

Особенности состояния здоровья женщин с пролапсом гениталий

Г.И. Телеева✉, e-mail: teleevagulnara@mail.ru, Л.С. Целкович, Р.Б. Балтер, Т.В. Иванова, А.Р. Ибрагимова, А.Ю. Рябов

Самарский государственный медицинский университет; 443099, Россия, Самара, ул. Чапаевская, д. 89

Резюме

Введение. Вопросам опущения половых органов в последние годы уделяется все больше внимания. Во многом это связано с увеличением продолжительности жизни женщин и необходимостью обеспечить им достойное качество жизни, поскольку достаточно часто пролапс сопровождается нарушением функции тазовых органов. В литературе последних лет имеется множество сведений, касающихся недифференцированной дисплазии соединительной ткани – нДСТ. Однако большинство этих исследований рассматривает терапевтические или вертеброневрологические проблемы, в то время как широкое распространение указанной патологии вызывает необходимость дополнительных исследований, касающихся патогенетических механизмов влияния нДСТ на пролапс органов малого таза, что позволит определиться с выбором последующего лечения.

Цель и задачи. Оценить влияние нДСТ на формирование нарушений соматического, гинекологического и репродуктивного здоровья у женщин с пролапсом гениталий.

Материалы и методы. Для выполнения поставленной цели нами обследованы 204 женщины с пролапсом половых органов по классификации POP-Q 2–3 стадии, из которых у 97 была диагностирована нДСТ (основная группа), остальные 107 пациенток составили группу сравнения.

Результаты. Проанализированы анамнестические указания на соматическую, гинекологическую и репродуктивную патологию женщин, а также оценено текущее состояние здоровья пациенток с пролапсом гениталий. Было установлено, что именно нДСТ определяет особенности развития той или иной формы гинекологической патологии и влияет на формирование пролапса гениталий.

Заключение. Наличие нДСТ проявляется в виде различных форм соматических и гинекологических нарушений здоровья на протяжении всей жизни женщин с пролапсом гениталий. При наличии нДСТ возможно развитие пролапса гениталий без акушерской травмы. Все вышеизложенное обуславливает необходимость поиска новых подходов к выбору терапии женщин с пролапсом половых органов и нДСТ.

Ключевые слова: дисплазия соединительной ткани, пролапс половых органов, тазовое дно, менопауза, родовая травма

Для цитирования: Телеева Г.И., Целкович Л.С., Балтер Р.Б., Иванова Т.В., Ибрагимова А.Р., Рябов А.Ю. Особенности состояния здоровья женщин с пролапсом гениталий. *Медицинский совет.* 2020;(21):210–217. doi: 10.21518/2079-701X-2020-21-210-217.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Features of the health status of women with genital prolapse

Gulnara I. Teleeva✉, e-mail: teleevagulnara@mail.ru, Lyudmila S. Tselkovich, Regina B. Balter, Tatyana V. Ivanova, Alina R. Ibragimova, Aleksey Yu. Ryabov

Samara State Medical University; 89, Chapaevskaya St., Samara, 443099, Russia

Abstract

Introduction. In recent years, more and more attention has been paid to the issues of genital prolapse. This is largely due to the increase in women life expectancy and the need to provide them with a decent quality of life, as prolapse is quite often accompanied by dysfunction of the pelvic organs. In recent years, there has been an increasing amount of literature on undifferentiated connective tissue dysplasia (UCTD). However, most of these studies consider therapeutic or vertebro-neurological problems, while the high prevalence rates of this pathology call for additional research on the pathogenetic mechanisms of the effect of UCTD on pelvic organ prolapse, which will allow us to decide on the choice of subsequent treatment.

The purpose and objectives. Assess the effect of undifferentiated connective tissue dysplasia (UCTD) on the formation of disorders of the somatic, gynecological and reproductive health status in women with genital prolapse.

Materials and methods. To achieve this goal, we examined 204 women with genital prolapse in the POP-Q classification of stage 2–3, of which 97 were diagnosed with UCTD (the main group), and the remaining 107 patients made up the comparison group.

Results. To evaluate the influence of UCTD on the formation of somatic, gynecological and reproductive health disorders in women with genital prolapse. We analyzed anamnestic indications for somatic, gynecological and reproductive pathology of women, as well as assessed the current state of health of patients with genital prolapse. It was found that it is UCTD that determines the development of a particular form of gynecological pathology and affects the formation of genital prolapse.

Conclusion. UCTD manifests as various forms of somatic and gynecological health disorders throughout the life of women with genital prolapse.

Keywords: connective tissue dysplasia, genital prolapse, pelvic floor, menopause, birth trauma

For citation: Teleeva G.I., Tselkovich L.S., Balter R.B., Ivanova T.V., Ibragimova A.R., Ryabov A.U. Features of the health status of women with genital prolapse. *Meditsinskiy sovet = Medical Council.* 2020;(21):210–217. (In Russ.) doi: 10.21518/2079-701X-2020-21-210-217.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest.

