

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ТАКТИКУ ЛЕЧЕНИЯ ПРОЛАПСА ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Н.Р. НАСИМОВА

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ЖИНСИЙ ОРГАНЛАР ПРОЛАПСИНИ ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИГА ЗАМОНАВИЙ**ҚАРАШЛАР**

Н.Р. НАСИМОВА

Самарканд Давлат медицина институти, Ўзбекистон республикаси, Самарканд

MODERN VIEW ON THE TACTICS OF TREATMENT OF SEXUAL PROLAPSE

N.R. NASIMOVA

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

Свои недуги не принято обсуждать в обществе, тем более, если эти недуги-заболевания п органов. Но есть такая гинекологическая патология, которая не дает женщине забыть о ее существовании ни на час, становится причиной не только физических страданий, но и психологических переживаний, ставит под угрозу семейную жизнь [1,3].

Зачастую эта болезнь делает женщину неуверенной в себе, замкнутой, необщительной, значительно снижает трудоспособность. Но, несмотря на все эти факторы, не каждая женщина отважится рассказать о своей проблеме даже врачу гинекологу.

Природная женская стыдливость, мешающая пожаловаться доктору на свой недуг, обычно связана с частыми проявлениями этого заболевания в виде непроизвольного, неконтролируемого ею самой мочеиспускания при смехе, кашле, чихании, прыжках, поднятии тяжести. Другими возможными симптомами болезни являются недержание газов и кала. Имя этому заболеванию-пролапс гениталий или опущение стенок влагалища.

Эта болезнь известна врачам издревле и знакома была еще Гиппократу. Однако и сегодня пролапс гениталий остается одним из наиболее распространенных женских заболеваний. И если ранее считалось, что пролапс половых органов-это удел пожилых и старых женщин, то сегодня ученые говорят о том, что эта болезнь «помолодела» и встречается уже среди молодых [1,4]. собственным тонусом половых органов, б) взаимоотношениями внутренних органов и согласованной деятельностью диафрагмы, брюшной стенки и тазового дна, в) связочным аппаратом матки (подвешивающий, фиксирующий и поддерживающий). Поддерживающем аппарате малого таза можно выделить три уровня [2,6].

Каждый уровень отвечает за поддержание определенных органов или их частей и имеет характерную форму. I уровень поддерживает купол влагалища. Он похож на воронку, верхняя широкая часть которая фиксирована к костным

структурам, а узкая часть к шейке матки. II уровень выглядит как гамак. Он отвечает за стенки влагалища, мочевого пузыря уретру и прямую кишку. Пролапс тазовых органов –это смещение тазовых органов в просвет влагалища или за его пределы. Среди различных гинекологических заболеваний пролапс половых органов занимают одно из ведущих мест. У женщин репродуктивного возраста они нередко являются причиной временной и стойкой потере трудоспособности. Вплоть до инвалидности. Сексуальных расстройств и нарушений детородной функции. Становятся причиной психических страданий.

Частота встречаемости пролапса половых органов в структуре гинекологической заболеваемости по данным различных авторов от 15 до 30%, а у женщин старше 50 лет встречается в 60-80 случаев [1,3]. Несмотря на улучшение жизненного уровня населения и снижение занятости женщин на тяжелом производстве, проблема лечения опущения гениталий остаётся одной из наиболее актуальных для акушер-гинекологов. Пролапс гениталий, как правило, сочетается с анатомической и функциональной недостаточностью смежных органов приводит к мочевой и кишечной инконтиненции [7,9]. В США более 13 миллионов, в Германии более 5 миллионов женщин получили диагноз «пролапс». В Индии опущение и выпадение влагалища и матки носит характер эпидемии. В России опущения тазовых органов встречаются у 40-50% женщин старше 50 лет. Более 200 миллионов женщин во всем мире и свыше 30 миллионов женщин в России страдают недержанием мочи. Жалобы на недержание мочи предъявили 38,6% российских женщин. Больше половины из них (57,3%) постоянно отмечали симптомы недержания, но только (4%) из них обращались за помощью к специалисту. 38% всех проданных в мире женских гинекологических прокладок использовались для устранения последствий недержания мочи.

