

ПРОЛАПС – ЭТО НЕ ПРИГОВОР

Опущение органов малого таза

✉ «Мне 64 года, а обратиться к вам меня заставила довольно деликатная проблема. В последние годы меня беспокоят частые мочеиспускания, а иногда даже моча выделяется произвольно. Кроме того, в промежности ощущается какая-то тяжесть. Пошла к врачу – она сказала, что у меня опущение органов. Расскажите, от чего возникает этот недуг и как его лечить?».

**Марина Игоревна Ермоленко,
Тульская обл.**

Проблема опущения органов малого таза – одна из самых распространенных в урогинекологии: пациенток с подобными жалобами очень много. А причина кроется в особенностях женской анатомии. От чего же так происходит? Давайте разберемся.

Органы малого таза женщины – мочевой пузырь с мочеиспускательным каналом, влагалище, матка и прямая кишка. Они отвечают за жизненно необходимые функции организма: мочеиспускание, дефекацию и, конечно же, половую и репродуктивную функции. Чтобы органы могли нормально функционировать, они должны находиться в правильной анатомической позиции. На своих законных местах их удерживают мышцы, фасции и связки, которые образуют своего рода «гамак».

Однако иногда мышцы и связки тазового дна в силу разных причин могут ослабевать. И тогда возникает урогенитальный пролапс – опущение органов, что может привести к определенным нарушениям мочеиспускания, дефекации или половой дисфункции.

Факторы риска

Какие же факторы способствуют возникновению пролапса?

- Возраст – один из главных факторов риска возникновения пролапса. Точнее, не сам возраст, а наступающая с ним менопауза, с развитием которой происходит истончение и ослабление связок и мышц тазового дна.
- Акушерские факторы. Количество родов (в частности, вагинальных) – также один из основных факторов риска возникновения первичного пролапса. В особенности этот риск увеличивается при рождении крупного малыша.
- Избыточный вес (ожирение) также является значительным фактором риска возникновения недуга.
- Интенсивные физические нагрузки и подъем тяжестей. Наиболее часто пролапс встречается в странах, где в силу особенностей социального строя или отсталого социального развития женщины вынуждены заниматься тяжелым физическим трудом.
- Хронические заболевания. Существует целый ряд заболеваний, сопровождающихся постоянным повышенным давлением в брюшной полости. Это в первую очередь заболевания легких, сопровождающиеся частым кашлем, и заболевания кишечника, сопровождающиеся запорами. Сахарный диабет, ревматизм и иные системные заболевания соединительной ткани также повышают риск развития пролапса.
- Хирургические факторы. Некоторые оперативные вмешательства – например гистерэктомия (хирургическое удаление матки), могут способствовать развитию недуга.
- Наследственная предрасположенность также играет важную роль в возникновении данного состояния.

Чаще всего пролапс возникает в результате комбинации анатомических, физиологических, генетических и других факторов, взаимодействующих на протяжении жизни женщины и способствующих развитию данного недуга.

Виды и признаки

Существуют различные виды пролапса:

- *Цистоцеле* (опущение мочевого пузыря). Этот наиболее распространенный тип пролапса возникает, когда мочевой пузырь опускается во влагалище или выходит за его пределы.
- Выпадение/опущение матки (*гистероптоз*). Это состояние может привести к тому, что матка и шейка матки опускаются во влагалище и даже выходят за его пределы.
- Выпадение сводов влагалища. Когда верхушка и стенки влагалища теряют опору (это может произойти в результате гистерэктомии – удаление матки).
- *Ректоцеле* – опущение задней стенки влагалища и прямой кишки.

Какие симптомы беспокоят женщин при развитии недуга? Самым частым проявлением пролапса являются нарушения мочеиспускания. Это частые позывы: женщина ощущает частое желание помочиться, а количество актов мочеиспускания в течение суток может достигать 20-30 раз и более. Иногда позывы могут быть столь резкими и повелительными, что женщина просто не успевает добежать до туалета. Возникает так называемое ургентное недержание мочи – симптом, очень часто сопровождающий цистоцеле. В этом случае женщине очень часто приходится пользоваться страховочными урологическими прокладками или даже памперсами. При подобных жалобах нередко ставят диагноз «хронический цистит». Не выявив истинную причину неприятных симптомов, начинается длительная и малоэффективная терапия антибиотиками и противовоспалительными препаратами.

