

Выявление онкологической патологии у пациенток с пролапсом тазовых органов. Клинический случай

Д.В. Байбуз^{✉1}, О.Л. Молчанов², Ж.В. Глущенко¹, Я.А. Лебедева¹, С.В. Уткин¹, А.А. Кравцов², Р.Ш. Шахалиев², П.Д. Байбуз²

¹ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург, Россия;

²ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России

Аннотация

Пролапс тазовых органов – это распространенное среди женщин доброкачественное заболевание, которое характеризуется изолированным или комбинированным опущением передней, задней стенки влагалища, матки, а также купола влагалища после гистерэктомии. Учитывая тот факт, что большая часть операций проводится среди пациенток среднего и пожилого возраста, увеличивается вероятность обнаружения ранее недиагностированных новообразований органов брюшной полости и области малого таза, что может быть связано с ограниченным объемом базовой предоперационной диагностики. Цель сообщения – привлечение внимания клиницистов к проблеме недостаточного обследования женщин при планировании лечения пролапса тазовых органов на примере нашего опыта ведения пациентки с данной патологией в сочетании с образованием малого таза.

Ключевые слова: пролапс тазовых органов, опухоль яичников, рак и пролапс тазовых органов, обследование при пролапсе

Для цитирования: Байбуз Д.В., Молчанов О.Л., Глущенко Ж.В., Лебедева Я.А., Уткин С.В., Кравцов А.А., Шахалиев Р.Ш., Байбуз П.Д. Выявление онкологической патологии у пациенток с пролапсом тазовых органов. Клинический случай. Гинекология. 2021; 23 (2): 193–197. DOI: 10.26442/20795696.2021.2.200776

CASE REPORT

Detection of oncological diseases in patients with pelvic organ prolapse. Case report

Dmitrii V. Baibuz^{✉1}, Oleg L. Molchanov², Zhanna V. Glushchenko¹, Yanina A. Lebedeva¹, Sergei V. Utkin¹, Artem A. Kravtsov², Rustam A. Shakhaliyev², Polina D. Baibuz²

¹Saint Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia;

²Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, Saint Petersburg, Russia

Abstract

Pelvic organ prolapse is a common benign disease among women that is characterized by an isolated or combined descent of the anterior, posterior vaginal wall, uterus, and vaginal dome after hysterectomy. Given the fact that most of the operations are performed among middle-aged and elderly patients, the probability of detecting previously undiagnosed tumor of the abdominal cavity and pelvic region increases, which may be due to the limited volume of basic preoperative diagnosis. The purpose of our report is to draw the attention of clinicians to the problem of insufficient examination of women when planning treatment of pelvic organ prolapse on the example of our experience in managing a patient with this pathology in combination with pelvic tumor.

Keywords: pelvic organ prolapse, ovarian tumor, cancer and pelvic organ prolapse, examination for prolapse

For citation: Baibuz DV, Molchanov OL, Glushchenko ZhV, Lebedeva YaA, Utkin SV, Kravtsov AA, Shakhaliyev RA, Baibuz PD. Detection of oncological diseases in patients with pelvic organ prolapse. Case report. Gynecology. 2021; 23 (2): 193–197. DOI: 10.26442/20795696.2021.2.200776

Информация об авторах / Information about the authors

[✉]Байбуз Дмитрий Васильевич – акушер-гинеколог отд-ния гинекологии Клиники высоких медицинских технологий им. Н.И. Пирогова ФГБОУ ВО СПбГУ. E-mail: baybooz@yandex.ru; ORCID: 0000-0002-8518-363X; SPIN-код: 7688-2595

Молчанов Олег Леонидович – д-р мед. наук, проф. каф. акушерства, гинекологии, репродуктологии ФГБОУ ВО «Первый СПб ГМУ им. акад. И.П. Павлова». E-mail: moleg700@mail.ru; ORCID: 0000-0002-4407-1543; SPIN-код: 1532-3515

