

© М. Ю. Коршунов

Санкт-Петербургский государственный  
медицинский университет им. академика

И. П. Павлова

## СИМПТОМЫ ДИСФУНКЦИЙ ТАЗОВОГО ДНА У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ВЫПАДЕНИЕМ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

УДК: 618.14/.15-007.4-089:616.62-008.222

■ Анализ динамики симптомов дисфункций тазового дна у 107 женщин, прооперированных по поводу выпадения половых органов, и сравнение с контрольной группой здоровых женщин, показали связь генитального пролапса с затрудненным мочеиспусканием и механическими симптомами. Симптомы стрессового недержания мочи, гиперактивного мочевого пузыря, затрудненная дефекация, болевой синдром и сексуальный дискомфорт в меньшей степени обусловлены выпадением половых органов. Выраженность запоров не связана с наличием и стадией ВПО.

■ **Ключевые слова:** выпадение половых органов; дисфункции тазового дна; недержание мочи.

### Список использованных сокращений

ВПО — выпадение половых органов  
ГАМП — гиперактивный мочевой пузырь  
ДТД — дисфункции тазового дна  
ЗД — затрудненная дефекация  
ЗМ — затрудненное мочеиспускание  
ИПТО — индекс пролапса тазовых органов  
КУДИ — комплексное уродинамическое исследование  
МВУД — максимальное внутриуретральное давление  
МС — механические симптомы  
СД — сексуальные дисфункции  
СНМ — стрессовое недержание мочи

### Введение

Целью обследования пациента с любой патологией является выяснение связи между жалобами больного и объективной картиной заболевания, что позволяет назначить соответствующее лечение, прогнозировать и затем оценить его результат. Важно также определить, какие именно симптомы преобладают и насколько они влияют на качество жизни [4, 12]. Взаимосвязь между ВПО у женщин и нарушением функции органов малого таза, а также характер и степень изменений функционального состояния после оперативных вмешательств на тазовом дне изучены недостаточно и продолжают оставаться предметом дискуссий. Поэтому на сегодняшний день существуют рекомендации использовать тот или иной валидированный инструмент для измерения качества жизни, как на этапе диагностики болезни, так и при оценке результатов лечения [1, 5, 9, 13]. В исследовании Rodrigues L. V. et al. было продемонстрировано очень слабое соотношение между опросником UDI-SF, заполненным пациентками с недержанием мочи, и таким же опросником, заполненным врачами-урологами после предварительной беседы с пациентками. Врачи в этом исследовании недооценивали отрицательное воздействие симптомов на качество жизни пациентов в среднем на 25–30% [7]. Возникающее после операции *de novo* ургентное недержание мочи или обструктивное мочеиспускание расценивается врачами как осложнение, а пациентами нередко — как неэффективность хирургического лечения [10, 11]. Становится очевидным, что оценка результатов лечения, проведенная только с позиций восстановления анатомии, наличия или отсутствия послеоперационных осложнений недостаточна, поскольку важно, ощущает ли улучшение сам пациент. В этой связи, семиотика ВПО, подразумевающая оценку проявлений или признаков заболевания, представляет собой один из важнейших разделов лечебно-диагностического процесса.

Таблица 1

Распределение пациенток с ВПО по стадиям заболевания до и через 1 год после оперативного лечения

Стадия ВПО	До операции n (%)	Через 1 год после операции n (%)	Статистическая значимость различий
0	0	52 (49)	P<0,001
I	0	32 (30)	
II	49 (46)	19 (17)	
III	45 (42)	4 (4)	
IV	13 (12)	0	

### Цель исследования

Изучить зависимость симптомов ВПО и стадии заболевания до и после его хирургической коррекции.

### Методика

Обследована 141 пациентка. В основную группу вошло 107 пациенток (средний возраст  $51 \pm 9,8$  лет), имевших ВПО II или более стадии, которым было запланировано и проведено оперативное лечение. Контрольную группу составили 34 пациентки без ВПО (средний возраст  $48 \pm 7,2$  лет), не имевшие активных жалоб на симптомы ДТД. Наличие и стадия ВПО оценивались по системе POP-Q (ICS, 1996), при необходимости проводился расчет степени коррекции ВПО и ИПТО [2]. В таблице 1 представлено распределение пациентов основной группы по стадиям заболевания до и через 1 год после оперативного лечения. Принцип хирургической коррекции ВПО заключался в полной ликвидации всех мышечно-фасциальных дефектов тазового дна и восстановлении анатомии влагалища и промежности. Все операции выполнялись одним хирургом по стандартным методикам, описанным в соответствующих медицинских руководствах: передняя и задняя кольпоррафия в сочетании с перинеолеваторопластикой, Манчестерская операция, пластика энтероцеле по Halban или McCall, сакрокольпопексия или гистеропексия с применением проленовой сетки, вагинальная гистерэктомия с высокой фиксацией купола влагалища к крестцово-маточным связкам, передняя кольпоррафия с применением проленовой сетки и позадилонное наложение проленового слинга, задняя кольпоррафия с применением проленовой сетки, TVM anterior, TVM posterior и TVM total, позадилонное наложение петли TVT, трансобтураторное наложение петли TVT-O.

