

O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI FANLAR AKADEMIYASI

**NAZARIY va
KLINIK TIBBIYOT
JURNALI**



**JOURNAL
of THEORETICAL
and CLINICAL
MEDICINE**

**Рецензируемый научно-практический журнал.
Входит в перечень научных изданий, рекомендованных ВАК Республики Узбекистан.
Журнал включен в научную электронную библиотеку и Российский Индекс Научного Цитирования (РИНЦ).**

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Главный редактор проф., акад. АН РУз Т.У. АРИПОВА

проф. Б.Т. ДАМИНОВ (заместитель главного редактора),
проф. Г.М. КАРИЕВ, проф. З.С. КАМАЛОВ,
Р.З. САГИДОВА (ответственный секретарь)

2

ТАШКЕНТ – 2023

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Н.Н. Абдуллаева (Ташкент), Ф.А. Акилов (Ташкент), Н.У. Арипова (Ташкент), Н.С. Атабеков (Ташкент), И.В. Бергер (Ташкент), А.А. Гайбуллаев (Ташкент), Г. Ахунов (Ташкент), М.В. Залялиева (Ташкент), Ш.Х. Зиядуллаев (Самарканд), А.А. Исмаилова (Ташкент), Ф.И. Иноятова (Ташкент), А.Ш. Иноятов (Ташкент), М.Р. Рузыбакиева (Ташкент), М.Ю. Каримов (Ташкент), Р.Д. Курбанов (Ташкент), Э.И. Мусабаев (Ташкент), Д.А. Мусаходжаева (Ташкент), Ф.Г. Назиров (Ташкент), Ж.Е. Пахомова (Ташкент), Ж.А. Ризаев (Самарканд), У.Ю. Сабиров (Ташкент), Л.Н. Туйчиев (Ташкент), Т.Р. Хегай (Ташкент), К. Юсупалиев (Ташкент), А.Ф. Юсупов (Ташкент), З.Д. Рахманкулова (Ташкент)

МЕЖДУНАРОДНЫЙ РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Н.М. Гашникова (Новосибирск), Н.В. Ганковская (Москва), М. Мизоками (Япония), У.Б. Нурматов (Великобритания), Т.Т. Нурпеисов (Казахстан), Г.С. Святова (Казахстан), И.Г. Козлов (Москва), Н.В. Колесникова (Краснодар), А.С. Симбирцев (Санкт-Петербург), Н.С. Татаурщикова (Москва), А.А. Тотолян (Санкт-Петербург), И.А. Тузанкина (Екатеринбург), М.Р. Хаитов (Москва), В.А. Черешнев (Екатеринбург), Э. Эйер (Франция), Юлдашева Н.Ю. (Великобритания)

Адрес редакции и издательства:

По вопросам публикации, подписки и размещения рекламы
обращаться по адресу:

100060, Ташкент, ул. Я. Гулямова, 74,

Институт иммунологии и геномики человека АН РУз

ответственному секретарю журнала

Тел. +998-71-207-08-17

Fax +998-71-207-08-23

E-mail: immunology2015@mail.ru

Internet: www.jtcmед.uz

Журнал зарегистрирован Узбекским агентством по печати и информации 04.05.07, № 0255
ISSN 2091-5853 Индекс подписки 921.

Технический редактор Р.З. Сагидова
Верстка и компьютерная графика Д.К. Ашрапова

Редакция не всегда разделяет точку зрения авторов публикуемых материалов.
Ответственность за содержание рекламы несут рекламодатели.

Редакция оставляет за собой право на корректуру, редактуру и сокращение текстов статей.

Сдано в набор 15.03.2023. Подписано в печать 28.04.2023.

Формат 60×84/8. Гарнитура Times. Бумага «Бизнес». Тираж 150.
Усл. печ. л. 15,3. Уч. изд.л. 21,2.

Цена договорная.

