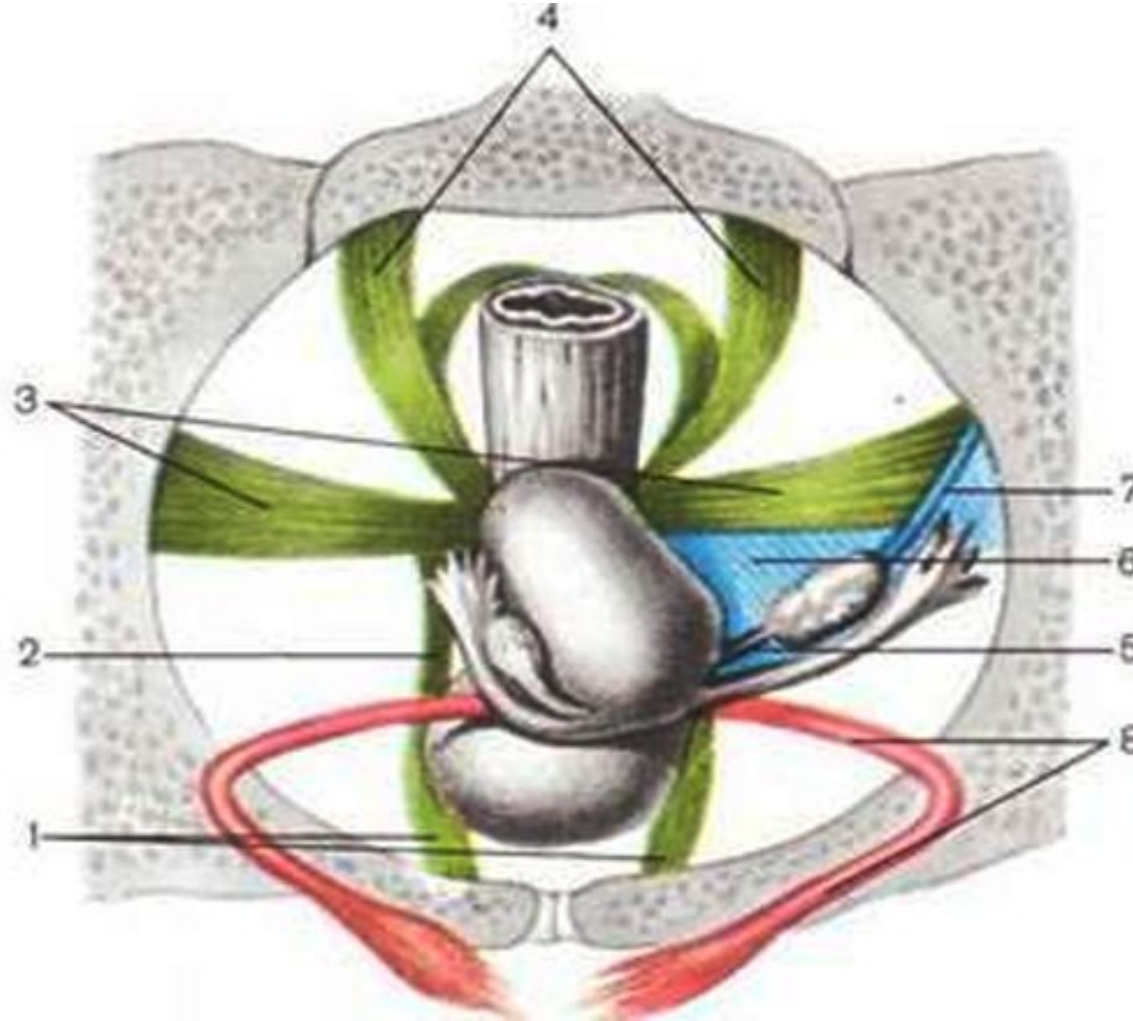


Проллапс гениталий



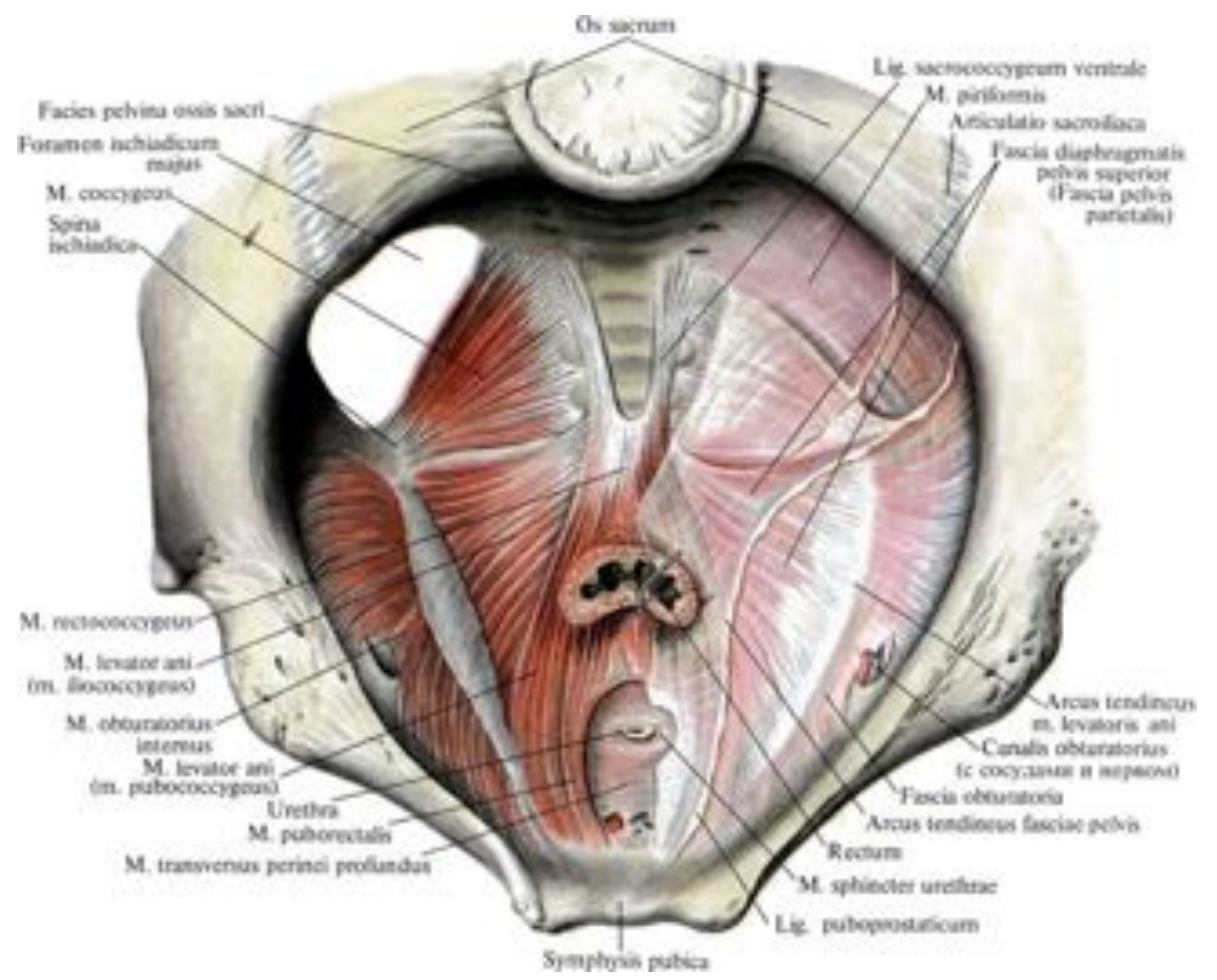
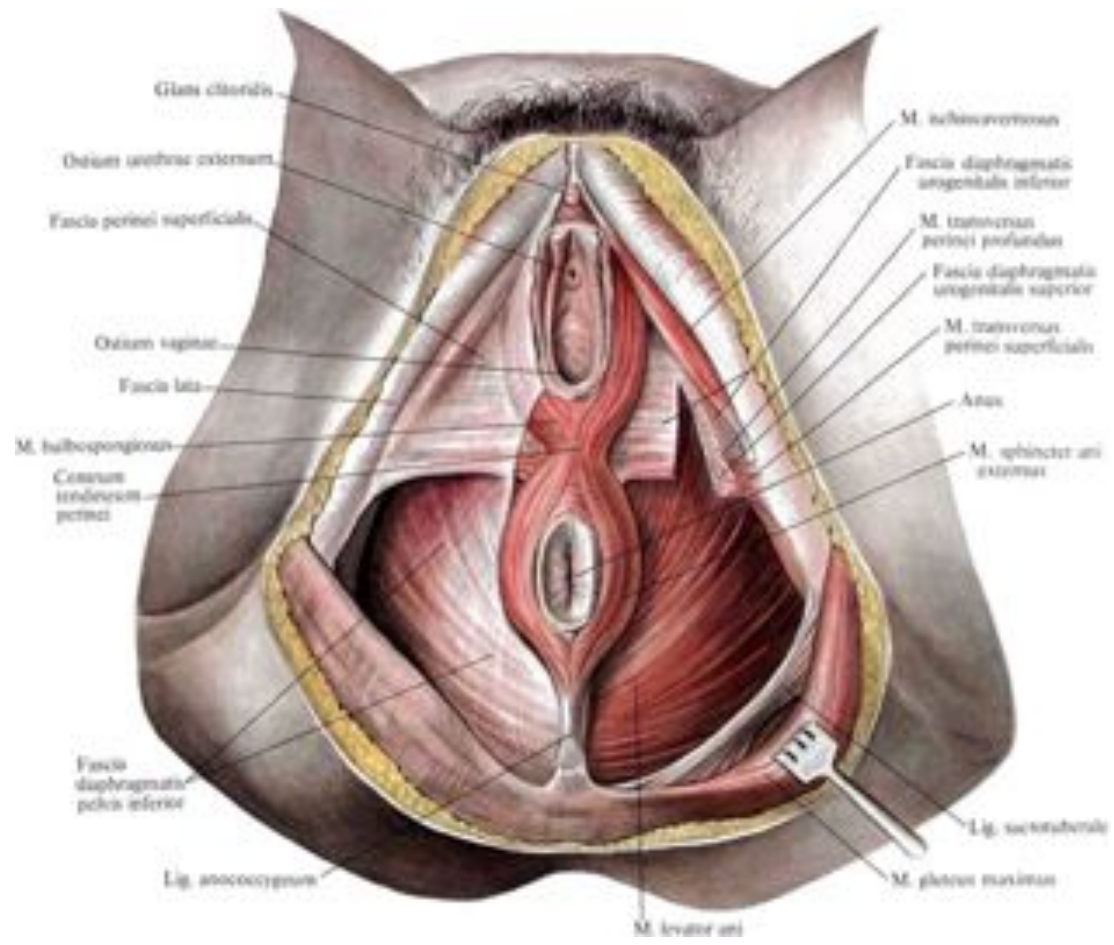
СЕЧЕНОВСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ

Связочный аппарат матки



- 1 - *lig. pubovesicale*;
- 2 - *lig. vesicouterinum*;
- 3 - *lig. cardinale*;
- 4 - *lig. sacrouterinum*;
- 5 - *lig. ovarii proprium*;
- 6 - *lig. latum uteri*;
- 7 - *lig. suspensorium ovarii*;
- 8 - *lig. teres uteri*

К **фиксирующему** (поддерживающему) матку аппарату надо отнести прежде всего тазовую диафрагму (мышечно-фасциальное дно). К "**закрепляющему**" аппарату относятся (пузырно-маточные связки, кардинальные связки, крестцово-маточные связки), к "**подвешивающему**" (круглая связка матки, широкая связка матки, подвешивающая связка яичника (воронко-тазовая связка), собственная связка яичника).



Физиологическое положение половых органов обеспечивается несколькими факторами:

- наличием связочного аппарата матки (подвешивающего, фиксирующего и поддерживающего);
- собственным **тонусом половых органов**, который обеспечивается уровнем половых гормонов, функциональным состоянием нервной системы, возрастными изменениями;
- **взаимоотношением между внутренними органами** и согласованным функционированием диафрагмы, брюшной стенки и тазового дна.

Пролапс гениталий - это опущение и/или выпадение внутренних половых органов у женщин: матки, придатков и влагалища.

