

DOI: 10.32364/2618-8430-2022-5-3-194-200

Особенности дисфункции тазовых органов до и после хирургической коррекции у пациенток с генитальным пролапсом

А.В. Смирнова^{1,2}, А.И. Малышкина^{1,2}, И.А. Колганова², Н.В. Шехлова², З.С. Абдуллаева²¹ФГБОУ ВО ИВГМА Минздрава России, Иваново, Россия²ФГБУ «ИВ НИИ Мид им. В.Н. Городкова» Минздрава России, Иваново, Россия

РЕЗЮМЕ

Введение: опущение половых органов (пролапс гениталий, ПГ) различной степени выраженности является актуальной медицинской и социальной проблемой. Главными клиническими проявлениями ПГ выступают нарушения функции тазовых органов, что оказывает существенное влияние на социальную адаптацию пациенток.

Цель исследования: дать оценку клиническим особенностям проявления дисфункции тазовых органов у пациенток с ПГ, поступающих на оперативное лечение, и оценить динамику симптомов после хирургической коррекции.

Материал и методы: проведено когортное проспективное нерандомизированное исследование. Группу исследования составили 40 пациенток с различными формами ПГ II–IV степени по классификации POP-Q. Все пациентки до оперативного лечения и спустя 6 мес. после него были проанкетированы с помощью модернизированного опросника PFDI-20.

Результаты исследования: расстройства мочеиспускания длительностью менее 1 года отмечались у 19 (47%) женщин, от 1 года до 5 лет — у 13 (32,5%), от 5 до 10 лет — у 1 (2,5%), а у 4 (10%) женщин данные симптомы присутствовали более 10 лет. Установлено, что 12 (30%) опрошенных женщин страдали запорами, чувство неполного опорожнения кишечника при дефекации отмечали 11 (27,5%) женщин. Двенадцать (30%) пациенток жаловались на непроизвольное отхождение газов и стула. Через 6 мес. после операции 7 (17,5%) пациенток, несмотря на успешное хирургическое лечение, отмечали болезненные ощущения и дискомфорт внизу живота. У такого же количества женщин сохранялись нарушения мочеиспускания (подтекание и недержание мочи, рези при мочеиспускании). Непроизвольное отхождение газов сохранилось у 3 (7,5%) опрошенных.

Заключение: ПГ снижает как качество жизни, так и социальную адаптацию женщины. Ведущим симптомом тазовой дисфункции является нарушение мочеиспускания. Так как у 70% женщин от момента появления первых симптомов до оперативного лечения проходит более 10 лет, данный период может стать тем терапевтическим окном, в котором можно проводить консервативные мероприятия по коррекции пролапса на амбулаторном этапе.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: опущение половых органов, пролапс гениталий, нарушение функции тазовых органов, дизурия, оперативное лечение, вагинальные роды.

ДЛЯ ЦИТИРОВАНИЯ: Смирнова А.В., Малышкина А.И., Колганова И.А. и др. Особенности дисфункции тазовых органов до и после хирургической коррекции у пациенток с генитальным пролапсом. РМЖ. Мать и дитя. 2022;5(3):194–200. DOI: 10.32364/2618-8430-2022-5-3-194-200.

Characteristics of the pelvic organ dysfunctions in patients before and after genital prolapse surgery

A.V. Smirnova^{1,2}, A.I. Malyshkina^{1,2}, I.A. Kolganova², N.V. Shekhlova², Z.S. Abdullaeva²¹Ivanovo State Medical Academy, Ivanovo, Russian Federation²V.N. Gorodkov Ivanovo Research Institute of Maternity and Childhood, Ivanovo, Russian Federation

ABSTRACT

Background: descent of pelvic organs (genital prolapse, GP) of different severity is a significant medical and social problem. The key clinical manifestations in patients with GP comprise the impairment of pelvic organ functions which seriously affects the social adaptation of such patients.

Aim: to assess specific clinical characteristics of the functional disorders of pelvic organs in patients with GP admitted for surgical treatment and to review changes in symptoms over time after surgery.

Patients and Methods: a non-randomized prospective cohort study was carried out. The study group included 40 patients with different forms of GP, Grades II–IV under POP-Q classification system. All patients were interviewed before and 6 months after the surgical treatment using a new short version of PFDI-20 Questionnaire.

Results: urinations disorders with a duration shorter than one year were reported in 19 (47%) women, from 1 year to 5 years — in 13 (32,5%), from 5 to 10 years — in 1 (2,5%), and in 4 (10%) women the symptoms lasted for more than 10 years. It was found that 12 (30%) of the interviewed women suffered from constipation, and 11 (27,5%) of patients had the feeling of incomplete defecation. Twelve (30%) patients complained of fecal and flatus incontinence. Six months after the operation, 7 (17,5%) patients mentioned some pain and discomfort in the lower abdomen. Urination disorders (urine dribble and incontinence, urethrodynea). Flatus incontinence remained in 3 (7,5) of the studied patients.

Conclusion: GP reduces women's quality of life and social adaptation. Urination disorder is a principal symptom of the pelvic dysfunction. Since in 70% of women the time period from onset of first symptoms to surgical treatment exceeds 10 years, this timeframe can be used as a therapeutic window for conducting conservative therapy to correct prolapse at the outpatient stage.

KEYWORDS: descent of genitalia, genital prolapse, dysfunction of pelvic organs, dysuria, surgical treatment, vaginal delivery.

