

критическое поражение клапана можно также во время проведения ЭхоКГ.

В некоторых случаях падение артериального давления может быть связано с неврологическими причинами – рекомендуется осмотр невролога. Тем более что жалобы на головокружение и шаткую походку – это прямой повод для обращения к неврологу.

Были ли какие-то значимые кровотечения год назад? На уровень артериального давления могут повлиять и небольшие, но постоянно повторяющиеся эпизоды кровотечений вроде кровопотери из геморроидальных узлов, желудочно-кишечные (при наличии язвенного дефекта), носовые, легочные, маточные и прочие патологические эпизоды потери крови.

К сожалению, в вашем письме ничего не говорится не только про возможные сопутствующие заболевания, но и нет никаких данных лабораторных анализов – а между тем эта информация может быть исключительно важна. Как минимум, раз в год следует сдавать следующие показатели: общий анализ крови, из «биохимии» анализы крови на креатинин и глюкозу, а также печеночный (АЛТ, АСТ, ГГТ) и липидный (общий холестерин, ЛПНП, ЛПВП, ТГ) профили. Стоит проверить и работу щитовидной железы (ТТГ). Отдельно следует упомянуть про анализ на скрытую сердечную недостаточность – за этот параметр отвечает NT-proBNP.

Таким образом, я настоятельно рекомендую вам минимальное обследование в размере анализов крови, ЭКГ, ЭхоКГ и осмотра невролога и кардиолога.

НУЖНО ВСЕ ВЕРНУТЬ НА МЕСТО

Мне 74 года. Работа у меня была тяжелая. Заработала выпадение матки. В 2011 году матку удалили. Через некоторое время началось выпадение влагалища. Образовалась язва. Мне поставили диагноз: гиперкератоз плоского эпителия.

Сейчас каждый день пользуюсь метилурациловой мазью. Но на прокладке иногда появляются бурые пятна, кровянистые. Врач назначила мне дипросалик и овестин и сказала, что нужно уже пожизненно принимать гормональные мази. Скажите, пожалуйста, что это за заболевание? Почему оно не лечится и есть ли другие способы борьбы с ним, кроме гормонов?

Адрес: Жуйковой Любови Васильевне, 613411 Кировская обл., Куменский р-н, пос. Вичевщина, ул. Октябрьская, д. 21, кв. 5.

АНАТОМИЯ БОЛЕЗНИ

Выпадение стенок влагалища после удаления матки (гистерэктомии) – довольно распространенная ситуация. Дело в том, что фасции и связки, фиксирующие и поддерживающие матку на своей «законной» позиции, одновременно являются опорой и для стенок влагалища. Удаляя матку, хирурги не могут не пересечь эти связки, что в результате становится пусковым фактором дестабилизации влагалища и опущения или полного выпадения (пролапса) его стенок. Влагалище, лишенное поддержки, постепенно опускается, увлекая за собой тесно связанные с ним мочевой пузырь и прямую кишку: формируются урогенитальный пролапс и ректоцеле (опущение прямой кишки). При значимом опущении влагалище вместе с мочевым пузырем и прямой кишкой буквально выворачиваются наружу. Если степень

выпадения усугубляется перемещением в образовавшийся грыжевой мешок петель кишечника – возникает энтероцеле.

Таким образом, удаление матки запускает череду процессов, результатом которых становится постепенное прогрессирующее опущение всех органов малого таза и кишечника. Дополнительными факторами пролапса являются генетическая предрасположенность, возрастной гормональный дефицит и несостоятельность мышц тазового дна, возникающая, как правило, в результате неоднократных и/или осложненных родоразрешений.

ПОСЛЕДСТВИЯ ПРОЛАПСА

Чем же опасно подобное опущение органов малого таза? Помимо эстетических, и тактильных неудобств заболевание часто сопровождается нарушением функции выпавших органов.

Наиболее распространенной жалобой у женщин с урогенитальным пролапсом 3-4-й степени со стороны нижних мочевых путей является учащенное мочеиспускание малыми порциями. Обусловлено это опущением мочевого пузыря вслед за передней стенкой влагалища, с которой они тесно взаимосвязаны, и последующим перерастяжением дна мочевого пузыря – отдела, наиболее богатого чувствительными рецепторами и нервными окончаниями. Именно постоянное перерастяжение рецепторов создает впечатлительное переполненное мочевого пузыря. Женщина ощущает частое желание помочиться, а количество актов мочеиспускания в течение суток может достигать 20-30 раз и более. Ночью или в покое, когда степень выпадения снижается или когда пациентка искусственно вправляет выпавшие органы обратно, степень раздражения рецепторов снижается, и женщина может спать.