ВВЕДЕНИЕ

Вопросам опущения половых органов в последние годы уделяется все больше внимания. Во многом это связано с увеличением продолжительности жизни женщин и необходимостью обеспечить им достойное качество жизни, поскольку достаточно часто пролапс сопровождается нарушением функции тазовых органов [1–3]. В литературе последних лет имеется множество сведений, касающихся недифференцированной дисплазии соединительной ткани (нДСТ) [4–6]. Однако большинство этих исследований рассматривает терапевтические или вертебро-неврологические проблемы [7], в то время как широкое распространение указанной патологии вызывает необходимость дополнительных исследований, касающихся патогенетических механизмов влияния нДСТ на пролапс органов малого таза, что позволит определиться с выбором последующего лечения [8].

Цель исследования – оценить влияние нДСТ на формирование нарушений соматического, гинекологического и репродуктивного здоровья женщин с пролапсом гениталий.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В связи с изложенным нами было оценено состояние здоровья 204 женщин с пролапсом половых органов по классификации POP-Q 2–3-й стадии, из которых у 97 была диагностирована нДСТ (основная группа), остальные 107 пациенток составили группу сравнения. Обследование женщин проводилось нами в условиях «ГБУЗ СОКБ им. В.Д. Середавина», г. Самара, в соответствии с действующими приказами и протоколами, после получения информированного добровольного согласия на обработку полученных сведений о состоянии здоровья. Все женщины, вошедшие в группы сравнения, находились в менопаузе от 3 до 6 лет. Средний возраст в группах составил 54,2 ($\pm 2,5$) года, в группе сравнения – 56,3 ($\pm 1,9$) года ($p > 0,05$). В момент обследования все женщины находились в менопаузе от 3 до 6 лет.

Диагностика нДСТ проводилась нами путем оценки фенотипических и анамнестических указаний, объединенных в таблицу. Основой разработанной нами таблицы служили существующие классификации авторов: Т.Ю. Смольновой, Д.С. Калмыковой (балльная таблица скрининг-диагностики) и Т.И. Кадуриной (таблица степени тяжести нДСТ) [9, 10].

Нами учитывались наиболее часто встречающиеся в популяции стигмы нДСТ, а также учитывались анамнестические указания на акушерско-гинекологические нарушения здоровья.

Критериями включения в группы было: наличие пролапса половых органов POP-Q 2–3-й степени, менопауза, отсутствие заболеваний, повышающих внутрибрюшное давление и сопровождающихся хроническим кашлем, отсутствие оперативного вмешательства на половых органах.

Критериями исключения из групп являлось: опущение гениталий POP-Q 4-й степени, сохраненная менструальная функция, наличие хронических патологий, повышающих внутрибрюшное давление, наличие в анамнезе операций на половых органах, в том числе гистерэктомии, экстирпации матки, манчестерской операции, а также операции Prolift (MESH-вагинопластика с использованием имплантов). Набор респондентов в группы осуществлялся путем «случай–контроль». Обработка полученных результатов проводилась в соответствии с рекомендациями Т. Ланг, Д. Альтман [11]. Значимость различия количественных данных с нормальным распределением проводилась с использованием t-критерия Стьюдента для независимых выборок – рассчитывалось среднее арифметическое и стандартное отклонения $M (SD)$. Для оценки различий критическим уровнем значимости принималось значение $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Учитывая тот факт, что на состояние тазового дна существенное влияние могут оказывать условия жизни, как социальной, так и трудовой, нами был собран анамнез с выделением факторов, способных оказать возможное влияние на формирование функциональной несостоятельности тазового дна.

Распределение женщин по уровню образования свидетельствовало о том, что большинство из них имели высшее образование, начального или среднего не регистрировалось ни в одном случае (*табл. 1*).

- **Таблица 1.** Распределение женщин сравниваемых групп по уровню образования
- **Table 1.** Distribution of women in comparison groups by level of education

Уровень образования	Основная группа (n = 97)		Группа сравнения (n = 107)		P_{1-2}
	Абс.	$M (SD)$	Абс.	$M (SD)$	
Высшее	52	53,6 (5,1)	59	55,1 (4,8)	$> 0,05$
Среднее специальное	45	46,4 (5,1)	48	44,9 (4,8)	$> 0,05$
Итого	97	100%	107	100%	–

Примечание: p_{1-2} – статистическая значимость показателей сравниваемых групп.

Далее нами был проведен анализ условий труда, с которыми сталкивались женщины на протяжении жизни (*табл. 2*).

Отметим, что тяжелым физическим трудом были заняты только 5,1 (2,3) женщин в основной и 6,5 (2,4) в сравниваемой группе ($p > 0,05$). Остальные пациентки не имели тяжелых физических нагрузок.

Далее нами были проанализированы соматические заболевания, которые также могли оказать влияние на формирование пролапса половых органов (*табл. 3*).

Рассматривая перенесенную соматическую патологию, отметим, что все указанные состояния носили хронический характер. Часть из имеющихся хронических

● **Таблица 2.** Распределение женщин сравниваемых групп по условиям работы
 ● **Table 2.** Distribution of women in comparison groups according to their working conditions

Характер трудовой деятельности		Основная группа (n = 97)		Группа сравнения (n = 107)		P ₁₋₂
		Абс.	М (SD)	Абс.	М (SD)	
Физический труд	Ручной труд	5	5,1 (2,3)	7	6,5 (2,4)	> 0,05
	Механизированный труд	6	6,2 (2,5)	4	3,7 (1,8)	> 0,05
	Труд на конвейере	11	11,3 (3,2)	12	11,2 (3,1)	> 0,05
	Труд на полуавтоматическом производстве	14	14,4 (3,6)	18	16,8 (3,6)	> 0,05
Умственный труд	Управленческий	3	3,1 (1,8)	4	3,7 (1,8)	> 0,05
	Операторский	26	26,8 (4,5)	27	25,2 (4,2)	> 0,05
	Творческий	3	3,1 (1,8)	3	2,8 (1,6)	> 0,05
	Труд преподавателей, врачей и учащихся	22	22,7 (4,3)	23	21,5 (3,9)	> 0,05
Домохозяйка		7	7,2 (2,6)	9	8,4 (2,7)	> 0,05

Примечание: P₁₋₂ – статистическая значимость показателей сравниваемых групп.