FOR CITATION: Smirnova A.V., Malyshkina A.I., Kolganova I.A. et al. Characteristics of the pelvic organ dysfunctions in patients before and after genital prolapse surgery. *Russian Journal of Woman and Child Health*. 2022;5(3):194–200 (in Russ.). DOI: 10.32364/2618-8430-2022-5-3-194-200.

ВВЕДЕНИЕ

Опущение половых органов (пролапс гениталий, ПГ) различной степени выраженности является актуальной медицинской и социальной проблемой, существенно снижая качество жизни данной категории больных [1–9]. Клинически ПГ проявляется как нарушением правильного анатомического взаимоотношения органов малого таза, так и смещением их за границы гимена [1–9]. Главными клиническими проявлениями ПГ выступают нарушения функции тазовых органов, что оказывает существенное влияние на социальную адаптацию пациенток [1, 5].

В связи с увеличивающейся в развитых странах продолжительностью жизни частота встречаемости ПГ неуклонно растет. Ожидается, что число женщин с выпадением тазовых органов увеличится до 46% и к 2050 г. составит 4,9 млн [10]. Распространенность выпадения тазовых органов увеличивается с возрастом, достигая пиковых значений в возрастной группе 60–69 лет. Небольшая степень опущения, обнаруживаемая при клиническом обследовании, присутствует, по данным различных исследователей, у 41–50% женщин, но только у 3% пациенток оно сопровождается какими-либо симптомами [1, 2]. Частота встречаемости ПГ высокой степени в популяции женщин России составляет 2–4%, а в структуре всех патологий в отделениях оперативной гинекологии учреждений высокой специализации достигает 28–39,8% [1, 3]. Хирургическая коррекция ПГ является наиболее эффективным и патогенетически обоснованным методом лечения [4–15]. Согласно имеющимся данным наибольшее количество операций приходится на возрастную группу от 60 до 69 лет [2]. В ФГБУ «Ив НИИ МиД им. В.Н. Городкова» Минздрава России, оказывающем высокоспециализированную гинекологическую помощь, за 2021 г. женщины с опущением половых органов составили 11,2% всех пациенток 1-го гинекологического отделения, а среди проведенных гинекологических операций 32,9% выполнены с целью хирургической коррекции ПГ, причем более трети (35,2%) из них — с использованием сетчатых имплантатов.

Несмотря на высокую встречаемость данной патологии среди женщин старшей возрастной группы, у которых она сопровождается дисфункцией тазовых органов, большинство пациенток активно не предъявляют жалоб и остаются без специализированной медицинской помощи. Хотя, согласно данным литературы, первые симптомы ПГ начинают проявляться у 65% пациенток уже в репродуктивном возрасте между 30 и 45 годами, а у 19% — до 30 лет [3]. Таким образом, зачастую прогрессирование ПГ происходит под безучастным наблюдением врачей первичного звена, существенно снижая качество жизни пациентки, достигая выраженных стадий, требующих уже только оперативного лечения.

Цель исследования: дать оценку клиническим особенностям проявления дисфункции тазовых органов у пациенток с ПГ, поступающих на хирургическое лечение, и оценить динамику симптомов после оперативной коррекции.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведено когортное проспективное нерандомизированное исследование. Группу исследования составили 40 пациенток с различными формами ПГ II–IV степени по классификации POP-Q (с пролапсом матки и стенок влагалища, цистоцеле, ректоцеле и с выпадением свода влагалища после экстирпации матки), поступивших на оперативное лечение ПГ в гинекологическую клинику ФГБУ «Ив НИИ МиД им. В.Н. Городкова» Минздрава России.

Критерии не включения в исследование: дифференцированная дисплазия соединительной ткани (несовершенный остеогенез, синдром Марфана, синдром Элерса — Данлоса и т. д.); приобретенные заболевания соединительной ткани (ревматоидный артрит, системная красная волчанка, склеродермия и т. д.); изолированное стрессовое недержание мочи; тяжелая экстрагенитальная патология, служащая противопоказанием к оперативному лечению из-за высокого риска анестезиологических и тромбэмболических осложнений. Таким женщинам рекомендовано использование гинекологических пессариев.

Пациенткам проведено полное предоперационное клинико-лабораторное обследование, при наличии дизурических проявлений пациентки проконсультированы у уролога. В послеоперационном периоде всем пациенткам проводилась антибиотикопрофилактика и профилактика тромбэмболических осложнений согласно степени риска, физиотерапия терапевтическим лазером. Все пациентки до оперативного лечения и спустя 6 мес. после него были проанкетированы с помощью модернизированного опросника PFDI-20. PFDI (Pelvic Floor Distress Inventory) — наиболее широко используемый опросник, валидизированный в России и отражающий нарушение функции тазовых органов [12].

Статистическая обработка результатов исследования проведена с использованием программы Microsoft Excel.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Средний возраст пациенток составил $54,3 \pm 4,2$ года (от 42 до 74 лет). Подавляющее большинство (90%, $n=36$) находилось в постменопаузе. Частое поднятие тяжестей и тяжелый физический труд в быту или при профессиональной деятельности отмечают более двух третей (77%, $n=30$) опрошенных.

Обращает на себя внимание тот факт, что от времени появления первых симптомов ПГ до обращения за медицинской помощью проходит достаточно длительное время: от 1 года до 5 лет — 9 (22,5%) женщин, от 5 до 10 лет — 3 (7,5%) женщины, более 10 лет — 28 (70%) женщин. Среди пациенток, включенных в исследование, не было женщин, которым проводилось консервативное лечение пролапса (пессарии, топические эстрогены, физиолечение, гимнастика), что могло бы улучшить и замедлить манифестацию симптомов тазовой дисфункции.

