

УДК 618.16 – 007.43 - 085

© Коллектив авторов, 2012.

## ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА И ВОЗМОЖНОСТИ ЕГО НЕХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

**О. В. Грищенко, В. В. Бобрицкая, И. А. Васильева, Шамхи Имен**

*Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии (зав. – профессор О. В. Грищенко), Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков.*

### ASSESSMENT OF SEVERITY OF GENITAL PROLAPSE GENITAL AMONG WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE AND THE POSSIBILITY OF NONSURGICAL CORRECTION

**O. V. Grischenko, V. V. Bobritska, I. A. Vasil'eva, Shamkhi Imen**

In the article the presented the developed scoring of genital prolapse in women of reproductive age and given the results will test it in a group of women with varying degrees of severity of prolapse. Using this scale scoring allows to select a group of women who use of unsurgical correcting genital prolapse is the most effective and the quality of the treatment.

### ОЦІНКА ТЯЖКОСТІ ПРОЛАПСУ ГЕНИТАЛІЙ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ І МОЖЛИВОСТІ ЙОГО НЕХІРУРГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ

**О. В. Грищенко, В. В. Бобрицька, І. А. Васильєва, Шамхі Імен**

В статті наведено розроблену бальну оцінку стану пролапсу геніталій у жінок репродуктивного віку і надано результати випробування її в групі жінок з різним ступенем важкості пролапсу. Використання цієї шкали бальної оцінки дозволяє виділити групу жінок, у яких застосування немедикаментозного методу корекції пролапсу геніталій є найбільш ефективним, а також визначити якість проведеного лікування.

**Ключевые слова:** пролапс гениталий, репродуктивный возраст женщины, оценка тазового дна, немедикаментозная коррекция.

Опущение и выпадение внутренних половых органов у женщин репродуктивного возраста – это одна из распространенных в гинекологической практике патологий, заболеваемость которой не имеет тенденции к снижению [1, 2]. Среди всех гинекологических заболеваний, нуждающихся в хирургическом лечении, эта патология составляет 28-40% и занимает третье место после доброкачественных опухолей и эндометриоза [2]. Оперативное лечение женщин с пролапсом гениталий в репродуктивном возрасте делает невозможным повторные роды через естественные родовые пути, что значительно повышает материнские и перинатальные риски. С другой стороны, отсутствие коррекции пролапса приводит к ухудшению состояния женщины, значительно осложняя ее физическое состояние, что непременно сказывается на выполнении ею социальных функций. У женщин репродуктивного возраста наиболее частой причиной пролапса гениталий является акушерский травматизм. Его последствия обуславливают несостоятельность замыкающего аппарата, что способствует развитию опущения, а затем и выпадения внутренних половых органов у женщин, сопровождающихся зачастую нарушениями функции мочевого пузыря и прямой кишки. Даже после неосложненных родов у каждой пятой женщины обнаруживается замедление дистальной проводимости

в срамных нервах, которое может сохраняться в течение полугода [2, 5]. Недержание мочи и кала после нормальных родов объясняется растяжением мышц и повреждением тканей промежности вследствие нарушения иннервации мышц-сфинктеров тазового дна [2, 5]. В этих случаях с целью восстановления иннервации и повышения тонуса мышц-сфинктеров тазового дна на первый план выходит применение нехирургических методов лечения.

Цель исследования: разработать критерии оценки состояния пролапса гениталий у женщин репродуктивного возраста, позволяющих выделить группу больных, которым показано использование нехирургических методов коррекции, оценить их эффективность.

#### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением находилось 48 женщин в возрасте 25-39 лет с наличием пролапса гениталий. Согласно стандартизированной классификации пролапса гениталий POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification), стадию пролапса 0 (нет пролапса) имели 8 женщин, стадию пролапса I (наиболее выпадающая часть стенки влагалища не доходит до гимена на 1 см) – 22 женщины, стадию пролапса II (наиболее выпадающая часть стенки влагалища расположена на 1 см проксимальнее или дистальнее

гимена) – 10 женщин и стадия пролапса III (наиболее выпадающая точка более чем на 1 см дистальнее гименальной плоскости, но при этом общая длина влагалища (TVL) уменьшается не более чем на 2 см) имела место в 8 случаях. Стадия IV – полное выпадение – в исследование включена не была, поскольку в данных случаях использование нехирургических методов лечения заведомо неэффективно. У всех женщин, вошедших в группу наблюдения, имели место жалобы на периодические тянущие боли внизу живота, диспареунию; недержание мочи при кашле и тяжелой физической нагрузке выявлено у 30 женщин; недержание мочи при обычной и умеренной физической нагрузке – у 18 женщин. Разработанная схема оценки состояния тазового дна у женщин включала в себя:

