



Р. М. Банахевич¹, К. Б. Акімова¹, К. О. Парієнко², О. А. Вдовіченко¹

Аналіз екстрагенітальних чинників розвитку рецидиву генітального пролапсу

¹ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»,

²КЗ «Дніпропетровська міська клінічна лікарня №9»

Ключові слова: матки пролапс, рецидив, сполучна тканина.

Генітальний пролапс залишається доволі поширеною гінекологічною патологією, що посідає третє місце у структурі захворювань пацієнток літнього віку, в яких не завжди вчасно та правильно вирішується питання хірургічної реабілітації. З метою уточнення ролі екстрагенітальної патології в патогенезі рецидиву генітального пролапсу виконали ретроспективний аналіз обстежень 1795 жінок. Виявили, що розвиток дистрофічних порушень фасціально-лігаментарного апарату статевих органів має поліетіологічний характер: тривале або надмірне підвищення внутрішньочеревного тиску і дистрофічні зміни у фасціально-лігаментарному апараті статевих органів. Одну із ключових позицій у патогенезі розвитку рецидиву генітального пролапсу посідає дисплазія сполучної тканини. Її ознаки на тлі станів, що викликають підвищення внутрішньочеревного тиску, слід враховувати як фактор високого ризику формування рецидиву в пацієнток, яким планується первинне оперативне втручання з приводу генітального пролапсу.

Анализ экстрагенитальных факторов развития рецидива генитального пролапса

Р. Н. Банахевич, К. Б. Акімова, Е. А. Парієнко, Е. А. Вдовіченко

Генитальный пролапс остается достаточно распространенной гинекологической патологией, которая занимает третье место в структуре заболеваний пациенток пожилого возраста, у которых не всегда вовремя и правильно решается вопрос хирургической реабилитации. С целью уточнения роли экстрагенитальной патологии в патогенезе рецидива генитального пролапса провели ретроспективный анализ обследованных 1795 женщин. Установлено, что развитие дистрофических нарушений фасциально-лигаментарного аппарата половых органов носит полиэтиологический характер: длительное или чрезмерное повышение внутрибрюшного давления и дистрофические изменения в фасциально-лигаментарном аппарате половых органов. Одну из ключевых позиций в патогенезе развития рецидива генитального пролапса занимает дисплазия соединительной ткани. Ее признаки на фоне состояний, которые вызывают повышение внутрибрюшного давления, следует учитывать как фактор высокого риска формирования рецидива у пациенток, у которых планируется первичное оперативное вмешательство по поводу генитального пролапса.

Ключевые слова: матки пролапс, рецидив, соединительная ткань.

Запорожский медицинский журнал. – 2014. – №5 (86). – С. 82–84

Analysis of extragenital factors in the development of recurrence of genital prolapse

R. M. Banakhevyich, K. B. Akimova, K. A. Parienko, O. A. Vdovichenko

Aim. To analyze the extragenital factors in the development of recurrence of genital prolapsed.

Methods and results. 1795 women with recurrent genital prolapse (RGP) were examined. Retrospectively was analyzed that the development of dystrophic disturbances of the fascial-ligamentary apparatus of genitals is polietiologic character: prolonged or excessive increase intraabdominal pressure and dystrophic changes in fascial-ligamentary apparatus of genitals, what is responsible for their anatomical position. Incidence and nature of concomitant extragenital pathology in patients with recurrent genital prolapse were estimated in the article. The average rate of extragenital pathology was 3.2±0,1 diseases for one patient.

Conclusion. Retrospective analysis showed that one of the key positions in the pathogenesis of the development of recurrence of genital prolapse is connective tissue dysplasia. Extragenital forms of connective tissue dysplasia were observed in the form of a somatic pathology of cardio-vascular (r=0,25), broncho-pulmonary system (r=0,34) and gastrointestinal tract (r=0,35), varicose veins of the lower extremities (r=0,32), toe valgus deformity I (r=0,33), abdominal wall hernia (r=0,21), increased mobility of joints, loss of skin turgor. The incidence of diseases of these systems was 84,5%.

Key words: Uterine Prolapse, Recurrence, Connective Tissue.

