

Динамика клинических проявлений пролапса тазового дна от первых симптомов до развития полного симптомокомплекса

К.Ю.Караева¹, В.Г.Владимиров², Л.М.Каппушева³, М.А.Курцер³

¹Северо-Осетинская государственная медицинская академия, кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии лечебного факультета, Владикавказ (зав. кафедрой – к.м.н. К.Ю.Караева);

²Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова, кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии педиатрического факультета, Москва (зав. кафедрой – проф. В.Г.Владимиров);

³Центр планирования семьи и репродукции, Москва (главный врач – проф. М.А.Курцер)

Представлены результаты анализа анамнестических данных, спектра жалоб, времени их появления и интенсивности у 552 женщин в возрасте от 28 до 82 лет с пролапсом тазового дна. При поступлении в стационар пролапс матки был диагностирован у 50,9% пациенток, пролапс культи шейки матки – у 6,2%, пролапс купола влагалища – у 4,5%, цистоцеле – у 64,5%, ректоцеле – у 39,1%, энтероцеле – у 9,6% пациенток. Среди обследованных женщин 2,5% пациенток жалоб активно не предъявляли. Дискомфорт во влагалище испытывали 38,7% женщин, в области промежности – 60,9%. Учащенное мочеиспускание отмечали 22,3% пациенток, затрудненное мочеиспускание – 20,8%. Жалобы на недержание мочи при напряжении и в покое предъявляли соответственно 25,9 и 2,0% пациенток. Мочевой пузырь опорожнялся не полностью у 1,6% пациенток. Затрудненный акт дефекации имел место у 5,1%, хронические запоры – у 2,3%, неполное опорожнение прямой кишки – у 0,2% пациенток. Первым признаком заболевания было ощущение дискомфорта в области влагалища и/или промежности. Спустя 1–2 года присоединялись учащенное и затрудненное мочеиспускание, недержание мочи, кала и газов. Определены факторы позднего обращения пациенток к врачу.

Ключевые слова: пролапс тазового дна, цистоцеле, ректоцеле, энтероцеле, стрессовое недержание мочи

Dynamics of clinical symptoms of pelvic floor prolapse from the first signs till the progress of full symptom complex

K.Yu.Karaeva¹, V.G.Vladimirov², L.M.Kappusheva³, M.A.Kurtser³

¹North-Ossetian State Medical Academy, Department of Topographic Anatomy and Operative Surgery of Medical Faculty, Vladikavkaz (Head of the Department – PhD K.Yu.Karaeva);

²N.I.Pirogov Russian National Research Medical University, Department of Operative Surgery and Topographic Anatomy of Pediatric Faculty, Moscow (Head of the Department – Prof. V.G.Vladimirov);

³Center of Family Planning and Reproduction, Moscow (Chief Doctor – Prof. M.A.Kurtser)

The article presents the results of analysis of anamnesis data, the spectrum of complaints, the time of their occurrence and intensity in 552 women aged from 28 to 82 years with pelvic floor prolapse. At admission to the hospital prolapse of the uterus was diagnosed in 50.9% of patients, prolapse of the stump of the cervix – in 6.2%, prolapse of the domes of the vagina – in 4.5%, cystocele – in 64.5%, rectocele – in 39.1% and enterocele – in 9.6% of patients. 2.5% of patients did not have any complaints. 38.7% of women had discomfort in the vagina, 60.9% – in the perineum. Frequent urination was noted in 22.3%, difficulties in urination – 20.8%, stress urinary incontinence and urinary incontinence – in 25.9 and 2.0% of cases respectively. The bladder was not completely emptied in 1.6% of patients. Difficult defecation occurred in 5.1% of patients, chronic constipation – in 2.3% and incomplete emptying of the rectum – in 0.2% of patients. The first sign of the disease was the feeling of discomfort in the vagina and/or perineum. 1–2 years later frequent and difficult urination, urinary, stool and gas incontinence occurred. There were determined the factors of too late consulting the doctor by patients.

