

Акушерство, гинекология и неонатология

ID: 2017-01-257-R-10718

Обзор

Прохорова Т.Д., Князькина К.Ю., Имельбаева А.Г., Ящук А.Г.

Проблема пролапса гениталий и связанного с ним недержания мочи у женщин менопаузального и постменопаузального периодов*ФГБОУ ВО Башкирский ГМУ Минздрава России, кафедра акушерства и гинекологии №2***Резюме**

В статье освещены аспекты этиологии, патогенеза, диагностики, классификации и рациональной тактики ведения больных с опущением и выпадением внутренних половых органов и особенности техники выполнения оперативных вмешательств при этой патологии, а также этапы консервативного лечения.

Ключевые слова: пролапс гениталий, менопауза, недержание мочи

Проблема пролапса гениталий заслуживает особого внимания, поскольку, по данным ряда как отечественных, так и зарубежных авторов, недержанием мочи в период менопаузы страдает около 50% женщин [1]. Стоит отметить, что при лёгкой степени недержания мочи, к врачу обращаются лишь от 3 до 28% больных, а при средней и тяжёлой степени-54% [2].

Всё это в совокупности представляет собой как медицинскую, так и социальную проблему, снижая качество жизни, в том числе сексуальную функцию (Озова, 2008).

Пролапс гениталий обуславливает множественные споры по поводу истинной причины заболевания. Отсюда вытекает мнение о полиэтиологичности данной проблемы [3]. Ряд авторов в качестве основополагающего фактора развития опущения и выпадения внутренних половых органов выделяют недостаточность мышц тазового дна. Она, в свою очередь, возникает из-за снижения тонуса мышечно-фасциальных структур, а также их дефектов. Недостаточность мышц тазового дна может быть обусловлена как травматическими, так и нетравматическими факторами [4,5]. К травматическим факторам справедливо отнести родовой травматизм. Треть женщин указывают именно эту причину в развитии пролапса гениталий [6]. Другой не менее частой причиной является повышение внутрибрюшного давления, которое имеет место при тяжёлом физическом труде, запорах, новообразованиях брюшной полости [7]. Хирургические вмешательства, производимые при гинекологической патологии, могут повлечь за собой механическую травму мышечно-фасциальных структур таза. Вместе с этим могут быть повреждены нервные центры и проводящие пути, ответственные за регуляцию вышеуказанных структур [8].

Дисплазия соединительной ткани, являясь нетравматическим фактором развития пролапса, по мнению ряда авторов, рассматривается как ведущая причина. Чем тяжелее проявления ДСТ, тем более выражены формы дистенции половых и тазовых органов [9]. Гормональные нарушения, а именно гипоэстрогения, характерная для менопаузы, влечёт за собой явления пролапса, что в первую очередь связано с обилием рецепторов к эстрогену в тканях промежности, а также с ухудшением кровообращения тканей тазового дна, что ещё больше ухудшает ситуацию. Как и в любой патологии, в развитии недостаточности тазового дна имеет место генетическая детерминированность, которая отмечается в 50 % случаев [8].

Важно отметить, что в основе недержания мочи при пролапсе гениталий лежит функциональное нарушение сфинктеров, причиной которого является изменение положения пузырно-уретрального сегмента, а также несостоятельность компонентов уретральной поддержки [10].

В 1996 г. Международное общество по удержанию мочи для количественной оценки степени пролапса создало классификацию POP-Q. Согласно положениям классификации степень выраженности пролапса зависит от положения передней и задней стенки влагалища, шейки и тела промежности относительно уровня девственной плевы [11].

Для постановки диагноза пролапса гениталий необходимо придерживаться трехэтапной схемы (клиническое исследование, инструментальные методы и комплексное уродинамическое исследование). Клинические методы обследований, как известно, должны включать сбор анамнеза, осмотр пациента и лабораторные исследования.

При сборе анамнеза необходимо выявить наличие факторов риска, приведших к пролапсу гениталий, например, тяжелая физическая нагрузка, характерная зачастую, для жительниц сельской местности. Фактором, провоцирующим несостоятельность тазового дна, может быть и патология, симптомом которой будет увеличение внутрибрюшного давления, при хроническом кашле, частых запорах, хирургических и нехирургических причин, способствующих скоплению газов в кишечнике, кишечной непроходимости. Стоит отметить и роль снижения парасимпатического вегетативного тонуса при синдроме раздраженного кишечника [12]. Наибольший интерес представляет собой наличие таких экстрагенитальных патологий, как варикозная болезнь, свидетельствующая в некоторых случаях о нарушении развития соединительной ткани [1] (один из этиологических факторов пролапса гениталий), избыточная масса тела при ожирении, конституционный спланхноптоз, развивающийся у высоких женщин и врожденный спланхноптоз [13]. При опросе у женщины необходимо отметить количество беременностей, патологических и физиологических родов, аборт, от которых в прямой зависимости находится степень риска заболеваемости пролапсом гениталий.

