

Насимова Н.Р.

КОНЦЕПЦИИ ПАТОГЕНЕЗА И ДИАГНОСТИКИ ПРОЛАПСА СТЕНОК ВЛАГАЛИЩА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Кафедра акушерства и гинекологии (зав. - проф. Негмаджанов Б.Б.) педиатрического факультета СамМИ (ректор - проф. А.М. Шамсиев)

Этиология и патогенез опущения и выпадения половых органов до сих пор до конца еще не изучены. Установлено, что в последние годы наметилась тенденция к омоложению пациенток с пролапсом половых органов: если 10-15 лет назад данная патология в основном встречалась у лиц пожилого и старческого возраста, то сейчас средний возраст этих пациенток не превышает 50 лет, а около 26% из них - женщины репродуктивного возраста. Существует множество факторов, способствующих сохранению нормального положения внутренних половых органов: собственный тонус половых органов, зависящий от правильного функционирования всех систем организма, уровня половых гормонов, функционального состояния нервной системы, условия кровообращения, согласованной деятельности диафрагмы и тазового дна. Значение имеет подвешивающий, закрепляющий и поддерживающий аппарат матки. При нарушении функций этого совокупного ряда факторов на фоне заболеваний, повреждений, атрофических процессов и т.д., возникают anomalies положения половых органов. Таким образом, опущение и выпадение половых органов - заболевание полиэтиологическое, основу которого составляют дистрофия и несостоятельность связочного аппарата матки и мышц тазового дна, повышенное внутрибрюшное давление. Важную роль в происхождении данной патологии играют факторы, определяющие давление на половые органы сверху. Кроме того, развитию опущения и выпадения половых органов способствуют физические, генетические и психологические факторы. Из причин, оказывающих влияние на состояние мышц тазового-дна и связочного аппарата матки, можно выделить следующие: возраст, наследственность, роды, родовой травматизм, тяжелая физическая работа, повышение внутрибрюшного давления, рубцы после перенесенных воспалительных заболеваний и хирургических вмешательств, психосоматическое влияние на гладкую мускулатуру и сосудистые структуры в области малого таза, изменения в продукции половых стероидных гормонов, оказывающих влияние на реакцию гладкой мускулатуры, неспособность поперечно-полосатой мускулатуры обеспечить полноценность тазового дна. Все причины, вызывающие нарушения структуры и функции тазового дна, передней брюшной стенки и связочного аппарата матки, способствуют опущению и выпадению матки и стенок влагалища.

В патогенезе пролапса половых органов у молодых нерожавших женщин

(или имеющих одни неосложненные роды) с неизменным гормональным фоном и нормальными социальными условиями ведущую роль играет системный дефект соединительной ткани. Под влиянием какого-либо из перечисленных факторов или их комбинированного воздействия наступает функциональная несостоятельность связочного аппарата внутренних половых органов и тазового дна. На фоне функциональной несостоятельности связочного аппарата матки и ее придатков и повышенного

внутрибрюшного давления органы начинают выходить за пределы тазового дна. При этом различают несколько патогенетических вариантов механизма выпадения матки и влагалища.

Первый вариант:

Матка находится целиком внутри предельно расширившегося тазового дна и, лишившись всякой поддержки, она выдавливается через тазовое дно

Часть матки располагается внутри, а часть - вне грыжевых ворот

Первая часть выдавливается, а другая прижимается к поддерживающему основанию

При втором варианте влагалищная часть шейки матки благодаря постоянному давлению внутри грыжевых ворот может опускаться и растягиваться (*elongatio coli*): в то время, когда тело матки, лежащее вне грыжевых ворот и прилегающее к частично еще функционирующим *inlevator ani*, противодействует полному выпадению органа. Этот механизм объясняет образование вытянутой и истонченной матки, удлинение которой зависит исключительно или преимущественно от гипертрофии шейки, тогда как дно матки может к этому времени оставаться почти в правильном положении. В подобной ситуации полное выпадение матки происходит при ее ретрофлексии - когда ось матки совпадает с осью влагалища. Поэтому ретрофлексию считают фактором риска полного выпадения матки.

Часто пролапсу гениталий способствует цистоцеле. Основными причинами цистоцеле являются ослабление пубоцервикальной фасции, расхождение кардинальных связок, а так же дефект детрузорной мышцы. Формирование цистоцеле сопровождается деформацией передней стенки влагалища, уретровезикального сегмента и нарушением мочеиспускания.

В генезе выпадения половых органов решающая роль принадлежит не только общему количеству родов, но и особенностям их течения

ния. Так, даже при неосложненном течении родов у 20% женщин обнаруживается замедление дистальной проводимости срамных нервов (в 15% случаев - проходящее), что позволяет предположить повреждение в родах пояснично-крестцового сплетения, в результате которого развивается паралич запирающего, бедренного и седалищного нервов и как его следствие - инконтиненция мочи и кала.