● **Таблица 3.** Соматические заболевания в анамнезе женщин сравниваемых групп
 ● **Table 3.** Anamnesis of somatic diseases in the women of the compared groups

Форма заболевания, код МКБ	Основная группа (n = 97)		Группа сравнения (n = 107)		P ₁₋₂
	Абс.	М (SD)	Абс.	М (SD)	
Остеопороз неуточненный M81.9	29	29,9 (4,6)	11	10,2 (2,9)	< 0,001
Стенокардия I20.0	12	12,4 (3,4)	2	1,9 (1,3)	< 0,001
Гастроэзофагеальный рефлюкс K21	15	15,4 (3,7)	1	0,9 (0,9)	< 0,001
Нарушение толерантности к глюкозе R73.0	9	9,3 (2,9)	5	4,7 (2,0)	> 0,05
Остеохондроз взрослого возраста с локализацией патологии в множественных отделах M42.1	69	68,0 (4,7)	66	64,4 (4,6)	> 0,05
Калькулезный холецистит K81.0	9	9,3 (3,0)	11	10,3 (2,9)	> 0,05
Хронический панкреатит K86.0	7	7,2 (2,6)	10	9,3 (2,8)	> 0,05
Неалкогольный жировой гепатоз K71.3	22	22,6 (4,3)	18	16,8 (3,6)	> 0,05
Ожирение E66	59	60,8 (5,0)	62	57,9 (4,8)	> 0,05
Недифференцированный артрит M13.0	4	4,1 (2,1)	1	0,9 (0,9)	> 0,05
Закупорка и стеноз позвоночной артерии I65.1	3	3,1 (1,8)	3	2,8 (1,6)	> 0,05
Неуточненный атеросклероз I70.9	7	7,2 (2,6)	9	8,4 (2,7)	> 0,05
Варикозное расширение вен нижних конечностей I83	74	76,2 (4,3)	21	19,6 (3,8)	< 0,001
Геморрой 2-й степени K64.1	42	42,3 (5,1)	10	9,3 (2,8)	< 0,001
Болезнь митрального клапана неуточненная I05.9	17	17,5 (3,9)	1	0,9 (0,9)	< 0,001
Кардиомиопатия I43.2	27	27,8 (4,6)	14	13,0 (3,3)	< 0,05
Идиопатическая гипотензия I95.0	6	6,2 (2,5)	22	20,6 (3,9)	< 0,01
Недержание мочи R32	81	83,5 (3,8)	52	48,6 (4,6)	< 0,001
Нефроптоз N28.8	27	27,8 (4,6)	–	–	–
Аномалии положения зубов K07.3	49	50,5 (5,1)	2	1,9 (1,3)	< 0,001
Гастроптоз K31.8	28	28,9 (4,6)	–	–	–
Расстройство вегетативной нервной системы G90.9	63	64,9 (4,9)	3	2,8 (1,6)	< 0,001

Примечание: P₁₋₂ – статистическая значимость показателей сравниваемых групп.

заболеваний являлась проявлением нДСТ и в большей степени присутствовала у пациенток основной группы. К заболеваниям, характеризующим стигмы нДСТ, мы отнесли аномалии положения зубов 50,5 (5,1) и 1,9 (1,3) в сравниваемых группах ($p < 0,001$), гастро- и нефроптоз – 28,9 (4,6) и 27,8 (4,6), в группе сравнения таких пациенток не было, а также расстройства вегетативной нервной системы – 64,9 (4,9) и 2,8 (1,6) ($p < 0,001$) соответственно.

В основной группе регистрировалось больше таких заболеваний, как болезнь митрального клапана 17,5 (3,9) и 0,9 (0,9), остеопороз 29,9 (4,6) и 10,2 (2,9) ($p < 0,001$) и варикозное расширение вен нижних конечностей 76,2 (4,3) и 19,6 (3,8) ($p < 0,001$) соответственно. По остальным нозологическим формам статистически значимых различий отмечено не было.

Далее нами были рассмотрены перенесенные гинекологические заболевания, которые также могли найти отражение в формировании нарушений функции тазового дна.

Анамнестические указаний на перенесенную гинекологическую патологию отражены в *табл. 4*.

