

КОНСЕРВАТИВНЫЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ ПОСЛЕРОДОВОГО ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ**Ф. Дж. Каримова¹, Х. М. Саатова¹, Ч. М. Хужамбердиев²**¹Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, Ташкент,²Central Asian Medical University, Ташкент, Узбекистан

Ключевые слова: инконтиненция мочи, недержание мочи у женщин, гиперактивность мочевыводящих путей, комплексное уродинамическое исследование, урофлуометрия, генитальный пролапс, цистоцеле, ректоцеле.

Tayanch soʻzlar: peshob ushlab tura olmaslik, ayollardagi enurez, siydik chiqarish yoʻllarining giperoaktivligi, kompleks urodinamik tadqiqot, uroflowmetriya, genital prolaps, tsistotsele, rektotsele.

Key words: urinary incontinence, female enuresis, overactive urinary tract, comprehensive urodynamic study, uroflowmetry, genital prolapse, cystocele, rectocele.

Послеродовые осложнения, такие как опущение стенок влагалища и недержание мочи, встречаются у женщин репродуктивного возраста в 28–39% случаев среди гинекологических заболеваний. Проблема усугубляется тем, что около трети этих пациенток – женщины, планирующие беременность. Кроме того, с возрастом пролапс тазовых органов (ПГ) приобретает прогрессирующий характер, вызывая функциональные нарушения, а также приводя к выраженному физическому и эмоциональному дискомфорту [1]. На ранних стадиях пролапса тазовых органов наиболее частыми жалобами являются рецидивирующие кровотечения, непроизвольное подтекание мочи при кашле или физическом напряжении, а также сексуальная дисфункция, что существенно снижает качество жизни пациенток. Проведенные исследования с использованием 3D-ультрасонографии выявили ранее не диагностированные повреждения мышц тазового дна, которые коррелировали с клиническими данными осмотра промежности, что может рассматриваться как признак посттравматической дряблости влагалища. Кроме того, у 56% женщин было обнаружено недостаточное смыкание половых губ, что, вероятно, является фактором, способствующим развитию дисплазии влагалища и дальнейшему прогрессированию патологического процесса. По результатам опроса 23 (46%) пациентки отметили «шипящий» звук во время полового акта, 41 (79%) – недержание мочи при потугах, слабую прерывистую струю или разбрызгивание мочи во время мочеиспускания. Функциональное тестирование позволило поставить диагноз неосложненного недержания мочи у пациенток с послеродовой дряблостью стенок влагалища. Уродинамическое исследование показало учащенное мочеиспускание у 35% женщин и обструктивное мочеиспускание у 27%, что свидетельствует об ослаблении сфинктера уретры на фоне дряблости стенок влагалища. Таким образом, ранние формы пролапса тазовых органов у женщин репродуктивного возраста ассоциируются с рецидивирующими инфекционно-воспалительными осложнениями, бактериальным вагинитом, недержанием мочи и сексуальной дисфункцией, снижая качество жизни этих пациенток. Не существует такого понятия, как «бессимптомное» опущение стенок влагалища, и ранние признаки этого осложнения, хотя и протекают бессимптомно, являются прогностическим фактором будущей тяжелой инвалидности.

TUGʻRUQDAN KEYINGI GENITAL PROLAPSI KONSERVATIV DAVOLASH USULLARI**F. J. Karimova¹, H. M. Saatova¹, Ch. M. Hujamberdiev²**¹Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini rivojlantirish markazi, Toshkent,²Central Asian Medical University, Toshkent, Oʻzbekiston

