнее время появляется все больше публикаций о значении семейной отягощенности в развитии ОиВВПО. Наследуемость этих заболеваний представляется общепринятым фактом в научном сообществе. Наличие генетической предрасположенности может объяснить тот факт, что только 2-6% женщин, имевших роды через естественные родовые пути, страдают от клинически значимого, симптоматического ПГ. Та же генетическая предрасположенность может объяснить развитие данной патологии у нерожавших женщин [1, 9, 10]. Классификация Существуют несколько классификаций ПГ. Бесспорно, наиболее

простой и удобной для клиницистов является классификация М.С. Малиновского, согласно которой: — при I степени выпадения стенки влагалища доходят до входа во влагалище, наблюдается опущение матки (наружный зев шейки матки находится ниже спинальной плоскости); — при выпадении II степени (неполное выпадение матки) — шейка матки выходит за пределы половой щели, тело матки располагается выше нее; — при выпадении III степени (полное выпадение) вся матка находится ниже половой щели (в грыжевом мешке). Широко распространенной является также классификация по Baden—Walker: — I степень — при натуживании шейка матки не достигает входа во влагалище; — II степень — при натуживании шейка матки достигает входа во влагалище; — III степень — при натуживании шейка матки выходит за пределы вульварного кольца; — IV степень — полное выпадение [9]. Наиболее современной следует признать стандартизованную классификацию ПГ POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification). Ее приняли во многих урогинекологических обществах всего мира (International Continence Society, American Urogynecologic Society, Society of Gynecologic Surgeons и др.) и используют при описании большинства исследований, посвященных этой теме. Эта классификация сложна в обучении, однако обладает рядом преимуществ: 1) воспроизводимость результатов (первый уровень доказательности); 2) положение пациентки практически не влияет на определение стадии пролапса; 3) точная количественная оценка многих определенных анатомических ориентиров (а не только определение самой выпадающей точки) [3,14]. Более сложной с клинической точки зрения является систематизация функциональных нарушений, в том числе — недержание мочи. Согласно классификации Международного общества по диагностике и лечению недержания мочи (International Continence Society), выделяют состояния, являющиеся причиной возникновения инконтиненции. Причины могут быть предположительными или установленными. Предположительные причины определяются клинически. Установленные состояния должны быть подтверждены уродинамическими исследованиями [12,15]. Основные этиологические факторы опущения и выпадения половых органов у женщин По клинической концепции С.Н. Буяновой и соавт. [16], в возникновении несостоятельности тазовой диафрагмы играют роль четыре основных момента: травматические повреждения тазового дна в процессе родов, несостоятельность соединительнотканых структур в виде их системной недостаточности, нарушение синтеза стероидных гормонов, хронические заболевания, сопровождающиеся нарушением обменных процессов и микроциркуляции. Рассмотрим в отдельности каждый из предполагаемых этиологических факторов. По данным норвежских ученых, риск пролапса значительно повышается у рожавших, и степень его напрямую связана с количеством родов [17]. Так, у однократно рожавших женщин он составил 2,8%, после двух родов — 4,1%, а в случаях трех родов и более возрастал до 5,3%. Риск развития пролапса у женщин, имеющих 4 детей и более, в 3,3 раза выше, чем у однократно рожавших, степень пролапса также коррелирует с количеством родов. Каждые последующие роды увеличивают риск прогрессии пролапса на 10-20%. Несмотря на строгую корреляцию акушерских факторов и риска развития ПГ, у большинства рожавших женщин он развивается спустя длительное время после родов. Надо также учесть, что в формировании этой патологии решающую роль играет не столько количество родов, сколько их особенности. Риск развития заболевания увеличивается при осложненном течении беременности и родов, в том числе при хирургических пособиях в родах, при стремительных родах, разрывах промежности, родах крупным плодом [9, 13,16]. В

литературе существуют данные, согласно которым кесарево сечение снижает риск развития ПГ, в то время как применение акушерских щипцов, напротив, является фактором повышенного риска. X. Liu и соавт., S. Bai и соавт., В.И. Краснопольский и соавт. провели исследования, которые доказали, что патогенез пролапса тазовых органов (ПТО) связан с дисплазией соединительной ткани (ДСТ), а степень тяжести заболевания и сроки его возникновения находятся в прямой зависимости от выраженности клинических проявлений ДСТ на экстрагенитальном уровне. Межклеточный (экстрацеллюлярный) матрикс (ЭЦМ) соединительной ткани является мультикомпонентной системой, основными компонентами которой является эластин, коллаген, гликозаминогликаны. Такое свойство очень важно для реализации детородной функции, так как обеспечивает адаптацию тканей к значительному растяжению во время беременности и родов, а также последующую их инволюцию в послеродовом периоде. Коллагеновые волокна ЭЦМ в структурах поддерживающего аппарата органов малого таза в основном образованы коллагеном I (определяет механическую прочность ткани) и III типов. Основным фибриллярным коллагеном влагалища является коллаген III типа, а связочный аппарат органов малого таза представлен коллагеном I и III типов [9,12, 13]. О важной роли стероидных гормонов в состоятельности тазового дна свидетельствуют работы В.Е. Балан [14], А. Clark и соавт. [15], которые выявили наличие рецепторов к эстрогенам и прогестерону в крестцово-маточных связках и описали тазовую дисфункцию, зависящую от фаз менструального цикла. Р. Moalli и соавт. [16], обследовав женщин, подвергшихся хирургическому лечению по поводу ПГ или недержания мочи, отметили более низкий риск развития пролапса у больных, получавших заместительную гормональную терапию. В противоположность этим данным в исследовании Women's Health Initiative (270 женщин) не было отмечено статистически значимой разницы среди лиц, принимавших гормоны (на протяжении 6 лет), и лиц, принимавших плацебо [14]. Кроме того, общезвестным фактором, провоцирующим выпадение или опущение тазовых органов, можно считать хронические заболевания кишечника и легких. Хронические запоры, провоцирующие частое и интенсивное натуживание, и упорный кашель приводят к многократному резкому повышению внутрибрюшного давления и, как следствие, — к перерастяжению мышечно-фасциальных структур, поддерживающих нормальное положение внутренних половых органов в полости таза [8, 19]. Все больший интерес во всем мире в последние годы вызывают исследования по выявлению молекулярно-генетической природы заболеваний соединительной ткани, которые связаны с мутациями в генах, изучению формирования первичной структуры коллагена и эластина, компонентов ЭЦМ, а также многочисленных ферментов, принимающих участие во внутри- и внеклеточном созревании коллагена, фибрилlogenезе, образовании коллагеновых волокон. Существует ряд генов и локусов, которые можно рассматривать в качестве возможных кандидатов, участвующих в патогенезе ПТО. В результате мутаций цепи коллагена формируются неправильно, происходят такие изменения в структуре генов, как делеция, инсерция, точковые мутации. Получаются так называемые аномальные тримеры коллагена, которые не выдерживают должных механических нагрузок. Такие же изменения происходят в генах, кодирующих структуру эластина. Клиническая картина определяется количеством и типом мутаций [1, 2, 11, 13]. Все перечисленные этиопатогенетические аспекты развития ОиВВПО подтверждают, что ПТО является мультифакторным заболеванием с полиэтиологичным и неоднозначным патогенезом.

