

ПРОФИЛАКТИКА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ОПУЩЕНИЯ ГЕНИТАЛИЙ НА НАЧАЛЬНОМ ЭТАПЕ РАЗВИТИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Туразода Мафтуна Улугбек кизи

*Резидент магистратуры 2 курса кафедры акушерства и гинекологии №1
Самаркандского государственного медицинского университета,
Самарканд, Узбекистан.*

Тел: +998 88 554 70 71; E-mail: turazodamaftuna02@gmail.com

Научный руководитель: д.м.н., профессор Худоярова Дилдора Рахимовна
*Заведующий кафедрой акушерства и гинекологии № 1, Самаркандского
государственного медицинского университета*

Аннотация: *Опущение гениталий у женщин репродуктивного возраста является актуальной проблемой современной гинекологии и характеризуется тенденцией к прогрессированию при отсутствии своевременной коррекции. На ранних стадиях заболевания (I–II степень) клинические проявления минимальны, однако именно этот период наиболее благоприятен для проведения профилактических мероприятий.*

Цель исследования — обоснование эффективных методов профилактики прогрессирования пролапса тазовых органов у женщин репродуктивного возраста. Рассмотрены основные факторы риска, патогенетические механизмы и современные консервативные подходы, включая тренировку мышц тазового дна, коррекцию образа жизни и диспансерное наблюдение. Комплексный и индивидуализированный профилактический подход позволяет замедлить прогрессирование патологического процесса и снизить необходимость хирургического вмешательства в дальнейшем.

Ключевые слова: *опущение гениталий, пролапс тазовых органов, репродуктивный возраст, профилактика, мышцы тазового дна, факторы риска, консервативная терапия*

Введение: *Опущение гениталий (пролапс тазовых органов) является одним из наиболее распространённых нарушений в структуре гинекологической патологии и представляет собой смещение матки и/или стенок влагалища вследствие функциональной несостоятельности мышечно-связочного аппарата тазового дна. Традиционно данная патология ассоциировалась с женщинами перименопаузального и постменопаузального возраста, однако в последние годы отмечается устойчивая тенденция к её выявлению у пациенток репродуктивного*

периода. По данным клинических наблюдений, начальные стадии пролапса (I–II степень по системе POP-Q) нередко протекают малосимптомно либо сопровождаются незначительным ощущением дискомфорта, чувством тяжести внизу живота, эпизодами стрессового недержания мочи. Отсутствие выраженной клинической картины приводит к поздней обращаемости и постепенному прогрессированию патологического процесса, что в дальнейшем может потребовать хирургической коррекции и повлиять на репродуктивную функцию женщины. В основе формирования пролапса лежит комплекс факторов: травматичные роды, многоплодная беременность, крупный плод, дисплазия соединительной ткани, хроническое повышение внутрибрюшного давления (запоры, кашель, тяжёлые физические нагрузки), гормональные нарушения и воспалительные заболевания органов малого таза. Существенную роль играет нарушение нейромышечной координации тазового дна, приводящее к снижению его поддерживающей функции. Особую значимость приобретает ранняя профилактика прогрессирования опущения гениталий именно на начальном этапе развития заболевания. На данной стадии структурные изменения носят преимущественно функциональный характер и поддаются коррекции при условии своевременного комплексного вмешательства. Консервативные методы, направленные на укрепление мышц тазового дна, оптимизацию образа жизни и устранение факторов риска, способны замедлить или стабилизировать патологический процесс. Таким образом, разработка научно обоснованных подходов к профилактике прогрессирования пролапса тазовых органов у женщин репродуктивного возраста является важной задачей современной гинекологии и профилактической медицины, направленной на сохранение репродуктивного здоровья и повышение качества жизни пациенток.

Актуальность: Проблема опущения гениталий у женщин репродуктивного возраста в последние годы приобретает всё большую клиническую и социальную значимость. Несмотря на распространённое мнение о том, что пролапс тазовых органов является патологией преимущественно старших возрастных групп, современные эпидемиологические данные свидетельствуют о росте частоты начальных форм заболевания среди женщин детородного возраста. Это связано с увеличением числа осложнённых родов, оперативных родоразрешений, травматизации тазового дна, а также с распространённостью дисплазии соединительной ткани и неблагоприятных факторов образа жизни.