Минитипография АН РУз
100047. Ташкент, ул. Я. Гулямова, 70.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР



МАТЕРИАЛЫ

2-ой научно-практической конференции
с международным участием,
посвященной 20-летию организации
Республиканского перинатального центра

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

18 - 19 мая 2023 года

2-ая научно-практическая конференция с международным участием «Актуальные вопросы перинатальной медицины» посвящена важным проблемам акушерства: критические акушерские состояния, недонашивание беременности, соматические заболевания и беременность, фетальная медицина, предгравидарная подготовка и антенатальный уход, беременность высокого риска, оперативное родоразрешение, клинические рекомендации по оказанию акушерской и гинекологической помощи. Важное место отводится проблемам неонатологии: мониторинг состояния недоношенных новорожденных, выхаживание и реабилитация детей с экстремальной, очень низкой массой тела при рождении, респираторная терапия новорожденных, принципы и особенности энтерального и парентерального питания новорожденных. Научный и практический интерес представляет новая отрасль - хирургия плода и новорожденного: особенности хирургии недоношенных детей, хирургия ВПР у новорожденных и грудных детей, эндоскопическое оперативное лечение новорожденных, а также проблемы перинатальной и неонатальной анестезиологии и реанимации.

Основной целью конференции является представление возможности обмена опытом с ведущими специалистами и учеными в области перинатологии, создания инновационных технологий в диагностике, профилактике и лечении основных осложнений беременных, плода и новорожденного.

Республиканский перинатальный центр благодарит Министерство Здравоохранения Республики Узбекистан за помощь и участие в проведении данной конференции.

Материалы конференции выходят под общей редакцией
доктора мед.наук, профессора Джаббаровой Ю.К.

Члены редакционной коллегии:

Уринбаева Н.А. д.м.н., директор РПЦ
Хасанова С.С., д.м.н., зам. директора РПЦ
Бабаджанова Ш.Д. д.м.н., зав.отделением РПЦ

Организационный комитет:

Уринбаева Н.А. - д.м.н., директор РПЦ
Хасанова С.С. - д.м.н., зам. директора РПЦ
Хайрутдинова М.Х., к.м.н., зам. директора РПЦ
Бабаджанова Ш.Д. - д.м.н., зав.отделением РПЦ
Джаббарова Ю.К. - д.м.н. профессор, акушер-гинеколог РПЦ
Эргашев Б.Б. - д.м.н., профессор, зав.отделением РПЦ
Хаитова Д.А. - к.м.н., зав.отделением РПЦ
Гафуров Ж.М. - PhD, зав.отделением РПЦ
Касымова Н.О. - зав.отделением РПЦ
Мухамедова У.Ю. - к.м.н., зав. поликлиникой РПЦ
Арифханова З.А. - к.м.н., зав.отд. РПЦ
Жаббаров У.У. - д.м.н., акушер-гинеколог РПЦ
Баситханова С.Р. - ординатор РПЦ
Байрамов С.Д. - ординатор РПЦ
Хатамов Х.М. - ординатор РПЦ

Перечень спонсоров:

GIZ - Партнер по международному сотрудничеству;

MINDREY, STADA, OLIMPUS - Генеральные спонсоры;

ABBOT - Главный научный партнер;

Научные партнеры:

SORRENTO MARKETING, ADVANCED PHARMA, BERLIN CHEMIE, INNOTECH, ЮРИЯ-ФАРМ,
NESTLE, ASIA PHARM, DR PAUL, FRISENIUS KABI, ACINO, COMEN.