Список литературы

1. Агаев Б.А.О. Особенности этиологии, диагностики и хирургического лечения ректоцеле / Агаев Б.А.О., Мусаев Х.Н. // *Анналы хирургии.* - 2015. - № 5. С. - 21-26.
2. Александров В. Б. Лапароскопические технологии в колоректальной хирургии / Александров В. Б. // *М. Медицина.* - 2003. 5. Аминев, А.М. Руководство по проктологии / А.М. Аминев // Куйбышев, Книжное издание, 1971, Т. 4. - С. 388 - 460.

3. Аминова, В.А. К вопросу о ректоцеле / В.А. Аминова // Материалы науч. конференции врачей клиник Куйбышевского мед. ин-та. - 1968. С. 228-231.
4. Анатомо-функциональное состояние мышц тазового дна и ректовагинальной перегородки у женщин с задним тазовым пролапсом и ректоцеле / Хитарьян А.Г., Дульеров К.А., Погосян А.А., с соавт. // Практическая медицина. - 2013. - № 2 (67). - С. 90-94.
5. Афендулов, С.А. Выбор метода хирургического лечения ректоцеле / С.А. Афендулов, Ю.М. Шептунов, С.А. Тарасенко, Ю.П. Латышев, В.С. Введенский // Актуальные проблемы колопроктологии. I съезд колопроктологов России с международным участием: тез. докл., Самара, 2003. - С.24 - 25.
6. Ачкасов С.И. Справочник по колопроктологии / С.И. Ачкасов, Л.А. Благодарный, А.В. Бойко - М.: «Литтера», 2012. - 608 с.
7. Бапиев Т.А. Особенности этиологии, диагностики и хирургического 124 лечения ректоцеле / Бапиев Т.А. // Вестник Авиценны. - 2012. - № 3 (52). - С. 185-192
8. Бапиев Т.А. Роль консервативной терапии в комплексном хирургическом лечении проктологических заболеваний неопухолевой этиологии у женщин / Бапиев Т.А. // Вестник Авиценны. - 2012. - № 2 (51). - С. 61-65
9. Безменко А.А. Опыт выполнения экстраперитонеальной реконструкции тазового дна системой PROLIFT TM / Безменко А.А., Берлев И.В. // Вестник Российской военно-медицинской академии. - 2010. - № 3. - С. 189-192
10. Берек, Д. Гинекология по Эмилю Новаку / Д. Берек, И. Адаши, П. Хиллард // Пер. с англ. - М.: Практика, 2002. - 896с.
11. Богатырева Е.В. Особенности диагностики и результаты хирургического лечения ректоцеле при пролапсе тазовых органов у женщин: автореф. ... дисс. к.м.н. - Санкт-Петербург, 2010. - 24 с.
12. Буянова, С.Н. К патогенезу опущения и выпадения внутренних половых органов. / С.Н. Буянова, М.Н. Иоселиани, В.Ф. Куликов, Т.Ю. Смольнова // Вестник Российской ассоциации акушеров и гинекологов. — 2018. — №1. — С. 77 - 79.
13. Василевская, Л.Н. Гинекология / Л.Н. Василевская, В.И. Грищенко, Н.В. Кобзева, В.П. Юровская. - М.: «Медицина», 1985.
14. Воробьев Г.И. Основы колопроктологии / Г.И. Воробьев. - Ростов-на-Дону: «Феникс», 2016. - 432 с.
15. Воробьев, Г.И. Геморрой / Г.И. Воробьев, Ю.А. Шельгин, Л.А. Благодарный // - М.: Митра - Пресс, 2012. - 192с.
16. Воробьев, Г.И. Основы колопроктологии / Г.И. Воробьев // - Ростов-на - Дону: «Феникс», 2012. - С. 203 - 209.
17. Особенности клинической картины и характер функциональных нарушений у больных ректоцеле / Воробьев Г.И. с соавт. // Колопроктология. - 2014. - №2. - С. 8-14.