Рассматривая перенесенные гинекологические заболевания, отметим, что в основной группе статистически значимо чаще имелись указания на такие состояния, как обильные частые и нерегулярные менструации 11,3 (3,2) и 1,9 (1,3) ($p < 0,05$), обильные кровотечения в предменопаузном периоде 28,9 (4,6) и 6,5 (2,4) ($p < 0,001$) соответственно. Кроме того, в основной группе было больше пациенток, указывающих на наличие миомы матки и эндометриоза в репродуктивном периоде, – 57,7 (5,0) и 18,6 (4,0). В группе сравнения таких женщин было 32,7 (4,6) и 2,8 (1,6) соответственно ($p < 0,001$). По остальным заболеваниям статистически значимых различий в группах получено не было. Одинаково часто женщины сравниваемых групп указывали на такую патологию, как гиперплазия эндометрия – 9,3 (3,0) пациенток основной

группы и 5,6 (2,2) группы сравнения ($p > 0,05$). В обеих группах имелись указания на длительно текущий хронический аднексит 26,8 (4,5) и 20,6 (3,9) ($p > 0,05$). На «эрозию» шейки матки указывали 76,3 (4,3) и 71,9 (4,4) женщин ($p > 0,05$), а также у 6,2 (2,4) и 3,7 (1,8) пациенток были указания на кисты яичников, которые послужили показанием к оперативному лечению ($p > 0,05$).

Не менее значимой в плане формирования морфофункциональной несостоятельности тазового дна является реализация репродуктивной функции, особенно процессы, связанные с родовой травмой матери [12].

Для оценки влияния перенесенных родов на формирование пролапса половых органов нами были собраны сведения о характере течения родового процесса в группах и об исходах беременностей. Отметим, что всего беременностей у женщин в основной группе было 492 (среднее значение $5,1 \pm 1,4$ на 1 женщину), в группе сравнения – 559 (среднее значение $5,2 \pm 1,7$ на 1 женщину) ($p > 0,05$). Прервались беременности (медицинский аборт, самопроизвольный выкидыш с последующим выскабливанием полости матки) у 286 (среднее значение $2,9 \pm 0,7$ на 1 женщину) и 343 (среднее значение $3,2 \pm 0,6$ на 1 женщину) соответственно ($p > 0,05$). Остальные беременности закончились родами. Из них кесаревым сечением – 42 (среднее значение $0,4 \pm 0,1$ на 1 женщину) в основной и 39 (среднее значение $0,36 \pm 0,2$ на 1 женщину) в группе сравнения ($p > 0,05$). Остальные женщины рожали через естественные родовые пути. Двоен не было ни в одном случае. Особенности течения естественных родов отражены нами в *табл. 5*.

Анализируя сведения о характере течения родов, отметим, что ни одна женщина из обеих групп не указывала на разрыв промежности 4-й степени с вовлечением прямой кишки или уретры. Вместе с тем в обеих группах достаточно часто (почти половина женщин в каждой группе) указывали на перенесенную родовую травму промежности. Причем разрывы промежности 3-й степени

● **Таблица 4.** Гинекологический анамнез женщин с пролапсом гениталий

● **Table 4.** Gynecological history of women with genital prolapse

Форма заболевания, код МКБ	Основная группа (n = 97)		Группа сравнения (n = 107)		P ₁₋₂
	Абс.	M (SD)	Абс.	M (SD)	
Миома матки D25	56	57,7 (5,0)	35	32,7 (4,6)	< 0,001
Эндометриоз N80	18	18,6 (4,0)	3	2,8 (1,6)	< 0,001
Хронический аднексит N70.9	26	26,8 (4,5)	22	20,6 (3,9)	> 0,05
«Эрозия» шейки матки N88	74	76,3 (4,3)	77	71,9 (4,4)	> 0,05
Неуточненная киста яичника N83.2	6	6,2 (2,4)	4	3,7 (1,8)	> 0,05
Гиперплазия эндометрия N85.0-85.1	9	9,3 (3,0)	6	5,6 (2,2)	> 0,05
Обильные кровотечения в пременопаузном периоде N92.4	28	28,9 (4,6)	7	6,5 (2,4)	< 0,001
Обильные частые и нерегулярные менструации N92	11	11,3 (3,2)	2	1,9 (1,3)	< 0,05
Бесплодие N97	5	5,1 (2,3)	1	0,9 (0,9)	> 0,05

Примечание: p₁₋₂ – статистическая значимость показателей сравниваемых групп.

● **Таблица 5.** Характеристика естественных родов в анамнезе женщин сравниваемых групп
 ● **Table 5.** Characteristics of natural childbirth in the anamneses of the women from the compared groups

Форма заболевания, код МКБ	Основная группа (n = 97), всего родов 157		Группа сравнения (n = 107), всего родов 177		P ₁₋₂
	Абс.	М (SD)	Абс.	М (SD)	
Роды одноплодные с использованием акушерского пособия O83	5	3,1 (1,4)	7	3,9 (1,4)	> 0,05
Разрыв промежности 1-й степени в процессе родоразрешения O70.0	64	40,7 (3,9)	78	44,1 (3,7)	> 0,05
Периуретральный разрыв с вовлечением уретры O71.5	3	1,9 (1,1)	2	1,1 (0,7)	> 0,05
Разрыв средней, верхней трети стенки влагалища O71.4	6	3,8 (1,5)	7	3,9 (1,5)	> 0,05
Разрыв промежности 2-й степени в процессе родоразрешения O71.0	8	5,1 (1,8)	9	5,1 (1,7)	> 0,05
Разрыв промежности 3-й степени в процессе родоразрешения O70.2	5	3,2 (1,4)	4	2,3 (1,1)	> 0,05
Разрыв промежности в процессе родоразрешения неуточненный O70.9	21	13,4 (2,7)	24	8,5 (2,1)	> 0,05
Акушерский разрыв шейки матки O71.3	18	11,5 (2,6)	15	8,5 (2,1)	> 0,05
Акушерская травма неуточненная O71.9	11	7,0 (2,0)	9	5,1 (1,7)	> 0,05
Расхождение швов промежности O90.1	7	4,5 (1,7)	10	5,6 (1,7)	> 0,05
Гематома акушерской хирургической раны O90.2	3	1,9 (1,1)	2	1,1 (0,8)	> 0,05
Не было осложнений	6	3,8 (1,5)	10	5,6 (1,7)	> 0,05

Примечание: P₁₋₂ – статистическая значимость показателей сравниваемых групп.