Женская сексуальная дисфункция развивается у 27% женщин в возрасте от 18 до 66 лет. В Японии практически нет проблем с недержанием

мочи. Весь секрет заключается в знаменитой «семяющей» походке японских женщин, которая вырабатывается в результате постоянных тренировок мышц промежности с помощью косяных шариков разного веса. В Китае очень не высок процент женщин с пролапсом, поскольку большинство женщин предпочитают рожать с помощью «кесарева сечения». Тем самым они обезопасили себя от родовых травм, которые являются основной причиной возникновения пролапса. В связи с бессимптомным течением, ранние стадии пролапса выявляются не всегда. Тем не менее, 10-20% гинекологических операций производится по поводу пролапса гениталий и недержания мочи. В среднем риск данных вмешательств в течение жизни составляет 5-11%. После перенесенной гистерэктомии частота опущения влагалища может достигать 43%, а рецидивы после хирургического лечения пролапса наступают приблизительно в 30% случаев. Опущение тазовых органов у женщин имеет тесную этиопатогенетическую связь со стрессовым недержанием мочи; сочетание данных видов патологии наблюдается в 60% случаев. Это следует иметь в виду при обследовании пациенток и выборе метода лечения. В зависимости от уровня повреждения поддерживающего аппарата органов малого таза, выделяют следующие локализации пролапса: опущение стенок влагалища (передней и задней), матки, купола влагалища после гистерэктомии, промежностную грыжу. В зависимости от того, какой орган выполняет грыжевой мешок, образованной влагалищной стенкой, принято выделять гистероцеле, цистоцеле, уретроцеле, ректоцеле, энтероцеле. С клинических позиций опущение тазовых органов можно разделить на простое и осложнённое. Осложнённое называется такое опущение, которое приводит к нарушению функции органов, например недержанию мочи (Попов А.А. 2001).

Этиопатогенез. Полиэтиологичность данного заболевания не вызывает сомнения. Из всего многообразия факторов можно выделить наиболее распространенные и существенные.

1. Несостоятельность связочного аппарата матки и тазового дна (к которой может приводить врожденная дисплазия соединительной ткани, родовой травматизм, эстрогенная ткань, возрастные изменения мышечной и соединительной ткани, некоторые экстрагенитальные заболевания с обменными нарушениями).

2. Повышенное внутрибрюшное давление, которое, в свою очередь, также может быть результатом нескольких причин (тяжелый физический труд, хронические заболевания легких, хронические запоры и т.д.)

Функция поддерживающего аппарата малого таза сводится к активному и пассивному противодействию силе тяжести и повышенному внутрибрюшному давлению. Активный компонент противодействия обеспечивается постоянным тонусом мышц тазового дна в сочетании с их рефлекторным сокращением при кашле, смехе, натуживании и т.п. Пассивный компонент связан с прочными соединительнотканными структурами-производными тазовой фасции.

Наиболее проста и удобна классификация М.С. Малиновского:

I степень опущение матки такое положение органа, при котором шейка матки располагается ниже интраспинальной линии, но не выходит за пределы половой щели.

II степень неполное выпадение матки характеризуется тем, что смещение матки книзу увеличивается, шейка матки выходит из половой щели, но тело матки находится в малом тазу.

III степень полное выпадение матки вся матка выходит за пределы половой щели вместе со стенками влагалища.

Клиническая картина. При опущении половых органов часто развивается симптомокомплекс, где наряду с нарушениями функций половых органов на первый план выступают урологические, проктологические осложнения, которые и заставляют больных в ряде случаев обращаться за помощью к врачам смежных специальностей (к урологам, проктологам). Но основным симптомом выпадения матки или ее шейки, стенок влагалища и соседних органов является обнаруживаемое самой больной образование, выходящее из половой щели. Характерным являются изменение менструальной функции (альгодисменорея, гиперполименорея), а также гормональные нарушения. Нередко эти больные страдают бесплодием, хотя наступление беременности считается вполне возможным.

Клинически различают 5 степеней опущения стенок влагалища, матки и их выпадения. Подобное разделение весьма важно и удобно при решении вопроса о характере лечения больной.

I степень - начальная стадия опущения, связанная с частичным ослаблением мышц тазового дна и мочеполовой диафрагмы, при котором половая щель зияет, а передняя и задняя стенки влагалища незначительно опущены.

II степень - более значительное ослабление мышц тазового дна; опущение стенок влагалища сопровождается опущением мочевого пузыря и передней стенки прямой кишки.

III степень - матка опущена, шейка доходит до входа во влагалище.

IV степень- неполное выпадение матки, при котором шейка выступает за пределы входа во влагалище.