Глущенко Жанна Васильевна – зав. отд-нием гинекологии Клиники высоких медицинских технологий им. Н.И. Пирогова ФГБОУ ВО СПбГУ. E-mail: dr.jane812@gmail.com; ORCID: 0000-0001-9698-2253

Лебедева Янина Александровна – канд. мед. наук, зав. отд-нием, акушер-гинеколог амбулаторно-диагностического отд-ния эндокринной гинекологии Клиники высоких медицинских технологий им. Н.И. Пирогова ФГБОУ ВО СПбГУ. E-mail: yanina_simakova@mail.ru; ORCID: 0000-0002-5007-3991; SPIN-код: 3902-2269

Уткин Сергей Викторович – акушер-гинеколог отд-ния гинекологии Клиники высоких медицинских технологий им. Н.И. Пирогова ФГБОУ ВО СПбГУ. E-mail: Utkinsvgin@mail.ru; ORCID: 0000-0003-1950-1924

[✉]Dmitrii V. Baibuz – obstetrician-gynecologist, Saint Petersburg State University. E-mail: baybooz@yandex.ru; ORCID: 0000-0002-8518-363X; SPIN code: 7688-2595

Oleg L. Molchanov – D. Sci. (Med.), Prof., Pavlov First Saint Petersburg State Medical University. E-mail: moleg700@mail.ru; ORCID: 0000-0002-4407-1543; SPIN code: 1532-3515

Zhanna V. Glushchenko – Head of the Department, Saint Petersburg State University. E-mail: dr.jane812@gmail.com; ORCID: 0000-0001-9698-2253

Yanina A. Lebedeva – Cand. Sci. (Med.), Saint Petersburg State University. E-mail: yanina_simakova@mail.ru; ORCID: 0000-0002-5007-3991; SPIN code: 3902-2269

Sergei V. Utkin – obstetrician-gynecologist, Saint Petersburg State University. E-mail: Utkinsvgin@mail.ru; ORCID: 0000-0003-1950-1924

Введение

Пролапс тазовых органов – это распространенное среди женщин доброкачественное заболевание, которое характеризуется изолированным или комбинированным опущением передней, задней стенки влагалища, матки, купола влагалища после гистерэктомии [1].

Факторами риска формирования пролапса являются старший возраст, большое количество родов в анамнезе и их осложненное течение, тяжелый физический труд, наследственность, наличие хронических заболеваний кишечника и легких, патология соединительной ткани, крупные образования малого таза [2, 3].

Симптомокомплекс определяется наличием следующих признаков: ощущение распирания, давления и боли во влагалище, нарушение функции мочеотделения и дефекации, а также нарушения сексуальной функции. Наличие симптомов существенно снижает качество жизни пациенток [4].

В зависимости от степени выраженности симптомов и пролапса терапевтическая стратегия определяет выбор как консервативного, так и хирургического методов лечения. Значимое увеличение оперативных вмешательств у пациенток с данной патологией приходится на женщин в возрасте старше 30 лет с достижением пиковых количественных значений в возрастной группе 60–79 лет, при этом общий кумулятивный риск оперативного лечения среди женского населения равен 12% [5].

Учитывая тот факт, что большая часть операций проводится среди пациенток среднего и пожилого возраста, увеличивается вероятность обнаружения ранее недиагностированных новообразований органов и тканей брюшной полости и области малого таза, что может быть связано с ограниченным объемом базовой предоперационной диагностики.

Сочетание пролапса с доброкачественными и/или злокачественными образованиями органов малого таза (ОМТ) и брюшной полости повышает вероятность диагностических ошибок и, как правило, требует в процессе оперативного вмешательства коррективы стандартных подходов к лечению данной категории пациенток [6].

Цель сообщения – повысить онконастороженность клиницистов в рамках предоперационной диагностики пациенток с пролапсом ОМТ (ПОМТ), а также на примере клинического случая поделиться опытом, определяющим наш подход к лечению пациенток при возникновении нестандартных клинических ситуаций.