24. Conforti A., Giorlandino C., Bagolan P. Fetal ovarian cysts management and ovarian prognosis: a report of 82 cases. *Pediatr. Surg.* 2009; 4: 868.
 25. Fresneau B. et al. Sex-Cord Stromal Tumors in Children and Teenagers: Results of the TGM-95 Study /B. Fresneau // *Pediatr Blood Cancer.* – 2015. – Vol. 62. – P.2114-2119.,
 26. Janssen CL, Littooij AS, Fiocco M. et al. The diagnostic value of magnetic resonance imaging in differentiating benign and malignant pediatric ovarian tumors // *Pediatric Radiology.* March 2021; 51(3): 1-8.
 27. Kalpana M., Kanchanmala G. Childhood Ovarian Malignancy / M. Kalpana, // *J Obstet Gynaecol India.* –2014. – Vol. 64. – P. 91–94.
 28. Kurman R., Carcangiu M., Herrington C. et al. WHO Classification of tumours of female reproductive organs / Lyon: IARC Press, 2014.
 29. Mingxing Zhang, Wei Jiang 1, Guiling Li 2, Congjian Xu. Ovarian Masses in Children and Adolescents- An Analysis of 521 Clinical Cases. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology.* 2014; 27(3): 72 doi: 10.1016/j.jpags.2013.07.007.
 30. Oltmann S.C. Fischer A, Barber R., Huang R, Hicks B, Garcia N. Pediatric ovarian malignancy presenting as ovarian torsion: incidence and relevance // *J Pediatr Surg.* – 2010. – Vol. 45. – P. 135–139. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2009.10.021
 31. Schneider D.T. et al. Ovarian Sertoli Leydig cell tumours in children and adolescents: an analysis of the European Cooperative Study Group on Pediatric Rare Tumors (EXPeRT) // *Eur J Cancer.* – 2015. – Vol. 51. – P. 543-50
 32. Schneider D.T., Calaminus G., Harms D. et al. Therapy of advanced ovarian juvenile granulosa cell tumors. *Klin Padiatr* 2002;214(4):173-8
 33. Schult K.A. et al. Ovarian sex cord-stromal tumors, pleuropulmonary blastoma and DICER1 mutations: a report from the International Pleuropulmonary Blastoma Registry // *Gynecol Oncol.* – 2011. – Vol. 122. – P. - 246-250..
 34. Schult K. A. DICER1-related Sertoli-Leydig cell tumor and gynandroblastoma: Clinical and genetic findings from the International Ovarian and Testicular Stromal Tumor Registry. *Gynecol Oncol,* 2017; 147: 521-527.
 35. Schult K. A. Ovarian tumors related to intronic mutations in DICER1: a report from the international ovarian and testicular stromal tumor registry. *Fam Cancer,* 2016; 15: 105-110.,
 36. Schult K.A. et al. DICER1 and Associated Conditions: Identification of At-risk Individuals and Recommended Surveillance Strategies // *Clin Cancer Res.* – 2018.– Vol. 24. – P. 2251-2261,
 37. States L.J., Meyer J.S. Imaging modalities in pediatric oncology // *Radiol Clin North Am.* – 2011. – Vol.49. – P. 579–588,
 38. Suk H.H. et al. Review of Ovarian Tumors in Children and Adolescents: Radiologic-Pathologic Correlation// *RadioGraphics.* – 2014. – Vol. 34. – P. 2039-2055,
 39. Turgal M, Ozyuncu O, Yazicioglu A. Outcome of sonographically suspected fetal ovarian cysts. *J Matern Fetal Neonatal Med.*2013;26:1728-1732.
 40. Ward, E., DeSantis, C., Robbins, A., Kohler, B., Jemal A. Childhood and adolescent cancer statistics, 2014. *CA: A cancer journal for clinicians.* 2014; 64(2): 83-103, 7
 41. Witkowski L. Small-Cell Carcinoma of the Ovary of Hypercalcemic Type (Malignant Rhabdoid Tumor of the Ovary): A Review with Recent Developments on Pathogenesis // *Surg Pathol Clin.*–2016.-Vol. 9. – P. 215-226.
 42. Ximing J. Y. Liang C. Yolk sac Tumor Pathology.2012; Available at: <https://emedicine.medscape.com/article/1612196-overview>
 43. Yang C, Wang S, Li CC, et al. Ovarian germ cell tumors in children: a 20-year retrospective study in a single institution. *Eur J Gynaecol Oncol.* 2011;3:289-292, 2020.
-

