

Этиологические факторы развития пролапса тазового дна

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)

Тема пролапса тазового дна остается актуальной в виду высокой частоты, достигающей 40–50% среди рожавших женщин. Целью исследования было выявить наиболее значимые этиологические факторы данной патологии. Изучение анамнеза 552 пациенток с пролапсом тазового дна в возрасте от 28 до 82 лет показало, что этиологическими факторами являются родовой травматизм (22,5%), рождение крупных плодов (10,4%), рождение двоен (1,3%), акушерские пособия (10,0%), искусственные аборты (85,0%), гистероскопии и раздельное диагностическое выскабливание (16,8%). Указанные факторы приводят к макро- и микротравмам, что в последующем отражается на состоянии тазового дна.

Ключевые слова: опущение тазового дна, родовой травматизм, акушерские пособия, постгистерэктомический пролапс

Etiological factors of the development of pelvic floor prolapse

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 theme of the pelvic floor prolapse is still relevant because of its high frequency reaching 40–50% among parous women. The objective of the research was to reveal the most significant etiological factors of this disease. The medical histories of 552 patients with pelvic floor prolapse at the age from 28 to 82 showed the main etiological factors: labor trauma (22,5%), delivery of a large child (10,4%), delivery of twins (1,3%), obstetric manipulations (10,0%), artificial abortions (85,0%), hysteroscopy and separate diagnostic scraping (16,8%). Indicated factors lead to macro- and microtraumas, which subsequently effects the viability of the pelvic floor.

Key words: pelvic floor prolapse, labor trauma, obstetric manipulations, post-hysterectomy prolapse

Частота пролапса тазового дна за последние десятилетия значительно возросла и, по данным отечественных и зарубежных авторов, в настоящее время достигает 40–50% среди рожавших женщин. Утрата стабильного

положения тазового дна приводит не только к опущению стенок влагалища, шейки и тела матки, но и к опущению стенок уретры, мочевого пузыря и несколько реже прямой кишки [1–8]. Большинство авторов единодушны во мнении относительно влияния родов через естественные родовые пути на развитие в последующем пролапса тазового дна. При этом пусковым механизмом, по мнению исследователей, является родовой травматизм, частота которого и по сей день достигает значительных цифр [9, 10]. Отсутствие дефектов *m. levator ani* в ходе магнитно-резонансной томографии малого таза у 30% женщин с клинически выраженным пролапсом тазового дна послужило толчком к поиску

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 05.07.2011 г., принята к печати 26.10.2011 г.

иных этиологических факторов. К таковым был отнесен синдром дисплазии соединительной ткани (СДСТ). Лабораторное подтверждение данного синдрома либо наличие экстрагенитальных проявлений СДСТ (грыжи других локализаций, пролапс митрального клапана, варикозное расширение вен нижних конечностей) может свидетельствовать в пользу данного фактора [11–13]. Спорным остается мнение относительно влияния таких факторов, как хронические запоры, кашель, подъем тяжестей, гипозестрогения, гистерэктомия. Таким образом, в доступной литературе не было найдено источников, распределяющих этиологические факторы по степени значимости.

Цель исследования – выявить наиболее значимые этиологические факторы развития пролапса тазового дна и рекомендовать превентивные мероприятия.

Пациенты и методы

В исследование были включены 552 женщины с пролапсом тазового дна (пролапс матки, культи шейки матки, купола влагалища, а также опущение стенок влагалища, цистоцеле, ректоцеле и энтероцеле). Всем пациенткам выполняли коррекцию пролапса тазового дна различными способами (пластика стенок влагалища, манчестерская операция, лапароскопическая сакропексия, установка сетки из полипропиленового вещества Prolene) в гинекологическом отделении Центра планирования семьи и репродукции Москвы в период с 01.01.2005 по 31.12.2009.

Для решения поставленных задач были проанализированы следующие данные: возраст, профессиональная деятельность, индекс массы тела (ИМТ), наличие экстрагенитальных проявлений СДСТ, возраст менархе, характер менструальной функции, возраст и причина (естественная, хирургическая) наступления менопаузы, ее средняя длительность. Подсчитывали число беременностей и родов, определяли частоту рождения крупных детей и двоен, число внутриматочных вмешательств (артифициальный аборт, выскабливание полости матки после самопроизвольного аборта, гистероскопия, раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки, полипэктомия), а также частоту операций по удалению матки.