Zaporozhye medical journal 2014; №5 (86): 82–84

Генітальний пролапс (ГП) залишається доволі поширеним гінекологічним захворюванням, що посідає третє місце у структурі захворювань пацієнток літнього віку, в яких не завжди вчасно та правильно вирішується питання хірургічної реабілітації, яка створює умови для розвитку рецидиву генітального пролапсу (РГП) та негативно впливає на якість їхнього життя. Окремі дослідники вважають, що в основі формування РГП лежать тривале або надмірне підвищення внутрішньочеревного тиску і дистрофічні зміни у фасціально-лігаментарному апараті статевих органів (ФЛАСО), що відповідає за їхнє анатомічне положення.

Автори стверджують, що розвиток дистрофічних порушень ФЛАСО має поліетіологічний характер. Більшість із цих факторів так чи інакше виявляють майже в усіх жінок. Поряд із тим у доступній фаховій літературі не виявили узагальнених робіт, в яких наведений багатofакторний аналіз причин розвитку РГП із визначенням ступеня впливу на його реалізацію. Відсутність повноцінного вирішення цього питання не дає можливості обґрунтовано визначити групи ризику формування РГП і окреслити шляхи його профілактики. У зв'язку з цим відзначають велику кількість рецидивів після хірургічного лікування генітального



пролапсу, частота яких, за інформацією різних авторів, має широкі межі – від 30 до 72%.

Мета роботи

На підставі ретроспективного аналізу уточнити роль екстрагенітальної патології у патогенезі рецидиву генітального пролапсу.

Пацієнти і методи дослідження

На клінічній базі кафедри акушерства та гінекології ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», в міському центрі пластичної хірургії в гінекології КЗ «Дніпропетровська МКЛ №9 ДОР» із 2005 до 2013 р. обстежили 1795 пацієнток із рецидивом пролапсу II–IV стадій за класифікацією POP-Q (ICS, 1996 р.). Опис локалізації та виду дефекту здійснювали за класифікацією К.Ф. Славянського та Міжнародною класифікацією хвороб (МКХ 10), клінічне оцінювання стадії пролапсу – за класифікацією POP-Q [2]. Для визначення причин розвитку РГП пацієнток ретроспективної групи поділили на дві групи.

До першої ретроспективної групи (Р) включили 1795 хворих із ознаками рецидиву генітального пролапсу. До другої (К) – 116 пацієнток без скарг та ознак генітального пролапсу.

Для порівняльного аналізу результатів дослідження та розробки прогностичних критеріїв ступеня ризику ускладнень і виникнення рецидиву ГП використали математичні та статистичні методи, котрі покладені в основу сучасних принципів доказової медицини: t-критерій, дисперсійний аналіз, методи непараметричного аналізу (χ^2 , точний метод Фішера), кореляційний аналіз (розрахунки коефіцієнтів Spearman (R) і Kendall (τ)). Для визначення прогностичних показників використовували дискримінантний аналіз, який дає змогу знаходити різницю між двома групами об'єктів (і більше ніж двома) одночасно за кількома змінними величинами. Статистично вірогідними вважали різницю при $p < 0,05$. Аналіз виконали за допомогою програми «Statistica 6.0» (StatSoft, Inc. 2001) [5].

Результати та їх обговорення

Оцінювали частоту і характер супутньої екстрагенітальної патології у пацієнток із РГП (табл. 1). Майже в усіх хворих виявили різні види супутньої екстрагенітальної патології – в однієї пацієнтки із РГП діагностували від 1 до 5 таких захворювань. Частина їх могла бути причиною або однією з ланок патологічного процесу. У середньому цей показник становив $3,2 \pm 0,1$ захворювання на одну пацієнтку. Передусім це захворювання, які викликають підвищення внутрішньочеревного тиску (ХОЗЛ, сезонні алергії). Аналіз показав провідну роль хронічного підвищення внутрішньочеревного тиску в генезі РГП: закрепи у пацієнток із патологією ШКТ – 154 (8,6%), захворюваннями прямої кишки, а також кашель при хронічних захворюваннях органів дихання – 185 (10,3%). Хронічні захворювання могли спричинити появу та прогресування прихованої чи ятрогенно створеної патології ФЛАСО.