При анализе сопутствующей экстрагенитальной патологии у большинства (67,5%, n=27) пациенток установлено варикозное расширение вен нижних конечностей, что может говорить о системной дисплазии соединительной ткани. Заболевания сердечно-сосудистой системы (в основном гипертоническая болезнь) также встречались в 27 (67,5%) наблюдениях, что объясняется возрастом большинства пациенток. Более чем в половине (65%, n=26) случаев выявлялись хронические воспалительные заболевания желудочно-кишечного тракта. Патология щитовидной железы встречалась у 6 (15%) пациенток, сахарный диабет — у 4 (10%) женщин. Семейный анамнез по наличию у ближайших родственников ПГ отягощен у 17 (43%) пациенток.

В структуре гинекологической патологии в анамнезе наиболее часто встречались патология шейки матки, воспалительные заболевания органов малого таза, миома матки и кисты яичников — 13 (32,5%) пациенток.

Согласно результатам анкетирования с использованием опросника PFDI-20 основные симптомы нарушения функции тазовых органов испытывали 33 (82,5%) женщины. Ведущими жалобами выступали дизурические нарушения, именно они и вынудили большинство женщин обратиться за оперативным лечением. Расстройства мочеиспускания длительностью менее 1 года отмечались у половины (47%, n=19) опрошенных, от 1 года до 5 лет — у каждой третьей (32,5% n=13), от 5 до 10 лет — у 2,5% (n=1), а у каждой десятой женщины данные симптомы присутствовали более 10 лет. При детализации жалоб установлено, что 36 (90%) пациенток отмечали ощущение не полностью опорожненного мочевого пузыря, а 21 (53%) женщина отмечала учащенное мочеиспускание. Каждая третья пациентка испытывала чувство рези при мочеиспускании. Более двух третей (72,5%, n=29) пациенток с ПГ из-за частого непроизвольного подтекания мочи использовали специальные гигиенические средства. Установлено, что 12 (30%) опрошенных женщин страдали запорами, а чувство неполного опорожнения кишечника при дефекации отмечали 11 (27,5%) женщин. Практически каждая третья (30%, n=12) женщина жаловалась на непроизвольное отхождение газов и стула. Две трети (70%, n=28) женщин самостоятельно вправляли выпавшие половые органы перед физиологическими отправлениями.

При изучении гинекологического анамнеза нами отмечено, что средний возраст менархе составил $13,2 \pm 1,5$ года, что соответствует средним популяционным показателям. Нарушения менструального цикла различного характера отмечались у 26 (65%) женщин. Примечательно, что 18 (45%) женщин имели в анамнезе трое и более родов, 10 (25%) — только одни роды, у остальных 12 (30%) женщин в анамнезе двое родов. Среднее количество родов на одну женщину — $2,25 \pm 0,88$. Среди опрошенных у 36 (90%) уже наступила менопауза в возрасте 48–52 лет, что также является физиологичным.

Все пациентки, принявшие участие в исследовании, перенесли хирургическое лечение. Объем оперативного лечения в первую очередь зависел от характера опущения, желая женщины вести половую жизнь, возраста и сопутствующей генитальной и соматической патологии [13–17]. Большинству — 27 (67,5%) пациенткам в связи с неполным выпадением половых органов и элонгацией шейки матки проведена «манчестерская операция». У 8 (20%) пациенток с выраженным цистоцеле и отсутствием противопоказаний

выполнен передний Prolift. Передняя и задняя пластика влагалища проведена у 3 (7,5%) женщин с опущением только стенок влагалища. В связи с сочетанием ПГ с миомой матки 1 (2,5%) пациентке выполнена лапаротомия, гистерэктомия с укреплением крестцово-маточных связок апоневротическим лоскутом. Пациентке с полным выпадением матки проведена влагалищная экстирпация матки. У всех пациенток операция прошла без осложнений, послеоперационный период протекал без особенностей.

Спустя 6 мес. после операции все пациентки были опрошены с помощью модернизированного опросника PFDI-20. В целом подавляющее большинство (90%, n=36) женщин отметили значительное субъективное улучшение качества жизни и социальную адаптацию. Однако у некоторых пациенток симптомы дисфункции тазовых органов сохранились: 7 (17,5%) пациенток, несмотря на успешное хирургическое лечение, испытывают болезненные ощущения и дискомфорт внизу живота. У такого же количества женщин сохраняются нарушения мочеиспускания (подтекание мочи, стрессовое недержание, рези при мочеиспускании). Неудержание газов сохранилось у 3 (7,5%) опрошенных. Одна из женщин вновь отмечает у себя ощущение инородного тела во влагалище (что может говорить о рецидиве ПГ). Интересным оказалась факт, что согласно результатам опроса только 60% из всех прооперированных пациенток следуют рекомендациям врача по ограничению поднятия тяжестей и модификации образа жизни. Так, проводят вторичную профилактику рецидивов с помощью упражнений, направленных на укрепление мышц тазового дна, только 8 (20%) женщин. Несоблюдение лечебно-охранительного режима, особенно в раннем послеоперационном периоде, также снижает ожидаемые результаты от проведенного лечения.