Основой диагностики является проведение гинекологического осмотра пациентки с проведением нагрузочных проб. Обязательными являются натуживание по Вальсальве и кашлевая проба. Положительный кашлевой тест встречается в 29,1% случаев при опущении гениталий [14]. Также актуально применение одночасового прокладочного теста, по которому можно судить о стадии недержания мочи, исходя из изменения массы прокладки. Оценка реальной эффективности деятельности

тормозных механизмов определяет «стоп-тест» - способность остановить начавшийся акт мочеиспускания, то есть он определяет состояние сократительной функции *musculus sphincter vesicae* и других составляющих сфинктерной системы - луковично-губчатая мышца, седалищно-пещеристая мышца, мышца, поднимающая задний проход [5].

Необходимо заполнение дневника мочеиспускания пациенткой [15] и произведение посева мочи на флору. Таким образом, диагностика пролапса гениталий должна включать в себя большое количество клинических методов, для правильного дальнейшего ведения пациентки.

Не обойтись и без ультразвукового исследования, преимуществом которого в отличие от клинического обследования является документирование, объективность и способность дифференцировки пограничных степеней пролапса гениталий. Следует отметить, что у пациенток с признаками опущения гениталий в 56,2% случаев в покое на эхографической картине не определяется опущение матки ниже лонного сочленения в покое [16].

По специальным показаниям выполняется комплексное уродинамическое исследование (КУДИ). Этот комплекс включает в себя урофлуометрию (измерение объема мочи, выделенной в единицу времени), цистометрию (исследование зависимости давления в мочевом пузыре от его объема, необходимо для изучения функции центральной нервной системы при осуществлении рефлекса мочеиспускания) и профилометрию (графическое изображение давления в отдельно взятых точках уретры). Профилометрия основана на том, что для удержания мочи в уретре всегда поддерживается давление больше, чем в мочевом пузыре [17].

В качестве дополнительного, необязательного, но объективного и информативного метода относительно установления степени пролапса гениталий является магнитно-резонансная томография.

Установка правильного диагноза является залогом успешного лечения и скорейшего выздоровления. Выбор тактики лечения зависит от степени пролапса и длительности его течения, имеющихся соматических и генитальных патологий, а также возраста пациентки.

Консервативные методы применяются в основном в первые этапы развития заболевания (1 и 2 степень), однако дают временный эффект. Пациентке рекомендуют изменить условия жизни, поменять работу, если она тяжелая, лечить патологию, влияющую на формирование пролапса (хронический кашель [18]), а также заниматься лечебной физкультурой по Артабекову.

Лечение сопутствующих патологий необходимо для предупреждения действия факторов дальнейшего развития заболевания. По данным исследований Марченко Т. Б. наиболее частой сочетанной экстрагенитальной патологией явились нарушения сердечнососудистой системы – в 85,8%. Доля больных, имеющих ПГ с варикозным расширением вен – 78,3%, страдавших заболеваниями желудочно-кишечного тракта - 18,5%, с ожирением 2-3 степеней – 16,1% [19].

Пациенткам с ранними стадиями пролапса может быть назначено применение вагинальных миостимуляторов для электростимуляции мышц дна таза, гинекологический массаж [18].

Консервативное лечение включает в себя и коррекцию недостатка эстрогенов, путём их местного введения.

Дополнительными являются противобактериальная терапия с включением мазей левомеколь, димексид, местным применением антибиотиков в мазях и суспензиях, ранозаживляющими мазями (Актовегин, Солкосерил).

Хирургические методы коррекции пролапса гениталий направлены на устранение анатомических нарушений положения внутренних половых органов и коррекцию функциональных расстройств мочевого пузыря и прямой кишки. Каждая девятая женщина оперируется по поводу пролапса гениталий и каждая третья из них оперируется повторно [20]. При наличии противопоказаний для оперативного лечения применяют гипоаллергенные пессарии из силикона, что является только паллиативной мерой.

В настоящее время достаточно высокой эффективностью отличается операция экстраперитонеальной кольпопексии с применением синтетических протезов, относящаяся к методам высокотехнологичной медицинской помощи. Рецидивы ОиВВПО при таком методе лечения возникают в 3-5% случаев.