Майже у кожній п'ятій пацієнтки групи Р виявили патологію серцево-судинної системи: ГХ – у 388 (21,4%),

Таблиця 1

Екстрагенітальна патологія у пацієнток із рецидивом генітального пролапсу

Характер екстрагенітальної патології	Групи	
	Р	К
	n, (%)	n, (%)
Гіпертонічна хвороба 2–3 стадій	388 (21,4)	32 (27,6)
Ішемічна хвороба серця	317 (17,6)	30 (25,9)
Варикозна хвороба	198 (11,0)*	9 (7,7)
ХОЗЛ, бронхіальна астма	185 (10,3)*	4 (3,4)
Хр. захворювання ШКТ	154 (8,6)*	7 (6,0)
Цукровий діабет	21 (1,2)*	6 (5,1)
Хр. захворювання сечовидільної системи	205 (11,4)*	11 (9,4)
Захворювання хребта	142 (8,0)*	6 (5,1)
Деформація пальців стопи	286 (15,9)*	6 (5,1)
Грижі черевної стінки	48 (2,7)*	2 (1,7)
Дисплазія сполучної тканини	469 (26,1)*	9 (7,7)
Варикозна хвороба прямої кишки	421 (23,5)*	15 (12,9)

Примітка: * – статистично вірогідна різниця з показником групи контролю, ($p < 0,05$).

ІХС – у 317 (17,6%) хворих. Порушення вуглеводного і жирового обмінів у групі Р встановили у 1,2% та 4,8% хворих відповідно. Слід відзначити, що усі випадки діабету діагностували до операції. У 21 (1,2%) пацієнтки групи Р виявили цукровий діабет 2 типу, тільки в одному випадку – діабет 1 типу.

У 286 (15,9%; $r=0,34$) пацієнток протягом обстеження виявили деформацію пальців стопи, грижі різних локалізацій діагностовано у 48 (2,7%; $r=0,21$) хворих, що також необхідно розцінювати як одну з ознак дисплазії сполучної тканини (ДСТ). Діагностування цих патологічних станів опосередковано могло свідчити про існування в пацієнтки ДСТ. У цьому випадку деформація суглобів може бути однією з її клінічних ознак.

До клінічних ознак ДСТ належать також захворювання хребта – 142 (8,0%; $r=0,23$), захворювання на бронхіальну астму та інші обструктивні захворювання легень – 185 (10,3%; $r=0,30$). Середня кількість хвороб, які характеризували ДСТ, на 1 пацієнтку становила $1,8 \pm 0,3$.

Гіпотезу про вплив ДСТ на частоту розвитку РГП підтверджує частота виявлення ознак варикозної хвороби нижніх кінцівок (198 – 11,0%) та венозної системи прямої кишки (421 – 23,5%).

Типові ознаки ДСТ у пацієнтів групи Р: грижі різної локалізації – 48 (2,7%), варикозне розширення вен – 198 (11,0%), деформація дрібних суглобів нижніх кінцівок – 286 (43,8%), артрозо-артрити кульшових суглобів із деформацією та обмеженням їхньої рухливості – 156 (8,7%) хворих.

Поєднання етіологічних факторів формування РГП визначили у 71,8% пацієнток ретроспективної групи. Це були ознаки системної ДСТ на тлі станів, що викликали підвищення внутрішньочеревного тиску.

Екстрагенітальну патологію діагностували у 84,5% жінок ($r=0,31$). Сезонні алергії та ХОЗЛ – у 10,3% хворих ($r=0,34$). Хронічні захворювання ШКТ, що супроводжуються стійкими закріпами, виявили у 8,6% обстежених ($r=0,35$).



У результаті дослідження встановили, що у 71,8% пацієнток ретроспективної групи були ознаки ДСТ ($r=0,38$). При цьому легкий ступінь визначили у 17,3% хворих, середньої тяжкості – у 21,7%, тяжкий – у 32,8% жінок. Сімейний характер пролапсу відзначали 18,3% жінок ($r=0,33$), які підтверджували теорію про спадковий характер системної ДСТ.