V степень- полное выпадение матки с выворотом стенок влагалища.

Тягостным проявлением болезни является недержание газов и кала, которые возникают или в результате травматического повреждения тканей промежности, стенки прямой кишки и ее сфинктера, или в результате глубоких функциональных нарушений тазового дна. Часто имеет место недержание мочи и газов при кашле и чихание. У данной группы больных часто встречается варикозное расширение вен, особенно нижних конечностей, что объясняется, с одной стороны, нарушением венозного оттока в результате изменения архитектоники малого таза, с другой-недостаточностью соединительнотканых образований, проявляющейся как «системная» недостаточность. Опускание стенок влагалища способствует нарушению регионального кровообращения в малом тазу, приводя к венозному застою, что вызывает нарушение секреторной функции в виде чрезмерных белей. Определяются изменения в свёртывающей системе крови, склонность к тромбообразованию что проявляется в виде тромбозов и эмболий в послеоперационном периоде. Стенки влагалища при опущении становятся сухими, неэластичными, грубыми ,отёчными, их складчатость менее выражена. В них возникают трещины, пролежни, трофические язвы. Вследствие застоя крови и лимфы происходит отёк шейки матки. Наличие пролежней приводит к инфицированию мочеполовых путей. Декубитальную язву, располагающуюся на стенках влагалища и влагалищной части шейки матки, необходимо дифференцировать с раковой опухолью, для чего применяют кольпоскопию и прицельную биопсию. Диагностика основывается на данных анамнеза, осмотра и пальпации с обязательным бимануальным и ректальным исследованиями, при которых оценивают состояние мышц тазового дна. До начала осмотра больной на гинекологическом кресле необходимо попросить ее потужиться в вертикальном положении, чтобы иметь представление о степени выпадения половых органов. С целью уточнения диагноза можно захватить шейку матки пулевыми щипцами и низвести ее книзу, предварительно обнажив ее в зеркалах. Дифференциальный диагноз опущения и выпадения стенок влагалища и матки проводится с кистой влагалища, выворотом матки, родившимся миоматозным узлом. Им необходимо провести расширенную кольпоскопию, направить к урологу для обследования состояния мочевой системы.

Лечение пролапса гениталий. Консервативное лечение. После обследования больных с опущением стенок влагалища I степени с целью предотвращения прогрессирования болезни целесообразно назначить консервативное комплексное лечение, которое включает в себя общеукрепляющие мероприятия, направленные на повышение тонуса мышц тазового дна и передней брюшной стенки, диету, постоянный контроль за функцией мочевого пузыря и кишечника.

При опущениях внутренних половых органов, когда последние не достигают преддверия влагалища и при отсутствии нарушения функций соседних органов возможно консервативное ведение больных, включающее:

- упражнения Кегеля,
- лечебную физкультуру по Юнусову (произвольное сокращение мышц тазового дна во время мочеиспускания до прекращения тока мочи).
- заместительная гормональная терапия,
- использование pessaries, лечебного бандажа.

Для коррекции опущения и выпадения гениталий наиболее широко применяется хирургическое лечение. Радикальным и эффективным методом лечения пролапса органов малого таза является хирургический , так как консервативное лечение не предотвращает прогрессирование заболевания, а применение гормональной терапии ведет к возникновению ряда осложнений [10,11]. В настоящее время существует более 500 способов хирургической коррекции пролапса органов малого таза, но предложенные методы недостаточно эффективны, а частота рецидива заболевания при них достигает в 25-30% случаев [5,8]. Сложившуюся ситуацию большинство исследователей связывают с неадекватным методом оперативного лечения, плохой предоперационной подготовкой и ведение больных после операции. Хирургические методы, применяемые для коррекции опущения и выпадения половых органов, должны отвечать определенным требованиям: метод должен быть не опасным, технически несложным, близким к физиологическому в плане восстановления топографоанатомических взаимоотношений половых органов. Обеспечивать сохранение половой и детородной функций у женщин репродуктивного возраста, непосредственные в отдаленные результаты должны быть без рецидивов. В связи с тем что опущение стенок влагалища и матки является заболеванием женщин детородного возраста, то и его лечение должно проводиться в этом же возрасте, поскольку регенерация в молодом возрасте происходит более интенсивно, результаты оперативного лечения более устойчивы.