УДК: 618.14-007.42-08

ИЗМЕНЕНИЕ УРОВНЯ МАГНИЯ ПРИ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ПРОЛАПСОМ ГЕНИТАЛИЙ

Уринова Р.Ш., Саиджалилова Д.Д.
Ташкентская медицинская академия

XULOSA

Dolzarbligi. Genital prolapsi (GP) eng keng tarqalgan ginekologik muammolardan biri bo'lib, uning chastotasi 28-39% ni tashkil qiladi. Muammo bu bemorlarning 1/3 qismi reproduktiv yoshdagi ayollar ekanligi bilan yanada kuchayadi. Yoshi ulg'ayishi bilan GP progressiv bo'ladi.

Tadqiqot maqsadi. Differentsirlanmagan biriktiruvchi to'qima displaziyasi (DBTD) bo'lgan GP bilan og'rigan ayollarda qon zardobidagi magniy darajasini o'rganish. Tadqiqot materiallari va usullari. Toshkent shahridagi 8-tug'ruq kompleksiga murojaat qilgan 83 nafar reproduktiv yoshdagi ayollar tekshirildi, ulardan 63 nafarida GP aniqlandi. GP bilan kasallangan 36 ayolda DBTD aniqlangan.

Tadqiqot natijalari. Olingan ma'lumotlar shuni ko'rsatadiki, ayollarda jinsiy a'zolarining prolapsi 57,1% hollarda DBTD tufayli yuzaga keladi. GP rivojlanishining og'irligi DBTD zo'ravonligiga bog'liq ekanligi aniqlandi. GP bo'lgan ayollarda magniy darajasi patologiyasi bo'lmagan guruhga qaraganda 1,8-2 baravar past va DBTD darajasiga bog'liq.

Xulosa. 57,1% genital prolaps DBTD bilan bog'liq bo'lib, unda magniy darajasi patologiyasiz guruhga qaraganda 1,8-2 marta sezilarli darajada past bo'lgan va DBTD darajasiga bog'liq.

Kalit so'zlar: genital prolapsi, biriktiruvchi to'qima displaziyasi, magniy miqdori.

В последние годы особый интерес вызывает проблема недифференцированной дисплазии соединительной ткани (нДСТ), что обусловлено увеличением численности пациентов с данной патологией [1, 2]. Одной из важных задач современной медицины является стремление к раннему выявлению заболеваний с тем, чтобы предпринять меры профилактики и препятствовать развитию пролапса гениталий у женщин репродуктивного возраста. Генерализованный характер поражения соединительной ткани с вовлечением в патологический процесс репродуктивной системы не может не отразиться на развитии пролапса гениталий у женщин репродуктивного возраста. В поддержании целостности структуры соединительной ткани важную роль играют ионы магния, которые необходимы для нормального течения многих физиологических процессов в организме. В связи с этим интерес представляет определение уровня ионов магния в крови при различной степени тяжести ПГ. Снижение маг-

SUMMARY

Relevance. Genital prolapse (PG) is one of the most common gynecological problems, the frequency of which is 28-39%. The problem is exacerbated by the fact that about 1/3 of all these patients are women of reproductive age. And with age, PG becomes progressive.

Objective. To study the level of magnesium in blood serum in women with PH with undifferentiated connective tissue dysplasia (UCTD).

Materials and methods. 83 women of reproductive age who applied to the 8th maternity complex in Tashkent were examined, of which 63 women were found to have PH. UCTD was identified in 36 women with PH.

