

Беременность и роды при генитальном пролапсе

О.В. Чечулина¹, Е.Ю. Юпатов^{✉1}, Л.Р. Давлятшина²¹Казанская государственная медицинская академия – филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Казань, Россия;²ГАУЗ «Городская клиническая больница №16», Казань, Россия

✉e.yupatov@mcclinics.ru

Аннотация

Пролапс тазовых органов – это патология, которая крайне ухудшает качество жизни женщины в любом возрасте. Обычно с данной патологией приходится сталкиваться у пациенток старшей возрастной группы, в чьем случае коррекция патологии сводится к улучшению качества жизни. Иные вызовы представляет собой пролапс тазовых органов у женщин репродуктивного возраста, а особенно в сочетании с беременностью. Задачей врачей акушеров-гинекологов в подобной ситуации являются не только сохранение и пролонгирование беременности, выбор адекватного метода родоразрешения, оптимального для матери и новорожденного, но и коррекция анатомического расположения половых органов, требующая определенных хирургических навыков. Приведенное клиническое наблюдение демонстрирует течение беременности и родов у пациентки с пролапсом тазовых органов II стадии по классификации POP-Q, содержит краткий анализ ведения беременности на амбулаторном этапе.

Ключевые слова: опущение стенок влагалища, опущение шейки матки, пролапс тазовых органов**Для цитирования:** Чечулина О.В., Юпатов Е.Ю., Давлятшина Л.Р. Беременность и роды при генитальном пролапсе. Гинекология. 2021; 23 (1): 88–91. DOI: 10.26442/20795696.2021.1.200576

Clinical Case

Pregnancy and childbirth with genital prolapse

Olga V. Chechulina¹, Evgenii Yu. Iupatov^{✉1}, Liliia R. Davliatshina²¹Kazan State Medical Academy – branch of Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Kazan, Russia;²City Clinical Hospital №16, Kazan, Russia

✉e.yupatov@mcclinics.ru

Abstract

Pelvic organ prolapse is a pathology that extremely worsens the quality of life of a woman at any age. Usually, this pathology is encountered in patients of the older age group, where the correction of the pathology is reduced to improving the quality of life. Other challenges are pelvic organ prolapse in women of reproductive age, and especially in combination with pregnancy. The task of obstetricians and gynecologists in this situation is not only to preserve and prolong pregnancy, to choose an adequate method of delivery that is optimal for the mother and newborn, but also to correct the anatomical location of the genitals, which requires certain surgical skills. The given clinical observation demonstrates the course of pregnancy and childbirth in a patient with pelvic organ prolapse of stage II according to the POP-Q classification, contains brief judgments on the management of pregnancy at the outpatient stage.

Keywords: prolapse of the walls of the vagina, prolapse of the cervix, pelvic organs prolaps**For citation:** Chechulina O.V., Iupatov E.Yu., Davliatshina L.R. Pregnancy and childbirth with genital prolapse. Gynecology. 2021; 23 (1): 88–91. DOI: 10.26442/20795696.2021.1.200576

Выпадение женских половых органов – это заболевание, объединяющее патологические изменения связочного аппарата и фасций, окружающих матку, влагалище, мочевого пузыря и прямую кишку. Клинически проявляется нарушением нормального анатомического взаимоотношения матки, влагалища, мочевого пузыря, прямой кишки, в некоторых случаях кишечника и смещением этих органов вниз и за пределы входа во влагалище. Во многих случаях происходит нарушение функции мочевого пузыря и прямой кишки [1].

В настоящее время в структуре гинекологической заболеваемости на долю опущения и выпадения внутренних половых органов приходится до 28%, а 11,4% женщин в мире имеют пожизненный риск хирургического лечения генитального пролапса [2]. Согласно официальной медицинской статистике, проблема диагностируется у каждой 10-й женщины в возрасте до 30 лет. По мере взросления этот показатель увеличивается. После 50 лет опущение матки и влагалища выявляется у 50% пациенток [3].

По Международной классификации болезней опущению влагалища присвоен номер 81 «Выпадение женских половых органов», заболевания, связанные с неполноценностью мышц тазового дна [4]. При описании данного клинического наблюдения мы применили наиболее распространенную классификацию пролапса гениталий POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification).

Мышцы тазовой области выполняют функцию опоры для внутренних органов женщины. Эта группа мышц фиксирует тазовые органы в нормальном положении. В процессе

развития беременности, приблизительно с 11–12-й недели, нагрузка на эти мышцы постепенно увеличивается, что приводит к их постоянному напряжению. Ткани, которые были подвержены серьезным нагрузкам еще до беременности, могут не выдержать и потерять свою эластичность. С увеличением срока беременности и повышением давления на органы малого таза может возникнуть опущение влагалища [5–7]. Несвоевременная диагностика такой патологии может привести к самопроизвольному выкидышу или преждевременным родам.