Начальные стадии пролапса (I–II степень) часто остаются недиагностированными вследствие скудной симптоматики и низкой обращаемости пациенток. Между тем именно на этом этапе патологический процесс носит преимущественно функциональный характер и может быть стабилизирован при



условии своевременного проведения профилактических мероприятий. Отсутствие ранней коррекции способствует постепенному прогрессированию заболевания, формированию выраженных анатомических дефектов, нарушению мочеиспускания, дефекации, сексуальной функции и снижению качества жизни.

Особую актуальность проблема приобретает в контексте сохранения репродуктивного потенциала женщины. Прогрессирование пролапса может осложнять течение последующих беременностей и родов, повышать риск акушерских и гинекологических осложнений, а также приводить к необходимости хирургического вмешательства в молодом возрасте.

С учётом высокой распространённости факторов риска среди женщин репродуктивного возраста и тенденции к «омоложению» данной патологии, разработка эффективных алгоритмов ранней профилактики прогрессирования опущения гениталий представляет собой важное направление современной гинекологии. Комплексный подход, включающий раннюю диагностику, индивидуализацию профилактических программ и диспансерное наблюдение, имеет значительный потенциал для снижения частоты тяжёлых форм пролапса и улучшения долгосрочных репродуктивных исходов.

Основная часть: Опущение гениталий у женщин репродуктивного возраста формируется в результате сложного взаимодействия анатомических, функциональных, гормональных и биомеханических факторов, приводящих к снижению поддерживающей способности тазового дна. На начальных стадиях патологический процесс характеризуется умеренным смещением матки и стенок влагалища без выхода за пределы половой щели, однако даже минимальные изменения архитектоники тазового дна сопровождаются нарушением распределения внутрибрюшного давления и постепенной перегрузкой связочного аппарата. В основе прогрессирования лежит несостоятельность мышц levator ani, повреждение фасциальных структур, а также снижение эластичности соединительной ткани, что особенно выражено при врождённой дисплазии. У женщин репродуктивного возраста данные изменения нередко сочетаются с последствиями родовой травмы, эпизиотомии, разрывов промежности, а также с повторными беременностями, каждая из которых увеличивает нагрузку на поддерживающий аппарат органов малого таза.

Патогенетический механизм прогрессирования пролапса включает хроническое повышение внутрибрюшного давления, возникающее при запорах, длительном кашле, ожирении, тяжёлой физической работе. Повторяющееся воздействие избыточного давления приводит к перерастяжению фасциальных структур и постепенному смещению органов книзу. Дополнительным фактором является нарушение нейромышечной регуляции тазового дна: снижение сократительной



способности мышечных волокон и ухудшение их координации способствуют утрате адекватного противодействия гравитационным нагрузкам. Существенную роль играет гормональный статус женщины: колебания уровня эстрогенов в послеродовом периоде, при лактации и эндокринных нарушениях влияют на трофику слизистой и соединительной ткани, снижая их устойчивость к механическим воздействиям.

На раннем этапе развития заболевания структурные изменения носят преимущественно функциональный характер, что создаёт благоприятные условия для проведения профилактических мероприятий, направленных на стабилизацию процесса. Ключевым направлением профилактики является целенаправленная тренировка мышц тазового дна. Регулярное выполнение упражнений, основанных на произвольном сокращении и релаксации мышц промежности, способствует увеличению их силы и выносливости, улучшению нейромышечной координации и повышению тонуса поддерживающего аппарата. Клинические исследования демонстрируют, что систематические тренировки в течение не менее 3–6 месяцев приводят к уменьшению выраженности симптомов, стабилизации степени пролапса и снижению частоты его прогрессирования. Эффективность возрастает при индивидуальном подборе программы и контроле правильности выполнения упражнений с использованием методов биологической обратной связи.