Интересным представляется клиническое наблюдение молодой пациентки с рецидивирующим ПГ.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Пациентка Х., 36 лет, проживает в городе, имеет среднее образование, по профессии швея. Из вредных привычек отмечает курение. Рост пациентки 174 см, масса тела 75 кг. Из сопутствующей соматической патологии отмечается хроническая постгеморрагическая анемия легкой степени. При осмотре и обследовании у пациентки не выявлено маркеров соединительнотканной дисплазии. Наследственный анамнез отягощен по сердечно-сосудистым заболеваниям. Больной себя считает с 2013 г., когда спустя полгода после вторых родов впервые стала отмечать ощущение инородного тела в промежности. Впоследствии присоединились дизурические расстройства (чувство неполного опорожнения мочевого пузыря, учащенное мочеиспускание). Также отмечался дискомфорт во время полового акта. С данными жалобами пациентка к врачу не обращалась и специализированного лечения не получала.

Из анамнеза: менархе с 13 лет, менструации нерегулярные, с задержками до 6 мес., обильные, безболезненные. По поводу данных нарушений менструальной функции пациентка не обследовалась. В анамнезе у женщины имелись указания на 4 беременности, наступившие естественным путем. В 2007 г. первая беременность закончилась своевременными родами, масса плода при рождении 4500 г, в родах (со слов пациентки) произошел разрыв промежности. Послеродовый период протекал без особен-

ностей, заживление швов первичным натяжением. Вторая и третья беременности закончились медицинскими абортами без осложнений. Четвертая беременность (2013 г.) завершилась своевременными родами, масса плода при рождении 4000 г, роды осложнились разрывом промежности «по старому рубцу». Со слов женщины, послеродовый период протекал без осложнений.

За специализированной медицинской помощью пациентка обратилась только в 2021 г. в ФГБУ «Ив НИИ МиД им. В.Н. Городкова», т.е. спустя 8 лет после появления симптомов ПГ и дизурических расстройств. Все эти годы никакого специфического лечения не получала. Учитывая наличие изолированного цистоцеле, в январе 2021 г. был установлен передний Prolift. Операция и послеоперационный период протекали без осложнений. Спустя 6 мес. пациентка начала отмечать дискомфорт при дефекации, чувство неполного опорожнения кишечника, ощущение инородного тела в промежности. При осмотре выявлено выраженное ректоцеле и несостоятельность мышц тазового дна, в связи с чем в январе 2022 г. проведена задняя пластика влагалища с укреплением леваторов, перинеорафия. На 5-е сутки после операции у пациентки был самостоятельный стул, отмечено исчезновение всех симптомов тазовой дисфункции. Выписана на 7-е сутки после операции, послеоперационный период протекал без особенностей, заживление швов первичным натяжением. Даны рекомендации по модификации образа жизни.

ОБСУЖДЕНИЕ

Как известно, ПГ является мультифакторным заболеванием. В его патогенез вносят вклад как генетические, так и средовые факторы [1]. Кроме того, имеется большое отличие в частоте встречаемости ПГ среди разных этнических групп (от 11% до 50%), что связано как с образом жизни, так и с генетическими особенностями этих народов [6]. Манифестация первых симптомов ПГ может наступить в различные возрастные периоды и зависит от многих факторов, но пик встречаемости приходится на возраст 60–69 лет, что связано в первую очередь с наступлением менопаузы и развитием генитоуринарной атрофии [3]. В нашем исследовании средний возраст пациенток был несколько ниже — $54,3 \pm 4,2$ года. Такая ранняя манифестация ПГ может быть связана с тем, что у 77% женщин имел место тяжелый физический труд в быту или на работе. Как известно, данный фактор является значимым в прогрессировании ПГ, так как частое и нефизиологическое повышение внутрибрюшного давления вызывает перерастяжение связочного аппарата тазовых органов [3–5]. Отдельно хочется обратить внимание на тот факт, что в нашем исследовании не было женщин, которым проводилось амбулаторное лечение ПГ и генитоуринарной атрофии, несмотря на то что у 70% женщин симптомы тазовой дисфункции присутствовали более 10 лет. Именно нарушение мочеиспускания, существенно влияющее на качество жизни пациенток и социальную адаптацию, а не наличие самого пролапса и вынудили пациенток обратиться за специализированной хирургической медицинской помощью в ФГБУ «Ив НИИ МиД им. В.Н. Городкова» Минздрава России, что было нами показано в более ранних работах [13]. Отсутствие нехирургической коррекции ПГ также способствовало более быстрому развитию данного состояния. Вместе с тем общепризнано, что терапия

начальных симптомов ПГ должна начинаться с консервативных мероприятий и лишь при их неэффективности и прогрессировании симптомов методом выбора является хирургическое лечение [1]. Как показывают данные исследования И.А. Аполихиной и Г.Б. Дикке, основанные на анкетировании 460 врачей, только 22% из опрошенных проходили специальное обучение по консервативному лечению ПГ, а 68% из проанкетированных врачей предлагают установку пессариев, когда хирургическое лечение невозможно по тем или иным причинам [1]. Эти печальные факты позволяют говорить о том, что профессиональное консультирование и консервативная помощь при ПГ фактически не доступны для пациенток, и это не локальная, а общероссийская проблема.

Влияние генетических факторов на развитие ПГ демонстрирует тот факт, что у 43% женщин из нашего исследования имеется отягощенность семейного анамнеза по опущению и выпадению половых органов, а у 67% пациенток в качестве сопутствующей патологии выступает варикозное расширение вен нижних конечностей, что также говорит о повышенной растяжимости соединительной ткани. Согласно мировым данным риск развития ПГ в 2–3 раза и способствует более раннему дебюту и быстрому развитию заболевания [6].

