
СОСТОЯНИЕ ВЛАГАЛИЩНОГО БИОТОПА У ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬЮ ТАЗОВОГО ДНА

Г.Ф. Тотчиев, Л.Р. Токтар, А.В. Тигиева,
Е.В. Завадина

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии
Российский университет дружбы народов
ул. Миклухо-Маклая, 8, Москва, Россия, 117198

В настоящей статье проведен анализ зависимости влагалищного биотопа и заболеваний шейки матки от наличия НТД, выявлен наиболее ранний патогномичный признак несостоятельности тазового дна.

Ключевые слова: несостоятельность тазового дна, пролапс гениталий, зияние половой щели, кислотность влагалищного содержимого.

В настоящее время во всем мире отмечается тенденция к увеличению числа пациенток репродуктивного возраста, имеющих клиническую картину несостоятельности тазового дна (НТД). Низкая обращаемость за медицинской помощью молодых женщин, скудная симптоматика начальных форм заболевания, отсутствие диспансеризации женщин с синдромом НТД и стандартов по диагностике и лечению данного симптомокомплекса, а также консервативно-выжидательная тактика относительно ранних форм НТД приводят к росту заболеваемости пролапсом гениталий у пациенток старшего возраста [13].

Наиболее часто обсуждаемым является вопрос о приоритетной роли акушерской травмы промежности как пускового механизма в развитии НТД. При этом повреждения структур тазового дна после родов, не осложненных видимыми травмами родовых путей, определяются у 13,3% первородящих и 36,4% повторнородящих [10], а диагностируемые травмы промежности осложняют 6,5—85% родов через естественные родовые пути [2—4, 11, 15]. Тем не менее существует мнение, что акушерские щипцы и масса плода не играют существенной роли в развитии НТД, а нарушение тазового дна может быть диагностировано даже после физиологических родов без осложнений [5—7, 9, 10, 12, 16]. Вне зависимости от причин, нарушение анатомии и функциональной состоятельности промежности и тазового дна может быть фактором высокого риска развития бактериального вагиноза, вагинита, доброкачественных заболеваний шейки матки вследствие нарушенного барьера для сохранения нормоценоза влагалища [1, 8].

Цель настоящего исследования — оценить зависимость влагалищного биотопа и заболеваний шейки матки от НТД у пациенток репродуктивного возраста.

Материалы и методы. Для решения поставленной цели в условиях женской консультации проведено рандомизированное обследование 350 небеременных женщин в возрасте от 18 до 45 лет, обратившихся для профилактического осмотра. Всем пациенткам выполнен комплекс клинико-лабораторных исследований: оценка жалоб, сбор анамнеза, объективное гинекологическое исследование, оценка со-

стояния промежности с подсчетом промежностного индекса PI [14], определение кислотности влагалища при помощи тестов рН-баланс «Premium Diagnostics», бактериоскопическое исследование содержимого влагалища, PAP-тест, кольпоскопия, УЗИ органов малого таза.

Результаты исследования и их обсуждение. Из 350 обследованных женщин репродуктивного возраста у 162 (46,3%) выявлен рубец на промежности, при этом грубый, или несостоятельный рубец — у 29 (8%), расстояния от задней спайки до анального отверстия более 3 см выявлено у 208 (59,4%), 2,5 см — 79 (22,6%), 2 см — 41 (11,7%), 1,5 см и менее — 22 (6,3%), широкое стояние ножек *m. levator ani* выявлено у 98 (28%), наличие геморроидальных узлов у 23 (6,5%). При пальпации промежности с целью определения ее толщины между указательным пальцем, введенным во влагалище, и большим пальцем, находящимся на коже промежности в области промежностного шва, нормальная толщина промежности определялась у 278 (79,4%), истонченная промежность — у 72 (20,6%). Тонус промежности ощутимо увеличивался во время пальпации промежности при напряжении мышц тазового дна у 265 (75,7%) и был снижен или не увеличивался у 85 (24,3%).