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 (M), 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 552 женщин варьировал от 28 до 82 лет (в среднем – $56,4 \pm 11,1$ года). Для определения наиболее многочисленной возрастной группы пациенток с пролапсом тазового дна женщины были распределены в несколько групп. Обращает на себя внимание, что число паци-

енток в возрасте 28–40 и 71–82 лет было приблизительно одинаковым и составило 46 (8,4%) и 54 (9,8%) женщины соответственно. И группы пациенток в возрасте 41–55 и 56–70 лет были также примерно равны – 224 (40,6%) и 228 (41,3%) женщин соответственно.

Анализ профессиональной деятельности выявил, что на момент госпитализации из 552 обследованных женщин: 15 (2,7%) пациенток имели II или III группу инвалидности, 118 (21,4%) – были на пенсии, 188 (34,0%) – домохозяйки. Остальные 231 (41,8%) женщины работали в различных сферах, что демонстрирует высокую социальную активность пациенток с пролапсом тазового дна. Спектр профессиональной деятельности был разнообразен, выполнение тяжелого физического труда подтверждено лишь у 19 (3,4%) из 552 женщин (уборщица, укладчица, кладовщица, санитарка, оператор прачечной и т.п.). При этом сами женщины не могли однозначно связать развитие у них пролапса тазового дна с физическими нагрузками. Незначительное число пациенток, выполнявших тяжелый физический труд, свидетельствует в пользу того, что данный этиологический фактор в настоящее время утратил свою значимость.

На основании данных о росте и весе обследованных пациенток был подсчитан ИМТ. Крайние значения ИМТ варьировали от 17 до $46,5 \text{ кг/м}^2$. Дефицит массы тела (ИМТ $16\text{--}18 \text{ кг/м}^2$) имел место у 4 (0,8%) пациенток, нормальные показатели ($18,5\text{--}24,9 \text{ кг/м}^2$) – у 135 (24,4%), избыток массы тела ($25\text{--}29 \text{ кг/м}^2$) – у 247 (44,7%), ожирение I ($30\text{--}34,9 \text{ кг/м}^2$), II ($35\text{--}39,5 \text{ кг/м}^2$) и III (40 кг/м^2 и выше) степени – у 135 (24,4%), 28 (5,1%) и 3 (0,5%) пациенток соответственно. Среднее значение ИМТ составило $27,6 \pm 4,3 \text{ кг/м}^2$. Превышение ИМТ значения в 27 кг/м^2 у 75% пациенток с пролапсом тазового дна позволяет рассматривать данный фактор в качестве провоцирующего в развитии пролапса тазового дна.

Из экстрагенитальной патологии прицельное внимание уделили определению частоты встречаемости у обследованных пациенток варикозного расширения вен нижних конечностей, грыж других локализаций, пролапса митрального клапана (ПМК). Варикозное расширение вен нижних конечностей имело место у 242 (43,8%) из 552 женщин. Кроме того, 23 (4,2%) пациенткам ранее выполнили одностороннюю или двустороннюю флебэктомию. На наличие грыж различных локализаций указывали 28 (5,1%) из 552 женщин, грыжесечения были выполнены у 24 (4,3%) пациенток. ПМК был ранее диагностирован у 10 (1,8%) женщин с пролапсом тазового дна. Одно из указанных заболеваний отмечено у 242 (43,8%) пациенток, две нозологии – у 20 (3,6%). Таким образом, наличие одного из наиболее распространенных экстрагенитальных проявлений СДСТ у 43,8% обследованных женщин свидетельствует в пользу системного характера поражения соединительной ткани у пациенток с пролапсом тазового дна.

Хронические заболевания дыхательных путей (хронический бронхит, пневмоклероз, бронхиальная астма) отмечены у 108 (19,6%) женщин, т.е. у каждой пятой пациентки.