Results. The data obtained indicate that in women, genital prolapse in 57.1% of cases is due to UCTD. It was found that the severity of PH development depends on the severity of UCTD. In women with PH, the magnesium level was significantly lower by 1.8-2 times than in the group without pathology, and depended on the severity of UCTD. **Conclusions.** Genital prolapse in 57.1% was due to UCTD, in which the magnesium level was significantly lower by 1.8-2 times than in the group without pathology, and depended on the severity of UCTD.

Keywords: genital prolapse, undifferentiated connective tissue dysplasia, magnesium levels.

ния ведет к повреждению эндотелия, нарушению пространственной организации коллагена, в частности I типа, так же эластина, а также ферментов, принимающих участие в процессе фибрилlogenеза [3-6].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение уровня магния в сыворотке крови у женщин с пролапсом гениталий при недифференцированной дисплазии соединительной ткани (нДСТ).

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Обследованы 83 женщины в возрасте от 25 до 45 лет с признаками нДСТ репродуктивного возраста 8-Родильного комплекса города Ташкента, из которых у 63 женщин отмечался ПГ (основная группа). Остальные 20 женщин без ПГ составили группу сравнения. По степени выраженности ПГ женщины были разделены на 3 подгруппы: 1 А подгруппу составили 29 женщин с I степенью ПГ; 1 В подгруппу составили 23 женщины со II степенью ПГ и 1 С подгруп-

пу составили 11 женщин с выраженной степенью. Наличие нДСТ у исследуемых женщин определяли при выявлении у них клинических признаков нДСТ: гипермобильность суставов, тонкая кожа, дефекты в дентине, астенический синдром, пролапс митрального клапана, варикозная болезнь нижних конечностей, арахнодактилия, гиперрастяжимость кожи, голическое небо, стрии, сколиоз, нейроциркуляторная дистония, искривление носовой перегородки, систолический шум при аускультации сердца, обусловленный малыми аномалиями развития сердца, врожденный вывих бедра, келоидные рубцы. У пациенток проводилось исследование уровня магния в крови.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В группе женщин с пролапсом гениталий нДСТ была выявлена у 36 женщин, что составило 57,1%, а в группе женщин без ПГ данный показатель составил 10%, что в 5,7 раза реже. У женщин с легкой степенью пролапса гениталий нДСТ встречалась у 37,9%, со 2 степенью ПГ - у 60,9% женщин. У женщин с тяжелой формой ПГ в 100% выявлена нДСТ с преобладанием тяжелой степени (72,4%). Из этого следует, что степень тяжести развития ПГ зависит от степени

выраженности нДСТ, и чем выраженные признаки нДСТ, тем более тяжелая форма ПГ у женщин репродуктивного возраста.

Важным показателем метаболизма соединительной ткани считается уровень магния в крови. Именно дефицит магния, как основополагающий элемент формирования соединительной ткани, играет огромную роль как в развитии соматической патологии и может приводить к формированию пороков сердца, подвывихам, так и недоразвитию/недостаточности соединительнотканых структур (в нашем пролапс гениталий).

При изучении показателей уровня магния в сыворотке крови установлено, что у женщин контрольной группы (без ПГ и нДСТ) на протяжении всего периода наблюдения уровень магния составил в среднем $0,89 \pm 0,19$ ммоль/л ($p > 0,05$) (табл. 1). Тогда как, у большинства женщин с ПГ отмечался его низкий уровень ($p \leq 0,05$), что отражал патологически низкий процесс метаболизма коллагена. Самые низкие показатели уровня магния в крови были у женщин с ПГ и нДСТ тяжелой степени и составили $0,49 \pm 0,12$ ммоль/л.