Кроме того, частые позывы к мочеиспусканию – не единственная проблема. Приблизительно у 10-15% женщин, страдающих значительным опущением органов малого таза, затрудненное мочеиспускание сочетается с невозможностью свободного опорожнения. Как результат, в мочевом пузыре накапливается

остаточная моча, и иногда ее количество может исчисляться сотнями миллилитров. Это негативно отражается на состоянии верхних мочевых путей и почек, ведь постоянно переполненный мочевой пузырь не в состоянии должным образом принимать мочу из мочеточников. В результате возникает расширение чашечно-лоханочных систем почек (гидронефроз) с ухудшением почечной функции вплоть до развития почечной недостаточности.

Затрудненное мочеиспускание усугубляется также и перегибом уретры (мочеиспускательного канала) и, следовательно, резким уменьшением угла между ней и мочевым пузырем. Порой, чтобы женщине помочиться, ей приходится механически вправлять выпавшие органы обратно, распрямляя таким образом мочеиспускательный канал и облегчая мочеиспускание.

Помимо прочего, может нарушиться деятельность кишечного тракта. Опущение передней стенки прямой кишки вместе с задней стенкой влагалища приводит к формированию ректоцеле – опущению прямой кишки. Больших размеров ректоцеле, выходящее за пределы половой щели женщины, нарушает нормальную моторику терминальных отделов кишечника и способствует формированию запоров. Зачастую прием слабительных препаратов малоэффективен, и пациентке приходится прибегать к механическому пальцевому освобождению ампулы прямой кишки от каловых масс.

Но и это еще далеко не все беды, с которыми

сталкивается женщина с выраженной степенью пролапса. Вывернутое наружу, «как чулок», влагалище кардинально нарушает ход кровеносных сосудов, проходящих в его стенках. Артерии, питающие влагалище, удлиняются, истончаются, становятся извитыми, что существенно нарушает кровообращение органа. Одновременно затрудняется отток венозной крови и лимфы от стенок влагалища. Помимо нарушения микроциркуляции стенки опущенных органов страдают от нарушения иннервации. Таким образом, создаются «идеальные» условия для развития трофических изменений стенок влагалища: возникают множественные, длительно не заживающие эрозивные дефекты. В случае слияния крупных эрозий стенка влагалища может быть представлена одной большой раной.

Гормональный дефицит, свойственный для менопаузального периода, дополнительно усугубляет течение раневого процесса. Ведь, как правило, женщины, страдающие пролапсом органов малого таза, возрастные: большинство из них находится в климактерическом периоде. Однако если матку с придатками удаляли в репродуктивном возрасте, то такую менопаузу называют искусственной или хирургической.

ПОМОЖЕТ ОПЕРАЦИЯ

Чтобы вернуть нормальную функцию органам малого таза, необходимо восстановить их анатомию – то есть вернуть органы на их исходные позиции. Решить это возможно только опера-

тивным путем. Хирургический лифтинг (подтяжка) передней стенки влагалища и мочевого пузыря приведет к нормализации мочеиспускания, а коррекция ректоцеле (опущения прямой кишки) с реконструкцией задней стенки влагалища и мышц тазового дна сузит половую щель и приведет к восстановлению нормальной дефекации.

Для фиксации органов и предотвращения рецидива используются специальные синтетические материалы, поскольку собственные связки и ткани уже сильно изношены. Это специально сконструированные импланты, которые полностью приживаются в организме и позволяют восстановить нормальную анатомию таза. Существует два пути для установки протезов: через небольшой разрез стенки влагалища либо же со стороны брюшной полости. Главным преимуществом первого способа является отсутствие необходимости в общем наркозе (что особенно важно при высоких анестезиологических и операционных рисках), отсутствие рисков контакта с органами брюшной полости, а также сравнительно короткое пребывание женщины в стационаре и отсутствие как таковой послеоперационной реабилитации. Однако это технически сложная операция, которая требует от хирурга определенного опыта, а также хорошего понимания топографической и функциональной анатомии таза и мышц тазового дна. Важно также подчеркнуть, что такого рода операции входят в перечень хирургических

видов лечения, которые осуществляются по квотам и доступны для всех жительниц РФ.

К хирургическому лечению пролапса органов малого таза женщину, как правило, готовят. Необходимо улучшить трофику тканей: для этого назначают заместительную гормональную терапию (противопоказано при наличии в анамнезе опухолевых заболеваний молочных желез и матки). Наиболее распространенным препаратом является **овестин**. Его максимальное местное и минимальное системное действие прекрасно зарекомендовало препарат в лечении тех или иных заболеваний и состояний половых и мочевых путей женщины.

Эпителлизации эрозий влагалища также способствует временное применение пессариев (технические изделия, поддерживающие стенки влагалища в нормальном положении) и аппликации с заживляющими и антибактериальными мазями (**метилурацил, солкосерил, левомеколь**). Важно понимать, что заместительная гормональная терапия – важная составляющая комплексного лечения женщин с опущением стенок влагалища, которая в лечебных объемах начинается до операции и в поддерживающем режиме продолжается в течение всей жизни женщины.

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