До и после операции все пациентки заполняли опросник ПД-КЖ для оценки наличия и выраженности симптомов ДТД и качества жизни. Для последующего анализа группам симптомов присваивались шкалы от 0 до максимально воз-

можного балла. Выраженность симптоматики до и после хирургического лечения ВПО рассчитывалась как разница баллов для выделенной группы симптомов до и после операции [3]. Кроме этого, проводилась физикальная оценка состояния тазового дна по показаниям — заполнение дневника мочеиспусканий и уродинамическое исследование, УЗИ, заполнение опросников по целям лечения, степени их достижения и удовлетворенности лечением [15]. Дневник мочеиспусканий заполнялся пациентками, предъявлявшими жалобы на недержание мочи и/или учащенное мочеиспускание. Урофлоуметрия и измерение объема остаточной мочи применялись у всех пациенток. КУДИ — цистометрия, определение порога подтекания абдоминального давления и МВУД — применялось при указании на симптомы недержания мочи и/или гиперактивного мочевого пузыря или при положительном кашлевом тесте. Уродинамическое исследование проводилось на аппарате Delphis (Laborie).

Для статистической обработки результатов использовался критерий  $\chi^2$  и непараметрический коэффициент корреляции Спирмена ( $\rho$ ).

### Результаты и их обсуждение

Ни одна пациентка основной группы не предъявляла жалобу только на опущение гениталий, имея, как правило, несколько сопутствующих симптомов ДТД. Частота репортирования симптомов, объединенных в группы согласно опроснику ПД-КЖ, приведена в таблице 2.

Из таблицы видно, что из всех групп симптомов только запоры приблизительно с одинаковой частотой беспокоили женщин исследуемых групп. Частота остальных групп симптомов была значительно выше в основной группе больных. Кроме этого, после операции все группы симптомов беспокоили женщин значительно реже, чем до операции, однако частота МС, ЗД и СД была несколько выше у прооперированных больных основной группы по сравнению с группой контроля.

**Симптом стрессового недержания мочи** имел следующую связь со стадией ВПО: при прогрессировании опущения до уровня гименальной плоскости его частота и выраженность возрастала ( $\rho=0,25$ ;  $P=0,002$ ), в то время как при опущении ниже гименальной плоскости — наоборот ( $\rho=-0,23$ ;  $P=0,02$ ). Пациентки с уродинамически подтвержденным СНМ и без СНМ не имели различий по стадиям ВПО ( $P=0,59$ ). Из 27 пациенток, указавших после операции на симптом СНМ, только у 7 женщин при соответствующем обследовании был подтвержден этот диагноз. Симптом СНМ после операции не был

Таблица 2

## Симптомы дисфункций тазового дна у пациенток основной и контрольной групп

Группы симптомов ДТД (разброс возможных значений, баллы)	Основная группа, n (%)	Контрольная группа, n (%)	Статистическая достоверность различий между группами	Основная группа через 1 год после операции, n (%)	Статистическая достоверность различий между контрольной группой и послеоперационными данными основной группы
СНМ (0–3)	83 (78)	16 (47)	P=0,002	27 (26)	P=0,034
ЗМ (0–12)	81 (76)	4 (12)	P<0,001	15 (14)	P=0,998
ГАМП (0–12)	98 (92)	16 (47)	P<0,001	47 (44)	P=0,909
Запоры (0–3)	67 (63)	18 (53)	P=0,42	51 (48)	P=0,75
ЗД (0–9)	78 (73)	8 (24)	P<0,001	52 (49)	P=0,016
МС (0–9)	86 (80)	4 (12)	P<0,001	37 (35)	P=0,017
Боль (0–3)	72 (67)	4 (12)	P<0,001	22 (21)	P=0,35
СД (0–6)	65 из 82 (79)	0	P<0,001	32 из 82 (39)	P<0,001