По сути, это не заболевание, а состояние, при котором внутренние половые органы находятся в **аномальном положении относительно анатомических ориентиров в малом тазу**. При развитии данного недуга отмечается опущение придатков, матки, а также влагалища

МКБ

- N81.2 Неполное выпадение матки и влагалища
- N81.3 Полное выпадение матки и влагалища
- N81.4 Выпадение матки и влагалища неуточнённое

Эпидемиология

Опушение и выпадение матки и влагалища происходят при ослаблении тазовой диафрагмы и связочного аппарата.

- В структуре гинекологической заболеваемости на долю опущений и выпадений половых органов приходится от **10% до 28%**.
 - От **2,9 до 53 %** женщин отмечают те или иные проявления ПГ.
 - Чаще всего такие изменения анатомического расположения органов встречаются у женщин старше 40 лет, хотя иногда бывают и в 25-30-лет.
 - До 47% больных пролапсом тазовых органов – это женщины трудоспособного возраста. По данным исследования Women's Health Initiative Study, среди 16 616 женщин перименопаузального возраста частота выявления маточного пролапса составила 14,2 %, цистоцеле – 34,3 %, ректоцеле – 18,6 % .
 - В большинстве случаев ПГ протекает практически бессимптомно, что свидетельствует о его большей распространенности в популяции . Однако при наличии симптомов ПГ каждая 5-я женщина имеет риск быть прооперированной к 80 годам по поводу ПТО либо недержания мочи.
- Опушение половых органов развивается медленно, приводит к развитию осложнений и возникновению сопутствующих заболеваний.**

Заболевание нередко начинается в репродуктивном возрасте и носит прогрессирующий характер.

По мере развития процесса углубляются функциональные нарушения, которые, часто наслаиваясь друг на друга, вызывают не только физические и моральные страдания, но **и делают больных частично или полностью нетрудоспособными**

Причины пролапса гениталий

- ✓ Вынашивание ребенка, роды (разрывы промежности; наложение акушерских щипцов, извлечение плода за тазовый конец);
- ✓ Тяжелый физический труд, особ. в послеродовом периоде;
- ✓ Ожирение;
- ✓ Нарушение иннервации мышц мочеполовой диафрагмы
- ✓ Spina bifida с параличом III и IV крестцовых нервов — опущение влагалища и матки в детском возрасте;
- ✓ Хронический кашель курящих женщин;
- ✓ Неправильное положение (ретрофлексия) матки;
- ✓ Врожденные дефекты (пороки) тазовой области;
- ✓ Наследственная слабость мышц;
- ✓ Ослабление мышц вследствие перенесенных операций (радикальной вульвэктомии);
- ✓ Рассеяный склероз;
- ✓ Заболевания соединительной ткани

Тесные анатомические связи между стенкой влагалища, мочевым пузырем и прямой кишкой способствуют тому, что происходит сочетанное опущение органов.

Так, проктологические осложнения развиваются **у каждой третьей** больной с вышеуказанной патологией

Уродинамические нарушения наблюдаются **у каждой второй** больной с опущением и выпадением внутренних половых органов

Патогенез ПГ

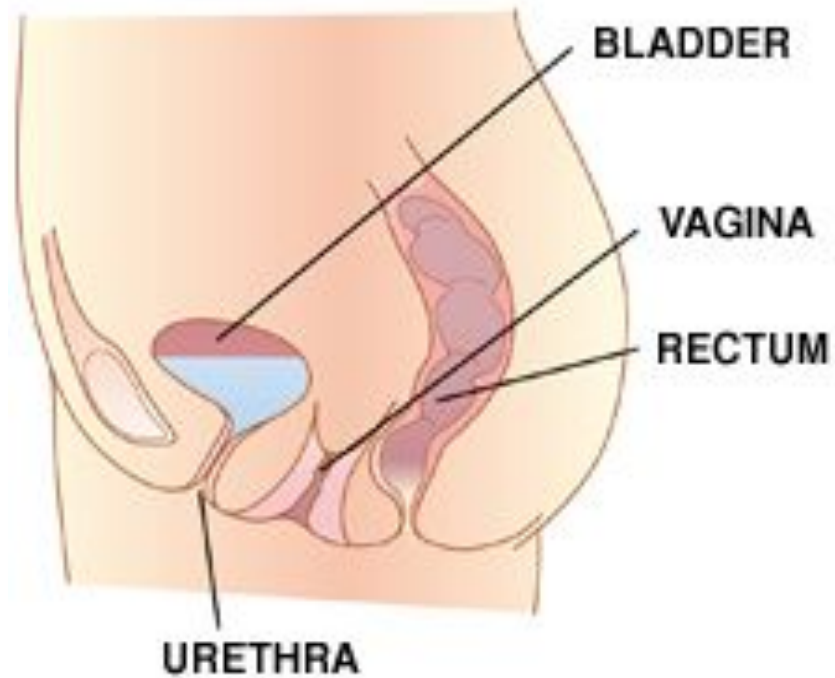
Основная причина генитального пролапса - разрыв тазовой фасции

вследствие патологии соединительной ткани под действием различных факторов, включая несостоятельность мышц тазового дна и повышенное внутрибрюшное давление.

В результате опущения или выпадения органов происходит нарушение совместного действия мышц, относящихся к брюшной полости. Мышцы теряют способность удерживать кишечник, матку с придатками в обычном состоянии, опущенные органы начинают давить на нижележащие отделы и тазовое дно.

Постепенно половые органы смещаются вниз. Связки, на которых подвешены внутренние половые органы сильно растягиваются, как и сосуды. Из-за этого происходит нарушение кровообращения и лимфообращения в половых органах, наступает застой крови и лимфы.