Клинический случай

Пациентка Д., 70 лет, 11.02.2019 поступила в Клинику высоких медицинских технологий им. Н.И. Пирогова (СПбГУ) по направлению врача женской консультации по месту жительства в плановом порядке с целью хирургического лечения стрессового недержания мочи, сочетающегося с опущением ОМТ. При поступлении предъявляет жалобы на ощущение инородного тела во влагалище, дис-

комфорт в промежности, подтекание мочи при физической нагрузке.

Анамнез заболевания. Больной себя считает около 10 лет. Усиление жалоб отмечает в течение последнего года.

Анамнез жизни. Полостные операции в течение жизни отрицает. Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь II стадии, артериальная гипертензия 2-й степени, риск сердечно-сосудистых осложнений – 3. Атеросклероз аорты. Сердечная недостаточность – 0-й функциональный класс по шкале Нью-йоркской ассоциации NYHA. Нарушение проводимости по типу блокады передней ветви разветвления левой ножки пучка Гиса. Ожирение 1-й степени, алиментарно-конституционного генеза, стабильная фаза. Постоянно принимает препараты: Лортенза, Биспролол.

Общий осмотр. При поступлении в стационар общее состояние удовлетворительное. Температура 36,7°C. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки чистые, естественной окраски, обычной влажности. Гиперстенический тип сложения, повышенного питания. Рост 156 см, масса тела 76 кг (индекс массы тела – 31,2 кг/м²).

Пульс 68 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Артериальное давление 130/80 мм рт. ст.

Частота дыхательных движений в покое 16 в минуту. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно, распределена по женскому типу. Живот правильной формы, симметричный, равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации определяется объемное образование, доходящее до пупка, безболезненно. Перитонеальных симптомов нет. Печень не увеличена. Желчный пузырь не пальпируется. Селезенка при пальпации не определяется. Стул, со слов, регулярный, оформлен.

Функция удержания мочи нарушена. При натуживании или кашле происходит произвольное отделение мочи. Мочеиспускание безболезненное, учащено. Моча светлая. Молочные железы мягкие, безболезненные при пальпации. Выделений из сосков нет.

Гинекологический анамнез. Менопауза с 47 лет. Беременностей – 4, родов – 1 (самостоятельные, без осложнений), аборт – 3. Операции на тазовом дне отрицает.

Гинекологический осмотр. Наружные половые органы развиты правильно, по женскому типу. При натуживании определяется полное выпадение влагалища за пределы половой щели. Оценка степени пролапса проводилась по классификации Pelvic Organ Prolapse – Quantification (POP-Q): Аа: 3 см. Ва: 13 см. С: 15 см. Ар: 3 см. Вр: 12 см.

При наружном осмотре на гинекологическом кресле: в связи с выраженным дискомфортом для пациентки четкая пальпация структур грыжевого мешка затруднена, вправить пролапс не удается. Слизистая влагалища сухая, покрыта роговыми чешуйками. Шейка матки цилиндрической формы, вокруг цервикального канала определяется декубитальная язва диаметром 2×1,5 см. Выделения слизистые, скудные.

При бимануальном ректальном исследовании в брюшной полости определяется объемное образование, доходящее до пупка, безболезненное при пальпации.

Кравцов Артем Александрович – клин. ординатор каф. акушерства, гинекологии и репродуктологии ФГБОУ ВО «Первый СПб ГМУ им. акад. И.П. Павлова». E-mail: Kravtsov221@yandex.ru; ORCID: 0000-0002-8749-2380; SPIN-код: 7332-3896

Шахалиев Рустам Алигимет Оглы – клин. ординатор каф. акушерства, гинекологии и репродуктологии ФГБОУ ВО «Первый СПб ГМУ им. акад. И.П. Павлова». E-mail: rustam.shahaliev@yandex.ru; ORCID: 0000-0003-2450-7044