Key words: pelvic floor prolapse, cystocele, rectocele, enterocele, stress urinary incontinence

Для корреспонденции:

Караева Кристина Юрьевна, кандидат медицинских наук, заведующая кафедрой топографической анатомии и оперативной хирургии лечебного факультета Северо-Осетинской государственной медицинской академии
Адрес: 362019, РСО-Алания, Владикавказ, ул. Пушкинская, 40
Телефон: (8672) 53-0216
E-mail: kristina_karaeva76@rambler.ru

Статья поступила 23.03.2011 г., принята к печати 14.09.2011 г.

В настоящее время, по данным литературных источников, частота пролапса тазового дна варьирует от 30 до 50% [1]. Топографо-анатомические особенности строения малого таза, общность кровоснабжения, иннервации, тесные функциональные связи позволяют рассматривать малый таз как единую многокомпонентную систему, где любые изменения влекут за собой дисфункцию соседних

органов. Наиболее ранний типичный симптом пролапса тазового дна – ощущение тяжести в тазу и во влагалище [2–7]. По данным отечественных и зарубежных исследователей, стрессовое недержание мочи встречается у 25–47,3% женщин с пролапсом тазового дна, что обуславливает эмоциональную дестабилизацию женщины, приводит к ее отчуждению как в условиях семьи, так и в социуме [8–10].

Целью исследования было определение спектра жалоб и последовательности их появления у пациенток с пролапсом тазового дна.

Пациенты и методы

В исследование были включены 552 женщины с пролапсом тазового дна, находившиеся на стационарном лечении в гинекологическом отделении Центра планирования семьи и репродукции Москвы в период с 01.01.2005 по 31.12.2009. Тщательно проанализированы анамнестические данные, спектр жалоб, время их появления и интенсивность. Статистический анализ проведен с использованием «Microsoft Excel» и пакета программ «Statistica v. 6.0», применяли методы параметрической и непараметрической статистики. Методы дескриптивной (описательной) статистики включали в себя оценку среднего арифметического, ошибки среднего значения (m), частоты встречаемости симптомов (признаков с дискретными значениями). Для определения значимости межгрупповых различий применяли t -критерий Стьюдента, а при сравнении частотных величин – точный метод Фишера.

Результаты исследования и их обсуждение

Возраст обследованных пациенток варьировал от 28 до 82 лет (в среднем – $56,4 \pm 11,1$ года). Среди них 452 (81,9%) женщины были в возрасте от 41 до 70 лет, остальные 100 (18,1%) – суммарно женщины младше 40 и старше 70 лет. 231 (41,8%) из 552 женщин на момент госпитализации были заняты профессиональной деятельностью. Таким образом, почти 42% пациенток продолжали работать, были социально активны, и клиническая симптоматика пролапса тазового дна существенно снижала качество их жизни.

Клинический диагноз обследованных пациенток определяли на основании различных нарушений топографо-анатомических соотношений органов малого таза. Диагноз включал указание степени пролапса тела матки, культы шейки матки или культы влагалища, а также стенок влагалища с формированием цистоцеле, ректоцеле, энтероцеле. В соответствии с классификацией Pelvic Organ Prolapse Quantification (POP-Q) выделяли четыре степени выраженности пролапса матки.

У 281 (50,9%) из 552 пациенток, вошедших в исследование, был диагностирован пролапс матки, из них у 253 (90,1%) пациенток был выявлен пролапс матки I–II степени, у 28 (9,9%) – III–IV степени. Средняя степень пролапса матки у всех обследованных пациенток составила $2,09 \pm 0,43$ ($m = 0,03$). На момент госпитализации пролапс культы шейки матки был диагностирован у 34 (6,2%) из 552 пациенток: у 19 (55,8%) женщин – I–II степени, у 15 (44,2%) – III степени. Средняя степень пролапса культы шейки матки составила $2,34 \pm 0,52$ ($m = 0,09$). Пролапс купола влагалища был указан

Таблица. Частота встречаемости и степень цистоцеле, ректоцеле и энтероцеле у пациенток с пролапсом тазового дна

Степень выраженности	Цистоцеле	Ректоцеле	Энтероцеле
I–II	221 (62,1%)	181 (83,8%)	8 (15,1%)
III–IV	135 (37,9%)	35 (16,2%)	45 (84,9%)
Всего пациенток	356 (64,5% от 552)	216 (39,1% от 552)	53 (9,6% от 552)

в клиническом диагнозе у 25 (4,5%) из всех обследованных женщин: у 18 (72,0%) – I–II степени, у 7 (28,0%) – III степени. Средняя степень пролапса купола влагалища составила $1,98 \pm 0,65$ ($m = 0,13$). Сравнительный анализ частоты встречаемости выявил, что достоверно чаще ($p = 0,01$) у обследованных пациенток встречался пролапс матки, чем пролапс культы шейки матки или купола влагалища.