С усугублением степени пролапса развиваются и другие, не менее неприятные симптомы. Может возникнуть, напротив, затрудненное мочеиспускание с признаками задержки части мочи в мочевом пузыре. Это особенно характерно для поздней стадии цистоцеле. Сильно опущенный/выпавший мочевой пузырь выходит за пределы вла-

галища, сужая и перекрывая мочеиспускательный канал. В подобной ситуации для того, чтобы помочиться, женщина вынуждена произвести мануальное вправление мочевого пузыря.

Опущение задней стенки влагалища обычно сказывается на качестве опорожнения кишечника и приводит к возникновению хронических запоров.

Прогрессирующее опущение матки и стенок влагалища проявляется ощущением инородного тела во влагалище и болезненными, неприятными ощущениями в повседневной жизни. Как правило, на этом этапе женщина обращается к гинекологу.

Упражнения и терапия

Диагностика недуга проста: достаточно просто осмотреть женщину на гинекологическом кресле. Определенные измерения и тесты позволяют установить локализацию пролапса и выявить его степень.

Начальные степени пролапса можно постараться компенсировать рядом гимнастических упражнений, основными из которых являются упражнения Кегеля. Их суть состоит в том, чтобы попеременно напрягать и задерживать на несколько секунд, а затем расслаблять мышцы тазового дна. Почувствовать эти мышцы легко: во время мочеиспускания надо попробовать задержать поток мочи. Эти упражнения очень просты в исполнении, и их можно делать не только в туалете, но и в любом месте совершенно незаметно для окружающих. Однако эффективность зависит от регулярности их выполнения. Ежедневно, без пропусков необходимо совершать не менее 100 упражнений (например, 5 подходов по 20 упражнений).

Эффективность упражнений повышается при работе с влагалищными шариками. Они могут иметь разную форму и размеры, отличаться по весу и материалу, из которого они

изготовлены. Сначала шарики надо пытаться удерживать лежа, затем – стоя. Вес шариков и время удержания надо также постепенно увеличивать. Прекрасно дополняют упражнения плавание, ходьба (в том числе скандинавская), а также снижение веса.

Нередко при отсутствии противопоказаний назначается заместительная гормональная терапия. Речь идет о препаратах, содержащих женский половой гормон эстрадиол или комбинацию эстрадиола с прогестероном. Наиболее распространенными являются **овестин** 500-1000 мг, **анжелик**, а также **фемостон**. **Фемостон 2/10** назначают, если менструации сохранены, а **фемостон 1/5** – в менопаузе. Терапия проводится постоянно под контролем гинеколога. Важно понимать, что растительных препаратов – альтернатив заместительной гормональной терапии – не существует, поскольку растительных эквивалентов препаратам женских половых гормонов нет.

Хирургическое лечение

Если начальные проявления и формы недуга можно попытаться скорректировать терапевтическими и общеукрепляющими процедурами, то 3-ю и 4-ю степени опущения органов малого таза возможно исправить только хирургическим путем.

В настоящий момент существует множество различных хирургических методов лечения пролапса. Выбор того или иного способа зависит от общего состояния здоровья женщины, от того, была ли у нее в прошлом гистерэктомия (удаление матки), а также от характера пролапса. Операция может осуществляться с помощью вагинального доступа – через влагалище или же абдоминального – через брюшную полость. 70-80% операций проводятся вагинальным путем в силу меньшей травматичности, а также относительной простоты и безопасности

хирургического исполнения. Реконструкция тазового дна может проводиться с помощью собственных тканей пациентки, или же, в случае их изношенности и дефицита, применяют специально сконструированные облегченные сетчатые имплантаты.