Байбуз Полина Дмитриевна – студентка ФГБОУ ВО «Первый СПб ГМУ им. акад. И.П. Павлова». E-mail: baybooz01@mail.ru; ORCID: 0000-0001-6728-7454

Artem A. Kravtsov – Clinical Resident, Pavlov First Saint Petersburg State Medical University. E-mail: Kravtsov221@yandex.ru; ORCID: 0000-0002-8749-2380; SPIN code: 7332-3896

Rustam A. Shakhaliyev – Clinical Resident, Pavlov First Saint Petersburg State Medical University. E-mail: rustam.shahaliev@yandex.ru; ORCID: 0000-0003-2450-7044

Polina D. Baibuz – Student, Pavlov First Saint Petersburg State Medical University. E-mail: baybooz01@mail.ru; ORCID: 0000-0001-6728-7454

Таблица 1. Оценка дисфункции тазовых органов и степени стрессового недержания мочи
Table 1. Assessment of pelvic organ dysfunction and the degree of stress urinary incontinence

Название	Результат
Pelvic Organ Prolapse Distress Inventory 6 (POPDI-6)	16,667
Colorectal-Anal Distress Inventory 8 (CRAD-8)	0
Urinary Distress Inventory 6 (UDI-6)	4,167
Pelvic Floor Distress Inventory 20 (PFDI-20)	20,83
International Consultation on Incontinence Modular Questionnaire – Short Form (ICIQ-SF)	4

Таблица 2. Анализ крови на онкомаркеры
Table 1. Blood test for cancer markers

Название	Результат	Референтные значения
СА-125, МЕ/мл (анализатор Architect i2000)	25,9	0,0–35,0
HE-4, пмоль/л (анализатор Architect i2000)	69,4	До 140
Индекс ROMA, % (расчет для постменопаузы)	21,44	–
СА 19-9, Е/мл (анализатор Access/UniCel Dxl)	<0,8	От 0,8 до 35,0
РЭА, нг/мл (анализатор Access/UniCel Dxl)	1,58	0,0–3,0 (некурящие)

Оценка дисфункции тазовых органов и степени стрессового недержания мочи проводилась с помощью опросника (табл. 1).

Данные ультразвукового обследования – УЗИ (SonoScape А6, Китай). В брюшной полости визуализируется жидкостное образование, верхний полюс которого располагается на уровне пупка, размером около 25 см (точнее указать размер не представляется возможным). В грыжевом мешке – УЗИ-признаки неоднородного солидно-кистозного образования, предварительно исходящего из рядом расположенной матки. Объем остаточной мочи – 20 мл. По данным клинического и биохимического анализа крови отклонений не выявлено. Результаты представлены в табл. 2.

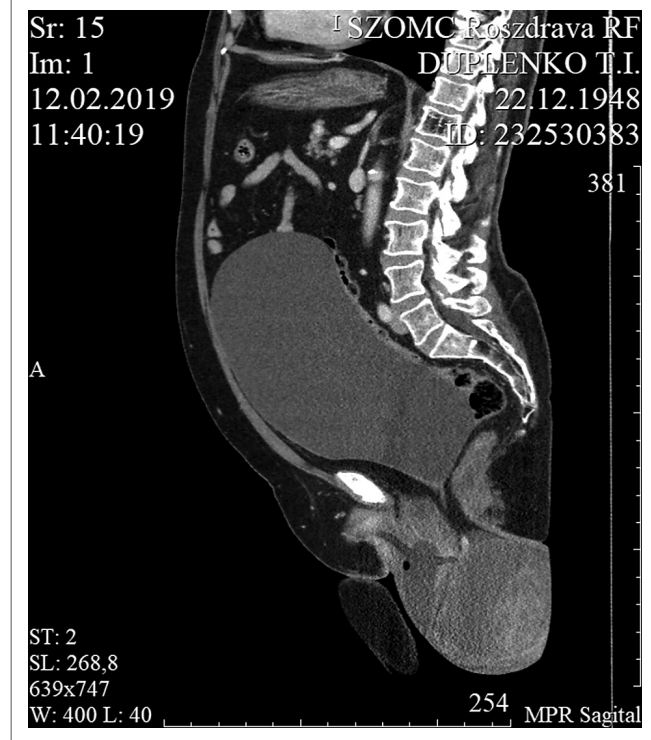
Результаты спиральной компьютерной томографии (КТ) ОМТ с внутривенным болюсным контрастированием (Toshiba Aquilion 64, США). КТ-признаки пролапса тазового дна. Патологическое образование матки. Кистовидное образование правого яичника 12,0×16,0×25,0 см. Левый яичник не визуализируется. Матка и мочевого пузыря расположены ниже уровня тазового дна, на уровне верхних отделов бедер (рис. 1).