Виды пролапса гениталий

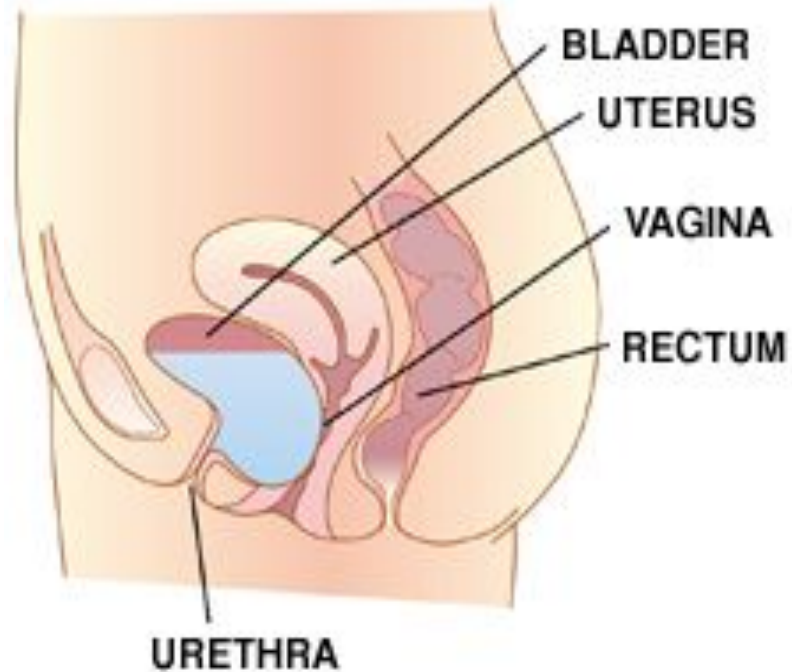


Пролапс свода влагалища

После удаления матки (предшествующая операция), купол, или верхняя часть влагалища, ослабевает и провисает во влагалище.

Для женщин, которые перенесли гистерэктомию (удаление матки), поддерживающая функция удалённой матки утрачивается и пролапс развивается в следствие провисания верхней части влагалища в его просвет.

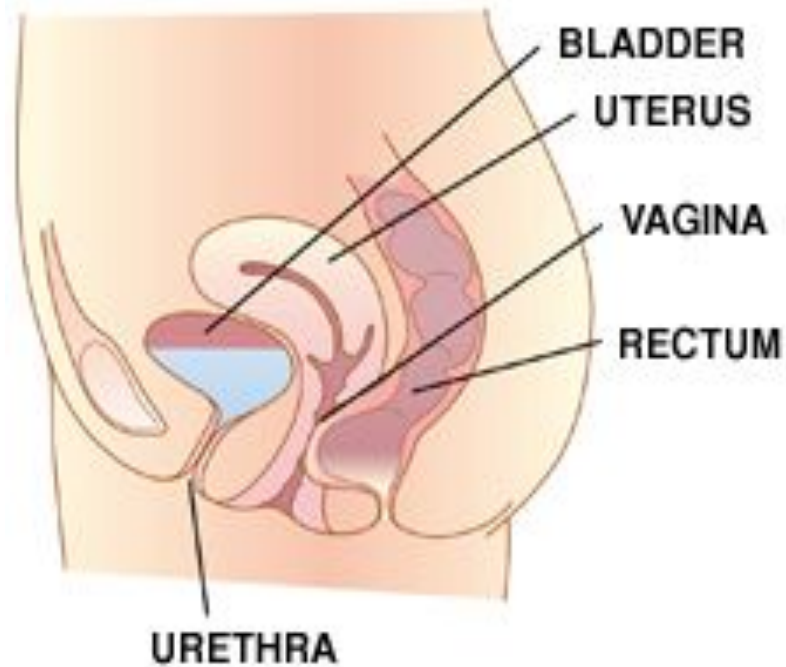
Виды пролапса гениталий



Пролапс мочевого пузыря (цистоцеле)

Мочевой пузырь выпячивается, подобно грыже, в просвет влагалища вместе с его стенкой

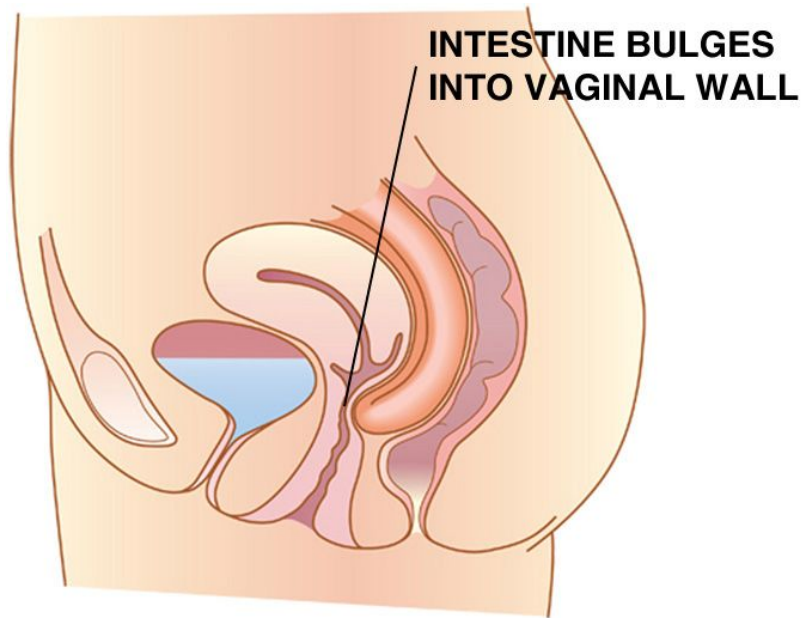
Виды пролапса гениталий



Пролапс прямой кишки (ректоцеле)