Уровень магния в сыворотке крови у женщин с ПГ (ммоль/л)

Группы	Легкая и умеренная степень нДСТ (n=26)	Тяжелая степень нДСТ (n=10)	Женщины без нДСТ (n=27)
Группа с ПГ 3 степени (n=11)	$0,57 \pm 0,06$	$0,49 \pm 0,12$	-
Группа с ПГ со 2 степенью (n=23)	$0,60 \pm 0,28^*$	$0,53 \pm 0,76^*$	$0,70 \pm 0,05$
Группа с ПГ 1 степени (n=29)	$0,65 \pm 0,21^*$	-	$0,85 \pm 0,07$
Контрольная группа без ПГ и нДСТ (n=20)	$0,84 \pm 0,04$	-	$0,89 \pm 0,19$

Примечание: *- достоверное различие показателей группы с нДСТ относительно группы женщин без нДСТ ($p < 0,05$).

Уровень магния в группе женщин с ПГ без нДСТ был ниже значений контроля. Но в недостоверно значимых пределах.

Таким образом, динамика изменения уровня магния в сыворотке крови в зависимости от тяжести ПГ и нДСТ может служить методом оценки прогрессирования патологического процесса и прогноза заболевания. По уровню магния можно судить о степени нарушения процессов метаболизма коллагена, что позволит выявить группу риска прогрессирования развития несостоятельности мышц тазового дна. Вовремя начатые мероприятия, направленные на коррекцию, улучшение процессов коллагенообразования, позволит уменьшить процент развития пролапса у женщин репродуктивного возраста.

ВЫВОДЫ

У женщин с пролапсом гениталий в 57,1% была выявлена нДСТ. Установлено, что степень тяжести развития пролапса гениталий зависела от степени выраженности нДСТ, и чем выраженные признаки нДСТ, тем более тяжелая форма пролапса гениталий наблюдается у женщин репродуктивного возраста.

У женщин с пролапсом гениталий содержание магния было достоверно ниже в 1,8-2 раза, чем в контрольной группе, и зависел от степени выраженности нДСТ.

Раннее выявление низкого содержания магния в крови может составить основу профилактики формирования и прогрессирования пролапса гениталий в репродуктивном возрасте.

ЛИТЕРАТУРА

1. Керимкулова Н.В., Никифорова Н.В., Громова О.А., Торшип И.Ю. «Способ прогнозирования наличия недифференцированной дисплазии соединительной ткани у беременных» // Патент №2539996 от 11.12.2014.
2. Смольнова Т.Ю., Чупрынин В.Д. Проллапс гениталий: взгляд на проблему// Ж-л Акушерства и гинекологии. 2018, №10. С.33-40.
3. Шодиккулова Г.З., Тоиров Э.С., Бабамурадова З.Б. Клинико-биохимические особенности у больных с недифференцированной дисплазией соединительной ткани //Европейское научное обозрение, 2016. № 1. С. 129-131.

4. Шодикулова Г.З. Особенности клинико-функциональных нарушений у больных с недифференцированной дисплазией соединительной ткани // Европейское научное обозрение, 2017. № 3-4. С. 72-74.
5. Barber M.D., Maher C. Epidemiology and outcome assessment of pelvic organ prolapse // Int. Urogynecol. J. 2013; 24(11): 1783-90.
6. Touza K.K., Rand K.L., Carpenter J.S., Chen C.X., Heit M.H. A scoping study of psychosocial factors in women diagnosed with and/or treated for pelvic organ prolapse. // Female Pelvic Med. Reconstr. Surg. 2018; Mar 5.

УДК 618.182.4

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ФИЗИОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ СИМПТОМОВ ГЕНИТАЛЬНОГО ПРОЛАПСА

Хвоцина Т.Н.¹, Арабаджи О.А.², Пешкова Ю.П.², Чистова А.С.¹

¹Тюменский государственный медицинский университет, г. Тюмень,

²Клинический госпиталь «Мать и дитя Тюмень», г. Тюмень

XULOSA

Dolzarbligi. Hozirgi vaqtda tos a'zolarining prolapsi dolzarb muammo bo'lib, zamonaviy ayollarning hayot sifatini sezilarli darajada pasaytiradi.