При определении минимального разведения пальцев (в см) по ощущению тонуса промежности при напряжении мышц тазового дна выявлено: 0 см — у 181 (51,7%), 1 см — 97 (27,7%), 2 см — 43 (12,3%), 3 см — 17 (4,9%), более 3 см — 12 (3,4%). Все перечисленные симптомы (грубый, или несостоятельный, рубец на промежности, увеличение расстояния от задней спайки до анального отверстия, геморроидальные узлы, широкое стояние ножек *m. levator ani*, истонченная толщина промежности, снижение или слабое увеличение тонуса промежности при напряжении мышц тазового дна, увеличение минимальной позиции по ощущению тонуса промежности при напряжении мышц тазового дна) всегда сочетались с зиянием половой щели, выявленным у 110 (31,4%) обследованных женщин, что позволило нам считать этот факт основанием для диагноза НТД. При этом в данной группе цистоцеле выявлено у 12 (10,9%), а ректоцеле у 7 (6,3%). К сожалению, указанный симптомокомплекс НТД не отражен в МКБ-10 и не учитывается в основных классификациях пролапсов тазовых органов, несмотря на то, что является пусковым этапом десценции тазовых органов.

По результатам обследования, все пациентки были разделены на две группы. Основную группу составили пациентки с признаками НТД ($n = 110$). Группу сравнения — женщины без признаков НТД ($n = 240$).

Промежностный индекс (PI) в основной группе составил до 23 баллов, в группе сравнения — 0—2 баллов. Средний возраст женщин в основной группе составил $35,4 \pm 2,9$, в группе сравнения — $32,7 \pm 3,1$, статистически не различался ($p > 0,05$).

При оценке предъявляемых жалоб было установлено, что у женщин основной группы достоверно чаще выявлялись патологические бели — 68 (61,8%), тогда как в группе сравнения у 82 (34,1%) ($p < 0,05$); жалобы на зуд, жжение в области наружных половых органов, дискомфорт при половом акте также достоверно чаще отмечались у женщин основной группы, а тянущие боли внизу живота отмечали в равной степени пациентки как основной, так и группы сравнения — 34 (30,1%) и 58 (27,6%) соответственно ($p > 0,05$).

Среднее число беременностей в основной группе и группе сравнения не отличалось 3,5 Vs 3,1 ($p > 0,05$), количество родов через естественные родовые пути составило 2,7 Vs 1,9 ($p < 0,05$), родоразрешение путем операции кесарево сечение — 1,4 Vs 1,7 ($p > 0,05$), количество самопроизвольных выкидышей — 27 Vs 13 ($p < 0,05$), в том числе выкидышей после родов, осложнившихся акушерской травмой промежности 9 Vs 12 ($p < 0,05$). Как видно на рис. 1, роды у пациенток основной группы достоверно чаще ($p < 0,05$) были осложнены травмой промежности.

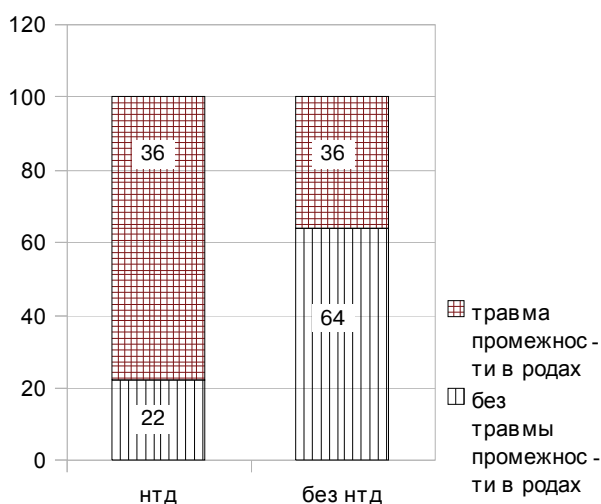


Рис. 1. Оценка промежности у пациенток после родов, %

Нормальное значение кислотности влагалища достоверно чаще определялось у женщин группы сравнения, тогда как отклонения в сторону щелочной среды достоверно чаще отмечались у женщин основной группы ($p < 0,05$). Допустимые изменения рН до 5,0 встречались в равной степени у обеих групп, а отклонения рН до 7,5 определялись исключительно у пациенток основной группы (табл. 1).