отметили только 3,2 (1,4) пациенток в основной и 2,3 (1,1) пациенток в группе сравнения ($p > 0,05$).

Кроме того, у 1,9 (1,1) пациенток основной группы и у 1,1 (0,8) пациенток группы сравнения ($p > 0,05$) послеродовый период осложнился формированием гематомы, по поводу которой было произведено повторное хирургическое вмешательство на промежности.

На акушерский разрыв шейки матки указали 11,5 (2,6) и 8,5 (2,1) пациенток соответственно ($p > 0,05$); 3,1 (1,4) и 3,9 (1,4) ($p > 0,05$) женщинам были проведены акушерские пособия, поскольку роды были в тазовом предлежании. Без хирургических вмешательств в родах и, соответственно, последующих осложнений обошлись 3,8 (1,5) женщин основной группы и 5,6 (1,7) пациенток группы сравнения ($p > 0,05$). Отметим, что, несмотря на то что роды проходили в различных медицинских учреждениях, общее число перенесенных осложнений не имело статистически значимых различий в сравниваемых группах.

Что касается сопутствующей пролапсу соматической патологии, то заболевания, имевшие хронический характер, остались практически в неизменном виде, однако добавились состояния, которые существенно влияли на выбор тактики лечения. У некоторых женщин появились противопоказания к проведению хирургической коррекции пролапса (табл. б).

В перечень сопутствующих заболеваний добавились такие, как гипертоническая болезнь 43,2 (5,1) в основной и 41,1 (4,8) в сравниваемой группе ($p > 0,05$); хрониче-

ская ишемическая болезнь сердца 19,6 (4,0) и 1,9 (1,3) ($p < 0,001$) соответственно, сахарный диабет 2-го типа: в основной группе – у 18,6 (4,0) женщин, в группе сравнения – у 1,9 (1,3) ($p < 0,001$) женщин и доброкачественная дисплазия молочной железы: 60,8 (5,0) и 43,0 (4,8) соответственно ($p < 0,05$).

Относительно сопутствующей пролапсу гинекологической патологии на момент обследования женщин сравниваемых групп следует отметить, что менопауза внесла свои коррективы и изменила структуру гинекологической патологии (табл. 7).

Статистически значимые различия были получены по таким нозологическим формам, как миома матки – 57,7 (5,0) женщин в основной группе и 32,7 (4,6) в группе сравнения ($p < 0,001$); лейкоплакия вульвы – 8,2 (2,8) и 0,9 (0,9) ($p < 0,05$); цервицит с наличием или без эрозии или эктропиона – 26,8 (4,5) и 10,3 (2,9) ($p < 0,01$) соответственно. По таким состояниям, как менопауза и климактерическое состояние, атрофический вагинит, полип цервикального канала, гипертрофия шейки матки и атрофия вульвы, статистически значимых различий нами получено не было.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализируя полученные данные по перенесенным и сопутствующим заболеваниям женщин сравниваемых групп, можно сделать вывод, что у женщин с нДСТ среди нозологических форм соматической патологии превали-

- **Таблица 6.** Структура сопутствующей соматической патологии женщин сравниваемых групп
 ● **Table 6.** Structure of comorbid somatic pathology in the women of the compared groups

Форма заболевания, код МКБ	Основная группа (n = 97)		Группа сравнения (n = 107)		P ₁₋₂
	Абс.	М (SD)	Абс.	М (SD)	
Остеопороз неуточненный M81.9	29	29,9 (4,6)	11	10,2 (2,9)	< 0,001
Стенокардия I20.0	12	12,4 (3,4)	2	1,9 (1,3)	< 0,001
Хроническая ишемическая болезнь сердца неуточненная I25.9	19	19,6 (4,0)	2	1,9 (1,3)	< 0,001
Гастроэзофагеальный рефлюкс K21	15	15,4 (3,7)	1	0,9 (0,9)	< 0,001
Нарушение толерантности к глюкозе R73.0	9	9,3 (2,9)	5	4,7 (2,0)	> 0,05
Сахарный диабет 2-го типа E11	18	18,6 (4,0)	2	1,9 (1,3)	< 0,001
Остеохондроз взрослого возраста с локализацией патологии во множественных отделах M42.1	69	68,0 (4,7)	66	64,4 (4,6)	> 0,05
Хронический панкреатит K86.0	7	7,2 (2,6)	10	9,3 (2,8)	> 0,05
Неалкогольный жировой гепатоз K71.3	22	22,6 (4,3)	18	16,8 (3,6)	> 0,05
Ожирение E66	59	60,8 (5,0)	62	57,9 (4,8)	> 0,05
Недифференцированный артрит M13.0	4	4,1 (2,1)	1	0,9 (0,9)	> 0,05
Закупорка и стеноз позвоночной артерии I65.1	3	3,1 (1,8)	3	2,8 (1,6)	> 0,05
Неуточненный атеросклероз I70.9	7	7,2 (2,6)	9	8,4 (2,7)	> 0,05
Варикозное расширение вен нижних конечностей I83	74	76,2 (4,3)	21	19,6 (3,8)	< 0,001
Геморрой 2–3-й степени K64.2	42	42,3 (5,1)	10	9,3 (2,8)	< 0,001
Болезнь митрального клапана неуточненная I05.9	17	17,5 (3,9)	1	0,9 (0,9)	< 0,001
Гипотиреоз E01	10	10,3 (3,1)	13	12,2 (3,2)	> 0,05
Гипертензивная болезнь сердца I11.0	42	43,2 (5,1)	44	41,1 (4,8)	> 0,05
Недержание мочи R32	79	81,4 (3,9)	48	44,9 (4,8)	> 0,05
Нефроптоз N28.8	11	11,3 (3,2)	2	1,9 (1,3)	< 0,05
Аномалии положения зубов K07.3	49	50,5 (5,1)	2	1,9 (1,3)	< 0,001
Гастроптоз K31.8	28	28,9 (4,6)	–	–	–
Расстройство вегетативной нервной системы G90.9	63	64,9 (4,9)	3	2,8 (1,6)	< 0,001
Доброкачественная дисплазия молочной железы N60	59	60,8 (5,0)	46	43,0 (4,8)	< 0,05