Несомненно, большую роль в развитии ПГ играют роды через естественные родовые пути. Это объясняется тем, что правильное положение тазовых органов в первую очередь обеспечивается *m. levator ani* и соединительнотканными соединениями влагалища с боковыми стенками и тазом. В норме влагалище лежит горизонтально поверх этих мышц. При их повреждении волокна *m. levator ani* становятся более вертикально ориентированными, и влагалищное отверстие расширяется, увеличивая нагрузку на связочный аппарат. Биомеханическое моделирование показало, что на втором этапе во время родов *m. levator ani* растягиваются более чем на 200% сверх порога для травм при растяжении [3]. Поэтому, по данным ряда авторов, даже роды без осложнений могут способствовать формированию ПГ в 18% по сравнению с 3% случаев у нерожавших женщин [18]. Так, после вагинальных родов по результатам ультразвукового исследования распространенность травм *m. levator ani* составляет от 21% до 36%, и эти травмы коррелируют с симптомами выпадения [19]. По данным J. Ashton-Miller et al. [20], главной причиной, приводящей к дисфункции тазовых органов после родов, выступает перерастяжение пудендалного нерва. По мнению H. Krissi et al. [21], определяющими факторами развития ПГ являются нарушение иннервации мышц тазового дна во время родов через естественные родовые пути, генетические факторы и старение организма. Важность акушерского анамнеза в развитии ПГ показана в исследованиях M.E. Carley et al. [22]. Доказано, что пациентки, поступившие на хирургическое лечение ПГ, имели больший паритет по сравнению с женщинами без ПГ — $2,5 \pm 1,2$ против $2,0 \pm 1,2$ ($p < 0,001$). В нашем исследовании паритет женщин в среднем составил $2,25 \pm 0,88$ родов, причем практически каждая вторая женщина была многорожавшая (3 и более родов), что также способствовало перерастяжению и травмированию мышц и связочного аппарата органов малого таза.

Социальная значимость проблемы ПГ определяется не только неправильным анатомическим положением ор-

ганов, создающим дискомфорт, но и нарушением функции органов малого таза. Так, по нашим данным, 83% женщин сообщали о дисфункции тазовых органов, главным образом нарушении мочеиспускания. Именно дизурические явления с необходимостью использования дополнительных гигиенических средств и вынудили пациенток обратиться за медицинской помощью. Эти данные согласуются со множеством исследований, говорящих о том, что 40% пациенток с ПГ страдают стрессовым недержанием мочи, 37% имеют гиперактивный мочевой пузырь и 50% страдают недержанием кала [3]. В нашем исследовании лишь около трети пациенток жаловались на непроизвольное отхождение газов и чувство неполного опорожнения при дефекации. А наличие запоров у 30% опрошенных можно рассматривать, скорее, как фактор риска прогрессирования ПГ. Несмотря на то, что хирургическое лечение является наиболее эффективным методом лечения ПГ [2, 3] и через 6 мес. после операции 90% остались в целом удовлетворены его результатами, у 17,5% женщин сохраняются дизурические явления, а у 7,5% — непроизвольное отхождение газов. Вероятно, это объясняется нарушением иннервации тазовых органов, что требует дальнейшего углубленного исследования данных женщин и проведения реабилитационных мероприятий.

Анализируя причины развития рецидивирующего ПГ у молодой пациентки, находившейся под нашим наблюдением, можно заключить, что, вероятнее всего, основной причиной ПГ стали роды крупным плодом, осложненные разрывом промежности. Связь осложненных вагинальных родов с ПГ отражена в исследовании V. Handa et al. [23], в котором показано, что роды со спонтанным разрывом промежности или оперативные вагинальные роды увеличивают частоту встречаемости ПГ и дисфункцию тазовых органов в последующие 5–10 лет (отношение шансов 2,26, 95% доверительный интервал 1,00–5,09). У данной пациентки симптомы ПГ отмечались практически сразу же после вторых родов, что говорит в пользу анатомического повреждения промежности. В связи с этим профилактические мероприятия по ПГ должны начинаться до первых родов с профилактики макросомии плода, подготовки промежности к родам специальными гинекологическими массажами, необходимо бережное ведение родов, тщательное послеродовое ушивание разрывов промежности и перинео- и эпизиотомии, соблюдение послеродового лечебно-охранительного режима. Факторами, способствующими прогрессированию ПГ, стали тяжелый физический труд (на работе в швейном цеху приходилось поднимать тяжести), курение («кашель курильщика» приводит к повышению внутрибрюшного давления) и нарушение менструальной функции (дисфункция яичников и, вероятно, гипоэстрогения). Поэтому после повторного хирургического лечения данной пациентке необходимо дать также рекомендации по модификации образа жизни (отказ от курения, переход на другую работу, не связанную с поднятием тяжестей), дообследование с последующей коррекцией нарушения менструальной функции. Кроме того, необходимо рекомендовать выполнение специального комплекса упражнений для укрепления мышц тазового дна, проводить при необходимости лазеротерапию, использовать специальные физиотерапевтические методики [1]. Данная вторичная профилактика будет способствовать снижению вероятности рецидива ПГ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, ПГ, сопровождаемая значительными нарушениями функции органов малого таза, снижает качество жизни, так и социальную адаптацию женщины. Ведущим симптомом тазовой дисфункции является нарушение мочеиспускания, которое наблюдается у 83% женщин. У 70% женщин от момента появления первых симптомов до оперативного лечения проходит более 10 лет. Период от момента появления первых симптомов ПГ до развернутой клинической картины, сопровождающейся всеми симптомами тазовой дисфункции, должен стать так называемым терапевтическим окном возможностей для предотвращения прогрессирования данного состояния. Настоящее исследование в очередной раз подтвердило, что ПГ является многофакторным заболеванием и развитие данного состояния обычно происходит в течение нескольких лет, ускоряясь с наступлением менопаузы и генитоуринарного синдрома. Хирургическое лечение является вариантом выбора лишь при поздних стадиях или при наличии выраженных органических изменений. В большинстве же случаев на начальных стадиях ПГ, которые проявляются еще в репродуктивном возрасте, необходимо активно предлагать консервативные методы лечения, которые в последнее время динамично развиваются.