Эффективность коррекции тазового дна с использованием синтетических протезов составила 97,6%. [21]

Отрицательной стороной данного метода лечения является наличие следующих недостатков:

Интра- и послеоперационные осложнения, связанные с неправильным расположением протеза.

Снижение качества половой жизни.

Высокая стоимость материалов.

Возникновение осложнений, связанных с наличием «слепых» этапов установки.

Среди классических методик с использованием влагалищного доступа стопроцентной эффективностью обладает срединная кольпоррафия, однако она применяется только у пациенток старше 70 лет, не ведущих половой жизни. Эффективная в 78,1% случаев пластика стенок влагалища собственными тканями, показана лишь при незначительных степенях опущения [21].

Влагалищная экстирпация отличается эффективностью в 88% случаев, рецидивом в 43%. Рецидивы легко корригируются путем повторной операции с использованием синтетических протезов.

Отсутствием интраоперационных осложнений отличаются операции, проведенные с применением чрезбрюшинного доступа (лапаротомическая гистерэктомия, вагинопексия). Вагинофиксация производится связочным аппаратом или проленовым протезом. Отсутствие интраоперационных осложнений обусловлено тем, что методика данных операций отработана в течение десятка лет.

Возникновение рецидивов после хирургического лечения связано с выбором техники операции и со степенью дисплазии соединительной ткани оперируемых.

Имеет свои особенности послеоперационный период. Он должен сопровождаться ранней активизацией, проведением компрессионного бинтования с целью профилактики тромботических осложнений, антикоагулянтную (низкомолекулярные гепарины – Фраксипарин 0,3 мл. 1 раз в день в течение 5 дней) и дезагрегационную терапию у людей с варикозным расширением вен и пожилого возраста. Также в обязательном порядке должна производиться антибиотикопрофилактика, адекватное обезболивание, инфузионная терапия в первые сутки, стимуляция перистальтики прозеринном и симптоматическое лечение.

При ведении пациенток с пролапсом гениталий после устранения анатомических нарушений положения внутренних половых органов важно дать рекомендации по образу жизни. Необходимо ограничить подъем тяжести в течение 6 недель, в пределах 5

килограмм, а в дальнейшем избегать подъема тяжести в пределах 7 килограмм, обеспечить физический покой на 2 недели, половой покой на 6 недель. По истечении двух недель разрешают лёгкую физическую нагрузку. Регулировать акт дефекации, лечить хронические заболевания дыхательной системы, сопровождающиеся длительным кашлем.

Не рекомендуют некоторые виды физических упражнений (велотренажёр, гребля). На длительный срок назначают местное применение эстрогенсодержащих лекарственных средств в вагинальных свечах [21].

Заключение

Таким образом, можно сделать вывод о полиэтиологичности пролапса гениталий, причиной которого является системная дисплазия соединительной ткани, гипозстрогения, генетическая предрасположенность или нарушение кровообращения. А провоцирующими факторами данного заболевания могут быть: недостаточность мышц дна таза, которая может быть вызвана: механическими травмами и родовыми, повреждением центральной или периферической части нервной системы, хроническими заболеваниями, сопровождающимися повышением внутрибрюшного давления.

Диагностика пролапса гениталий заключается в тщательном опросе пациентки, с целью выявления наличия сочетанных патологий и факторов риска, клиническом обследовании, исследовании уродинамики (КУДИ) и использовании инструментальных методов диагностики: УЗИ, цистография и томография позволяющие четко определить степень выпадения гениталий. Оценка состояния мочевой системы у женщин с выпадением матки и передней стенки влагалища методом влагалищного осмотра должна проводиться обязательно, поскольку он позволяет определить урологические показания для хирургической коррекции пролапса гениталий, а после операции оценить эффект по степени восстановления положения мочевого пузыря и состоянию верхних мочевыводящих путей.

Важен выбор индивидуального метода лечения, с целью предотвратить рецидивные формы. Внедрение в практику новых технологий (использование протезов) значительно повысило эффективность лечения, но, в то же время привело к появлению специфических осложнений. Лечение начальных, неосложненных форм пролапса гениталий может быть консервативным: исключение тяжелой физической нагрузки, лечебная физкультура по Артабекову, гинекологический массаж, применение миостимуляторов, лечение экстрагенитальных патологий, медикаментозное лечение, в основном заключающееся в устранении гипозстрогении. Методом выхода из ситуации тяжелой стадии пролапса гениталий при наличии противопоказаний к хирургическому лечению является применение пессериев. Однако можно сказать, что консервативное лечение не является эффективным и часто приводит к рецидиву.