Tugʻruqdan keyingi asoratlar, masalan, qin devorlarining tushishi va siydikni ushlay olmaslik, reproduktiv yoshdagi ayollarning ginekologik kasalliklarining taxminan 28-39 foizini tashkil qiladi. Bu muammo yanada ogʻirlashadi, chunki bunday bemorlarning taxminan 1/3 qismi homiladorlikni rejalashtirayotgan reproduktiv yoshdagi ayollardir. Bundan tashqari, yosh oʻtishi bilan tos aʼzolarining prolapsi progresiv tus oladi, funksional buzilishlarga, jismoniy va hissiy azoblarga sabab boʻladi. Tos aʼzolarining prolapsining erta shakllarida eng keng tarqalgan shikoyatlar quyidagilardir: takroriy qon ketishlari, yoʻtal yoki zoʻriqish paytida siydikning beixtiyor oqib ketishi, shuningdek, jinsiy disfunktsiya. Bu esa ayollarning hayot sifatini sezilarli darajada pasaytiradi. Oldin aniqlanmagan tos qismi mushaklarining shikastlanishi 3D ultratovush tekshiruvi yordamida aniqlangan boʻlib, bu natijalar perineumni koʻrish natijalari bilan mantiqiy bogʻliq boʻlib, bu posttravmatik vaginal boʻshashishning klinik belgisini sifatida baholanishi mumkin. Tashqi jinsiy labialarning yetarlicha yopilmasligi, koʻrinib turibdiki, vagina displaziyasining sababi boʻlib, 56% ayollarda aniqlangan. Soʻrov natijalariga koʻra, 23 nafar (46%) bemor jinsiy aloqa paytida “shippak” tovushini eslatgan, 41 nafar (79%) esa kuchlanish paytida siydikni ushlab turish, siydik chiqarish paytida esa zaif va uzluksiz oqim yoki siydikning tarqalishini qayd etgan. Funktsional testlar natijasida, tugʻishdan keyin vaginal devorlarning boʻshashishi bilan bogʻliq bemorlarda murakkab boʻlmagan siydikni ushlab turish tashxisi qoʻyilgan. Urodinamik tadqiqotlar 35% ayollarda siydik chiqarishning tezlashishini va 27% da obstruktiv siydik chiqarishni koʻrsatdi, bu esa vaginal devorlarning boʻshashishi fonida uretra sfinkterining zaiflashishini koʻrsatadi. Shunday qilib, reproduktiv yoshdagi ayollarda tos aʼzolarining prolapsining erta shakllari takroriy infeksiyon-yalligʻlanish asoratlari, bakterial vaginit, siydikni ushlay olmaslik va jinsiy disfunktsiya bilan bogʻliq boʻlib, ularning hayot sifatini pasaytiradi. “Belsimptomli” qin devorlarining sustligi degan tushuncha mavjud emas. Ushbu asoratlarning dastlabki belgilari garchi simptomsiz kechsa ham, kelajakda ogʻir nogironlik ehtimolini bildiruvchi prognoz omili hisoblanadi.

CONSERVATIVE METHODS OF POSTPARTUM GENITAL PROLAPSE CORRECTION

F. J. Karimova¹, H. M. Saatova¹, Ch. M. Hujamberdiev²¹Center for the development of professional qualifications of medical workers, Tashkent,²Central Asian Medical University, Tashkent, Uzbekistan

Postpartum complications, such as vaginal wall prolapse and urinary incontinence, account for approximately 28-39% of gynecological diseases in women of reproductive age. This problem is further exacerbated by the fact that about one-third of these patients are women of reproductive age planning pregnancy. Additionally, with age, pelvic organ prolapse takes on a progressive nature, leading to functional disorders, severe physical and emotional suffering. The most common complaints in the early stages of pelvic organ prolapse include recurrent bleeding, involuntary urine leakage during coughing or straining, as well as sexual dysfunction. This significantly reduces the quality of life for women. Previously undiagnosed pelvic floor muscle injuries identified through 3D ultrasound logically correlated with the results of perineal examinations, which can be interpreted as a clinical sign of post-traumatic vaginal laxity. Insufficient closure of the labia appears to be a cause of vaginal dysplasia and was found in 56% of women. According to the survey results, 23 (46%) patients noted a "hissing" sound during sexual intercourse, while 41 (79%) reported urinary incontinence during straining, weak intermittent stream, or splashing of urine during urination. Functional testing allowed for the diagnosis of uncomplicated urinary incontinence in patients with postnatal vaginal wall laxity. Urodynamic studies showed increased urination in 35% of women and obstructive urination in 27% during uroflowmetry, indicating weakening of the urethral sphincter against the background of vaginal wall laxity. Thus, early forms of pelvic organ prolapse in women of reproductive age are associated with recurrent infectious-inflammatory complications, bacterial vaginitis, urinary incontinence, and sexual dysfunction, all of which reduce the quality of life for these patients. There is no such concept as "asymptomatic" vaginal wall laxity. Even though the early signs of this complication may be asymptomatic, they serve as a prognostic factor for severe disability in the future.