Заключение. КТ-признаки пролапса тазового дна. Патологическое образование матки. Кистовидное образование правого яичника (рис. 2, 3). Учитывая полученные при дообследовании пациентки данные, выставлен диагноз. Основной: новообразование правого яичника? ТхNxМх. Миома матки, нарушение питания узла? Фоновый: стрессовое недержание мочи в сочетании с опущением ОМТ. Полное выпадение матки и влагалища.

На основании установленного диагноза принято решение о расширении ранее запланированного объема операции и разделении на несколько ключевых этапов. Ниже представлены основные моменты хода оперативного лечения.

Первым этапом выполнена ниже-средне-срединная лапаротомия. Выявлено: в брюшной полости объемное жидкостное образование, исходящее из правого яичника, размерами 26×15×16 см, неспаивное с окружающими тканями, наружная поверхность капсулы образования гладкая,

Рис. 1. Компьютерная томография органов малого таза.
Fig. 1. Computed tomography of the pelvic organs.



без видимых папиллярных разрастаний. Правая маточная труба распластана по жидкостному образованию. Правая воронко-тазовая связка и собственная связка яичника, маточная труба пережаты, пересечены и лигированы викриловым швом. При осмотре органов брюшной полости другой видимой патологии не выявлено.

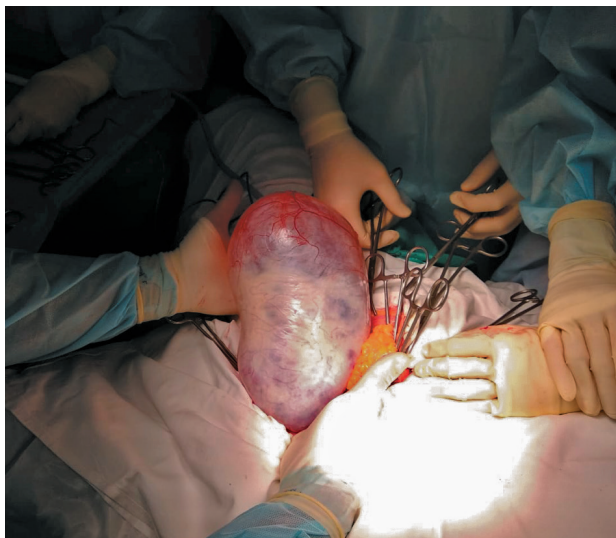
После удаления образования из брюшной полости выявлено: левые придатки и матка пролабируют за пределы малого таза и не вправляются в брюшную полость. Выполнено типичное удаление большого сальника, гемостаз по ходу удаления производился с помощью биполярного зажима LigaSure LF4318 (Covidien, США), состоятелен. На рис. 2 представлен этап извлечения кисты правого яичника.