Для определения значения гипозестрогении были изучены и проанализированы данные гинекологического анамнеза. Возраст наступления менархе у обследованных пациенток варьировал от 8 до 19 лет (в среднем – $13,3 \pm 1,5$ года). У 102 (18,5%) из 552 пациенток менархе наступило в возрас-

те 15–19 лет. Несмотря на это, у 528 (95,6%) пациенток менструальный цикл был регулярным. Менструальная функция к моменту госпитализации сохранялась у 169 (30,6%) из 552 пациенток. Остальные 383 (69,4%) женщины находились в постменопаузе. Возраст наступления менопаузы варьировал в широких пределах от 29 до 64 лет (в среднем – $49,3 \pm 4,9$ года). У 311 (56,3%) пациенток менопауза была физиологической, у 72 (13,1%) – наступила в результате хирургических вмешательств. Длительность менопаузы у обследованных пациенток варьировала от 0,25 года до 46 лет, в среднем составила $12,3 \pm 7,9$ года. В свою очередь, длительность пролапса тазового дна варьировала от 0,5 года до 44 лет и составила в среднем $10,9 \pm 8,8$ года. Анализ зависимости длительности данного заболевания от длительности менопаузы показал отсутствие корреляции между этими параметрами ($r = 0,15$).

Все обследованные пациентки имели в анамнезе от 1 до 20 беременностей, в среднем – $4,3 \pm 2,6$. На аборт в анамнезе указывали 469 (85,0%) из 552 женщин, искусственные аборты (от 1 до 17) были выполнены у 461 (98,3%), самопроизвольные аборты (от 1 до 4) имели место у 73 (15,6%) пациенток. В среднем число искусственных и самопроизвольных абортов составило $2,7 \pm 2,2$ ($m = 0,10$) и $1,4 \pm 0,7$ ($m = 0,08$) соответственно. Все аборты были выполнены в срок до 12 нед беременности. У всех 469 (85,0%) пациенток проводили выскабливание стенок полости матки. Наличие неоднократных внутриматочных манипуляций и операций у 85,0% пациенток с пролапсом тазового дна подтверждает травмирующий характер указанных вмешательств. У 2 (0,4%) из 552 обследованных женщин беременности прервались самопроизвольно. В дальнейшем у обеих пациенток констатировали вторичное бесплодие, по поводу которого они не лечились. У остальных 550 (99,6%) женщин беременности завершились родами через естественные родовые пути. Число родов варьировало от 1 до 6 (в среднем – $1,8 \pm 0,7$). Роды крупным плодом (4000–5300 г) имели место у 57 (10,4%) из 550 женщин. При этом у 15 из них двое родов были крупными плодами, а у одной – трое родов завершились рождением крупных плодов (4000, 4100 и 4300 г). Двойни родились у 7 (1,3%) из 550 женщин, при этом общий вес плодов превышал 4000 г. Родовая деятельность сопровождалась различными осложнениями у 124 (22,5%) из 550 пациенток (табл. 1).

У 55 (10,0%) из 550 пациенток осложнения родовой деятельности потребовали выполнения акушерских пособий: вакуум-экстракции плода, наложения акушерских щипцов, ручного обследования стенок полости матки, ручного отделения плаценты и выделения последа, эпизиотомии и у одной пациентки выполнения экстренной операции по жизненным показаниям – экстирпации матки без придатков (табл. 2).

Таким образом, осложнения родовой деятельности имели место у 22,5% женщин с пролапсом тазового дна, а акушерские пособия были выполнены у каждой десятой пациентки.

На наличие в анамнезе гинекологических заболеваний указывали 474 (85,9%) из 552 обследованных женщин. Спектр нозологий включал патологию шейки матки – у 304 (55,1%) женщин, миому матки – у 188 (34,1%), пато-

логию эндометрия (гиперплазия эндометрия, полипы эндометрия, рак) – у 66 (11,9%), воспалительные заболевания придатков матки – у 45 (8,1%), объемные образования яичников – у 51 (9,2%) пациентки. Патология эндометрия, шейки матки, дисфункциональные маточные кровотечения у 93 (16,8%) обследованных женщин потребовали выполнения гистероскопии и раздельного диагностического выскабливания стенок полости матки и шейки матки. Из 552 пациенток операции по удалению матки перенесли 89 (16,1%) женщин. Надвлагалищную ампутацию матки (лапароскопическим или абдоминальным доступом) выполнили у 54 (9,8%) пациенток, гистерэктомию – у 35 (6,3%). При этом 25 (71,4%) из упомянутых выше 35 женщин были включены в исследование по поводу пролапса купола влагалища.