Примечание: p₁₋₂ – статистическая значимость показателей сравниваемых групп.

- **Таблица 7.** Структура гинекологической патологии в момент обследования женщин сравниваемых групп
 ● **Table 7.** Structure of gynaecological pathology at the time of examination in women of the compared groups

Форма заболевания, код МКБ	Основная группа (n = 97)		Группа сравнения (n = 107)		P ₁₋₂
	Абс.	М (SD)	Абс.	М (SD)	
Миома матки D25	56	57,7 (5,0)	35	32,7 (4,6)	< 0,001
Менопауза и климактерическое состояние у женщины N95.1	48	49,5 (5,1)	43	40,2 (4,8)	> 0,05
Атрофический вагинит N95.2	55	56,7 (5,1)	59	55,1 (4,8)	> 0,05
Лейкоплакия вульвы N90.4	8	8,2 (2,8)	1	0,9 (0,9)	< 0,05
Цервицит с наличием или без эрозии или эктропиона N72	26	26,8 (4,5)	11	10,3 (2,9)	< 0,01
Полип шейки матки N84.1	4	4,1 (2,0)	6	5,6 (2,2)	> 0,05
Старые разрывы шейки матки N88.1	21	21,6 (4,2)	17	15,9 (3,6)	> 0,05
Стриктура и стеноз шейки матки N88.2	5	5,2 (2,3)	8	7,5 (2,6)	> 0,05
Гипертрофическое удлинение шейки матки N88.4	17	17,5 (3,9)	22	20,6 (3,9)	> 0,05
Атрофия вульвы N90.5	4	4,1 (2,0)	5	4,7 (2,0)	> 0,05

Примечание: p₁₋₂ – статистическая значимость показателей сравниваемых групп.

руют состояния, связанные с нарушением формирования соединительной ткани, причем большинство этих состояний сопровождают женщину на протяжении всей жизни и могут служить стигмами нДСТ. Что касается перенесенной и сопутствующей гинекологической патологии, то у пациенток с нДСТ в репродуктивном периоде имеют место нарушения менструального цикла и развитие миомы матки, что, возможно, связано с сосудистыми нарушениями, которые также являются стигмами нДСТ. Что касается непосредственных возможных причин развития пролап-

са органов малого таза, то большинство исследователей традиционно относят к ним родовые травмы половых органов. Однако полученные нами данные указывают на отсутствие достоверно значимых различий в частоте и структуре полученных родовых травм, что позволяет предположить, что особенности течения пролапса в большей степени зависят от наличия или отсутствия нДСТ. 

Поступила / Received 06.10.2020
Поступила после рецензирования / Revised 27.10.2020
Принята в печать / Accepted 06.12.2020