Значимым компонентом профилактики является коррекция образа жизни. Нормализация массы тела снижает хроническое давление на тазовое дно и уменьшает нагрузку на связочный аппарат. Рациональное распределение физической активности с исключением подъёма тяжестей и чрезмерных силовых нагрузок позволяет предупредить дальнейшее смещение органов. В то же время умеренная аэробная активность и укрепляющие упражнения способствуют улучшению кровообращения в малом тазу и поддержанию мышечного тонуса. Особое внимание уделяется профилактике хронических запоров посредством диетических рекомендаций, достаточного потребления жидкости и формирования регулярного режима дефекации, что позволяет снизить эпизоды натуживания и избыточного повышения внутрибрюшного давления.

Физиотерапевтические методы занимают вспомогательное место в комплексной профилактике. Электростимуляция мышц тазового дна способствует усилению их сократительной активности, особенно у пациенток с выраженной мышечной слабостью. Лазерная и магнитотерапия улучшают микроциркуляцию и трофику тканей, способствуя восстановлению их функционального состояния. Перспективным направлением является использование современных неинвазивных технологий, направленных на стимуляцию коллагенообразования и повышение

плотности соединительной ткани, что может способствовать укреплению фасциальных структур на ранних этапах пролапса.

Отдельного внимания заслуживает диспансерное наблюдение женщин группы риска. К ним относятся пациентки с осложнённым акушерским анамнезом, признаками дисплазии соединительной ткани, ожирением, хроническими респираторными заболеваниями и наследственной предрасположенностью к слабости связочного аппарата. Регулярные гинекологические осмотры с использованием стандартизированной системы оценки степени пролапса позволяют своевременно выявлять минимальные изменения и корректировать профилактическую программу. Индивидуализация подхода, учитывающая возраст, репродуктивные планы, соматический статус и уровень физической активности женщины, повышает приверженность к лечению и эффективность мероприятий.

В ряде случаев на начальных стадиях может рассматриваться применение вагинальных пессариев как временной поддерживающей меры, особенно при наличии выраженных субъективных жалоб. Использование пессариев позволяет перераспределить нагрузку на тазовое дно и предупредить дальнейшее смещение органов, однако требует регулярного контроля и соблюдения правил гигиены. Медикаментозная терапия носит вспомогательный характер и направлена преимущественно на коррекцию сопутствующих состояний, включая воспалительные процессы и гормональные дисфункции.

Комплексный подход к профилактике прогрессирования опущения гениталий на раннем этапе развития позволяет воздействовать на ключевые звенья патогенеза заболевания. Сочетание тренировок мышц тазового дна, модификации образа жизни, физиотерапевтической поддержки и динамического наблюдения способствует стабилизации состояния и снижению вероятности перехода заболевания в более тяжёлые стадии. Реализация профилактических программ в амбулаторной практике требует междисциплинарного взаимодействия акушеров-гинекологов, врачей общей практики, физиотерапевтов и специалистов по медицинской реабилитации. Таким образом, профилактика прогрессирования пролапса тазовых органов у женщин репродуктивного возраста должна рассматриваться как приоритетное направление современной гинекологии. Раннее выявление функциональной несостоятельности тазового дна и своевременное проведение комплексных консервативных мероприятий позволяют сохранить анатомо-функциональную целостность органов малого таза, предотвратить развитие осложнений и минимизировать необходимость хирургического вмешательства в молодом возрасте.

Заключение: Опущение гениталий на начальном этапе развития у женщин репродуктивного возраста представляет собой функционально обусловленное

состояние, при котором своевременное вмешательство способно предотвратить дальнейшее прогрессирование патологического процесса. Проведённый анализ современных представлений о патогенезе пролапса тазовых органов показывает, что ключевую роль в его развитии играет несостоятельность мышечно-связочного аппарата тазового дна в сочетании с воздействием факторов, повышающих внутрибрюшное давление и нарушающих трофику соединительной ткани.