Начат следующий этап оперативного лечения влагалищным доступом. Под продолжающейся комбинированной анестезией операционное поле трехкратно обработано раствором антисептика. Произведена типичная экстирпация матки с левыми придатками, отправлены на гистологическое исследование. Левый яичник кистозно изменен, содержит кисту размерами 12×10×10 см, наружная поверхность капсулы гладкая, без видимых папиллярных разрастаний. После удаления матки с левыми придатками киста левого яичника вскрылась, содержимое муцинозное с детритным компонентом. Контроль гемостаза, инородных тел. При ревизии ОМТ – без видимых патологических изменений. Перитонизация. Передняя кольпорафия. На лобково-шеечную фасцию наложены 2 кистетных и один Z-образный викриловые швы. Выполнена пликация субуретральных тканей по Келли. Слизистая ушита непрерывным викриловым швом по Ревердену.

Задняя кольпорафия. После гидропрепаровки выполнен срединный разрез задней стенки влагалища, слизистая отсепарована в стороны. На влагалищно-прямокишечную фасцию наложены 2 кистетных, один Z-образный викриловые швы. Выполнена пластика сухожильного центра промежности. На кожу промежности наложены викриловые

Рис. 2. Киста яичника при правосторонней аднексэктомии (первый этап операции).

Fig. 2. Ovarian cyst in right-sided adnexectomy (first stage of surgery).



швы по Донати. Контрольный осмотр ректально (пальцевое исследование) – повреждений стенки кишки нет.

Пластика передней и задней стенок влагалища. Укрепление субуретрального поддерживающего аппарата. При контрольной ревизии органов брюшной полости через лапаротомный доступ выявлено: культя влагалища сформирована корректно. Гемостаз полный. Выполнена фиксация культи влагалища к основанию круглых связок матки, пликация крестцово-маточных связок нерассасывающимся шовным материалом (фторекс 1/0). Установлен дренаж слева. Послеоперационная рана послойно ушита. По мочевому катетеру 300,0 мл светлой мочи. Общая кровопотеря 300,0 мл. Длительность операции 340 мин.

Оперативное лечение. Нижне-средне-срединная лапаротомия. Аднексэктомия справа. Оментэктомия. Влагалищная экстирпация матки с левыми придатками. Пластика передней и задней стенок влагалища. Укрепление субуретрального поддерживающего аппарата. Фиксация крестцово-маточных связок матки по Макколу. Дренаж брюшной полости.

Послеоперационный диагноз. Новообразование левого яичника. Киста правого яичника. Сопутствующий диагноз. Стрессовое недержание мочи в сочетании с опущением ОМТ. Полное выпадение матки и влагалища. Гипертоническая болезнь II стадии, артериальная гипертензия 2-й степени, риск сердечно-сосудистых осложнений – 3. Атеросклероз аорты. Сердечная недостаточность – 0-й функциональный класс по NYHA. Нарушение проводимости по типу блокады передней ветви разветвления левой ножки пучка Гиса. Ожирение 1-й степени, алиментарно-конституционного генеза, стабильная фаза.

Результаты гистологических исследований операционного материала. Эндометриоидная аденокарцинома левого яичника, без признаков инвазии фиброзной капсулы. Правый яичник представлен простой гладкостенной кистой с уплощенной внутренней эпителиальной выстилкой и очаговым гиалинозом фиброзной капсулы.

Кистозная атрофия эндометрия с диффузной гиперплазией базального слоя, без атипии. Плоская кондилома шейки матки с очаговым ангиоматозом стромы. Маточные трубы склерозированы, признаки опухолевого роста не определя-

Рис. 3. Второй этап оперативного вмешательства. Влагалищная экстирпация матки с левыми придатками.

Fig. 3. The second stage of surgical intervention. Vaginal extirpation of the uterus with left appendages.



ются. Большой сальник типичной гистоструктуры, без признаков опухолевого роста.

Послеоперационный период протекал без особенностей, пациентка получала симптоматическую терапию, дренаж удален на 3-и сутки после операции. Пациентка выписана на 5-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии с рекомендацией продолжить лечение в онкологическом диспансере по месту жительства.

Обсуждение

Описанный клинический случай демонстрирует ситуацию, при которой под маской ПОМТ может скрываться более серьезное и значимое для пациента заболевание.