Изменение анатомо-топографических взаимоотношений между стенкой влагалища и маткой приводит к снижению барьерной функции влагалища и нарушению микробиота. Современная литература выделяет ранние стадии пролапса из синдрома вялости влагалища. Это различие важно, поскольку на ранних стадиях пролапса разрывы половых губ могут вызывать различные сексуальные проблемы, в то время как недержание мочи часто является вторичной проблемой. В результате качество жизни женщин с синдромом вялости влагалища значительно ухудшается.

Основной причиной синдрома вялости влагалища являются роды. Учитывая высокий уровень рождаемости в Республике Узбекистан, дисфункция тазового дна во время родов затрагивает не менее 31,4% женщин репродуктивного возраста. Среди пациенток с неосложненным недержанием мочи значительное большинство (91-99,5%) перенесли спонтанные роды, часто в рамках нескольких родов, и многие (56,4-72%) столкнулись с осложнениями, такими как травма промежности. Основными факторами, способствующими развитию этих осложнений, являются дисплазия соединительной ткани, разрывы мышц промежности вследствие родовой травмы, а также перевязка генитального венозного сплетения, что существенно затрудняет кровоснабжение стенок влагалища и снижает их эластичность. Постепенно нарастающая дисфункция тазового дна приводит к ослаблению поддерживающих структур, что повышает риск развития пролапса. В результате, к 40–50 годам не менее 40% женщин сталкиваются с различными степенями опущения тазовых органов и гениталий, что не только ухудшает качество жизни, но и может вызывать нарушения мочеиспускания, дефекации и сексуальной функции. Это подчеркивает важность ранней диагностики и вмешательства для улучшения качества жизни женщин, а также разработки эффективных стратегий лечения. Продолжение исследований в этой области имеет решающее значение для улучшения клинической практики и предоставления лучшей помощи женщинам, испытывающим эти послеродовые осложнения. В патогенезе синдрома дисфункции тазового дна выделяют три морфологических этапа: компенсаторный (до травмы промежности), субкомпенсаторный (дисфункция тазового дна или начальная степень опущения стенок влагалища без пролапса) и пролапс (манифестация).

Материал и методы исследования. В рамках акушерско-гинекологического исследования были обследованы 52 женщины репродуктивного возраста, перенесшие неосложненные роды. Участницы исследования либо имели разрывы задней стенки влагалища, либо рожали без явных травм промежности, зафиксированных в медицинской документации. При этом размеры таза у всех обследованных женщин соответствовали физиологической норме, что позволило исключить влияние анатомических особенностей на развитие возможных осложнений.

Результаты и их обсуждение. Причиной обращения к врачу у 38 (73%) пациенток

было непроизвольное подтекание мочи, у 24 (46%) — жалобы сексуального характера. Из анамнеза у 27 (52%) роды произошли на сроке 40-41 неделя беременности, плод был крупный (3700 ± 200 г). У 6 (11,5%) роды были затяжными с выпрямленной головкой ребенка из-за не кризисного состояния, но следует отметить, что у большинства женщин во время беременности был неосложненный колит. Женщины, находившиеся в периоде 2–5 лет после родов, проходили комплексную оценку, включающую анализ размеров и состояния тканей влагалища, качества жизни, сексуального анамнеза, а также специализированное гинекологическое обследование. Первичный осмотр промежности выявил, что генитальная щель у этих пациенток оставалась целевидной как в покое, так и при напряжении, а пальпация показала асимметричное снижение мышечного тонуса. Дополнительно, 3D-ультрасонография позволила обнаружить ранее не диагностированные повреждения мышц тазового дна, которые демонстрировали закономерную связь с клиническими данными осмотра. Эти изменения можно рассматривать как объективный признак посттравматической дряблости влагалища, что подтверждает необходимость углубленной диагностики у женщин после родов. Недостаточное смыкание половых губ, вероятно, является причиной дисплазии влагалища и было обнаружено у 56% женщин. В ходе опроса 23 пациентки (46%) отметили наличие «шипящего» звука во время полового акта, 41 женщина (79%) сообщила о недержании мочи при потугах, слабой прерывистой струе или разбрызгивании мочи во время мочеиспускания. Функциональное тестирование позволило установить диагноз неосложненного недержания мочи у женщин, страдающих от послеродовой слабости стенок влагалища. Уродинамическое исследование выявило учащенное мочеиспускание у 35% пациенток и обструктивное мочеиспускание у 27% в ходе урофлоуметрии, что свидетельствует о снижении тонуса сфинктера уретры на фоне ослабленных стенок влагалища.