В клиническом диагнозе у 457 (82,8%) из 552 обследованных пациенток имелось указание на опущение стенок влагалища. Наиболее часто обнаруживали цистоцеле – 356 (64,5%) случаев, несколько реже ректоцеле – 216 (39,1%) и энтероцеле – 53 (9,6%) случая. Частота встречаемости указанных состояний с учетом их степени выраженности представлена в таблице. Средняя степень цистоцеле, ректоцеле и энтероцеле у пациенток составила $2,26 \pm 0,50$ ($m = 0,03$), $2,03 \pm 0,43$ ($m = 0,03$) и $1,78 \pm 0,72$ ($m = 0,09$) соответственно.

Стрессовое недержание мочи имелось в диагнозе 126 (22,8%) пациенток.

Изучение спектра жалоб пациенток выявило, что 14 (2,5%) из 552 женщин жалоб активно не предъявляли. Пролапс тазового дна у них был диагностирован во время очередного профилактического гинекологического осмотра, после чего пациенткам рекомендовали хирургическую коррекцию. Дискомфорт во влагалище испытывали 214 (38,7%) женщин, в области промежности – 336 (60,9%). Учащенное мочеиспускание отмечали 123 (22,3%) пациентки, затрудненное – 115 (20,8%), жалобы на недержание мочи при напряжении и в покое предъявляли соответственно 143 (25,9%) и 11 (2,0%) пациенток, мочевой пузырь опорожнялся не полностью у 9 (1,6%) пациенток. Затрудненный акт дефекации имел место у 28 (5,1%), хронические запоры – у 13 (2,3%) и неполное опорожнение прямой кишки – у 1 (0,2%) пациентки. Боли различной степени выраженности при половом контакте испытывали 40 (7,2%) женщин, контактные кровотечения возникали у 13 (2,3%) пациенток.

Таким образом, наиболее часто пациенток с пролапсом тазового дна беспокоили дискомфорт и ощущение тяжести в промежности, чуть реже – дискомфорт во влагалище. У каждой пятой пациентки были выявлены отдельные дизурические расстройства и их сочетание. Например, отмечено сочетание учащенного мочеиспускания с затрудненным, что можно объяснить изменениями топографии задней стенки уретры и мочевого пузыря. Обращает на себя внимание то, что жалобы на недержание мочи при напряжении предъявляли 25,9% пациенток, а стрессовое недержание мочи, подтвержденное комплексным уродинамическим исследованием, было диагностировано только у 22,8% женщин.

Клиническая картина у обследованных пациенток развивалась постепенно. Все 538 (97,5%) женщин, которые поступили в стационар с жалобами, указывали на то, что первым признаком заболевания у них было ощущение дискомфорта

в области влагалища и/или промежности. Спустя 1–2 года присоединялись такие симптомы, как учащенное и затрудненное мочеиспускание, недержание мочи, кала и газов.

Длительность доклинической стадии заболевания было возможно подсчитать только у 259 (46,9%) из 552 женщин, она варьировала от 0,5 до 42 лет и составила в среднем $9,8 \pm 8,3$ года ($m = 0,52$). Длительность клинических проявлений могли указать 538 (97,5%) пациенток из всех поступивших в стационар с жалобами, специфичными для пролапса тазового дна. Продолжительность клинической стадии у них колебалась от 0,25 до 23 лет и составила в среднем $2,3 \pm 2,2$ года ($m = 0,09$). Не обнаружена зависимость длительности клинической стадии заболевания от степени пролапса матки ($r = 0,01$), степени пролапса культи шейки матки ($r = -0,09$) и степени пролапса купола влагалища ($r = 0,03$).