- оценку анамнестических данных: количество родов, массу новорожденных, показатели родового травматизма в родах. Оценка составляла от 0 до 2 баллов;

- оценку фенотипических данных: рост, вес, динамику набора веса во время предыдущих беременностей и снижения в послеродовом периоде. Оценка составляла от 0 до 2 баллов;

- оценку соматического статуса: наличие таких заболеваний, как сахарный диабет, гипертоническая болезнь, гипертиреоз, гипотиреоз, ожирение, бактериальный вагиноз, запор. Оценка составляла от 0 до 1 балла;

- наличие специфических жалоб: тянущие боли внизу живота, диспареуния, недержание мочи (при легкой, умеренной и тяжелой физической нагрузке, кашле, потуживании). Оценка составляла от 0 до 3 баллов;

- оценка пролапса по POP-Q. Оценка составляла от 0 до 3 баллов;

- эхографические критерии [4]:

А) Для неизмененных структур тазового дна – 0 баллов;

Б) Вагинальное продольное сканирование на уровне интроитуса. Шейка матки ниже уровня лонного сочленения не смещается – 1 степень пролапса. В покое наружный зев ниже нижнего края лонного сочленения, при натуживании – до интроитуса – 2-3 степень. В покое шейка матки на уровне интроитуса, при пробе Вальсальва – ниже – 3 степень (неполное выпадение). Оценка от 1 до 3 баллов;

С) Положение передней стенки влагалища и уретро-везикального сегмента. Угол  $\alpha$  в покое 12-21°; при натуживании мобильность  $<20^\circ$  – норма. Угол  $\alpha$  в покое 12-21°; при натуживании мобильность  $>20^\circ$  – гипермобильность уретры. Угол  $\alpha$  в покое 25-120°; при натуживании мобильность  $>20^\circ$  – дислокация и гипермобильность уретры. Оценка от 0 до 3 баллов;

Д) Диагностика цистоцеле: при натуживании задняя стенка не смещается ниже нижнего края лона

– норма. При натуживании задняя стенка смещается ниже нижнего края лона – цистоцеле: форма округлая – нет дефекта тазовой фасции. Форма остроугольного треугольника или «песочных часов» – дефект тазовой фасции. Оценка от 0 до 3 баллов;

Е) Диагностика ректоцеле: контур передней стенки ампулы прямой кишки не деформирован – вариант нормы. Контур передней стенки ампулы прямой кишки деформирован в покое или при натуживании – ректоцеле. Оценка от 0 до 3 баллов;

Оценка состояния тазового дна по разработанной схеме была проведена всем женщинам группы наблюдения. Оценка состояния тазового дна составила 2-22 балла.

В качестве метода немедикаментозной коррекции нами было выбрано изделие «Колпексин» [3]. Колпексин был использован после оценки состояния тазового дна у женщин группы наблюдения по рекомендованной фирмой-производителем методике [3]. Контрольный осмотр проводился спустя 1 неделю и каждый месяц с целью возможной необходимости подбора сферы меньшего диаметра и оценки комплаенса. Длительность применения медицинский изделия составила 3 месяца. Оценка результатов лечения проводилась спустя 1, 3 и 6 месяцев после старта лечения по разработанной схеме. Оценивалась индивидуальная динамика (ИД) бальной оценки.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

После проведения оценки жалоб, анамнестических данных, оценки фенотипа, результатов вагинального исследования проведена оценка пролапса по POP-Q и трансвагинальная эхография с бальной оценкой указанных выше параметров. В 8 случаях (16,7%) стартовая бальная оценка (СО) составила 5-7 баллов, у 22 женщин (45,8%) – СО=7-12 баллов, в 10 случаях (20,8%) – СО=13-18 баллов, в 8 случаях (16,7%) – СО=16-22 балла.