Одной из причин развития данной патологии считается повышение внутрибрюшного давления экзо- и эндогенного характера и несостоятельность тазового дна, в развитии которого можно выделить несколько причин (возможно и сочетание нескольких):

Посттравматическое повреждение тазового дна (чаще возникает во время родов)

Несостоятельность соединительнотканых структур в виде “системной недостаточности” (проявляется наличием грыж других локализаций, опущением внутренних органов)

Нарушение синтеза стероидных гормонов

Хронические заболевания, сопровождающиеся нарушением обменных процессов, микроциркуляции.

При нормальных условиях давление на половые органы сверху уравнивается противодействием тазового дна и передней брюшной стенки. Все причины, вызывающие нарушения структуры и функции тазового дна, брюшной стенки и связочного аппарата матки способствуют опущению и выпадению матки и влагалища. Компенсаторное усиление деятельности брюшного пресса временно удерживает опущение половых органов, однако постепенно компенсаторная функция истощается, давление внутренностей на половые органы нарастает, связочный аппарат матки расслабляется и начинается ее смещение книзу. Расслабленное тазовое дно уже не представляет опоры для половых органов и смещение книзу увеличивается. Предрасполагающими факторами некоторые авторы считают инфантилизм, врожденную недостаточность связочно-мышечного аппарата, а так же неблагоприятные факторы, действующие на женский организм - дефицит массы тела в сочетании с физически тяжелым трудом, атрофия половых органов у пожилых. Все эти факторы приводят к смещению матки и влагалища вниз. Прежде всего опускается передняя стенка влагалища, т.к. она прикрепляется к мочеполовой диафрагме, которая значительно слабее диафрагмы таза.

Пролапс тазовых органов часто развивается при травме промежности в сочетании с повышением внутрибрюшного давления - запоры, физические напряжения. Нередко начинается заболевание с ретродевиации матки, т.к. в этом случае площадка, на которую падает сила давления больше, чем при антефлексии.

Таким образом, в патогенезе пролапса половых органов существенную роль играют условия, способствующие расслаблению передней брюшной стенки и тазового дна, расслабление связочного аппарата

матки происходит вторично и не имеет первостепенного значения. Смещению матки часто предшествует ретрофлексия, поэтому происхождение опущения и выпадения половых органов в конечном итоге связано с теми же причинами, которые способствуют ретродевиации матки. Множество факторов, приводящих к развитию пролапса половых органов в настоящее время, привели к омоложению данного заболевания, что не может не сказываться на качестве жизни женщин репродуктивного возраста и требует новых медицинских рекомендаций по тактике ведения этих пациенток, совершенствования методов лечения, а так же рекомендаций по сохранению полученных положительных результатов лечения.

При диагностике пролапса половых органов основным симптомом является обнаруживаемое самой пациенткой образование, выступающее за пределы половой щели. Наиболее частыми жалобами больных с пролапсом половых органов являются: ноющие боли и/или ощущение тяжести внизу живота, бели, чувство инородного тела во влагалище, недержание мочи и газов при физической нагрузке, кашле, чихании, нарушение сексуальной функции. При выпадении половых органов половая жизнь возможна только после вправления выпавшего органа. При смещении матки вниз нарушается нормальное кровообращение в малом тазу, развиваются застойные явления и как результат возникают боли, чувство давления внизу живота, дискомфорт, боли в пояснице, крестце, усиливающиеся во время и после ходьбы. Застойные явления характеризуются изменением окраски слизистой оболочки вплоть до цианоза, отеком подлежащих тканей. Слизистая выпавшей части половых органов, претерпевает значительные изменения. Многослойный плоский эпителий влагалища, вследствие постоянного травмирования, подвергается ороговению, складки сглаживаются, вся поверхность принимает вид матово-блестящей сухой кожи с трещинами, ссадинами, а затем у ряда больных появляются эрозии, изъязвления. Для пролапса внутренних половых органов характерен симптомокомплекс, где нарушение половой функции сопровождается урологическими, проктологическими осложнениями, заставляющими обращаться больных к врачам смежных специальностей (урологам, проктологам). Длительно существующее выпадение внутренних половых органов может стать причиной обструкции мочеточников, гидронефроза. Для выбора адекватной тактики лечения в план обследования, помимо тщательного сбора анамнеза, оценки функционального состояния мочевыделительной системы и прямой кишки, в случаях предположительного проведения органосохраняющей пластической операции, а так же при наличии дополнительной патологии гениталий, в комплекс обследования дополнительно включают такие специальные методы исследования, как: МРТ, которая позволяет правильно отобразить взаимоотношения

матки, мочевого пузыря, мочеиспускательного канала и кишечника, а так же выявить патологию матки; гистероскопия с проведением диагностического

выскабливания; УЗИ; исследование влагалищных мазков, анализ посевов отделяемого из влагалища.