Заключение

Клиническая картина пролапса тазового дна отличается разнообразием жалоб. Первые симптомы заболевания обусловлены нарушениями архитектоники малого таза, смещением матки, шейки матки или купола влагалища, что проявляется дискомфортом в области влагалища и промежности. Достигая определенной степени, первичные изменения приводят к вовлечению в патологический процесс практически всех структур малого таза, что обуславливает нарастание клиники и присоединение новых жалоб. Обращает на себя внимание тот факт, что, по мнению всех пациенток со стрессовым недержанием мочи, именно этот симптом в наибольшей степени влияет на самочувствие и самоощущение женщин, ввергает их в депрессивные состояния, заставляет избегать общения. Длительность заболевания во многом зависит от несвоевременного визита к врачу, отложенного по причине волнения, тревоги, стыда и неловкости, а также растерянности перед выбором специалиста (гинеколога, уролога или проктолога), к которому следует обратиться.

В этой связи санитарно-просветительская работа, направленная на разъяснение особенностей данной патологии, закономерностей развития клинической картины пролапса тазовых органов и прогрессирования симптомов, возможно, позволит женщинам не страдать в течение десятилетий, испытывая чувство неполноценности, а своевременно обратиться к врачу-гинекологу для выбора адекватной тактики лечения.

Литература

1. Sliker-ten Hovea M.C.P., Bloembergen H., Vierhouth M.E., Schoemaker G. Distribution of pelvic organ prolapse (POP) in the general population // *Int. Congr. Ser.* 2005. V.1279. P.383–386.
2. Буянова С.Н., Смольнова Т.Ю., Иоселиани М.Н., Куликов В.Ф. К патогенезу опущения и выпадения внутренних половых органов // *Вестн. Рос. асс. акуш.-гин.* 1998. №1. С.77–79.
3. Baden W.B., Walker T. Surgical repair of vaginal defects. Philadelphia, 1992. P.183–184.
4. Blain G., Dietz H.P. Symptoms of female pelvic organ prolapse: Correlation with organ descent in women with single compartment prolapse // *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2008. V.48. P.317–321.
5. Bump R.C., Mattiasson A., Kari B.O. et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction // *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1996. V.175. №1. P.10–17.
6. DeLancey J.O.L., Morgan D.M., Fenner D.E. et al. Comparison of levator ani muscle defects and function in women with and without pelvic organ prolapse // *Obstet Gynecol.* 2007. V.109. №2. Pt.1. P.295–302.
7. Norton P.A., Baker J., Sharp H.C. et al. Genitourinary prolapse and joint hypermobility in women // *Obstet Gynecol.* 1995. V.85. №2. P.225–228.
8. Савицкий Г.А., Савицкий А.Г. Недержание мочи в связи с напряжением у женщин. СПб., 2000. С.57–63.
9. Bartoletti R. Pelvic organ prolapse: A challenge for the urologist // *Eur. Urol.* 2007. V.51. P.884–886.
10. Tunn R., Rieprich M., Kaufmann O. et al. Morphology of the suburethral pubocervical fascia in women with stress urinary incontinence: a comparison of histologic and MRI findings // *Int Urogynecol J.* 2005. V.16. P.480–486.

Информация об авторах:

Владимиров Владимир Гаврилович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой оперативной хирургии и топографической анатомии педиатрического факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова
Адрес: 117997, Москва, ул. Островитянова, 1
Телефон: (495) 434-4656
E-mail: viadimirov_vg@rsmu.ru

Каппушева Лаура Магомедовна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая отделением гинекологии Центра планирования семьи и репродукции
Адрес: 117209, Москва, Севастопольский пр-т, 24а
Телефон: (495) 332-1164
E-mail: laura60@mail.ru

Курцер Марк Аркадьевич, доктор медицинских наук, профессор, главный врач Центра планирования семьи и репродукции
Адрес: 117209, Москва, Севастопольский пр-т, 24а
Телефон: (495) 718-2070
E-mail: cfp@list.ru