Для улучшения состояния влагалища нами были предложены и внедрены неинвазивные методы, включающие укрепление мышц тазового дна (упражнения по методу Кегеля) и местное применение препарата Фемавир. Основные компоненты препарата: натриевая соль дезоксирибонуклеиновой кислоты (3,0 мг/г), гиалуроновая кислота, экстракты гаммелиса, лопуха, мальвы циннии, ромашки, а также другие вспомогательные вещества. Препарат вводился интравагинально один раз в день в течение двух недель с использованием одноразового аппликатора. Кегельские упражнения, выполняемые в домашних условиях, продемонстрировали свою эффективность и помогают многим женщинам предотвратить прогрессирование дисфункции влагалища. Эти упражнения восстанавливают слизистую оболочку влагалища, устраняют дистрофические изменения и улучшают питание тканей. Натриевые соли дезоксирибонуклеиновой кислоты способствуют повышению сопротивляемости вирусным, грибковым и бактериальным инфекциям. Перед началом комбинированного лечения всем пациенткам, при необходимости, проводилась местная дезинфекция влагалища. Мониторинг показал, что к завершению первого этапа терапии у 23 пациенток (44,2%) было зафиксировано значительное улучшение сексуальной функции, а у 18 (34,6%) исчезли признаки недержания мочи. В 5 случаях (9,6%) наступила беременность, что было связано с лечением. Таким образом, ранние формы пролапса тазовых органов у женщин репродуктивного возраста тесно связаны с рецидивирующими инфекционно-воспалительными заболеваниями, бактериальным вагинитом, недержанием мочи и сексуальной дисфункцией, что негативно сказывается на качестве жизни этих пациенток. Понятие «бессимптомной» дряблости стенок влагалища не существует, так как даже на ранних этапах, когда явные признаки отсутствуют, это состояние может предвещать развитие серьезных проблем в будущем. Ранняя диагностика, эффективная профилактика и своевременное консервативное лечение способны замедлить патологический процесс, предотвратить его прогрессирование и значительно повысить качество жизни пациенток. Профилактика дисфункции тазового дна должна включать комплексные меры, направленные на укрепление мышц и поддержание их тонуса. Важную роль в этом играют регулярные упражнения для мышц влагалища, а также применение неинвазивных методов, таких как Фемавир, в период подготовки к беременности и в процессе вынашивания.

Выводы. В заключение, результаты проведенного исследования демонстрируют важность ранней диагностики и комплексного подхода в лечении заболеваний, связанных с пролапсом тазовых органов и дисфункцией тазового дна у женщин. Консервативные мето-

ды, такие как упражнения для укрепления мышц тазового дна и местное применение препарата Фемавир, показали свою эффективность в улучшении состояния пациенток, снижении симптомов недержания мочи и сексуальной дисфункции. Эти меры не только помогают предотвратить развитие заболевания, но и значительно улучшают качество жизни женщин, способствуя восстановлению их физического и эмоционального благополучия. Важно помнить, что своевременная профилактика и лечение на ранних стадиях являются ключом к успешному результату и предотвращению долгосрочных осложнений.

Использованная литература:

1. Доброхотова Ю.Э., Ибрагимова Д.М., Мандрыкина Ж.А., Серова Л.Г. Микро-биоценоз генитального тракта женщин. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. 80 с. [Dobrohotova YU.EH., Ibragimova D.M., Mandrykina ZH.A., Serova L.G. Mikrobiocenoz genital'nogo trakta zhenshchin. M.: GEOTAR-Media, 2014. 80 s. (in Russian)].
2. Колесникова С.Н., Дубинская Е.Д., Бабичева И.А. Влияние ранних форм пролапса тазовых органов на качество жизни женщин репродуктивного возраста // Академический журнал Западной Сибири. 2016. Т. 12. № 1. С. 65–67 [Kolesnikova S.N., Dubinskaya E.D., Babicheva I.A. Vliyanie rannih form prolapsa tazovyh organov na kachestvo zhizni zhenshchin reproduktivnogo vozrasta / Akademicheskij zhurnal Zapadnoj Sibiri. 2016. T. 12. № 1. S. 65–67 (in Russian)].
3. Karabulut A., Ozkan S., Kocak N., Alan T. Evaluation of confounding factors interfering with sexual function in women with minimal pelvic organ prolapse // Int. J. of gynecoljgy and obstetrics. 2014. Vol. 127. P. 73–76.