• **Коррекция синтетическим имплантатом OPUR (ОПЮР)**

Операция показана при наиболее часто встречающемся виде пролапса – передне-апикальном (опущение матки с верхушкой влагалища и мочевого пузыря), а также незаменима при поздних стадиях цистоцеле. Суть вмешательства заключается в том, что органы малого таза (матку, стенки влагалища и мочевой пузырь), как в гамаке, поддерживает полипропиленовая сетка специального плетения. Шесть рукавов и восемь точек фиксации обеспечивают надежную поддержку органов в течение всей жизни.

Имплантат устанавливают трансвагинально. Небольшая линия швов на передней стенке влагалища не видна и рассасывается самостоятельно через 15-20 дней после операции. Через три дня пациентка возвращается к привычному образу жизни без каких-либо значимых ограничений. Эффективность методики – 97%, риск повторного опущения мочевого пузыря практически отсутствует.

Вместе с имплантацией протеза ОПЮР хирург может провести коррекцию задней стенки влагалища (задняя кольпорафия), одновременно сузить половую щель (перинеорафия) и восстановить целостность основной мышцы тазового дна (леваторопластика).

Существенных недостатков методика не имеет. Длится операция, как правило, не более часа и проводится под спинальной анестезией, которая безопасна и может применяться пожилым людям с хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой и иных систем.

• **Замещение крестцово-маточных связок полипропиленовой лентой (сакроспинальная гистеропексия и вагинопексия)**

Это классическая операция при выпадении матки (гистероптоз) и опущении стенок влагалища. Полипропиленовая лента прочно фиксирует матку и своды влагалища в положении, необходимом для восстановления функции тазовых органов. Ленту устанавливают лапароскопическим или робот-ассистированным доступом, операция занимает около двух часов. Эффективность метода – 90-95%, вероятность повторного опущения ничтожна. Данная методика наиболее востребована при значимом опущении матки в репродуктивном периоде, впоследствии возможны беременность и родоразрешение.

Из недостатков: вмешательство объемное и осуществляется под общим обезболиванием (наркоз). Сложность исполнения существенно повышается, если ранее выполнялись операции на органах брюшной полости. Возможны эрозия свода влагалища в месте фиксации ленты, боль и дискомфорт при половых актах.

• **Хирургическое восстановление собственными тканями (кольпорафия)**

В ходе операции удаляют избыток слизистой оболочки влагалища, после чего рану зашивают. Шов накладывают таким образом, чтобы зафиксировать мочевой пузырь (при передней кольпорафии) и прямую кишку (при задней кольпорафии) в правильном положении.

Доступ выполняют через влагалище, шов снаружи не виден. Техника выполнения операции несложная и занимает около 30 минут. Эффективность колеблется от 50 до 80% и зависит от качества тканей женщины, используемых в реконструктивных целях.

Кольпорафию предлагают молодым и относительно молодым женщинам, которые планируют беременность. Ключе-

вые условия – сохранность тканей влагалища и состоятельный гормональный фон. После 50-60 лет пластику собственными тканями выполняют реже. В менопаузе эффективность методики существенно ниже: измененные ткани – не лучший «строительный» материал.

Выводы

Сегодня женщина любого возраста должна понимать, что опущение органов малого таза – это не физиологично и не нормально: с этим нужно и можно бороться. Причем лечение недуга возможно при любых его стадиях.

Операции, используемые для коррекции пролапса, обычно не опасны для женщин. Однако их техническая сложность стала причиной того, что не все урологи и гинекологи ими владеют. Поэтому при выборе данного способа лечения нужно уточнять методику, с помощью которой будет выполняться операция.

Также важно подчеркнуть, что операции по коррекции опущения органов малого таза входят в перечень хирургических видов лечения, которые осуществляются по специальным квотам или проводятся в рамках обязательного медицинского страхования (ОМС) и доступны для всех жительниц РФ. Таким образом, представительницы прекрасного пола имеют все возможности избавиться от физического и эмоционального дискомфорта, связанного с теми или иными формами пролапса органов малого таза, прекрасно себя чувствовать и оставаться настоящими женщинами на протяжении всей жизни.

Михаил ЕНИКЕЕВ,
заведующий вторым отделением
Клиники урологии Первого МГМУ им. Сеченова,
профессор, доктор медицинских наук.