Список литературы

1. Буянова С.Н., Савельев С.В., Петрова В.Д., Муравьева Т.Г., Федорова А.А., Лукашенко С.Ю., Шойбонов Б.Б. Роль дисплазии соединительной ткани в патогенезе пролапса гениталий и недержания мочи. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2005;5(5):19–23. Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=23070587>.
2. Доброхотова Ю.Э. Проплапс гениталий и недержание мочи: возможности терапии. *Consilium medicum*. 2016;18(6):94–97. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/prolaps-genitaliy-i-nederzhanie-mochi-vozmozhnosti-terapii>.
3. Колесникова С.Н., Дубинская Е.Д., Бабичева И.А. Влияние ранних форм пролапса тазовых органов на качество жизни женщин репродуктивного возраста. *Академический журнал Западной Сибири*. 2016;12(1):65–67. Режим доступа: <https://readera.org/vlijanie-rannih-form-prolapsa-tazovyh-organov-na-kachestvo-zhizni-zhenshin-140221799>.
4. Беженарь В.Ф., Богатырева Е.В., Павлова Н.Г. *Проплапс тазовых органов у женщин: этиология, патогенез, принципы диагностики. Пособие для врачей*. СПб.: Изд-во Н-Л; 2010. 48 с.
5. Awwad J., Sayegh R., Yeretizian J., Deeb M.E. Prevalence, risk factors, and predictors of pelvic organ prolapse: a community-based study. *Menopause*. 2012;19(11):1235–1241. doi: 10.1097/gme.0b013e31826d2d94.
6. Barber M.D., Maher C. Epidemiology and outcome assessment of pelvic organ prolapsed. *Int Urogynecol J*. 2013;24(11):1783–1790. doi: 10.1007/s00192-013-2169-9.
7. Тимофеева Е.П., Карцева Т.В., Рябченко Т.И., Скосырева Г.А. Современные представления о синдроме недифференцированной дисплазии соединительной ткани. *Российский вестник перинатологии и педиатрии*. 2012;4(1):112–115. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-predstavleniya-o-sindrome-nedifferentsirovannoy-displazii-soedinitelnoy-tkani>.
8. Аполихина И.А., Чочуева А.С., Саидова А.С., Горбунова Е.А., Каган И.И. Современные подходы к диагностике и консервативному лечению пролапса гениталий у женщин в практике гинеколога. *Акушерство и гинекология*. 2017;3(3):26–33. doi: 10.18565/aig.2017.3.26-33.
9. Ильина И.Ю., Маликова В.О., Джибава Э.М., Доброхотова Ю.Э. Особенности экстрагенитального статуса у женщин с пролапсом гениталий в сочетании с дисплазией соединительной ткани. *Вестник РГМУ*. 2012;3(3):25–28. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-ekstragenitalnogo-statusa-u-zhenschin-s-prolapsom-genitaliy-v-sochetanii-s-displaziej-soedinitelnoy-tkani/viewer>.
10. Кан Н.Е., Амирасланов Э.Ю., Тютюник В.Л. Балльная шкала недифференцированной дисплазии соединительной ткани в прогнозировании акушерских осложнений. *Акушерство и гинекология*. 2014;7(7):38–42. Режим доступа: <https://aig-journal.ru/articles/Ballnaya-shkala-nedifferentsirovannoy-displazii-soedinitelnoy-tkani-v-prognozirovanii-akusherskih-oslojnenii.html>.
11. Ланг Т., Альтман Д. Основы описания статистического анализа в статьях, публикуемых в биомедицинских журналах. Руководство «Статистический анализ и методы в публикуемой литературе (САМПЛ)». *Медицинские технологии. Оценка и выбор*. 2014;1(15):11–16. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/osnovy-opisaniya-statisticheskogo-analiza-v-statyah-publikuemyh-v-biomeditsinskih-zhurnalakh-rukovodstvo-statisticheskij-analiz-i>.
12. Аполихина И.А., Чочуева А.С., Гус А.И., Игнатьева А.А., Бычкова А.Е. Современные подходы к диагностике повреждений структур тазового дна в родах. *Акушерство и гинекология*. 2018;7(7):20–25. doi: 10.18565/aig.2018.7.20-25.

References

1. Buyanova S.N., Savelev S.V., Petrova V.D., Muraveva T.G., Fedorova A.A., Lukashenko S.Yu., Shoybonov B.B. The role of connective tissue dysplasia in the pathogenesis of genital prolapse and urinary incontinence. *Rossiyskiy vestnik akushera-ginekologa = Russian Bulletin of Obstetrician-Gynecologist*. 2005;5(5):19–23. (In Russ.) Available at: <https://elibrary.ru/item.asp?id=23070587>.
2. Dobrokhotova Yu.E. Genital prolapse and urinary incontinence: therapy options. *Consilium medicum*. 2016;18(6):94–97. (In Russ.) Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/prolaps-genitaliy-i-nederzhanie-mochi-vozmozhnosti-terapii>.
3. Kolesnikova S.N., Dubinskaya E.D., Babicheva I.A. Impact of early forms of pelvic organ prolapse on the quality of life of women of reproductive age. *Akademicheskij zhurnal Zapadnoy Sibiri = Academic Journal of West Siberia*. 2016;12(1):65–67. (In Russ.) Available at: <https://readera.org/vlijanie-rannih-form-prolapsa-tazovyh-organov-na-kachestvo-zhizni-zhenshin-140221799>.
4. Bezenar' V.F., Bogatyreva E.V., Pavlova N.G. *Pelvic organ prolapse in women: etiology, pathogenesis, principles of diagnosis. Manual for physicians*. Saint Petersburg: N-L; 2010. 48 p. (In Russ.).
5. Awwad J., Sayegh R., Yeretizian J., Deeb M.E. Prevalence, risk factors, and predictors of pelvic organ prolapse: a community-based study. *Menopause*. 2012;19(11):1235–1241. doi: 10.1097/gme.0b013e31826d2d94.
6. Barber M.D., Maher C. Epidemiology and outcome assessment of pelvic organ prolapsed. *Int Urogynecol J*. 2013;24(11):1783–1790. doi: 10.1007/s00192-013-2169-9.
7. Timofeyeva E.P., Kartseva T.V., Ryabichenko T.I., Skosyeva G.A. Present-day views of undifferentiated connective tissue dysplasia syndrome. *Rossiyskiy Vestnik Perinatology and Pediatrics = Russian Bulletin of Perinatology and Pediatrics*. 2012;4(1):112–115. (In Russ.) Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-predstavleniya-o-sindrome-nedifferentsirovannoy-displazii-soedinitelnoy-tkani>.
8. Apolikhina I.A., Chochueva A.S., Saidova A.S., Gorbunova E.A., Kagan I.I. Modern approaches to diagnosis and conservative treatment of genital prolapse in women in the practice of gynecologist. *Akusherstvo i ginekologiya = Obstetrics and Gynecology*. 2017;3(3):26–33. (In Russ.) doi: 10.18565/aig.2017.3.26-33.
9. Ilyina I.Yu., Malikova V.O., Dzhobava E.M., Dobrokhotova Yu.E. Features of extragenital pathology in women with genital prolapse in conjunction with the connective tissue dysplasia. *Vestnik RGMU = Bulletin of RSMU*. 2012;3(3):25–28. (In Russ.) Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-ekstragenitalnogo-statusa-u-zhenschin-s-prolapsom-genitaliy-v-sochetanii-s-displaziej-soedinitelnoy-tkani/viewer>.
10. Kan N.E., Amiraslanov E.Yu., Tyutyunnik V.L. A rating scale of undifferentiated connective tissue dysplasia in predicting obstetric complications. *Akusherstvo i ginekologiya = Obstetrics and Gynecology*. 2014;7(7):38–42. (In Russ.) Available at: <https://aig-journal.ru/articles/Ballnaya-shkala-nedifferentsirovannoy-displazii-soedinitelnoy-tkani-v-prognozirovanii-akusherskih-oslojnenii.html>.
11. Lang T., Altman D. Basic statistical reporting for articles published in clinical medical journals: the SAMPL Guidelines. In: Smart P., Maisonneuve H., Polderman A. (eds.) *Science Editors' Handbook*, European Association of Science Editors, 2013. Available at: <https://www.equator-network.org/wp-content/uploads/2013/07/SAMPL-Guidelines-6-27-13.pdf>.
12. Apolikhina I.A., Chochueva A.S., Gus A.I., Ignatyeva A.A., Bychkova A.E. Current approaches to diagnosing damages to the pelvic floor structures during childbirth. *Akusherstvo i ginekologiya = Obstetrics and Gynecology*. 2018;7(7):20–25. (In Russ.) doi: 10.18565/aig.2018.7.20-25.