Литература

- Радзинский В. Е. Перинеология: Болезни женской промежности в акушерско-гинекологических, сексологических, урологических, проктологических аспектах. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. 336 с.
- Александров В.П., Куренков А.В., Николаева Е.В. Стрессовое недержание мочи у женщин. СПб.: СПбМАПО, 2006. 92 с.
- Безменко А.А., Берлев И.В. Этиология и патогенез генитального пролапса // Журнал акушерства и женских болезней, 2011. Т. LX. Вып.1. С. 129–138.
- Гутикова, Л.В. Хирургическая коррекция пролапса гениталий // БГМУ: 90 лет в авангарде медицинской науки: сб. науч. тр. Минск: БГМУ, 2011. Т.2. С. 9-10.
- Беженарь В.Ф., Цуладзе Л.К., Цыпурдеева А.А. Применение системы Prolift при пролапсе тазовых органов // Рос.вестн. акуш. – гин., 2008. С. 7 – 8.
- Пушкарь Д.Ю., Гумин Л.М. Тазовые расстройства у женщин / Д.Ю.Пушкарь, Л.М. Гумин. М.: Мед Пресс Информ, 2006. 254 с.
- Буянова С.Н., Савельев С.В., Петрова В.Д. Роль дисплазии соединительной ткани в патогенезе пролапса гениталий и недержания мочи // Рос. вестн. акуш. – гин., 2005. № 5. С. 15 – 18.
- Kohl N. An overview of the clinical manifestations, diagnosis, and classification of pelvic organ prolapse // Goldstein UpToDate, 2007. P. 110 – 112.
- Гутикова Л.В., Новицкая Т.В., Зверко В.Л. Дисплазия соединительной ткани в генезе пролапса гениталий: определение тактики ведения пациенток // Актуальные вопросы акушерства и гинекологии: материалы Респ. науч.-практ. конф. с международ. участием, посвященной 50-летию ка ф. акушерства и гинекологии УО «ГрГМУ» (20-21 октября 2011 года). Гродно: ГрГМУ, 2011. С. 42 – 44.
- Савицкий Г.А., Савицкий А.Г. Недержание мочи в связи с напряжением у женщин. СПб.: «ЭЛБИ-СПб», 2000. 136 с.
- Касян Г.Р., Тупикина Н.В., Пушкарь Д.Ю. Оценка подвижности тазового дна у женщин с недержанием мочи и пролапсом гениталий с использованием трехмерного моделирования // Экспериментальная клиническая урология, 2014. №3. С. 70-75.
- Петров В.Н., Журавская И.М. Синдром раздражённой кишки // Российский семейный врач, 2012. №3. 47 с.
- Пучков К.В. Генитальный пролапс-опущение и выпадение тазовых органов. 2016. URL: <http://www.puchkovk.ru/ginekologiya/genitalnyy-prolaps-matki/> (дата обращения 01.11.2016).
- Марченко Т.Б. Ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения пролапса гениталий у женщин пожилого и старческого возраста, дис. канд. мед. наук. М., 2015. 63 с.
- Марченко Т.Б. Ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения пролапса гениталий у женщин пожилого и старческого возраста, дис. канд. мед. наук. М., 2015. 16 с.
- Чечнева М.А., Буянова С.Н., Щукина Н.А., Лысенко С.Н., Барто Р.А. Ультразвуковая диагностика пролапса гениталий и его осложнений у женщин Московский областной НИИ акушерства и гинекологии // SonoAce Ultrasound. 2012. №23. 3 с.
- Салимова Л.Я. Хирургическое лечения пролапса гениталий влагалищным доступом, автореф. дисс. к.м.н. М., 2012. 33 с.
- Таяпова И.М., Сахаутдинова И.В., Зулькарнаева Э.М. Пролапс гениталий. Высокотехнологичные методы хирургического лечения». Уфа.: БашНИПнефть, 2015. 20 с.
- Марченко Т.Б. Ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения пролапса гениталий у женщин пожилого и старческого возраста, дис. канд. мед. наук. М., 2015. 40 с.
- Марченко Т.Б. Ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения пролапса гениталий у женщин пожилого и старческого возраста, дис. канд. мед. наук. М., 2015. 92 с.
- Марченко Т.Б. Ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения пролапса гениталий у женщин пожилого и старческого возраста, дис. канд. мед. наук. М., 2015. 113 с.