Иногда беременные страдают от пролапса мочевого пузыря. Такой вариант патологии при постоянном наблюдении обычно не вызывает сильных опасений, однако может вызывать у женщины проблемы с мочеиспусканием.

Физиологические роды даже в молодом возрасте могут спровоцировать пролапс. Большое значение имеют качество ведения родов, масса плода, разрывы и/или разрезы промежности. Риск возрастает при рождении крупных детей и с каждыми последующими родами.

Предрасполагающими факторами к опущению матки при беременности могут быть: возраст женщины старше 40 лет; генетическая предрасположенность; постоянные тяжелые физические нагрузки; частые запоры; состояние, сопровождающееся хроническим кашлем [8].

На ранних сроках риск выкидыша и замирания беременности возрастает в 10 раз. Возникает повышенное давление на мочевой пузырь и прямую кишку. Физические нагрузки или половой акт могут приводить к травмам выпавших органов. Присоединение инфекции вызывает воспалитель-

ные заболевания, возможно инфицирование плода. На поздних сроках женщине приходится большую часть времени находиться в стационаре для пролонгирования беременности [9].

При опущении женщина сталкивается со следующими клиническими симптомами:

- тянущие боли внизу живота;
- симптомы затрудненного мочеиспускания;
- бесцветные или кровянистые выделения;
- ощущение распирания во влагалище;
- запоры и проблемы с дефекацией.

Полный пролапс характеризуется выпадением из половой щели стенок влагалища (они выпячиваются наружу) и шейки матки. Диагностировать патологическое состояние удастся самостоятельно: в промежности появляется «мешок» розового цвета. Оттенок шейки матки со временем меняется. Ее размеры увеличиваются вследствие развития отека местных тканей. На стенках влагалища и шейки матки образуются пролежни и трещины, вызывающие интенсивную болезненность при контакте с одеждой [10].

Полное опущение создает благоприятные условия для присоединения вторичной инфекции, что вызывает цистит, пиелонефрит, мочекаменную болезнь (МКБ) и другие патологии.

Клиническое наблюдение

Пациентка Ш. 32 лет встала на учет по беременности в 10 нед в женской консультации. Перенесенные заболевания: пневмония, хронический бронхит (сопровождающийся хроническим кашлем), тонзиллит, гастрит, МКБ, миопия слабой степени.

В анамнезе одни срочные самопроизвольные роды, осложненные слабостью родовой деятельности и вакуум-экстракцией плода массой 4050 г. Данная беременность вторая, возникла в результате внутриматочной инсеминации.

Беременность протекала на фоне аутоиммунного тиреоидита (АИТ), хронического пиелонефрита. В анализах мочи в течение гестации неоднократно фиксировалась эритроцитурия: в 13–14 нед – эритроцитов 18–20 в поле зрения, в 17 нед – 25–30 в поле зрения, в 35–36 нед – 3000 в поле зрения. С 16 нед назначен Канефрон; в 19 нед при проведении доплерометрии выявлено нарушение маточно-плацентарного кровотока 1-й степени (в пупочной вене монофазный кровоток), назначен препарат Флебодиа 600.

Данные инструментальных методов исследования

Заключение ультразвукового исследования (УЗИ) почек: правая/левая почка 110×50 мм/111×54 мм, паренхима 16 мм/16 мм. Структура почечного синуса: кристаллы солей 2 мм. Чашечно-лоханочная система: чашечки расширены до 6 мм/8 мм. Лоханка расширена до 15 мм/17 мм. Мочеточники не расширены.

Заключение УЗИ органов малого таза на сроках 8–9 нед, 13 нед, 3 дня – без особенностей.

В 23 нед у беременной появились жалобы на тянущие боли внизу живота, симптомы затрудненного мочеиспускания и ощущение распирания во влагалище. Ввиду угрозы прерывания беременности предложено стационарное лечение, от которого беременная отказалась.

В 30 нед сохранялись жалобы на затрудненное мочеиспускание, ощущение распирания во влагалище. В 33 нед пациентка госпитализирована в стационар по поводу угрозы преждевременных родов. Проводилась терапия, направленная на пролонгирование беременности.

Заключение третьего скринингового УЗИ: зрелость плаценты 2–3-й степени, пиелозктазия правой почки у плода. Пограничное многоводие. Маловесный плод (1782 г).