связан со стадией пролапса. Важно также, что из 54 больных, которые имели объективно подтвержденное СНМ, главной целью предстоящей операции ликвидацию недержания мочи считали 40 (74%), а из 30, у кого оно не подтвердилось — только 12 (40%), (P=0,004). Таким образом, исходя из полученных данных, уродинамически подтвержденное СНМ можно считать не проявлением ВПО, а самостоятельной дисфункцией тазового дна. Для развития данного состояния, по всей вероятности, необходимо повреждение одновременно нескольких компонентов замыкательного аппарата уретры (недостаточность уретрального сфинктера, уменьшение коаптации уретры вследствие гипоестрогении, нарушение функции *m. levator ani*, повреждение уретротазовых и пубоуретральных связок, нарушение рефлекса сокращения мышц тазового дна при сокращении абдоминальных мышц).

В группе больных, имеющих симптом СНМ при отсутствии его объективных доказательств антистрессовые операции симультанно не производились, но при этом степень достижения поставленной цели (ликвидация СНМ) не отличалась от тех, у кого такие операции были выполнены по показаниям и на основании данных КУДИ (P=0,66). Эти же две категории пациенток не имели различий между собой в удовлетворенности лечением (P=0,47). Следовательно, недостаточность замыкательного механизма уретры, присутствующая у многих больных с ВПО без уродинамически подтвержденного СНМ, может быть связана, прежде всего, с гипермобильностью уретро-везикального сегмента, что приводит к недержанию мочи лишь при «неожиданных» стресс-провокациях, не позволяющих пациенткам вовремя «включить» компенсаторный механизм сокращения мышц тазового дна. Это может также объяснять тот феномен, что многие пациентки, имеющие симптом СНМ, не

демонстрируют признаков СНМ в гинекологическом кресле и во время уродинамического исследования и реже выбирают основной целью ликвидацию недержания мочи. Характерно, что МВУД у данных пациенток было значительно выше, чем у пациенток, которые продемонстрировали признак СНМ при осмотре ( $76 \pm 26$  и  $45 \pm 16$  мм водн. ст. соответственно). Такие больные, на наш взгляд, не нуждаются в дополнительной антистрессовой операции. Хирургическая коррекция цистоуретроцеле оказывается вполне достаточной для избавления от симптома СНМ у данной категории пациентов. Результаты проведенного анализа свидетельствуют о том, что симптом СНМ в ряде случаев может быть отнесен к клиническим проявлениям ВПО.

**Затрудненное мочеиспускание**, на хотя бы один симптом которого указывала 81 пациентка основной группы, при объективном обследовании было подтверждено у 28 из них (26%). Из тех больных, кто не предъявлял жалоб, связанных с ЗМ, повышенный объем остаточной мочи был выявлен лишь у 2 пациенток (55 и 72 мл). В контрольной группе ни одна пациентка не удовлетворяла объективным критериям ЗМ [14]. Стадия ВПО имела значимую связь с нарастанием симптомов ЗМ вне зависимости от локализации пролапса и после исключения влияния возраста как третьей переменной ( $\rho=0,48$ ; P<0,0001). У пациенток с уродинамически подтвержденным затруднением мочеиспускания ВПО было значительно более выраженным, чем у тех, у кого уродинамические критерии ЗМ отсутствовали: (ИПТО соответственно составил  $0,70 \pm 0,05$  и  $0,33 \pm 0,02$ , P<0,001). Кроме этого, наблюдалась достоверная связь степени коррекции ВПО и выраженности симптоматики ЗМ у пациентов основной группы до и после операции. ( $\rho=0,31$ ; P=0,001). Из 26 пациенток с объективно подтвержденным ЗМ 25 (96%) выбрали его ликвидацию в качестве цели лечения, а из 55 пациен-

тов, у которых оно не подтвердилось — 30 (54%) ( $P < 0,001$ ). На ликвидацию ЗМ, как главную цель хирургического лечения, указали соответственно 6 из 26 и 0 из 55 пациентов данных подгрупп ( $P = 0,001$ ). Разницы в степени достижения этой цели между подгруппами не было ( $P = 0,94$ ). Не было и различий в удовлетворенности лечением ЗМ ( $P = 0,64$ ), что объясняется, в том числе, и отсутствием различий в анатомии тазового дна по POP-Q у этих больных после операции. Таким образом, полученные данные позволяют считать ЗМ у женщин патогномичным симптомом ВПО.

