

Луцук А. С., Олещик С. Н.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ У ЖЕНЩИН С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Никитина Е. В.

Кафедра акушерства и гинекологии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Проблема пролапса гениталий (ПГ) активно изучается во всём мире. Согласно теории системной дисплазии соединительной ткани (ДСТ), в основе развития ПГ лежат нарушения метаболизма коллагена, вызванные генетическими причинами, изменениями гормонального фона в пери- и постменопаузе и другими факторами.

Цель: изучить, оценить и сравнить роль этиологических факторов в развитии ПГ.

Материал и методы. В гинекологическом отделении 6 ГКБ при помощи социологического метода исследования – анкетирование – был проведён опрос 37 женщин с опущением и выпадением внутренних половых органов, являющихся основной группой, и 37 женщин без ПГ – контрольная группа. Для обработки информации применялись электронные пакеты Microsoft Office 2010, Statistica 10.0.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст женщин в основной группе, т.е. с опущением или выпадением половых органов, составил $58,36 \pm 11,37$ лет ($M \pm \sigma$), в контрольной – $55,59 \pm 15,40$ ($M \pm \sigma$). Стоит отметить, что у женщин с ПГ в 54% место работы было связано с физическим трудом (ФТ), 78% опрошенных в повседневной деятельности сталкивались с частым тяжёлым ФТ, при этом у 35% женщины из контрольной группы работа была связана с ФТ, а помимо работы в 37%. Согласно критериям Т.Ю. Смольновой, в основной группе ДСТ лёгкой степени (до 9 баллов) – 11%; средней (от 10 до 16 баллов) – 32% и тяжёлой (более 16) – 57%; в контрольной группе лёгкой степени ДСТ – 54%, средней – 41%, тяжёлой – 5%. Среди малых признаков ДСТ в основной группе/контрольной выявлены: отсутствие стрий на коже – 22%/51%, нарушение рефракции в возрасте до 40 лет – 22%/49%, мышечная гипотония – 5%/0%, уплощение свода стопы – 38%/14%, склонность к лёгкому образованию синяков, повышенная кровоточивость тканей – 27%/38%, кровотечения в послеродовом периоде – 27%/0%, вегето-сосудистая дистония – 19%/8%, нарушение сердечного ритма и проводимости – 54%/21%; астенический тип телосложения – 0%/14%. Большие признаки в основной группе/контрольной: плоскостопие II- III ст. – 32%/14%, эластоз кожи – 19%/0%, гиперподвижность суставов, склонность к вывихам, растяжениям связочного аппарата суставов – 38%/22%, дискинезия желчевыводящих путей – 41%/32%, угроза преждевременных родов на сроке 32-35 нед. беременности, преждевременные роды, преждевременные роды – 32%/30%, сколиоз, кифоз, кифосколиоз – 19%/27%, тонзилэктомия – 14%/5%, варикозное расширение вен, геморрой – 68%/54%; аллергические состояния – 22%/27%; запоры – 68%/38%; быстрые стремительные роды в анамнезе с гипотоническим кровотечением или без него в III периоде родов – 0%/8%; пролапс гениталий и грыжа у родственников I линии – 73%/22%. Такие тяжёлые проявления ДСТ как грыжи были выявлены у 14%/8%, спланхноптоз – 100%/30%, варикозная болезнь и геморрой (оперативное лечение), хроническая венозная недостаточность с тропическими нарушениями – 19%/5%, привычные вывихи более 2 суставов – 8%/5%, нарушение моторной функции ЖКТ, подтверждённые лабораторными методами (R-логические, скопические) – 14%/0%, дивертикулы, долихосигма – 32%/5% поливалентная аллергия, тяжёлые анафилактические реакции – 5%/0%.

Выводы. 1) У всех женщин с ПГ была выявлена ДСТ. В большинстве своём у женщин с ПГ превалирует ДСТ тяжёлой степени (57%), в то время как в контрольной группе без ПГ – ДСТ лёгкой степени (54%). 2) Все изучаемые факторы риска имеют отрицательную значимость для развития ПГ. 3) Женщины с ПГ значительно чаще занимались тяжёлым ФТ в повседневной деятельности по сравнению с контрольной группой.