Таблица 1

Результаты рН-метрии влагалищного содержимого, n (%)

Группа	N	Показатель рН		
		3,8—4,5	4,5—5,0	> 5,0
Основная группа (НТД)	110	47 (42,7%)*	34 (30,9%)	29 (26,3%)
Группа сравнения (без НТД)	240	171 (71,2%)	68 (28,3%)	1 (0,4%)

Примечание: * — $p < 0,05$ при сравнении групп.

Выявлена высокая коррелятивная зависимость высоких показателей РІ и значений рН влагалищного содержимого ($r = 0,8$).

Лейкоцитоз в отделяемом влагалища более 15 достоверно чаще выявлен у женщин основной группы (табл. 2). Во всех случаях увеличения количества лейкоцитов более 15 наблюдались клинические признаки вагинита (гипереемия слизистой влагалища, жалобы на зуд, жжение в области наружных половых органов, патологические бели).

Таблица 2

Лейкоцитоз влагалищного содержимого, n (%)

Группа	N	Количество лейкоцитов	
		0—15	более 15
Основная группа (НТД)	110	34 (30,9%)	76 (69%)*
Группа сравнения (без НТД)	240	161 (67,1%)	79 (32,9%)

Примечание: * — $p < 0,05$ при сравнении групп.

Следует отметить, что у 68 (19,4%) женщин наблюдался рецидивирующий вагинит (табл. 3).

Ключевые клетки достоверно чаще ($p < 0,05$) определялись у женщин основной группы — 41 (37,2%) и 28 (13,3%) соответственно.

Хронический цервицит, эктопия и эктропион шейки матки также достоверно чаще определялись в основной группе ($p < 0,05$), тогда как и лейкоплакия шейки матки в равной степени встречались у пациенток обеих групп ($p > 0,05$) табл. 3.

Таблица 3

Гинекологические заболевания у обследованных пациенток

Группы	Рецидивирующие вагиниты	Бактериальный вагиноз	Хронический цервицит	Эктопия Эктропион шейки матки	Лейкоплакия шейки матки	Хронический эндо- метрит	Хламидиоз	Гонорея	Трихомоноз
НТД	31 (28,1%)	41 (37,2%)	40 (36,3%)	24 (21,8%)	3 (2,7%)	32 (29%)	2 (1,8%)	1 (0,9%)	3 (2,7%)
без НТД	37 (17,6%)	28 (13,3%)	42 (20%)	39 (18,5%)	5 (2%)	25 (11,9%)	4 (1,9%)	2 (0,4%)	9 (4,2%)

Выводы.

1. Несостоятельность тазового дна составляет не менее 31,4% в популяции женщин репродуктивного возраста.

2. Зияние половой щели — наиболее ранний патогномичный признак несостоятельности тазового дна, встречающийся в 100% случаев выявления начальной формы тазовой десценции.

3. При НТД достоверно чаще отмечается нарушение кислотности влагалищного содержимого (в 1,7 раза), воспалительные заболевания шейки матки (в 1,8 раза), эктопия и эктропион шейки матки (в 1,2 раза),

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Baranov I.I. Ecology of the vagina and inflammatory genital diseases // Gynecology. — 2010. — Vol. 12. — No. 3. — P. 4—6.
- [2] Bick D.E., Ismail K.M., Macdonald S. et al. How good are we at implementing evidence to support the management of birth related perineal trauma? A UK wide survey of midwifery practice // BMC Pregnancy Childbirth. — 2012. — Vol. 12. — № 57.
- [3] Chechneva M.A. Rational concept of integrated survey of women with the syndrome of pelvic and urinary incontinence descencii: Dissertation thesis for the degree of MhD. — M., 2011.
- [4] Dietz H.P., Shek K.L., Chantarasorn V. et al. Do women notice the effect of childbirth-related pelvic floor trauma? // Aust. N.Z. J. Obstet. Gynaecol. — 2012. — Vol. 3. — № 52. — P. 277—81.