Литература

1. Аполихина И.А., Дикке Г.Б., Кочев Д.М. Современная лечебно-профилактическая тактика при опущении и выпадении половых органов у женщин. Знания и практические навыки врачей. Акушерство и гинекология. 2014;10:104–110.
2. Baessler K., Christmann-Schmid C., Maher C. et al. Surgery for women with pelvic organ prolapse with or without stress urinary incontinence. Cochrane Database Syst Rev. 2018;8(8):CD013108. DOI: 10.1002/14651858.CD013108.
3. Тигиева А.В. Несостоятельность тазового дна у женщин репродуктивного возраста: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.; 2014.
4. Буянова С.Н., Щукина Н.А., Зубова Е.С. и др. Пропалс гениталий. Российский вестник акушера-гинеколога. 2017;17(1):37–45. DOI: 10.17116/rosakush201717137-45.
5. Краснополяская И.В. Дисфункция тазового дна у женщин: клиника, диагностика, принципы лечения. Акушерство и гинекология. 2018;2:82–86. DOI: 10.18565/aig.2018.2.82-86.
6. Плиева Я.З., Бобкова М.В., Баранова Е.Е. Генетические аспекты пролапса гениталий. Акушерство и гинекология. 2016;7:11–16. DOI: 10.18565/aig.2016.7.11-16.
7. Смольнова Т.Ю., Чупрынин В.Д. Пропалс гениталий: взгляд на проблему. Акушерство и гинекология. 2018;10:33–40. DOI: 10.18565/aig.2018.10.33-40.
8. Бахаев В.В., Горин В.С. Выпадение половых органов у женщин: этиология и патогенез. Акушерство и гинекология. 2009;3:7–10.
9. Barber M.D., Maher C. Epidemiology and outcome assessment of pelvic organ prolapse. Int Urogynecol J. 2013;24(11):1783–1790. DOI: 10.1007/s00192-013-2169-9.
10. Wu J.M., Hundley A.F., Fulton R.G., Myers E.R. Forecasting the prevalence of pelvic floor disorders in U.S. Women: 2010 to 2050. Obstet Gynecol. 2009;114(6):1278–1283. DOI: 10.1097/AOG.0b013e3181c2ce96.
11. Barber M.D., Brubaker L., Burgio K.L. et al. Comparison of 2 transvaginal surgical approaches and 126 perioperative behavioral therapy for apical vaginal prolapse: the OPTIMAL randomized trial. JAMA. 2014;311(10):1023–1034. DOI: 10.1001/jama.2014.1719.
12. Barber M.D., Walters R.C., Bump R.C. Short forms of two condition-specific quality-of-life questionnaires for women with pelvic floor disorders (PFDI-20 and PFIQ-7). Am J Obstet Gynecol. 2005;193(1):103–113. DOI: 10.1016/j.ajog.2004.12.025.
13. Смирнова А.В., Абдуллаева З.С. Эффективность хирургического лечения генитального пролапса. Вестник Ивановской медицинской академии. 2020;25(1):51–52.