Замечания по ведению беременности на амбулаторном этапе: учитывая анамнез беременной – роды крупным плодом, постоянные жалобы пациентки, начавшиеся на сроке 23 нед (симптомы затрудненного мочеиспускания и ощу-

Рис. 1. Данные визуального осмотра пациентки при поступлении в отделение патологии беременности.

Fig. 1. Data of the visual examination of the patient upon admission to the department of pregnancy pathology



щение распирания во влагалище) своевременно не диагностировано опущение стенок влагалища и шейки матки и не рекомендован акушерский пессарий. Пессарии – это специальные маточные кольца, которые позволяют предотвратить дальнейшее прогрессирование пролапса и восстановить положение органов. Конструкция поддерживает матку на нужном уровне, уменьшает давление плодного пузыря на шейку матки, предотвращая ее раскрытие [11].

В 38–39 нед беременная поступила в отделение патологии беременности ГАУЗ «Городская клиническая больница №16» г. Казани с жалобами на тянущие боли внизу живота, иррадиирующие в крестец и поясницу, затрудненное мочеиспускание, частые запоры, кровянистые выделения, ощущение распирания во влагалище.

При осмотре выявлено: опущение передней и задней стенок влагалища, шейка матки выступает за пределы гименального кольца, что соответствует II стадии пролапса по классификации POP-Q (рис. 1).

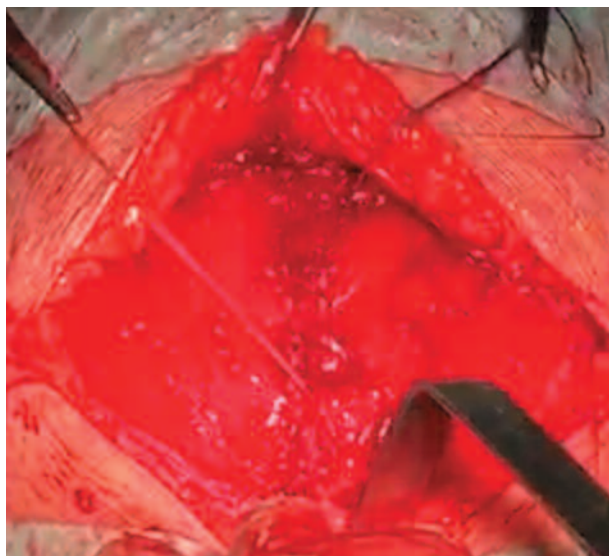
Диагноз при поступлении. Предвестники вторых срочных родов. Тазовое предлежание плода. Рубцовая деформация шейки матки. Хронический гастрит, бронхит, тонзиллит в стадии ремиссии. МКБ. АИТ. Миопия слабой степени. Риск внутриутробного инфицирования (ВУИ) плода. Опущение стенок влагалища и шейки матки II стадии (POP-Q). Недержание мочи при напряжении.

Заключение УЗИ, 37 нед, 6 дней. Предполагаемая масса плода 2746 г (соответствует сроку беременности 35 нед 5 дней). Умеренное многоводие. Допплерометрия, кардиотокография плода в пределах нормы.

После проведения диагностических мероприятий принято решение об оперативном родоразрешении, восстановлении нормального анатомического расположения тазовых органов. Показанием для операции кесарево сечение были анатомическое препятствие родам через естественные родовые пути, рубцовая деформация шейки матки. Следует отметить, что при выборе метода родоразрешения руководствовались тем, что родоразрешение через естественные родовые пути в данной ситуации могло привести к полной эверсии влагалища и внутренних половых органов.

На сегодняшний день существует более 100 методов хирургического вмешательства по поводу смещения органов малого таза. Целью хирургического лечения являются восстановление нормального анатомического расположения органов малого таза, устранение симптомов нарушенной функции мочевого пузыря и прямой кишки [12]. При имею-

Рис. 2. Фиксация шейки матки к апоневрозу.
Fig. 2. Fixation of the cervix to the aponeurosis.



щихся старых разрывах промежности производится операция по восстановлению тазового дна. Пластика передней и задней стенок влагалища с укреплением леваторов проводится при опущении стенок влагалища. При необходимости проводят укрепление сфинктера мочевого пузыря, фиксацию матки к передней брюшной стенке или приподнятия ее путем укорочения круглых связок, апоневротической фиксации [13–16].

У представленной пациентки в 40–41 нед проведено кесарево сечение в плановом порядке. Извлечен живой доношенный мальчик, масса 3560 г, рост 54 см, оценка по шкале Апгар 8–9 баллов. На втором этапе проведено восстановление анатомического расположения органов тазового дна: фиксация матки к передней брюшной стенке и апоневротическая фиксация (рис. 2).