Возможно, проблемой, связанной с недостаточной диагностикой на первичном уровне, является отсутствие определенного алгоритма, а именно стандартизированного подхода к обследованию пациентов, что затрудняет диагностику онкопатологии без выраженной симптоматики.

Так, Н. Yin и соавт. (2004 г.) в своем исследовании указали на высокую корреляцию возраста и частоты сопутствующих новообразований репродуктивной системы женщин, которая может достигать 66% в группе пациентов пожилого возраста [7].

К. Като и соавт. (2018 г.) ретроспективно изучили медицинские карты 2748 пациентов с ПОМТ в период с 2010 по 2016 г. В приведенной статье подробно описаны 8 (0,3%) случаев с образованием брюшной полости и асцитом в качестве факторов риска. Все 8 пациенток были повторнородящими женщинами в возрасте от 52 до 88 лет. Три пациентки (случаи 1–3) были направлены на операцию, связанную с ПОМТ, от гинекологов с необнаруженными ранее опухолями яичников.

В 1-м случае пациентка 82 лет направлена на оперативную коррекцию пролапса с использованием сетчатого имплантата. Во время выполнения оперативного вмешательства

обнаружено выбухание передней брюшной стенки, после чего последовал этап дообследования пациентки, в результате которого выявлена опухоль яичника размером 24 см, что потребовало дополнительной операции.

Во 2-м случае у пациентки 80 лет диагностировано полное выпадение матки, в связи с чем она направлена на оперативное лечение в плановом порядке. Во время ожидания операции у пациентки развилась острая задержка мочи, что стало основанием для экстренной операции, в результате которой выявлено кистозное образование яичника размером 18 см. По результатам гистологического исследования – муцинозно-кистозная аденома.

В 3-м случае приводится пример лечения пациентки 62 лет, которая в течение 6 лет корректировала проявления пролапса использованием кольцевого пессария. Также стоит отметить, что по результатам гистологического исследования не выявлено атипии. Во время предоперационного обследования обнаружена солидно-дольчатая опухоль размерами 9,6×6,5 см. В связи с рецидивирующими маточными кровотечениями проведено оперативное лечение. По результатам биопсии – серозная аденокарцинома [6].

В исследовании R. Elkattah и соавт. (2014 г.) описан случай пациентки 76 лет с пролапсом 4-й степени (по классификации POP-Q), которой выполнена операция – кольпоклеизис по Лefору. Через 6 мес после операции пациентка обратилась с жалобами на безболезненные кровянистые выделения из половых путей. После дообследования пациентка взята на оперативное лечение, в результате которого обнаружено образование левого яичника размерами 8×5×5 см. Гистологическое заключение: эндометриоидная аденокарцинома левого яичника III стадии, без метастазирования [8].

M. Dick-Biascoechea и соавт. (2014 г.) описали случай пациентки 82 лет, обратившейся с жалобами на усиление проявлений пролапса, давления во влагалище и постоянные позывы к мочеиспусканию и дефекации. Во время исследования с помощью магнитно-резонансной томографии обнаружено кистозное образование 16×8,8×6,5 см. На операции в маточно-прямокишечном пространстве обнаружено гигантское образование левого яичника, спаянное с маткой, прямой кишкой и сальником [9].

Не следует забывать и о том, что симптомы пролапса могут быть вызваны патологией соседних органов. N. Cui и соавт. (2011 г.) описали случай пациентки 66 лет с жалобами на ощущение давления на прямую кишку, тазовую боль и опущение задней стенки влагалища. После проведения КТ обнаружено образование малого таза размерами 9,4×9,8×6,2 см. После проведения колоноскопии с биопсией пациентке установлен диагноз – аденокарцинома толстой кишки. Выполнены ампутация матки с придатками, резекция кишки. Реконструкция задней стенки влагалища не потребовалась [10].