14. Мусин И.И., Имельбаева А.Г., Мехтиева Э.Р. Хирургическое лечение и профилактика пролапса гениталий в различных возрастных группах. Креативная хирургия и онкология. 2017;7(4):38–42. DOI: 10.24060/2076-3093-2017-7-4-38-42.
15. Густоварова Т.А., Киракосян Л.С., Ферамузова Э.Э. Послеоперационные результаты хирургического лечения пролапса гениталий. Кубанский научный медицинский вестник. 2021;28(1):43–52. DOI: 10.25207/1608-6228-2021-28-1-43-52.
16. Курбанов Б.Б. Современная хирургическая тактика лечения пролапса гениталий и стрессового недержания мочи. РМЖ. Мать и дитя. 2018;1:44–48. DOI: 10.32364/2618-8430-2018-1-1-44-48.
17. Васин Р.В., Филимонов В.Б., Васина И.В. Стриктура мочеточника после реконструкции переднего отдела тазового дна (клиническое наблюдение). Экспериментальная и клиническая урология. 2020;1:106–109. DOI: 10.29188/2222-8543-2020-12-1-106-109.
18. Pierce C.B., Hallock J.L., Blomquist J.L., Handa V.L. Longitudinal changes in pelvic organ support among parous women. Female Pelvic Med Reconstr Surg. 2012;18(4):227–232. DOI: 10.1097/SPV.0b013e3182626294.
19. Van Delft K., Sultan A.H., Thakar R. et al. The relationship between postpartum levator ani muscle avulsion and signs and symptoms of pelvic floor dysfunction. BJOG. 2014;121(9):1164–1171; discussion 1172. DOI: 10.1111/1471-0528.12666.
20. Ashton-Miller J.A., DeLancey J.O. Functional anatomy of the female pelvic floor. Ann N Y Acad Sci. 2007;1101:266–296. DOI: 10.1196/annals.1389.034.
21. Krissi H., Halperin R., Koren R., Peled Y. The presence and location of estrogen and progesterone receptors in the human pelvic cardinal ligaments. Pelviperineology. 2010;29(1):17–19.
22. Carley M.E., Turner R.J., Scott D.E., Alexander J.M. Obstetric history in women with surgically corrected adult urinary incontinence or pelvic organ prolapse. J Am Assoc Gynecol Laparosc. 1999;6(1):85–89. DOI: 10.1016/s1074-3804(99)80047-4.
23. Handa V.L., Blomquist J.L., McDermott K.C. et al. Pelvic floor disorders after vaginal birth: effect of episiotomy, perineal laceration, and operative birth. 2012;119(2 Pt 1):233–239. DOI: 10.1097/AOG.0b013e318240df4f.
12. Barber M.D., Walters R.C., Bump R.C. Short forms of two condition-specific quality-of-life questionnaires for women with pelvic floor disorders (PFDI-20 and PFIQ-7). Am J Obstet Gynecol. 2005;193(1):103–113. DOI: 10.1016/j.ajog.2004.12.025.
13. Smirnova A.V., Abdullayeva Z.S. Effectiveness of surgical treatment for genital prolapse. Bulletin of the Ivanovo Medical Academy. 2020;25(1):51–52 (in Russ.).
14. Musin I.I., Imelbayeva A.G., Mehtiyeva E.R. Surgical treatment and prophylaxis of prolapse of genitals in different age groups. Creative surgery and oncology. 2017;7(4):38–42 (in Russ.). DOI: 10.24060/2076-3093-2017-7-4-38-42.
15. Gustovarov T.A., Kirakosyan L.S., Feramuzova E.E. Postoperative results of surgical treatment of genital prolapse. Kuban Scientific Medical Bulletin. 2021;28(1):43–52 (in Russ.). DOI: 10.25207/1608-6228-2021-28-1-43-52.
16. Kurbanov B.B. Modern surgical tactics for the treatment of genital prolapse and stress urinary incontinence. Russian journal of Woman and Child Health. 2018;1:44–48 (in Russ.). DOI: 10.32364/2618-8430-2018-1-1-44-48.
17. Vasin R.V., Filimonov V.B., Vasina I.V. Ureter stricture after the reconstruction of the anterior pelvic diaphragm (A clinical case). Experimental and clinical urology. 2020;1:106–109 (in Russ.). DOI: 10.29188/2222-8543-2020-12-1-106-109.
18. Pierce C.B., Hallock J.L., Blomquist J.L., Handa V.L. Longitudinal changes in pelvic organ support among parous women. Female Pelvic Med Reconstr Surg. 2012;18(4):227–232. DOI: 10.1097/SPV.0b013e3182626294.
19. Van Delft K., Sultan A.H., Thakar R. et al. The relationship between postpartum levator ani muscle avulsion and signs and symptoms of pelvic floor dysfunction. BJOG. 2014;121(9):1164–1171; discussion 1172. DOI: 10.1111/1471-0528.12666.
20. Ashton-Miller J.A., DeLancey J.O. Functional anatomy of the female pelvic floor. Ann N Y Acad Sci. 2007;1101:266–296. DOI: 10.1196/annals.1389.034.
21. Krissi H., Halperin R., Koren R., Peled Y. The presence and location of estrogen and progesterone receptors in the human pelvic cardinal ligaments. Pelviperineology. 2010;29(1):17–19.
22. Carley M.E., Turner R.J., Scott D.E., Alexander J.M. Obstetric history in women with surgically corrected adult urinary incontinence or pelvic organ prolapse. J Am Assoc Gynecol Laparosc. 1999;6(1):85–89. DOI: 10.1016/s1074-3804(99)80047-4.
23. Handa V.L., Blomquist J.L., McDermott K.C. et al. Pelvic floor disorders after vaginal birth: effect of episiotomy, perineal laceration, and operative birth. 2012;119(2 Pt 1):233–239. DOI: 10.1097/AOG.0b013e318240df4f.