Прямая кишка выпячивается в просвет влагалища вместе с его стенкой

Виды пролапса гениталий

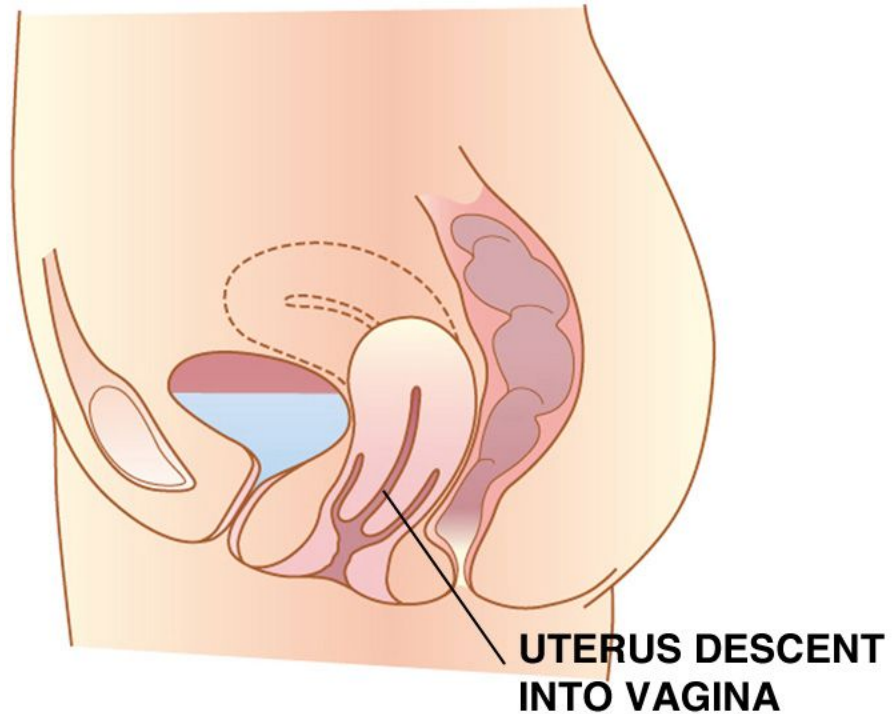


Пролапс тонкой кишки (энтероцеле)

Тонкая кишка пролабирует
(выпячивается подобно грыже) во
влагалище

Энтероцеле происходит, когда тонкая кишка пролабирует (опускается и выпячивается) во влагалище. Энтероцеле может возникнуть со стороны передней, задней стенки влагалища или сверху. На рисунке показано энтероцеле по задней стенке влагалища.

Виды пролапса гениталий



Пролапс матки
(просиденция)
Матка пролабирует
(выпадает) во влагалище

Классификация ПГ



Степени опущения и выпадения влагалища и матки

степень 1 – опущение на половину расстояния до девственной плевы;

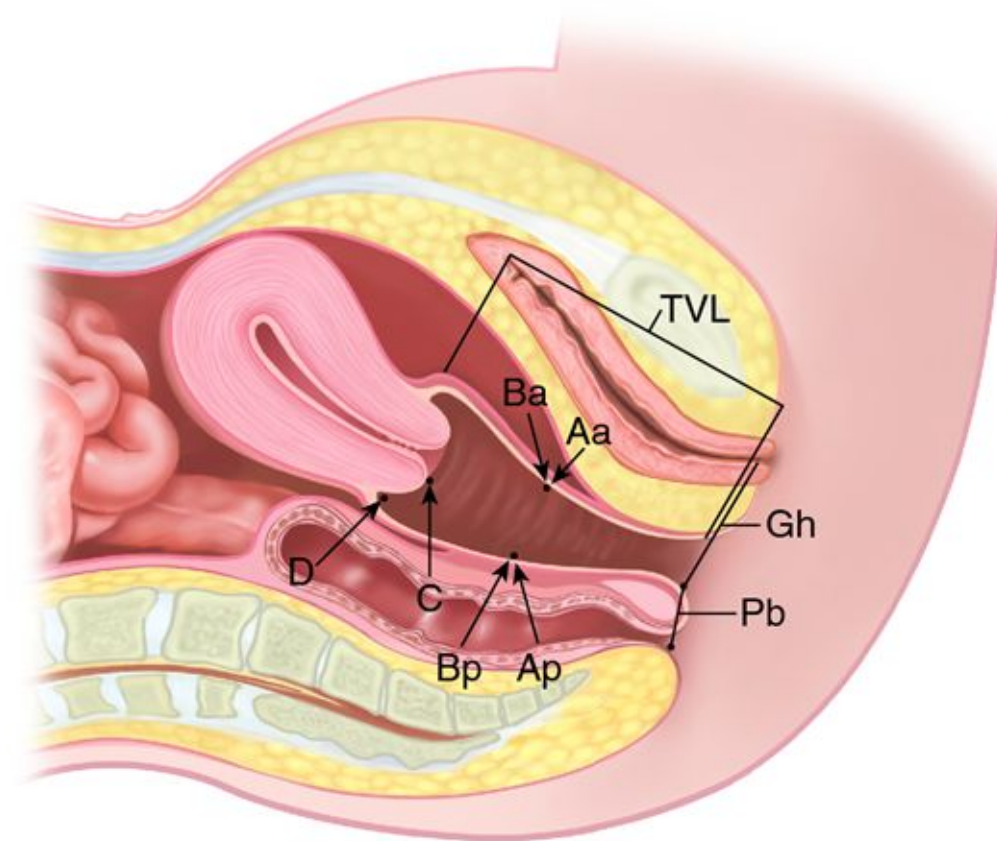
степень 2 – до девственной плевы;

степень 3 – ниже девственной плевы на половину расстояния до девственной плевы;

степень 4 – полное выпадение.

Степень пролапса половых органов по системе **POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification)**

- **анатомическая позиция - Aa (A anterior)** расстояние от гимена до шейки мочевого пузыря в норме 3 см;
- **«Ba» (B anterior)** расстояние от гимена до наиболее выдающейся части передней стенки влагалища в норме не меньше чем 3 см;
- **«Ap» (A posterior)** расстояние от гимена до проекции M. Levator ani на заднюю стенку влагалища в норме не менее 3 см;
- **«Bp» (B posterior)** расстояние от гимена до наиболее выступающей точки задней стенки влагалища выше уровня M. Levator ani, в норме не менее 3см;
- **«C»** расстояние до наиболее дистальной (т.е. ниспадающей) части шейки матки или вершины купола (рубец после гистерэктомии), в норме не меньше 7см;
- **«D»** локализуется в заднем своде (карман Дугласа) у женщин, имеющих шейку матки, в норме не мене 9см.



Source: Barbara L. Hoffman, John G. Schorge, Karen D. Bradshaw, Lisa M. Halvorson, Joseph I. Schaffer, Marlene M. Corton: Williams Gynecology, 3rd Edition: www.accessmedicine.com
Copyright © McGraw-Hill Education. All rights reserved.

Степень пролапса половых органов по системе **POP-Q** (**Pelvic Organ Prolapse Quantification**)

Стадия 0 - нет пролапса.

Стадия I - Наиболее дистальная часть пролапса **>1 см** выше
гимена

Стадия II - наиболее дистальная часть пролапса **<1 см**
проксимальнее или дистальнее гимена (значение > -1 , но $< +1$
см).