Информация об авторах:

Телеева Гульнара Измитдиновна, врач акушер-гинеколог, врач ультразвуковой диагностики, Самарский государственный медицинский университет; 443099, Россия, Самара, ул. Чапаевская, д. 89; ORCID: 0000-0003-0578-5663; e-mail: teleevagulnara@mail.ru

Целкович Людмила Савельевна, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии №2, Самарский государственный медицинский университет; 443099, Россия, Самара, ул. Чапаевская, д. 89; ORCID: 0000-0002-0605-5104; e-mail: tselkovich@list.ru

Балтер Регина Борисовна, д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии №2, Самарский государственный медицинский университет; 443099, Россия, Самара, ул. Чапаевская, д. 89; e-mail: regina.balter@yandex.ru

Иванова Татьяна Владимировна, к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии №2, Самарский государственный медицинский университет; 443099, Россия, Самара, ул. Чапаевская, д. 89; e-mail: ivanovaobstgyn@rambler.ru

Ибрагимова Алина Ришатовна, к.м.н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии №2, Самарский государственный медицинский университет; 443099, Россия, Самара, ул. Чапаевская, д. 89; e-mail: ibr_alina@mail.ru

Рябов Алексей Юрьевич, ординатор кафедры акушерства и гинекологии №2, Самарский государственный медицинский университет; 443099, Россия, Самара, ул. Чапаевская, д. 89; e-mail: zhorik.26@mail.ru

Information about the authors:

Gulnara I. Teleeva, Obstetrician-Gynaecologist, Ultrasound Specialist, Samara State Medical University; 89, Chapaevskaya St., Samara, 443099, Russia; ORCID: 0000-0003-0578-5663; e-mail: teleevagulnara@mail.ru

Ljudmila S. Tselkovich, Dr. of Sci. (Med.), Professor, Head of Department of Obstetrics and Gynecology No. 2, Samara State Medical University; 89, Chapaevskaya St., Samara, 443099, Russia; ORCID: 0000-0002-0605-5104; e-mail: tselkovich@list.ru

Regina B. Balter, Dr. of Sci. (Med.), Professor of Department of Obstetrics and Gynecology No. 2, Samara State Medical University; 89, Chapaevskaya St., Samara, 443099, Russia; e-mail: regina.balter@yandex.ru

Tatyana V. Ivanova, Cand. of Sci. (Med.), Assistant Professor of Department of Obstetrics and Gynecology No. 2, Samara State Medical University; 89, Chapaevskaya St., Samara, 443099, Russia; e-mail: ivanovaobstgyn@rambler.ru

Alina R. Ibragimova, Cand. of Sci. (Med.), Assistant of Department of Obstetrics and Gynecology No. 2, Samara State Medical University; 89, Chapaevskaya St., Samara, 443099, Russia; e-mail: ibr_alina@mail.ru

Aleksey Yu. Ryabov, Resident of Department of Obstetrics and Gynecology No. 2, Samara State Medical University; 89, Chapaevskaya St., Samara, 443099, Russia; e-mail: zhorik.26@mail.ru