References

1. Apolikhina I.A., Dikke G.B., Kochev D.M. Current therapeutic and prophylactic tactics for women with genital descent and prolapse. Physicians' knowledge and practical skills. Obstetrics and gynecology. 2014;10:104–110 (in Russ.).
2. Baessler K., Christmann-Schmid C., Maher C. et al. Surgery for women with pelvic organ prolapse with or without stress urinary incontinence. Cochrane Database Syst Rev. 2018;8(8):CD013108. DOI: 10.1002/14651858.CD013108.
3. Tigiyeva A.V. Insolvency of the pelvic floor in women of reproductive age: thesis. M.; 2014 (in Russ.).
4. Buyanova S.N., Shchukina N.A., Zubova E.S. et al. Genital prolapse. Russian bulletin of obstetrician-gynecologist. 2017;17(1):37–45 (in Russ.). DOI: 10.17116/rosakush201717137-45.
5. Krasnopolskaya I.V. Pelvic floor dysfunction in women: clinic, diagnosis, and principles of treatment. Obstetrics and Gynecology. 2018;2:82–86 (in Russ.). DOI: 10.18565/aig.2018.2.82-86.
6. Plieva Ya.Z., Bobkova M.V., Baranova E.E. Genital prolapse: Genetic aspects. Obstetrics and Gynecology. 2016;7:11–16 (in Russ.). DOI: 10.18565/aig.2016.7.11-16.
7. Smolnova T.Yu., Chuprynin V.D. Genital prolapse: a look at the problem. Obstetrics and Gynecology. 2018;(10):33–40 (in Russ.). DOI: 10.18565/aig.2018.10.33-40.
8. Bakhaev V.V., Gorin V.S. Prolapse of the genitals in women: etiology and pathogenesis. Obstetrics and Gynecology. 2009;3:7–10 (in Russ.).
9. Barber M.D., Maher C. Epidemiology and outcome assessment of pelvic organ prolapse. Int Urogynecol J. 2013;24(11):1783–1790. DOI: 10.1007/s00192-013-2169-9.
10. Wu J.M., Hundley A.F., Fulton R.G., Myers E.R. Forecasting the prevalence of pelvic floor disorders in U.S. Women: 2010 to 2050. Obstet Gynecol. 2009;114(6):1278–1283. DOI: 10.1097/AOG.0b013e3181c2ce96.
11. Barber M.D., Brubaker L., Burgio K.L. et al. Comparison of 2 transvaginal surgical approaches and 126 perioperative behavioral therapy for apical vaginal prolapse: the OPTIMAL randomized trial. JAMA. 2014;311(10):1023–1034. DOI: 10.1001/jama.2014.1719.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Смирнова Анастасия Владимировна — к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии, медицинской генетики ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России; 153012, Россия, г. Иваново, Шереметевский пр-т, д. 8; врач акушер-гинеколог гинекологического отделения № 1 стационара клиники ФГБУ «Ив НИИ МиД им. В.Н. Городкова» Минздрава России; 153045, Россия, г. Иваново, ул. Победы, д. 20; ORCID iD 0000-0002-6811-6830.

Малышкина Анна Ивановна — д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии, медицинской генетики ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России; 153012, Россия, г. Иваново, Шереметевский пр-т, д. 8; директор ФГБУ «Ив НИИ МиД им. В.Н. Городкова» Минздрава России; 153045, Россия, г. Иваново, ул. Победы, д. 20; ORCID iD 0000-0002-1145-0563.

Колганова Ирина Александровна — к.м.н., врач акушер-гинеколог, заведующая 1-м гинекологическим отделением гинекологической клиники ФГБУ «Ив НИИ МиД им. В.Н. Городкова» Минздрава России; 153045, Россия, г. Иваново, ул. Победы, д. 20.

Шехлова Наталья Владимировна — к.м.н., врач акушер-гинеколог 1-го гинекологического отделения гинекологической

клиники ФГБУ «Ив НИИ МД им. В.Н. Городкова» Минздрава России; 153045, Россия, г. Иваново, ул. Победы, д. 20.

Абдуллаева Заира Сайпутдиновна — ординатор 2-го года обучения ФГБУ «Ив НИИ МД им. В.Н. Городкова» Минздрава России; 153045, Россия, г. Иваново, ул. Победы, д. 20.
Контактная информация: Смирнова Анастасия Владимировна, e-mail: anguseva@yandex.ru.

Прозрачность финансовой деятельности: никто из авторов не имеет финансовой заинтересованности в представленных материалах или методах.

Конфликт интересов отсутствует.

Статья поступила 30.06.2022.

Поступила после рецензирования 25.07.2022.

Принята в печать 17.08.2022.

ABOUT THE AUTHORS:

Anastasia V. Smirnova — C. Sc. (Med.), associate professor of the Department of Obstetrics and Gynecology, Medical Genetics, Ivanovo State Medical Academy; 8, Sheremetevskiy pass., Ivanovo, 153012, Russian Federation; obstetrician-gynecologist of Division No. 1 of the Clinical Hospital, V.N. Gorodkov Ivanovo Research Institute of Maternity and Childhood; 20, Pobedy str., Ivanovo, 153045, Russian Federation; ORCID iD 0000-0002-6811-6830.

Anna I. Malyshkina — Dr. Sc. (Med.), Professor, Head of the Department of Obstetrics and Gynecology, Medical

Genetics, Ivanovo State Medical Academy; 8, Sheremetevskiy pass., Ivanovo, 153012, Russian Federation; Director of V.N. Gorodkov Ivanovo Research Institute of Maternity and Childhood; 20, Pobedy str., Ivanovo, 153045, Russian Federation; ORCID iD 0000-0002-1145-0563.

Irina A. Kolganova — C. Sc. (Med.), obstetrician-gynecologist, Head of the 1st Gynecological Division of the Gynecological Clinic, V.N. Gorodkov Ivanovo Research Institute of Maternity and Childhood; 20, Pobedy str., Ivanovo, 153045, Russian Federation.

Natal'ya V. Shekhlova — C. Sc. (Med.), obstetrician-gynecologist of the 1st Gynecological Division of the Gynecological Clinic, V.N. Gorodkov Ivanovo Research Institute of Maternity and Childhood; 20, Pobedy str., Ivanovo, 153045, Russian Federation.

Zaira S. Abdullaeva — 2nd year resident of V.N. Gorodkov Ivanovo Research Institute of Maternity and Childhood; 20, Pobedy str., Ivanovo, 153045, Russian Federation.

Contact information: Anastasia V. Smirnova, e-mail: anguseva@yandex.ru.

Financial Disclosure: no authors have a financial or property interest in any material or method mentioned.

There is no conflict of interests.

Received 30.06.2022.

Revised 25.07.2022.

Accepted 17.08.2022.