Осмотр непосредственно после хирургической коррекции в операционной показал полное анатомически нормальное расположение тазовых органов (рис. 3).

Послеоперационный период протекал без особенностей, и на 7-е сутки в удовлетворительном состоянии мать с ребенком выписаны домой.

Даны рекомендации:

- регулярно заниматься физическими упражнениями для укрепления мышц тазового дна, в том числе и после родов;
- избегать ношения тяжестей;
- своевременно лечить нарушения в мочеполовой системе.

Для динамического наблюдения в послеродовом периоде пациентка приглашена на осмотр через 2 мес. Состояний удовлетворительное, жалоб нет, отмечает нормализацию мочеиспускания и стула, при осмотре симптомов пролапса не выявлено (рис. 4).

Таким образом, опущение женских половых органов и беременность – сочетание нежелательное, но возможное. Планированию беременности должны предшествовать комплексное обследование, лечение хронических заболеваний, использование мер профилактики для предотвращения пролапса. Во время беременности на амбулаторном этапе врачам акушерам-гинекологам необходимо внимательно относиться к жалобам беременных и производить осмотр наружных половых органов при появлении симптомов, характерных для пролапса гениталий. В стационаре необходимо правильно оценить степень пролапса гениталий, выбрать оптимальный для данной конкретной пациентки метод родоразрешения и коррекции расположения половых органов. Преемственность между всеми этапами

Рис. 3. Осмотр в операционной после завершения хирургического вмешательства.
Fig. 3. Examination in the operating room after the completion of surgery

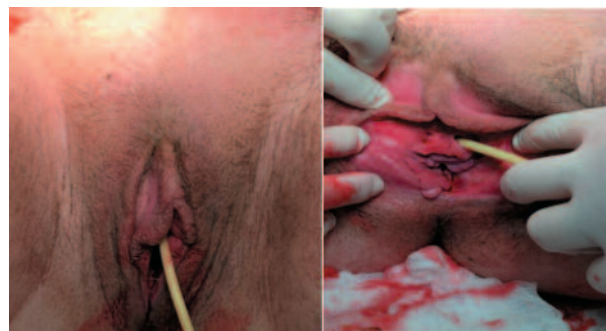


Рис. 4. Состояние наружных половых органов через 2 мес после хирургической коррекции.
Fig. 4. The status of external genitals 2 months after surgical correction.



наблюдения за беременной женщиной позволит обеспечить успешное течение беременности и исход родов у таких пациенток.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

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

Literature/References

1. Коркан А.И. Пропалс тазовых органов. Диагностика, хирургическая тактика. Монография. Алматы, 2009 [Korkan A.I. Pelvic organ prolapse. Diagnostics, surgical tactics. Monograph. Almaty, 2009 (in Russian)].
2. Гинекология: национальное руководство. Пропалс тазовых органов. Под ред. В.И. Кулакова, И.Б. Манухина, Г.М. Савельевой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009; с. 862–70 [Gynecology: National Guidelines. Pelvic organ prolapse. Ed. V.I. Kulakov, I.B. Manukhin, G.M. Savelyeva. Moscow: GEOTAR-Media, 2009; 862–70 (in Russian)].
3. Клинический протокол диагностики и лечения выпадения женских половых органов. Министерство здравоохранения и социального развития. Протокол 16. 2016 [Klinicheskiy protokol diagnostiki i lecheniia vyupadenie zhenskikh polovykh organov. Ministerstvo zdravookhraneniia i sotsial'nogo razvitiia. Protokol 16. 2016 (in Russian)].
4. Walker GJ, Gunasekera P. Pelvic organ prolapse and incontinence in developing countries: review of prevalence and risk factors. PubMed – indexed for MEDLINE.
5. Петрос П.Е. Женское тазовое дно. Функция, дисфункция и управление согласно интегральной теории. М. МедПресс-информ, 2017 [Female pelvic floor. Function, dysfunction and management according to integral theory. Springer, 2004 (in Russian)].
6. Пушкарь Д.Ю., Раснер П.И., Гвоздев М.Ю. Пропалс гениталий. РМЖ. 2013; 34: 11 [Pushkar' D.Yu., Rasner P.I., Gvozdev M.Yu. Prolaps genitalii. RMZh. 2013; 34: 11 (in Russian)].