Maqsad. Jinsiy organlarning prolapsasi belgilarini davolashda fizioterapiya samaradorligini baholash.

Materiallar va usullar. “BTL Emsella” qurilmasida fokuslangan yuqori intensiv elektromagnit maydon bilan fizioterapiya olgan genital prolaps belgilari bo'lgan 43 nafar ayolda istiqbolli tadqiqot o'tkazildi.

Natijalar. 6 protsedura kursidan so'ng jinsiy a'zolarining prolapsasi belgilarining sezilarli darajada pasayishi aniqlandi: yo'talish, hapshurma - 10 martadan ko'proq, tez-tez siyish - 4 marta, disparuniya - 2 marta, shuningdek, fizioterapiyaning boshqa terapevtik ta'siri namoyon bo'ldi. Ta'sir 2 oylik kuzatuv davomida saqlanib qoldi.

Xulosa. Fizioterapiya genital prolaps belgilarini davolashda samarali usul bo'lib, ayollarning hayot sifatini yaxshilaydi.

Kalit so'zlar: jinsiy a'zolarining prolapsasi, siyidik o'g'irlab ketish, fizioterapiya.

Генитальный пролапс – это патология, которая возникает в результате синдрома недостаточности мышц тазового дна и характеризуется выпадением стенок влагалища, культы влагалища или матки [4].

Для данного состояния характерна тенденция к увеличению распространенности в соответствии с возрастом, таким образом у женщин репродуктивного возраста частота достигает 53%, в то время как у женщин в постменопаузальном периоде показатель возрастает до 70-80% [5, 9]. Факторами риска пролапса тазовых органов служит травматизация мышц и соединительной ткани тазового дна во время естественных родов, а также ожирение, нарушение функции желудочно-кишечного тракта, ослабление мышц по мере старения, дисплазия соединительной ткани

SUMMARY

Relevance. Nowadays pelvic organ prolapse is an actual problem which significantly decreases the quality of life of women.

Objective. Assessment of efficacy of physiotherapy in treatment of genital prolapse symptoms.

Materials and methods. A prospective study was performed with participation of 43 women with symptoms of genital prolapse who received physiotherapy with a focused high-intensity electromagnetic field on the BTL Emsella apparatus. Results. A significant decrease in the symptoms of genital prolapse after a course of 6 procedures was revealed: urinary incontinence during coughing, sneezing - more than 10 times, frequent urination - 4 times, dyspareunia - 2 times, as well as other therapeutic effects of physiotherapy. The effect persisted for 2 months of observation.

Conclusion. Physiotherapy is an effective method in treatment of genital prolapse symptoms and improves the quality of life of women.

Keywords: genital prolapse, urinary incontinence, physiotherapy.

[7].

Клинически генитальный пролапс может протекать с явлениями сексуальной дисфункции, диспареунией, недержанием кала и мочи, а также нарушением психоэмоционального статуса пациенток [3, 8].

Помимо клинического обследования, важным методом диагностики на ранних стадиях является трансперинеальное ультразвуковое исследование в 3D-режиме, которое позволяет визуализировать в трехмерном пространстве все структуры тазового дна [2]. Следует отметить, что наиболее раннее выявление недостаточности мышц и связок тазового дна, особенно у молодых женщин после родов, позволяет избежать оперативной коррекции дефекта и своевременно начать физиолечение, что позволит предотвра-

тить пролапс тазовых органов.

Предложены различные физиотерапевтические методы в лечении и реабилитации недостаточности тазового дна. Физиотерапия генитального пролапса может выполняться посредством технологии динамической квадриполярной радиочастоты, высокоинтенсивной фокусированной электромагнитной терапии (HIFEM-поля), лазерной терапии методом фракционного фотодермолиза, высокоинтенсивного фокусированного ультразвука [1, 6].