При оценке индивидуального количества баллов спустя 1 месяц на фоне разработанной немедикаментозной терапии у 62,5% (5 человек) со СО=5-7 баллов отмечено исчезновение субъективных жалоб и, таким образом, индивидуальная динамика (ИД) составила 3 балла. К моменту окончания лечения (на 3 месяц применения) у 7 женщин (87,5%) отмечено полное исчезновение субъективных жалоб и позитивная эхографическая динамика в виде отсутствия визуализации шейки матки на уровне лонного сочленения и интроитуса. Индивидуальная динамика (ИД) к концу 3 месяца применения составила 5 баллов. 1 женщина из этой группы прервала лечение сразу после исчезновения субъективных жалоб и поэтому в дальнейшем исследовании не участвовала. Спустя 6 месяцев при контрольном осмотре у всех женщин отсутствовали субъективные жалобы и по результатам оценки состояния промежности по POP-Q и трансвагинальной эхографии отрицательной динамики не выявлено.

У пациенток со СО 7-15 баллов через 1 месяц терапии у 63,5% (14 человек) отмечено исчезновение субъективных жалоб (ИД=3 балла), к моменту окончания лечения у 19 женщин (86,4%) отмечено полное исчезновение субъективных жалоб и нормализация эхографической картины (ИД=6 баллов). Через 6 месяцев у женщин отсутствовали субъективные жалобы и отрицательной динамики состояния промежности не выявлено. 3 женщины из этой группы прервали лечение досрочно.

В группе пациенток со СО=13-18 баллов спустя 1 месяц терапии у 50,0% (5 человек) отмечено исчезновение субъективных жалоб (ИД=3 балла). К моменту окончания лечения у 8 женщин (80,0%) отмечено полное исчезновение субъективных жалоб и позитивная эхографическая динамика (ИД=8 баллов). У 2 женщин из этой группы (20,0%) отмечена позитивная эхографическая динамика, однако сохранялось отсутствие смещения шейки матки ниже уровня лонного сочленения и гипермобильность уретры ( $>20^\circ$ ), ИД=6 баллов. Спустя 6 месяцев при контрольном осмотре у всех женщин отсутствовали субъективные жалобы и, по результатам оценки состояния промежности по POP-Q и трансвагинальной эхографии, отрицательной динамики не выявлено.

В группе пациенток с СО=16-22 баллов спустя 1 месяц на фоне терапии у 37,5% (3 человек) отмечена позитивная динамика субъективных жалоб. К моменту окончания лечения (на 3 месяц применения) у 3 женщин (37,5%) отмечено полное исчезновение субъективных жалоб и позитивная эхографическая динамика: сохранялось отсутствие смещения шейки матки ниже уровня лонного сочленения и гипермобильность уретры ( $>20^\circ$ ) и, таким образом, ИД=4 балла. У 5 женщин из этой группы (62,5%) не отмечено позитивной эхографической динамики, несмотря на то, что они констатировали позитивную динамику субъективных ощущений (исчезновение тянущих болей внизу живота, диспареунии, уменьшение количества эпизодов стрессового недержания

мочи). Спустя 6 месяцев при контрольном осмотре у всех женщин этой группы отрицательной динамики не выявлено.

#### ВЫВОДЫ

Использование разработанной балльной оценки состояния тазового дна у женщин репродуктивного возраста с пролапсом гениталий позволяет объективизировать оценку состояния пролапса до и после лечения, оценить качество проведенного лечения и выделить группу женщин, у которых использование немедикаментозной коррекции дисфункции мышц тазового дна является наиболее эффективным.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Краснопольский В. И. Диагностика недержания мочи у женщин. Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы / Краснопольский В. И., Буянова С. Н., Петрова В. Д. ; под ред. В. Н. Прилепской // М. : МЕДпресс-информ, 2003. – С. 397–411.
2. Кулавский В. А. Факторы риска формирования несостоятельности тазового дна у женщин репродуктивного возраста / В. А. Кулавский, Н. И. Никитин // *Мать и дитя* : сб. материалов 6-го Российского научного форума, 12-15 октября 2004 г., Москва, Россия / РАМН, Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН. – М., 2004. – 394 с.
3. Современные подходы к лечению генитального пролапса [Электронный ресурс] // *Жіночий лікар*. – 2009. – Режим доступа: <http://www.z-l.com.ua/page/colpexin/>.
4. Чечнева М. А. Рациональная концепция комплексного обследования женщин с синдромом тазовой десценции и мочевого инконтиненцией : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.01.01 / Чечнева М. А. – Москва, 2011. – 49 с.
5. Benassi L. Risk of genital prolapse and urinary incontinence due to pregnancy and delivery. A prospective study / L. Benassi, E. Bocchialini, M. Bertelli [et al.] // *Minerva ginec.* – 2002. – Vol. 54, № 4. – P. 317–324.