**Гиперактивный мочевой пузырь.** Гиперактивность детрузора при проведении цистометрии была выявлена у 18 (17%) пациенток основной группы. Повышенная чувствительность мочевого пузыря — у 44 пациенток (41%). Ургентное недержание мочи имело место у 12 больных, из них у 10 — в сочетании со СНМ (смешанная форма инконтиненции). В контрольной группе ни одна пациентка не удовлетворяла уродинамическим критериям гиперактивного детрузора и/или ургентного недержания мочи, а также повышенной чувствительности мочевого пузыря. Симптомы ГАМП в основной группе нарастали при увеличении стадии ВПО (вне зависимости от локализации пролапса и возраста) ( $\rho = 0,35$ ;  $P < 0,0001$ ). У женщин с уродинамически подтвержденным гиперактивным детрузором связь со стадией пролапса терялась ( $P = 0,2$ ). Гиперчувствительность же мочевого пузыря несколько чаще наблюдалась у пациенток с выраженными — III и IV стадиями пролапса ( $P = 0,04$ ). После операции гиперактивность детрузора при цистометрии была выявлена у 16 из 47 пациенток, имевших хотя бы один симптом ГАМП (15% пациенток основной группы); повышенная чувствительность мочевого пузыря — у 10 пациенток (9%). Выраженность симптомов ГАМП после операции, в отличие от предоперационных данных, не зависела от стадии ВПО вне зависимости от локализации пролапса ( $P = 0,26$ ). У женщин с уродинамически подтвержденным гиперактивным детрузором или гиперчувствительным мочевым пузырем связь со стадией ВПО также отсутствовала ( $P = 0,6$ ). Эти данные могут свидетельствовать о том, что этиология ГАМП, как гиперактивного детрузора, так и гиперчувствительного мочевого пузыря, неоднородна. Вероятно, сохранение у ряда пациентов симптомов ГАМП после операции может свидетельствовать об иных этиологических и патогенетических факторах ГАМП, нежели ВПО, например возраст и гипопозроения, нарушение нейрогуморальной регуляции функции мочевого пузыря, ишемия.

Из тех больных, кто имел объективно подтвержденный ГАМП, ликвидацию его симптомов в качестве цели лечения выбрали все 18 (100%), а у кого он не подтвердился — 65 из 80 (81%). Это отличие не имело статистически достоверного характера ( $P = 0,07$ ). Ликвидацию ургентного недержания мочи как главную цель лечения определили 3 из 18 и 3 из 80 больных в подгруппах соответственно, что также не достигло уровня статистической значимости ( $P = 0,06$ ). Разницы в степени достижения данной цели между этими подгруппами не было ( $P = 0,47$ ). Не было и различий в удовлетворенности лечением ( $P = 0,82$ ). Различия были отмечены в репортировании симптомов ГАМП после операции. Пациентки в подгруппе с объективно подтвержденным ГАМП до операции, чаще жаловались на его симптомы и после хирургического вмешательства ( $P = 0,02$ ).

Полученные данные позволяют предположить, что группа симптомов ГАМП объединяет несколько состояний, часть из которых обусловлена ВПО, а часть — нет. Это обстоятельство делает необходимым адекватное, в том числе уродинамическое, обследование больных с симптомами ГАМП. Выяснение состояния функции мочевого пузыря до планирования операции позволит максимально индивидуально подойти к консультированию больных и к выработке достижимых целей, что приобретает особую важность в связи со значимым воздействием симптомов этой группы на качество жизни женщин.

**Запоры** не были связаны с наличием и выраженностью стадии ВПО ( $P = 0,9$ ). Частота репортирования запоров в основной группе до операции не имела различий с группой контроля ( $P = 0,42$ ). Несмотря на то, что после операции частота запоров по сравнению с предоперационными данными уменьшилась ( $P = 0,04$ ), 2/3 пациенток из тех, кто имел данный симптом до операции, продолжали жаловаться на него. После операции связи между стадией ВПО и запорами также не наблюдалось ( $P = 0,10$ ). Ликвидацию запоров, как главную цель предстоящего хирургического лечения, не выбрала ни одна пациентка.

Корреляционный анализ показал умеренную связь затрудненной дефекации со стадией ВПО ( $\rho = 0,41$ ;  $P < 0,0001$ ) у пациенток, как перед операцией, так и после операции ( $\rho = 0,26$ ;  $P = 0,006$ ). Симптом ЗД встречался чаще в основной группе и имел достоверные различия по сравнению с группой контроля ( $P < 0,001$ ). Как главную цель лечения ликвидацию ЗД пациентки не выбирали.