Электромагнитная стимуляция мышц тазового дна проводится с высокой частотой, при этом фокусированное электромагнитное поле деполяризует мембраны периферических мотонейронов, что ведет к более сильному сокращению мышц, чем при физиологической их работе. Данный метод консервативного лечения позволяет предотвратить дальнейшее прогрессирование слабости мышц и связочного аппарата, восстановить и обеспечить нормальную иннервацию и гемодинамику промежности и тазовых органов, а также значительно улучшить качество жизни пациенток [6].

Цель данного исследования – оценить эффективность высокоинтенсивной фокусированной электромагнитной физиотерапии в лечение симптомов генитального пролапса.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В проспективном исследовании приняли участие 43 женщины 28-65 лет (средний возраст $36 \pm 5,7$ лет) с симптомами генитального пролапса, получавшие физиотерапевтическое воздействие сфокусированным электромагнитным полем на аппарате BTL Emsella. Продолжительность процедуры составила 28 мин 2-3 раза в неделю, на курс 6 процедур. Показаниями для физиотерапевтического лечения являлись: недержание мочи, сексуальная дисфункция, несостоятель-

ность или слабость мышц тазового дна, восстановление после родов. Среди противопоказаний выделены: онкологические заболевания, беременность, наличие металлических имплантов, конструкций в организме, в том числе, ВМС, острые воспалительные заболевания репродуктивной системы, генитальный пролапс 4 степени. Проводилось клинико-лабораторное обследование пациенток, оценка состояния промежности и степени генитального пролапса, анкетирование женщин по субъективным симптомам пролапса тазовых органов и нарушения функции мочевого пузыря и кишечника согласно опроснику PFDI-20 до, по окончании физиотерапевтического курса и спустя 2 месяца. Статистическая обработка полученных данных проводилась в программе Statistica 6.0.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При анализе клинико-социального статуса выявлено, что подавляющее число женщин были репродуктивного возраста (88%), и только 5 женщин в возрасте постменопаузы. Согласно данным, представленным на рисунке 1, 97,7% обследуемых имели роды через естественные родовые пути, и только 1 нерожавшая женщина проходила курс физиотерапии в связи с сексуальной дисфункцией. Подавляющее большинство женщин были повторнородящими, у трети женщин было трое и более родов. При этом роды крупным плодом отметили 25,5%, а 16,3% имели несколько родов крупным плодом.

Более половины женщин (58%) имели в анамнезе разрывы промежности различной степени (рис. 2), менее половины (41,8%) – эпизиотомию и перинеотомию. Высокая частота повреждения промежности и другие факторы акушерского анамнеза обусловили повышенную предрасположенность обследуемых женщин к генитальному пролапсу и недостаточности тазового дна.

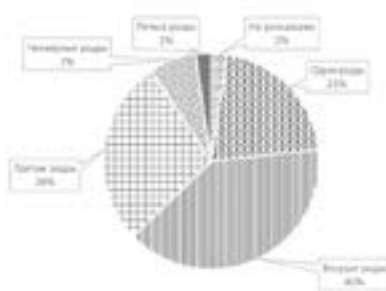


Рис. 1. Паритет родов.

Необходимо отметить, что 4 пациенткам было рекомендовано оперативное лечение генитального пролапса, восстановление целостности промежности после неудачи предыдущих операций, однако они отложили предложенное вмешательство в связи с планированием беременности, наличием противопоказаний к оперативному лечению.

Согласно данным, представленным в табл.1, до курса физиотерапевтической реабилитации основными жалобами подавляющего большинства женщин

были: попадание воздуха, воды во влагалище, недержание мочи при кашле и чихании, реже встречались дискомфорт при половом контакте, частое мочеиспускание, ощущение инородного тела во влагалище. Уже после проведения первых 1-2 процедур женщины отмечали снижение недержания мочи, ощущение смыкания половой щели, повышение чувствительности промежности, возобновление произвольных движений. После полного курса из 6 процедур достоверно снизилась частота недержания мочи более чем в