В настоящее время предпочтение отдается операциям, выполненным влагалищным путем, важнейшим элементом которых является укрепление мышц к фасции тазового дна. При влагалищном оперативном доступе не требуется использование дополнительной дорогостоящей аппаратуры, осложнения со стороны легких встречаются реже и быстрее поддаются коррекции, так как свободному дыханию и сталкиванию не препятствуют болевые опущению в свежей ране передней брюшной стенки. Работа кишечника быстрее восстанавливается, и атония почти не наблюдается.

Нагноений брюшной стенки и послеоперационных грыж не бывает. И наконец как бы хорошо ни заживала рана после брюшино-стеночного сечения, резонным является желание сохранить брюшную стенку без рубца. Кроме того, имеет значение психологический момент: больные гораздо легче соглашаются на операцию, если ее производит через влагалище без вскрытия брюшной стенки.

Наибольшее распространение получили следующие виды операций. 1. Передняя кольпорафия, кольпоперинеоррафия с леваторопластикой. Эта операция при опущении матки и влагалища II-III степени для женщин любого возраста и отсутствии эффекта от консервативного лечения при опущении I степени. Рецидивы недержания мочи после передней и задней пластики составляют 5-20%. 2. Манчестерская операция. В 1808 г. Дональд из Манчестера предложил операцию передней и задней пластики влагалища с одновременной ампутацией шейки матки. В 1915 г. Фортижил модифицировал данный метод, предложив соединять края разреза передней стенки влагалища с разрезом на культе шейки матки и фиксировать боковые связки с боковой поверхности. Показаниями служат неполное выпадение матки с элонгацией шейки матки в сочетании с опущением передней и задней стенок влагалища, цистоцеле, ректоцеле, недержанием мочи при напряжении. Выполняется при II-IV степени опущения матки и стенок влагалища у женщин молодого и среднего возраста.

Литература:

1. Адамян Л.В. Современные возможности лечения пролапса гениталий и стрессового недержания

мочи / И.Ф. Козаченко, Б.Е. Сашин, К.Н. Арсланян // Проблемы репродукции. – 2008. – Спецвыпуск. – с. 109-110

2. Аполихина И.А. Распространенность и социальные аспекты недержания мочи у женщин / И.А. Аполихина, В.В. Константинов, А.Д. Деев // Акушерство и гинекология, 2005, 5, 32-36

3. Аполихина И.А. Роль акушерско-гинекологических факторов риска в возникновении недержания мочи / И.А. Аполихина, В.В. Константинов // Возможности новых технологий в урогинекологии и тазовой хирургии. – М., 2005, с. 210-211

4. Иоселиани М.Н. Роль этиопатологического подхода к хирургии пролапса органов малого таза / М.Н. Иоселиани, Е.Г. Готсиридзе, А.В. Хелая // Груз. Мед. новости. – 2006. – Т. 139, с.64-66

5. Ищенко А.И. Комбинированный метод оперативного лечения опущения и выпадения внутренних половых органов / А.И. Ищенко, О.Ю. Горбаленко // Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. – М., 2006, с. 164-165

6. Symptomatic and quality of life outcomes after site-specific fascial reattachment for pelvic organ prolapse repair / A.M. Fayyad, E.Redhead, N.Awan et al. // Int. Urogynecol.J.Pelvic Floor Dysfunct. – 2008. – Vol.19, N.2, p. 191-197

7. Tegerstedt G., Miedel A., M.M.-Schmidt et al. Obstetric risk factors for symptomatic prolapse: A population-based approach // Am. J. Obstet. Gynecol. 2006. - Vol. 194, № 1. - P. 73-81.

8. Trivers KF et al. Oral contraceptives and survival in breast cancer patients aged 20 to 54 years. Epidemiol Biomarkers Prev 2007, 16, 9: 1822-7.

9. Validation of telephone administration of 2 condition-specific quality of life questionnaires / E.J. Geller, E.R. Barbee, J.M. Wu et al. // Am. J. Obstet. Gynecol. - 2007. - Vol. 197, N 6. - P. 632.e1-4.

10. The effect of age on short-term outcomes after abdominal surgery for pelvic organ prolapse / H.E. Richter, P.S. Good, K.Kenton et al. // J.Am. Geriatr. Soc. – 2007. – Vol. 55, N 6, p.857-863

The surgical technique and early postoperative complications of the Gynicare Prolift pelvic floor repair system / A. Lucioni, D.E.Rapp, E.M.Gong et al. // Can. J.Urol. – 2008. – Vol.15, N 2, p. 4004-4008.