Механические симптомы, проявляющиеся ощущением «выпячивания» во влагалище или за его пределами, появлении «выпячивания» влага-

лица во время опорожнения кишечника, мешающем опорожнению и дискомфорте во влагалище, усиливающимся в положении стоя и уменьшающимся или исчезающим в положении лежа, в основной группе встречались значительно чаще по сравнению с группой контроля ( $P < 0,001$ ). МС имели самую сильную, по сравнению с другими группами симптомов, связь со стадией ВПО ( $\rho = 0,58$ ;  $P < 0,0001$ ), при этом наибольшая связь наблюдалась с апикальным пролапсом. Кроме этого, была выявлена также зависимость от числа вовлеченных локализаций ВПО ( $\rho = 0,48$ ;  $P < 0,0001$ ). После операции связь со стадией ВПО заметно снижалась ( $\rho = 0,31$ ;  $P = 0,001$ ), что отчасти может быть обусловлено «психологическим связыванием» этих симптомов с другими сохранившимися дисфункциями. Характерно, что чем меньше симптомов ДТД после операции отмечали пациенты, тем реже они репортировали и наличие МС. Как главную цель лечения, ликвидацию механических симптомов выбрали 25% пациенток. Достижение данной цели составило 100% и имело высокую связь с объективной оценкой стадии ВПО после операции ( $\rho = 0,87$ ;  $P = 0,003$ ).

Выраженность болевого синдрома была слабо связана со стадией ВПО ( $\rho = 0,37$ ;  $P < 0,0001$ ). После операции выраженность болевого синдрома уменьшилась, но была еще слабее связана со стадией пролапса ( $\rho = 0,24$ ;  $P = 0,01$ ). Никто из пациенток не указал избавление от боли как главную цель лечения.

Сексуальные дисфункции имели умеренную связь со стадией ВПО ( $\rho = 0,51$ ;  $P < 0,0001$ ). После операции связь выраженности СД со стадией ВПО носила слабый характер и была меньше, чем до операции ( $\rho = 0,24$ ;  $P = 0,01$ ). Пациентки контрольной группы боль и неудобство при половом акте, связанное с выпячиванием в области влагалища не отмечали. Как главную цель лечения, ликвидацию дискомфорта при половом акте отметили 10% пациенток, степень достижения цели составила 82%.

Результаты проведенного исследования подтверждают многообразие семиотики ВПО у женщин. Как справедливо отмечала D. Fairclough, «Хотя мы и в состоянии измерить биологический ответ организма, мы не можем определить, насколько это изменение параметра значимо для самого пациента» [8]. Известно, что врач, консультирующий больную с ВПО, нередко ориентируется только на объективные признаки и инструментальные методы исследования, при этом рассматривая тазовые дисфункции отдельно одну от другой, а пациент — на субъективную симптоматику в целом [6]. Наши данные показы-

вают, что определенная группа симптомов ДТД может быть обусловлена непосредственным воздействием генитального пролапса на развитие и выраженность клинических проявлений ВПО. К последним относятся механические симптомы и затрудненное мочеиспускание. Вместе с этим, симптом СНМ, гиперактивность детрузора и ургентное недержание мочи, болевой синдром, сексуальный дискомфорт в меньшей степени связаны с тяжестью ВПО и, соответственно, могут потребовать детальной диагностики с привлечением смежных специалистов и соответствующей инструментальной и лабораторной базы. Выраженность запоров не связана с наличием и стадией ВПО. Больные с ВПО, страдающие дисфункциями нижних мочевых путей, в первую очередь требуют дифференциального клинического подхода. На устранение симптомов СНМ, ГАМП, ЗМ, как главную цель хирургического лечения ВПО указывает большая часть обследованных женщин. Это следует учитывать при консультировании, поскольку для пациентов успех хирургического устранения ВПО заключается в максимальном избавлении от психотравмирующих симптомов и возможности вернуться к полноценной жизни. Детальное понимание семиотики ВПО, правильная трактовка целей и ожиданий от предстоящего хирургического лечения позволит устранить различия в критериях оценки результатов операции врачом и пациентом, а следовательно — улучшить качество оказанной медицинской помощи больной с ВПО.