Стадия III - наиболее дистальная часть пролапса **>1 см**
дистальнее гименальной плоскости, но не более чем TVL - 2 см

Стадия IV - полное выпадение. Наиболее дистальная часть
пролапса выступает более чем TVL - 2 см.

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, выбухающее из половой щели.**

Клинические симптомы ПГ

Заболевание медленно прогрессирует

- Тянущие боли внизу живота, пояснице и крестце;
- Чувство инородного тела во влагалище;
- Диспареуния;
- Нарушения мочеиспускания (подтекание мочи, прерывистая струя или слабый напор) и дефекации;
- Боль, чувство давления, чувство раздражения во влагалище, кровяные выделения или кровомазание;
- Выпадение стенки влагалища или матки (ее части);

Клинические симптомы ПГ

Заболевание медленно прогрессирует

- Зияние половой щели при осмотре;
- Ухудшение симптомов в положении стоя в конце дня;
- Трудности с введением тампонов;
- Рецидивирующие инфекции мочевых путей (при цистоцеле)

Диагностика ПГ

- **общеклиническое исследование** (анамнез, осмотр больной, лабораторные анализы)
- **специальные методы** (цистоскопия, ректороманоскопия, комплексное уродинамическое исследование – КУДИ, методы лучевой диагностики: рентгенологические, ядерно-магнито-резонансная томография – ЯМР, ультразвуковые – УЗИ, функциональные исследования прямой кишки – сфинктерометрия, проктосцинтиграфия, профилометрия прямой кишки).

Диагностика ПГ

- **общеклиническое исследование** (анамнез, **осмотр** больной, лабораторные анализы)

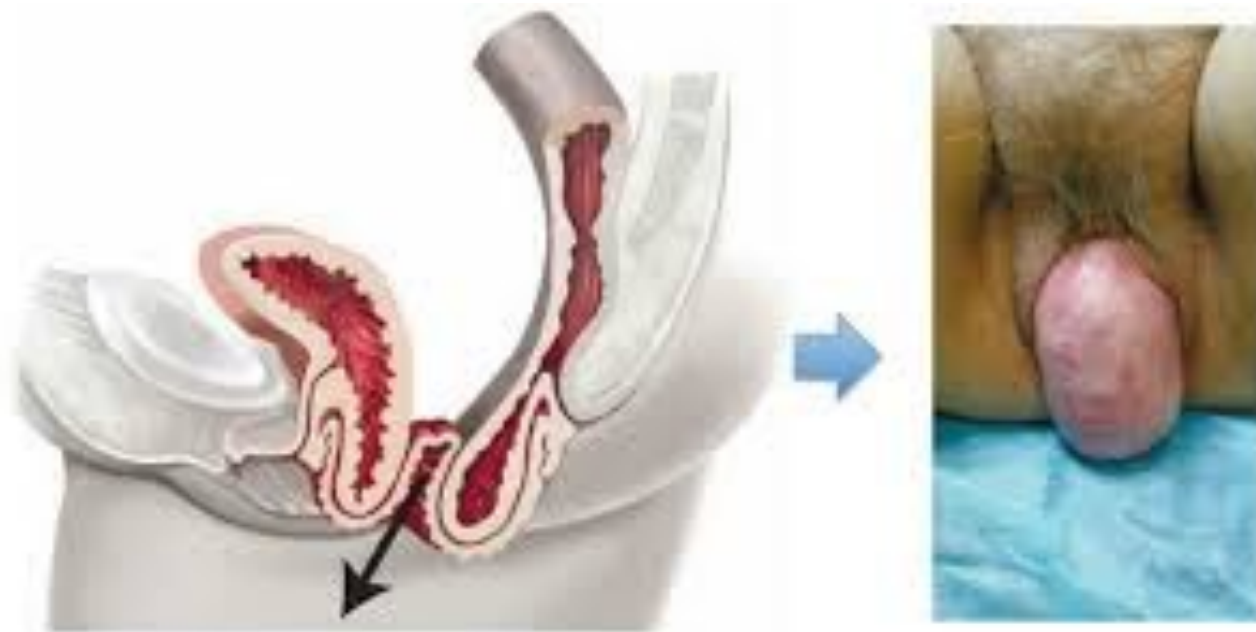


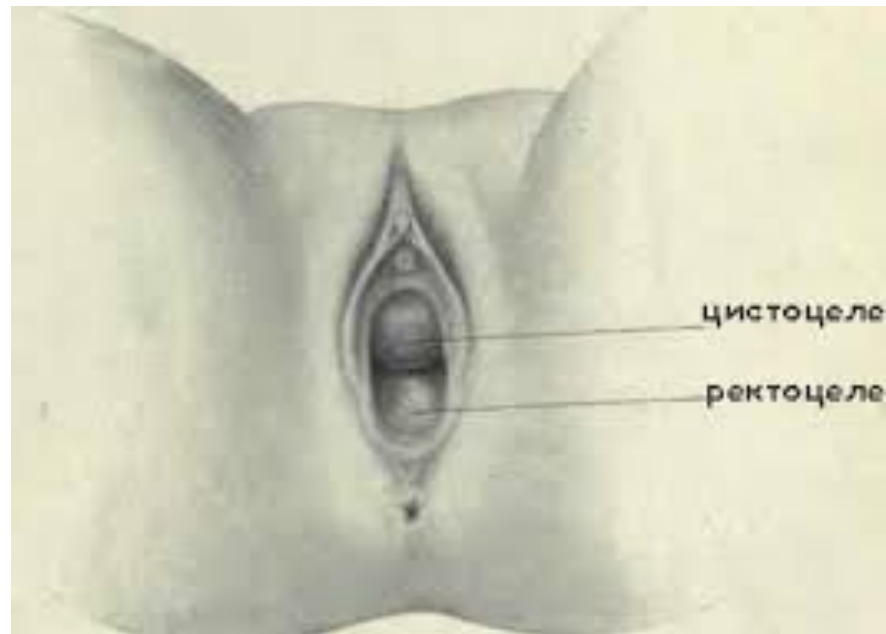
Рис. 18. Опушение (слева) и выпадение (справа) купола влагалища.