Литература

1. Адамян Л.В. Современные концепции хирургического лечения опущения и выпадения женских половых органов / Л.В.Адамян, М.А. Блинова // Материалы межд.конгресса: Эндоскопия в диагностике, лечении и мониторинге женских болезней. М., 2000, с.622-635
2. Адамян Л.В. Хирургическое лечение стрессового недержания мочи в клинике оперативной гинекологии / Л.В.Адамян, И.Ф. Ходова. Б.Е. Сашин // Материалы III Российского форума “Мать и дитя”. - Часть 1,- 2001, с. 277
3. Адамян Л.В. Состояние структур тазового дна больных с пролапсом гениталий / Л.В. Адамян, Т.Ю.Смолянова //Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. - М., 2006, с. 142-143
4. 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
5. 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
6. 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
7. Атоян, М.Р. Генетические детерминанты пролапсов гениталий и недержания мочи у женщин: дис. . канд. М., 2005.
8. Бабин А.В. Магнитно-резонансная томография в диагностике и оценке результатов хирургического лечения тазового пролапса у женщин; автореферат диссертации ... кандидата мед.наук, Воронеж, 2005
9. Балакшина Н.Г. Хирургическое лечение недостаточности мышц тазового дна у женщин/ Н.Г.Балакшина //Сборник трудов ОКБ. - Томск. - 2002, с. 10-13
10. Беженарь В.Ф. Результаты комплексного лечения смешанного недержания мочи у женщин / Беженарь В.Ф., Зият-динова Д.А. // Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. - 2006, с. 149-150
11. Беженарь В.Ф. Возможности реконструктивно-пластических операций при пролапсе тазовых органов с применением PROLIET / Л.К.Цуладзе, М.В.Рулев, Е.В.Богатырев // Проблемы репродукции. - 2008. - Спецвыпуск. - с. 113
12. Богатырева Е. В. Особенности диагностики и результаты хирургического лечения ректоцеле при пролапсе тазовых органов у женщин : диссертация ... кандидата мед. наук, Санкт-Петербург, 2010
13. Буянова С.Н. Принципы выбора метода хирургической коррекции пролапса гениталий и недержания мочи / С.Н. Буянова // Мать и дитя: матер. 11-го Рос. форума. М., 2000. - С. 191-192.
14. Буянова С.Н., Смолянова Т.Ю., Ражиношвили И.Д. и др. Обоснование выбора метода хирургической коррекции пролапса у женщин репродуктивного возраста //Рос. вестник акушера-гинеколога. 2001. -Т. 1, № 1.-С. 90-93.
15. Буянова С.Н. Диагностика и лечение сложных и смешанных форм недержания мочи / С.Н.Буянова, В.Д. Петрова // Акушерство и гинекология, 2005, 1, 54-56
16. Буянова С.Н. Роль дисплазии соединительной ткани в патогенезе пролапса гениталий и недержания мочи / С. Н.Буянова, С.В.Савельев// Российский вестник акушер-гинеколога, 2005, 3, 19-21
17. Высоцкая Е. И. Профилактика послеоперационных инфекционных осложнений у женщин перименопаузального возраста при хирургической коррекции опущения и выпадения внутренних половых органов : диссертация ... кандидата мед. наук, Москва, 2008
18. Гинекология по Эмилю Новаку. -М.: Практика, 2002. 896 с.
19. Горбенко О. Ю. Новые подходы к оперативному лечению опущения и выпадения внутренних половых органов : диссертация ... кандидата мед. наук, Москва, 2008
20. Грачева О.Н. Соединительнотканная дисплазия и репродуктивная функция / О.Н.Грачева // материалы 9 Всероссийского научного форума “Мать и дитя” . - Москва. - 2007. с. 370
21. Демина О. А. Клиническое и экономическое обоснование выбора метода хирургической коррекции недержания мочи при напряжении. : диссертация ... кандидата мед. наук, Москва, 2009
22. Денисова Т. Б. Оптимизация хирургического лечения женщин с пролапсом тазовых органов: диссертация ... кандидата мед. наук, Москва, 2010
23. Дзанаева Д. Б. Комплексное лечение осложненных форм опущения и выпадения внутренних половых органов : диссертация ... кандидата мед. наук, Ростов-на-Дону, 2008
24. Довлатян А.А. Реконструктивно-репаративные операции повреждений мочевых путей в акушерской, гинекологической и абдоминальной хирургии / А.А. Давлатян/-' Урология. - 2002, 6, 19-26.