7. Луценко Н.С., Мазур О.Д., Евтерева И.А. Проллапс гениталий как проявление несостоятельности тазового дна: современный взгляд на проблему и возможности консервативной коррекции. *Охрана материнства и детства*. 2016; 1 (27): 100–4 [Lutsenko N.S., Mazur O.D., Evtereva I.A. Prolaps genitalii kak proiavlennie nesostoiatel'nosti tazovogo dna: sovremenniy vzgliad na problemu i vozmozhnosti konservativnoi korrleksii. *Okhrana materinstva i detstva*. 2016; 1 (27): 100–4 (in Russian)].
8. Радзинский В.Е., Фукс А. Гинекология: учебник для студентов мед. вузов. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014 [Radzinsky V.E., Fuks A. *Gynecology: a textbook for medical students. universities. Moscow: GEOTAR-Media, 2014 (in Russian)*].
9. Савельева Г.М., Бреусенко В.Г. Гинекология: учебник для студентов мед. вузов. 2014 [Savelyeva G.M., Breusenko V.G. *Gynecology: a textbook for medical students medical universities. 2014 (in Russian)*].
10. Кулавский В.А., Никитин Н.И., Зиганшин А.М. и др. Несостоятельность мышц тазового дна у женщин (клиника, диагностика, профилактика). Уфа, 2015 [Kulavsky V.A., Nikitin N.I., Ziganshin A.M., et al. *Insufficiency of the pelvic floor muscles in women (clinical picture, diagnosis, prevention)*. Ufa, 2015 (in Russian)].
11. Chappie CR, Zimmern PE, Brubaker L, et al. *Multidisciplinary management of female pelvic floor disorders*. Elsevier, 2006.
12. Таюпова И.М., Сахаутдинова И.В., Зулкарнеева Э.М. Проллапс гениталий. *Высокотехнологичные методы хирургического лечения. Учебное пособие*. Уфа, 2015. [Tayupova I.M., Sakhautdinova I.V., Zulkarneeva E.M. *Prolapse of the genitals. High-tech methods of surgical treatment. Tutorial*. Ufa, 2015 (in Russian)].
13. Maher C, Feiner B, Baessler K, et al. *Surgical management of pelvic organ prolapse in women*. *Cochrane Database Sys Rev* 2010; 4.
14. Кулаков В.И., Адамян Л.В., Мынбаев О.А. *Оперативная гинекология – хирургические энергии. Руководство*. М.: Медицина; Антидор, 2000 [Kulakov V.I., Adamyan L.V., Mynbaev O.A. *Operative gynecology – surgical energies. Leadership*. Moscow: Medicine; Antidor, 2000 (in Russian)].
15. Краснополянский В.И., Буянова С.Н., Шукина Н.А., Попов А.А. *Оперативная гинекология*. 2-е изд. М.: МЕДпресс-информ, 2013 [Krasnopol'skiy V.I., Buyanova S.N., Shchukina N.A., Popov A.A. *Operative gynecology*. 2nd ed. Moscow: MEDpress-inform, 2013 (in Russian)].
16. Багши М.С., Каррам М.М. *Атлас анатомии таза и гинекологической хирургии*. Лондон: Els. Ltd., 2009 [Baggish M.S., Karram M.M. *Atlas of Pelvic Anatomy and Gynecological Surgery*. London: Els. Ltd., 2009 (in Russian)].

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Чечулина Ольга Васильевна – д-р мед. наук, проф. каф. акушерства и гинекологии КГМА – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО. E-mail: chechulina01@gmail.com; ORCID: 0000-0001-9272-9285, 0000-0001-9378-9888

Юпатов Евгений Юрьевич – канд. мед. наук, доц., зав. каф. акушерства и гинекологии КГМА – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО. E-mail: e.yupatov@mcclinics.ru; ORCID: 0000-0001-8945-8912; SPIN код: 3094-6491

Давлятшина Лилия Рустамовна – зам. глав. врача по акушерству и гинекологии ГАУЗ ГКБ №16. E-mail: 557900@mail.ru; ORCID: 0000-0001-9006-0362; SPIN код: 5568-7101

Olga V. Chechulina – D. Sci. (Med), Prof., Kazan State Medical Academy – branch of Russian Medical Academy of Continuous Professional Education. E-mail: chechulina01@gmail.com; ORCID: 0000-0001-9272-9285, 0000-0001-9378-9888

Evgenii Iu. Iupatov – Cand. Sci. (Med.), Assoc. Prof., Kazan State Medical Academy – branch of Russian Medical Academy of Continuous Professional Education. E-mail: e.yupatov@mcclinics.ru; ORCID: 0000-0001-8945-8912; SPIN code: 3094-6491

Liliya R. Davliatshina – deputy Head physician, City Clinical Hospital №16. E-mail: 557900@mail.ru; ORCID: 0000-0001-9006-0362; SPIN code: 5568-7101

Статья поступила в редакцию / The article received: 20.05.2020

Статья принята к печати / The article approved for publication: 25.02.2021