Во всех описанных клинических случаях, включая наш, имела место недостаточная и несвоевременная диагностика патологических образований. Большинство пациенток направлены на хирургическое лечение без комплексного обследования либо с результатами обследований низкой информативности, что в некоторых случаях привело к повторному проведению оперативного лечения, которое яв-

ляется серьезным фактором риска неблагоприятных исходов в пожилой возрастной группе пациенток.

Заключение

1. Обследование пациенток с пролапсом тазовых органов на уровне амбулаторного звена должно проводиться в полном объеме, особенно пациентов пожилого возраста, и должно включать полноценное информативное УЗИ ОМТ и цитологическое исследование шейки матки. При необходимости углубленной диагностики – использование КТ и магнитно-резонансной томографии ОМТ и брюшной полости.

2. При полном выпадении тазовых органов, а также при подозрении на атипичное содержание содержимого грыжевого мешка, при неврастимом пролапсе необходима визуализация содержимого грыжевого мешка всеми доступными методами.

3. Хирургическая тактика при обнаружении неврастимого пролапса тазовых органов должна быть сходна с таковой при ущемленных грыжах: помимо доступа к собственно содержимому грыжевого мешка необходим контроль со стороны брюшной полости (лапаротомный или лапароскопический доступ). При этом рационально формирование двух хирургических бригад.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests. The authors declare no conflict of interests.

Литература/References

- Abrams P, Blaivas JG, Stanton SL, Andersen JT. The standardisation of terminology of lower urinary tract function. *Neurourol Urodyn.* 2002; 21: 167–78. DOI: 10.1002/nau.10052
- Nygaard I, Bradley C, Brandt D. Women's Health Initiative. Pelvic organ prolapse in older women: prevalence and risk factors. *Obstet Gynecol.* 2004; 104: 489–97. DOI: 10.1097/01.AOG.0000136100.10818.d8
- Rortveit G, Brown JS, Thom DH, et al. Symptomatic pelvic organ prolapse: prevalence and risk factors in a population-based, racially diverse cohort. *Obstet Gynecol.* 2007; 109 (6): 1396–403. DOI: 10.1097/01.AOG.0000263469.68106.90
- Reproduced with permission from Barber MD: Symptoms and outcome measures of pelvic organ prolapse. *Clin Obstet Gynecol.* 2005; 48 (3): 648–61. DOI: 10.1097/01.grf.0000170424.11993.73
- Wu JM, Matthews CA, Conover MM, et al. Lifetime risk of stress urinary incontinence or pelvic organ prolapse surgery. *Obstet Gynecol.* 2014; 123 (6): 1201. DOI: 10.1097/AOG.0000000000000286
- Kato K, Suzuki S, Kawanishi H, et al. Abdominal mass and ascites as risk factors of pelvic organ prolapse. *Jap J Urol.* 2018; 109 (2): 96–101. DOI: 10.5980/jpnjurol.109.96
- Yin H, Mittal K. Incidental Findings in Uterine Prolapse Specimen: Frequency and Implications. *Int J Gynecol Pathol.* 2004; 23 (1): 26–8. DOI: 10.1097/01.pgp.0000101142.79462.be
- Elkattah R, Brooks A, Huffaker RK. Gynecologic Malignancies Post-LeFort Colpocleisis. *Case Rep Obstet Gynecol.* 2014; 2014: 1–5. DOI: 10.1155/2014/846745
- Dick-Biascoechea MA, Roque DM, Schwartz PE. Appearances can be deceiving: ovarian mass presents as vaginal prolapse. *Am J Obstet Gynecol.* 2014. DOI: 10.1016/j.ajog.2014.05.006
- Cui N, Zormpa M, Lazarou G. A case of a large rectovaginal mass presenting as posterior vaginal wall prolapse. *Int Urogynecol J.* 2011; 22 (9): 1185–8. DOI: 10.1007/s00192-011-1385-4

Статья поступила в редакцию / The article received: 14.01.2021

Статья принята к печати / The article approved for publication: 24.04.2021



OMNIDOCTOR.RU