## Литература

1. Диагностика и хирургическое лечение ректоцеле при пролапсе тазовых органов с использованием системы PROLIFT (TM) / Беженарь В. Ф. [и др.] // Журнал акушерства и женских болезней. — 2010. — Т. LIX, вып. 2. — С. 12–21.
2. Коршунов М. Ю., Сазыкина Е. И. Индекс пролапса тазовых органов — новый метод оценки состояния тазового дна у женщин // Материалы IV Съезда акушеров-гинекологов России. — М., 2008. — С. 384–385.
3. Коршунов М. Ю., Сазыкина Е. И. Опросник ПД-КЖ — валидированный способ оценки симптомов дисфункций тазового дна и качества жизни у пациенток с пролапсом тазовых органов // Журнал акушерства и женских болезней. — 2008. — Т. LVII, вып. 3. — С. 86–93.
4. Шельгин Ю. А., Титов А. Ю., Мудров А. А. Клиника, диагностика и лечение ректоцеле. // Колопроктология. — 2005. — №3. — С. 42–49.
5. A comparison of the objective and subjective outcomes of colposuspension for stress incontinence in women / Bidmead J. [et al.] // Br. J. Obstet. Gynaecol. — 2001. — Vol. 108. — P. 408–413.
6. Brubaker L., Shull B. EGGGS for patient-entered outcomes // Int. Urogyn. J. — 2005. — Vol. 16, N 3. — P. 171–173.

7. Discrepancy in patient and physician perception of patient's quality of life related to urinary symptoms / Rodrigues L. V. [et al.] // *Urology*. — 2003. — Vol. 62. — P. 49–53.
8. Fairclough D. L. Patient reported outcomes as endpoints in medical research // *Stat. Methods Med. Res.* — 2004. — Vol. 13. — P. 115–138.
9. Outcome measures for research in adult women with symptoms of lower urinary tract dysfunction / Lose G. [et al.] // *Neuro-urol. Urodyn.* — 1998. — Vol. 17. — P. 255–262.
10. Patient-centered surgical outcomes: the impact of goal achievement and urge incontinence on patient satisfaction one year after surgery / Sangeeta T. [et al.] // *Am. J. Obstet. Gynecol.* — 2006. — Vol. 194. — P. 722–728.
11. Patient-selected goals: a new perspective on surgical outcome / Eman A. E. [et al.] // *Am. J. Obstet. Gynecol.* — 2003. — Vol. 189. — P. 1551–1558.
12. Responsiveness of quality of life measurements to change after reconstructive pelvic surgery / FitzGerald M. P. [et al.] // *Am. J. Obstet. Gynecol.* — 2001. — Vol. 185. — P. 20–24.
13. Shull B., Karram M. M. Concerns regarding pelvic reconstructive surgery // *Int. Urogynecol. J.* — 2005. — Vol. 16, N4. — P. 251–252.
14. Uroflowmetry in female voiding disturbances / Constantini E. [et al.] // *Neuro-urol. Urodyn.* — 2003. — Vol. 22. — P. 569–573.
15. Yalcin I., Bump R. C. Validation of two global impression questionnaires for incontinence // *Am. J. Ob. Gynecol.* — 2003. — Vol. 189. — P. 98–101.

Статья представлена В. Ф. Беженарем,  
НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта СЗО РАМН,  
Санкт-Петербург

#### SYMPTOMS OF PELVIC FLOOR DYSFUNCTIONS IN WOMEN WITH GENITAL PROLAPSE

M. Yu. Korshunov

■ **Summary:** The prospective analysis of preoperative and postoperative symptoms of pelvic floor dysfunctions in 107 female patients, which have undergone any surgery for their genital prolapse, and a comparison with the control group of healthy women showed a correlation of genital prolapse with obstructive urination and mechanical symptoms. Stress urinary incontinence, overactive bladder, obstructive defecation, pain and sexual discomfort have a less relationship to the genital prolapse. The degree of constipation does not correlate to the presence and the stage of genital prolapse.

■ **Key words:** genital prolapse; pelvic floor dysfunctions; urinary incontinence.

#### ■ Адреса авторов для переписки

Коршунов Михаил Юрьевич — к. м. н, доцент кафедры акуш. и гин.  
Санкт-Петербургский государственный медицинский университет  
им. академика И. П. Павлова.  
197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6/8.  
**E-mail:** mkorshunov@mail.ru.

Korshunov Mikhail Yurievich — PhD, Associate Professor.  
Department of Obstetrics and Gynecology St. Petersburg State Medical  
University named after Pavlov I. P.  
197022, St-Peterburg, st. Leo Tolstoy, 6/8.  
**E-mail:** mkorshunov@mail.ru.