Установлено, что именно ранние стадии заболевания (I–II степень) являются наиболее благоприятными для проведения консервативных профилактических мероприятий. На данном этапе изменения носят преимущественно обратимый или стабилизируемый характер, что позволяет добиться положительной динамики без применения хирургических методов лечения.

Комплексный подход, включающий тренировку мышц тазового дна, модификацию образа жизни, коррекцию массы тела, профилактику хронических запоров и рационализацию физических нагрузок, способствует укреплению поддерживающего аппарата органов малого таза и снижению риска прогрессирования пролапса. Существенное значение имеет диспансерное наблюдение женщин группы риска и индивидуализация профилактических программ с учётом репродуктивных планов и соматического статуса пациенток.

Таким образом, ранняя профилактика прогрессирования опущения гениталий является эффективной стратегией сохранения анатомо-функциональной целостности органов малого таза, поддержания репродуктивного здоровья и повышения качества жизни женщин репродуктивного возраста.

Практические рекомендации:

1. Проводить активный скрининг начальных форм пролапса тазовых органов у женщин репродуктивного возраста, особенно при наличии осложнённого акушерского анамнеза.
2. Рекомендовать регулярное выполнение упражнений для укрепления мышц тазового дна не менее 3–4 раз в неделю под контролем специалиста.
3. Обеспечивать коррекцию факторов риска: нормализацию массы тела, профилактику хронических запоров, ограничение подъёма тяжестей.
4. Включать в комплекс профилактических мероприятий физиотерапевтические методы при наличии показаний.
5. Организовать диспансерное наблюдение пациенток с начальными стадиями пролапса не реже 1 раза в 6–12 месяцев.
6. Проводить санитарно-просветительную работу, направленную на повышение информированности женщин о ранних симптомах и возможностях консервативной профилактики.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

1. Адамян Л.В., Кулаков В.И. **Пролапс гениталий у женщин.** Москва: Медицина, 2019. 256 с.
2. Савельева Г.М., Серов В.Н., Радзинский В.Е. **Гинекология. Национальное руководство.** Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. 1008 с.
3. Радзинский В.Е. **Акушерство и гинекология: руководство для врачей.** Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. 960 с.
4. K., Berghmans B., Mørkved S., Van Kampen M. **Evidence-Based Physical Therapy for the Pelvic Floor.** 2nd ed. London: Elsevier, 2015. 448 p.
5. Barber M.D. Pelvic organ prolapse. *BMJ.* 2016;354:i3853.
6. Haylen B.T., de Ridder D., Freeman R.M. et al. An International Urogynecological Association/ICS joint report on terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourology and Urodynamics.* 2010;29(1):4–20.
7. Bump R.C., Mattiasson A., Bø K. et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* 1996;175(1):10–17.
8. Jelovsek J.E., Maher C., Barber M.D. Pelvic organ prolapse. *The Lancet.* 2007;369(9566):1027–1038.
9. Nygaard I., Barber M.D., Burgio K.L. et al. Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in US women. *JAMA.* 2008;300(11):1311–1316.
10. Dietz H.P. **Pelvic Floor Ultrasound: A Practical Guide.** London: Springer, 2018. 214 p.
11. Bo K., Frawley H.C., Haylen B.T. et al. An International Urogynecological Association position statement on pelvic floor muscle training. *International Urogynecology Journal.* 2017;28(4):487–497.
12. Тухтаев К.Х., Юсупова Д.А. **Аёллар гинекологияси.** Тошкент: Янги аср авлоди, 2018. 420 б.
13. Аскарлова З.З., Абдурахмонов А.А. **Акушерлик ва гинекология амалиёти.** Самарқанд: СамДТУ нашриёти, 2020. 380 б.
14. Усманова Д.Р., Каримова М.Н. Таз аъзолари пролапсининг клиник хусусиятлари ва профилактикаси. *Тиббиётда янги кун.* 2022;3(35):45–49.
15. Maher C., Feiner B., Baessler K., Schmid C. **Surgical Management of Pelvic Organ Prolapse.** 3rd ed. Philadelphia: Elsevier, 2013. 312 p.