Диагностика ПГ

- **Проба Вальсальвы** (проба с натуживанием): женщине на кресле предлагают сделать глубокий вдох и, не выдыхая, потужиться – при ПГ явления опущения становятся более выраженными, а при недержании мочи – из уретры появляется моча;
- **Кашлевая проба:** женщине с полным мочевым пузырем предлагают покашлять 3-4 раза, повторив три кашлевых толчка. Проба положительная при подтекании мочи при кашле (несостоятельность внутреннего сфинктера уретры).

Диагностика ПГ

Специальные приёмы направлены на определение состояния мочеполовой диафрагмы:



- Цистоцеле определяют по степени выбухания в переднюю стенку влагалища; введённого в мочеиспускательный канал металлического катетера
- Ректоцеле определяют пальцевым исследованием прямой кишки

Дифференциальная диагностика ПГ

- Киста влагалища;
- Выворот матки;
- Родившийся миоматозный узел;

Лечение ПГ



Консервативное

Хирургическое

Общие мероприятия

- Амбулаторное ведение, госпитализация при проведении хирургического лечения;
- Необходимо избегать чрезмерной физической нагрузки и поднятия тяжестей;
- Диета, направленная на профилактику запоров.

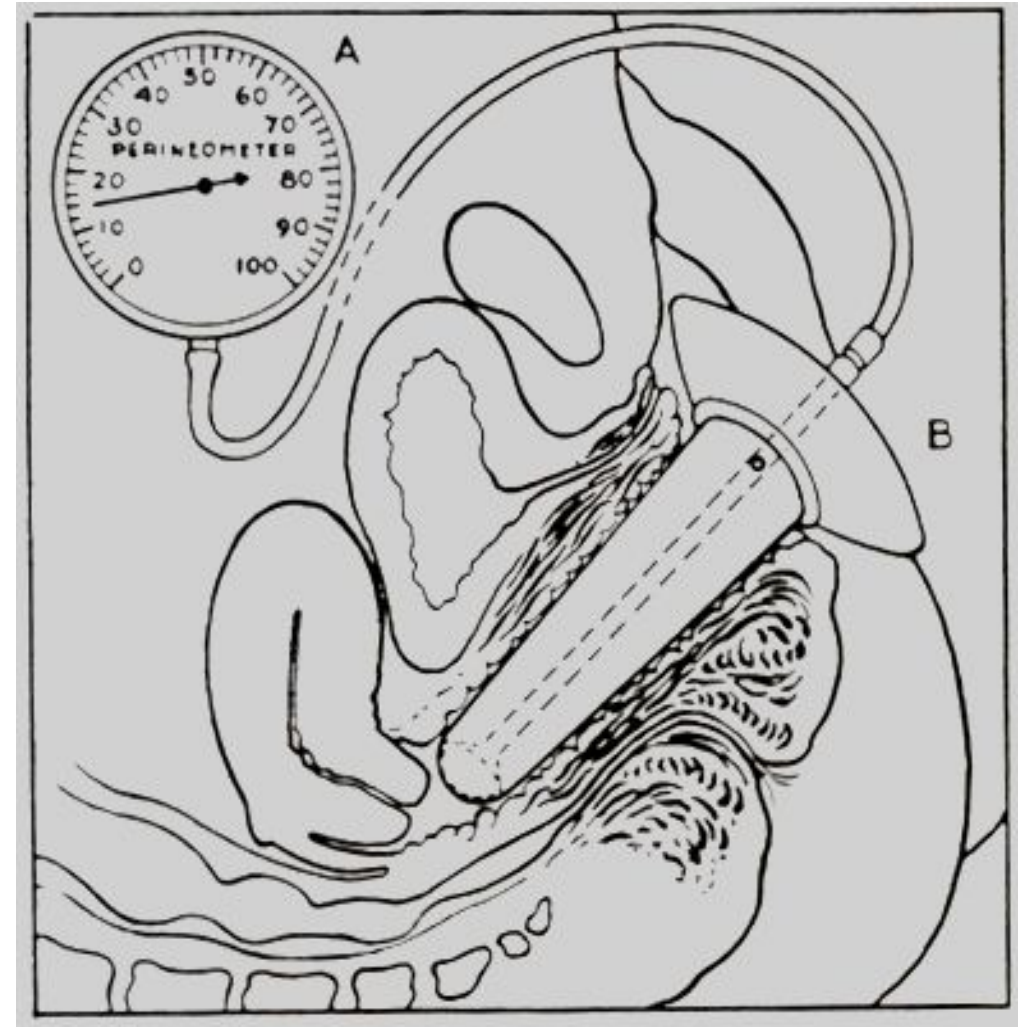
Консервативное лечение

- Физические упражнения для укрепления тазового дна и брюшного пресса, например **упражнения Кегеля**
- Ношение бандажа, применение pessaries, маточных колец
- Заместительная терапия эстрогенами улучшает кровоснабжение влагалища и может укрепить связочный аппарат внутренних половых органов.

Упражнения Кегеля

Dr. Arnold Kegel, 1948

А.Кегель в 1950г. изобрел и использовал первый в мире инструмент («Промежнонмометр») измерения обратной связи в биологических объектах, позволяющий объективно определять силу напряжения мышц промежности.



Kegel A. Am. J. Obst. & Gynec. Aug 1948 "Progressive Resistance Exercise in the Functional Restoration of the Perineal Muscles."

Упражнения Кегеля

10-12 раз в день

«вдох-выдох», «ягодичный мостик», «танец бедер»



Комплекс Юнусова



Комплекс упражнений при опущении матки

Эффективность консервативной терапии на ранних стадиях ПГ

- тренировки мышц тазового дна имеют доказанную эффективность в предотвращении прогрессирования заболевания и даже уменьшении степени пролапса у 17% пациенток;
- снижение выраженности симптомов со стороны мочевого пузыря и кишечника достигается у 40-60% пациенток;
- отсутствие прогрессирования более чем у 94%;
- эффективность применения pessaries в лечении пролапсов по данным РКИ составляет 60%, по данным когортных исследований 92%.