Аборты и внутриматочные вмешательства у 85,0% и 16,8% всех обследованных пациенток, а также родовой травматизм у 22,5%, рождение крупного плода и двоен у 10,4 и 1,3%, акушерские пособия у 10,0% пациенток из 550,

Таблица 1. Спектр осложнений родовой деятельности у обследованных пациенток

Виды осложнений	Число пациенток, $n = 124$
Гибель плода:	4 (0,7%)
антенатальная	1 (0,2%)
интранатальная	3 (0,5%)
Патология родовой деятельности:	17 (3,1%)
вторичная слабость родовой деятельности	10 (1,8%)
быстрые роды	1 (0,2%)
стремительные роды	4 (0,7%)
преждевременные роды	1 (0,2%)
переносная беременность	1 (0,2%)
Патология плаценты:	22 (4,0%)
дефект плацентарной площадки	8 (1,4%)
частичное плотное прикрепление плаценты	12 (2,2%)
предлежание плаценты	1 (0,2%)
преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты	1 (0,2%)
Особенности положения плода:	4 (0,7%)
лицевое предлежание плода	1 (0,2%)
тазовое предлежание плода	1 (0,2%)
ягодичное предлежание плода	2 (0,4%)
Кровотечения:	24 (4,4%)
гипотонические кровотечения в третьем периоде	14 (2,4%)
кровотечение в раннем послеродовом периоде	10 (1,8%)
Травмы мягких тканей родового канала:	50 (9,1%)
разрывы шейки матки, влагалища	23 (4,2%)
разрывы промежности I степени	16 (2,9%)
разрывы промежности II степени	3 (0,5%)
разрывы промежности III степени	1 (0,2%)
угроза разрыва промежности/эпизиотомия	5 (0,9%)
выворот матки	1 (0,2%)
расхождение симфиза	1 (0,2%)
Поздние гестозы (эклампсия)	1 (0,2%)
Послеродовый эндометрит	2 (0,4%)

Примечание: в таблице указаны проценты от 550 пациенток, имевших в анамнезе роды через естественные родовые пути.

Таблица 2. Акушерские пособия и операции, выполненные у обследованных пациенток

Акушерские пособия и операции	Число пациенток, $n = 55$
Вакуум-экстракция плода	1 (0,2%)
Наложение акушерских щипцов	8 (1,4%)
Ручное обследование стенок полости матки	14 (2,5%)
Ручное отделение плаценты и выделения последа	12 (2,2%)
Эпизиотомия	19 (3,4%)
Экстирпация матки без придатков	1 (0,2%)

Примечание: в таблице указаны проценты от общего числа обследованных пациенток.

имевших в анамнезе роды через естественные родовые пути, сопровождаются растяжением, микро- и макротравмами волокон фиксирующего аппарата тазового дна, что отчетливо демонстрирует этиологическое значение этих факторов в развитии пролапса тазового дна.

Заключение

Полученные результаты демонстрируют этиологическую значимость родового травматизма, акушерских пособий, внутриматочных вмешательств и ранее перенесенных гистерэктомий в развитии пролапса тазового дна. Возможность самостоятельного контроля массы тела, числа беременностей и искусственных аборт, возлагает часть ответственности на саму женщину, при условии, что она информирована о роли указанных факторов в развитии тазовой десценции. Адекватная защита промежности во время родов, своевременное выполнение эпизиотомии, бережное отношение к тканям тазового дна, выбор кесарева сечения при наличии крупного плода позволят женщине не только испытать радость материнства, но и сохранить здоровье. Фиксацию купола влагалища после гистерэктомии необходимо проводить с учетом наличия или отсутствия у пациентки синдрома дисплазии соединительной ткани. Такой подход даст возможность не только предотвратить пролапс купола влагалища, но и избежать рецидивов после необоснованных вмешательств.