- [5] *Grishchenko O.V., Bobrickaia V.V., Vasilyeva I.A., Shamhi Imen.* Score severity of genital prolapse in women of reproductive age and the possibility of non-surgical correction // *Taurica medico-biological bulletin.* — 2012. — Vol. 15. — No. 2. — P. 83—85.
- [6] *Gameiro M.O., Sousa V.O., Gameiro L.F. et al.* Comparison of pelvic floor muscle strength evaluations in nulliparous and primiparous women: a prospective study // *Physiotherapy Service, School of Medicine, São Paulo State University, Botucatu, SP, Brazil.* — 2011. — Vol. 66. — № 8. — P. 1389—94.
- [7] *Hamoshina M.B., Radzinskiy V.E., Kalendgian A.S., Rubtsova A.S.* Violation mikrobiotenoza urogenital tract problems and prospects: the edge correction and prevention // *Questions of Gynecology, obstetrics and Perinatology.* — 2009. — Vol. 8. — № 5. — P. 69—74.
- [8] *Kalendgian A.S.* Vaginal biocenosis after Features of various methods of destruction of the cervix: // dissertation of the PhD. — M., 2011.
- [9] *Koc O., Duran B., Ozdemirci S. et al.* Is cesarean section a real panacea to prevent pelvic organ disorders? // *Int Urogynecol J.* — 2011. — Vol. 22. — № 9. — P. 1135—41.
- [10] *Kriganovskaia A.N.* Pathogenesis and diagnosis of insolvency of the pelvic floor after childbirth: // dissertation of the PhD. — M., 2012.
- [11] *Lutomski J.E., Morrison J.J., Greene R.A. et al.* Maternal morbidity during hospitalization for delivery // *Obstet. Gynecol.* — 2011. — Vol. 117. — № 3. — P. 596—602.
- [12] *Pavlov O.G.* Medical and social aspects of maternal injury during birth // *Russian Bulletin of obstetrician-gynecologist.* — 2008. — No 5. — P. 44—46.
- [13] *Radzinskiy V.E.* *Perineologiya: monograph. Second Edition corrected and supplemented.* — M.: PFUR, 2010. — P. 372.
- [14] *Toktar L.R.* Surgical correction of pelvic floor after obstetric Perineal Trauma: //dissertation of the PhD. — M., 2005.
- [15] *Totchiev G.F., Toktar L.R., Apokina A.N. et al.* Morphological and Immunohistochemical criteria of gravity about lapsa genitalia // *Ulyanovsk medico-biological journal.* — 2012. — No. 3. — P. 146—49.
- [16] *Sundquist J.C.* Long-term outcome after obstetric injury. A retrospective study // *Acta Obstet Gynecol Scand.* — 2012. — Vol. 6. — № 91. — P. 248—252.

VAGINAL BIOTOPE IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE WITH PELVIC FLOOR DYSFUNCTION

**G.F. Totchiev, L.R. Toktar, A.V. Tigieva,
E.V. Zavadina**

Department of Obstetrics and Gynecology with Perinatology Course
People's Friendship University of Russia
Miklukho-Maklay str., 8, Moscow, Russia, 117198

The article indicated the relevance of pelvic floor dysfunction in women of reproductive age. The dependence of the vaginal biotope and cervical disease from having NTD revealed the earliest pathognomonic sign of pelvic floor dysfunction.

Key words: pelvic floor dysfunction, genital prolapse, gaping pudendal cleft, vaginal acidity.