Хирургическое лечение ПГ

Выбор доступа и способа хирургического вмешательства у пациенток с опущением и выпадением половых органов определяется:

- степенью опущения внутренних половых органов;
- наличием сопутствующей гинекологической патологии и ее характером;
- возможностью и необходимостью сохранения или восстановления детородной, менструальной функций;
- особенностями нарушения «функции толстой кишки и сфинктера прямой кишки, возрастом больных;
- сопутствующей экстрагенитальной патологией, степенью риска хирургического вмешательства и анестезиологического пособия.

Оперативное лечение у больных с ПГ должно быть основано на следующих принципах:

- **широкое применение малоинвазивных методов хирургического лечения** (лапароскопического, вагинального, пункционного чрезкожного, а также комбинированного вагинолапароскопического доступа;
- **коррекция функциональных расстройств смежных органов** (мочевого пузыря, уретры и прямой кишки), а также расстройств, связанных с дислокацией стенок влагалища (диспареунии);

Оперативное лечение у больных с ПГ должно быть основано на следующих принципах:

- **создание нормальных анатомических взаимоотношений** между внутренними половыми органами, нижними мочевыми путями, дистальной частью прямой кишки и структурами тазового дна;
- **использование хирургических технологий**, имеющих максимально **низкое число рецидивов** и лучшие функциональные результаты;

Оперативное лечение у больных с ПГ должно быть основано на следующих принципах:

- **широкое использование современных синтетических материалов** с учетом несостоятельности собственной соединительной ткани;
- **по возможности одномоментная коррекция** всех выявленных анатомических и функциональных расстройств

Хирургическое лечение ПГ

Показания: II-IV степень опущения, неэффективность консервативного лечения I степени.

Виды оперативного вмешательства:

Операции с доступом через переднюю брюшную стенку, направленные на коррекцию неправильного положения матки и укрепление связочного аппарата, в **настоящее время не применяют** из-за низкой эффективности.

Влагалищные операции направлены на укрепление тазового дна:

- **Передняя и задняя пластика влагалища и леваторопластика** показаны при опущении матки и влагалища II-III степени у женщин любого возраста;
- **Срединная кольпорафия (операция Лефбра-Нойгебауера)** Показания: полное выпадение матки у пожилых женщин, не живущих половой жизнью и не имеющих патологических изменений шейки матки, а также нарушений мочеиспускания и дефекации.
- **Влагалищная экстирпация матки.** Показания: полное или неполное выпадение матки с выворотом влагалища у пожилых пациенток.

Одновременно проводят оперативное лечение цистоцеле и/или ректоцеле.

Хирургическое лечение ПГ

Для женщин детородного возраста:

- При опущении и неполном выпадении матки в молодом возрасте у рожавших женщин может быть проведена **манчестерская операция**, включающая переднюю пластику, ампутацию шейки при ее элонгации, укорочение кардинальных связок матки, кольпоперинеопластику;
- При выпадении матки и влагалища у женщин детородного возраста применяют операцию, включающую **переднюю пластику**, кольпоперинеопластику и **укорочение круглых связок матки** по методу Дартига — Вебстера (основным этапом операции является фиксация петель, образованных правой и левой круглыми связками матки, к задней поверхности матки).
- **Вагинальная экстраперитонеальная кольпопексия** (операция TVM — transvaginal mesh) — система полного восстановления поврежденной тазовой фасции с **помощью синтетического протеза**. Наиболее универсальна и удобна в применении система восстановления тазового дна Gynecare prolift. В зависимости от локализации дефекта процедура может быть выполнена в виде реконструкции переднего или заднего отделов или полного восстановления тазового дна.

Рецидивы пролапса гениталий чаще встречаются у пациенток после неадекватной коррекции переднего отдела тазового дна (до 60% всех осложнений в этом отделе возникают после передней кольпоррафии).

При использовании сетчатых материалов эффективность операции повышается в 3,5 раза.

Осложнения ПГ

- Ущемление и отёк выпавшей матки
- Пролежень слизистых оболочек влагалища и шейки матки
- Инфицирование
- Ущемление петель кишечника.

Больная 55 лет, обратилась с жалобами на постоянные тянущие боли внизу живота, затруднённое мочеиспускание, ощущение «инородного тела» во влагалище. Указанная симптоматика усугубляется при движении, подъёме тяжести, кашле. В анамнезе: 1 роды крупным плодом, осложнившиеся разрывом промежности 2 степени, 2 аборта без осложнений, соматически не отягощена. Постменопауза 4 года. При гинекологическом осмотре: наружные половые органы развиты правильно, половая щель зияет. Имеется расхождение ножек леваторов. При натуживании за пределами вульварного кольца определяется тело матки, элонгированная и гипертрофированная шейка матки, передняя и задняя стенки матки опущены.

1. Диагноз?
2. Лечение.

Больная, 65 лет обратилась с жалобами на тянущие боли внизу живота и пояснице, нарушение мочеиспускания, чувство инородного тела в области промежности. Менопауза 15 лет. В прошлом страдала климактерическим синдромом. Симптомы его купировались, но прогрессировали нарушения при мочеиспускании и болевой синдром.

При осмотре: половая щель зияет, за пределы её выделяется удлиненная, гипертрофированная шейка матки, признаки опущения стенок влагалища, преимущественно передней. При пальпации через вывернутую стенку влагалища определяется цистоцеле (опущение стенок мочевого пузыря) и шейка матки.

- **Предварительный диагноз**
- **Предложите метод(ы) лечения**

Больная, 68 лет наблюдается в женской консультации с жалобами на нарушение мочеиспускания; при напряжении, ходьбе – ощущение инородного тела в области промежности, тянущие боли в пояснице, иногда – скудные кровянистые выделения из половых путей.

В анамнезе 3 родов, 2 аборта. Страдает варикозным расширением вен нижних конечностей; имеет пролапс митрального клапана (ПМК) без регургитации и сердечной недостаточности.

При осмотре: половая щель зияет, за пределы её выделяется удлиненная, гипертрофированная шейка матки с декубитальной язвой, выраженные признаки опущения стенок влагалища, преимущественно передней: с цистоцеле. При просьбе потужиться, за пределы половой щели выделяется мешок из вывернутых стенок влагалища вместе с маткой; это определяется пальпаторно. Мешок легко вправляется, что уменьшает болевые ощущения.

- **Поставьте предварительный диагноз**
- **Предложите метод терапии**