Литература

1. Адамьян Л.В., Смольнова Т.Ю., Яроцкая Е.Л. и др. Клинические, морфологические, медико-биологические и генетические аспекты пролапса гениталий у женщин // Пробл. репродукции. Спец. вып. «Первый международный конгресс по репродуктивной медицине». М.: Медиа Сфера, 2006. С.104–105.
2. Кулаков В.И., Адамьян Л.В., Аскольская С.М. Гистерэктомия и здоровье женщины. М.: Медиа Сфера, 1999. 311 с.
3. Blain G., Dietz H.P. Symptoms of female pelvic organ prolapse: Correlation with organ descent in women with single compartment prolapsed // Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2008. V.48. P.317–321.
4. 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.

5. DeLancey J.O.L., Kearney R., Chou Q. et al. The Appearance of Levator Ani Muscle Abnormalities in Magnetic Resonance Images After Vaginal Delivery // Obstet Gynecol. 2003. V.101. №1. P.46–53.
6. Sarlos D., Brandner S., Kots L.V. et al. Laparoscopic sacrocolpopexy for uterine and post-hysterectomy prolapse: anatomical results, quality of life and perioperative outcome – a prospective study with 101 cases // Int Urogynecol J. 2008. №4. P.1–8.
7. Sliker-ten Hovea M.C.P., Bloembergenb H., Vierhouth M.E. et al. Distribution of pelvic organ prolapse (POP) in the general population // Int. Congr. Ser. 2005. V.1279. P.383–386.
8. Swift S.E., Pound T., Dias J.K. Case-Control Study of Etiologic Factors in the Development of Severe Pelvic Organ Prolapse // Int Urogynecol J. 2001. №12. P.187–192.
9. Муравьева Т.Г. Анатомо-функциональное обоснование выбора метода хирургической коррекции цистоцеле у гинекологических больных: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2006. 25 с.
10. 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.
11. 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.
12. Jackson S.R., Avery N.C., Tarlton J.F. et al. Changes in metabolism of collagen in genitourinary prolapsed // Lancet. 1996. V.347. P.1658–1661.
13. Смольнова Т.Ю., Буянова С.Н., Савельев С.В., Петрова В.Д. Дисплазия соединительной ткани как одна из возможных причин недержания мочи у женщин с пролапсом гениталий // Урология. 2001. №2. С.25–30.

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
Тел: (495) 434-4656
E-mail: vladimirov_vg@rsmu.ru

Каппушева Лаура Магометовна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая отделением гинекологии Центра планирования семьи и репродукции
Адрес: 117209, Москва, Севастопольский пр-т, 24а
Тел: (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
Тел: (495) 718-2070
E-mail: cfp@list.ru

Издательство «Династия»

выпускает научно-практический журнал Федерации педиатров стран СНГ
«Вопросы практической педиатрии»

Главный редактор

академик РАМН, профессор Н.Н.Володин
Президент Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины

Заместитель главного редактора

член-корреспондент РАМН, профессор Б.С.Каганов
заместитель директора по научной и лечебной работе НИИ питания РАМН

Научно-практический журнал «Вопросы практической педиатрии» адресован педиатрам, неонатологам, детским хирургам, врачам общей практики, научным работникам, организаторам здравоохранения. Журнал публикует оригинальные исследования, обзоры литературы, лекции, методические рекомендации, клинические наблюдения, официальные документы органов управления здравоохранением.

Тематика публикаций:

этиология, патогенез, клинические проявления, диагностика, лечение и профилактика болезней детского возраста; терапия неонатальной патологии, современные возможности выхаживания и лечения недоношенных и маловесных детей; актуальные проблемы питания здоровых и больных детей: естественное и искусственное вскармливание, лечебное питание, использование биологически активных добавок в педиатрии; новые лекарственные средства и технологии в практике педиатра; инвазивные и неинвазивные методы диагностики в педиатрии; возможности применения хирургических методов лечения в педиатрии; вопросы охраны репродуктивного здоровья подростков; организационные вопросы.

Журнал включен в Перечень ведущих научных журналов и изданий ВАК.



www.phdynasty.ru