Висновки

Результати вказують на провідну роль ДСТ у патогенезі РГП. Дисплазію сполучної тканини різного ступеня тяжкості визначили у 71,8% пацієнток ретроспективної групи: легкий ступінь – у 17,3%, середньої важкості – у 21,7%, важка – у 32,8% жінок.

У 71,8% пацієнток із РГП спостерігали поєднання етіологічних факторів ризику: ознаки системної ДСТ на тлі станів, які викликали підвищення внутрішньочеревного тиску.

Ознаки ДСТ на тлі станів, що викликають підвищення внутрішньочеревного тиску, варто враховувати як чинник високого ризику формування РГП у пацієнток, яким планується первинне оперативне втручання з приводу генітального пролапсу.

Перспективи подальших досліджень полягають в аналізі екстрагенітальних чинників розвитку рецидиву генітального пролапсу залежно від виду та локалізації рецидиву.

Список літератури

1. Безменко А.А. Этиология и патогенез генитального пролапса / А.А. Безменко, И.В. Берлев // Журнал акушерства и женских болезней. – 2011. – Т. 60. – № 1. – С. 129–138.
2. Тарабанова О.В. Эффективность реконструктивных операций на тазовом дне у гинекологических больных / О.В. Тарабанова, А.Н. Григорова, Е.В. Белохвостикова // Журнал акушерства и женских болезней. – 2011. – Т. 60. – № 1. – С. 78–82.
3. Сравнительная характеристика эффективности реконструкции сегментов влагалища / В.А. Потапов, Р.М. Банахевич, К.Б. Акимова и др. // Журнал акушерства и женских болезней. – 2009. – Т. LVIII. – № 5. – С. М40–М41.
4. Fialkow M.F. Incidence of recurrent pelvic organ prolapse 10 years following primary surgical management: a retrospective cohort study / M.F. Fialkow, K.M. Newton, N.S. Weiss // Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunct. – 2008. – Vol. 19. – № 11. – P. 1483–1487.
5. Антомонов М.Ю. Математическая обработка и анализ медико-биологических данных / М.Ю. Антомонов. – К. : Малий друк, 2006. – 558 с.

References

1. Bezmenko, A. A., Berlev, I. V. (2011). Etiologia i patogeneza genital' nogo prolapsa [The etiology and pathogenesis of genital prolapse]. *Zhurnal akusherstva i zhenskikh boleznej*, 60(1), 129–138. [in Russian].
2. Tarabanova, O. V. (2011). E'ffektivnost' rekonstruktivnykh operacij na tazovom dne u ginekologicheskikh bol'nykh [The effectiveness of reconstructive operations on pelvic bottom of gynecological patients]. *Zhurnal akusherstva i zhenskikh boleznej*, 60(1), 78–82. [in Russian].
3. Potapov, V. O., Banakhevich, R. M., & Akimova, K. B. (2009). Sravnitel' naya kharakteristika segmenta vlagalishha [Comparative description of efficiency of reconstruction of segments of vagina]. *Zhurnal akusherstva i zhenskikh boleznej*, 58(5), 40–41. [in Russian].
4. Fialkow, M. F., Newton, K. M., & Weiss, N. S. (2008). Incidence of recurrent pelvic organ prolapse 10 years following primary surgical management: a retrospective cohort study. *Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunct*, 19(11), 1483–1487. doi: 10.1007/s00192-008-0678-8.
5. Antomonov, M. Yu. (2006). *Matematicheskaya obrabotka i analisis mediko-biologicheskikh dannykh* [Mathematical treatment and analysis of biomedical data]. Kyiv [in Ukrainian].

Відомості про авторів:

Банахевич Р.М., к. мед. н., доцент каф. акушерства та гінекології, ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», E-mail: banahevich@yandex.ru.

Акімова К.Б., к. мед. н., доцент каф. акушерства та гінекології, ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України».

Парієнко К.О., лікар, КЗ «Дніпропетровська міська клінічна лікарня №9 Дніпропетровської обласної ради».

Вдовіченко О. А., каф. акушерства та гінекології, ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України».

Поступила в редакцію 25.06.2014 г.