

# Клиника и диагностика пролапса тазовых органов



M. obtura-  
torius

M. levator  
ani  
(Pars  
iliaca)

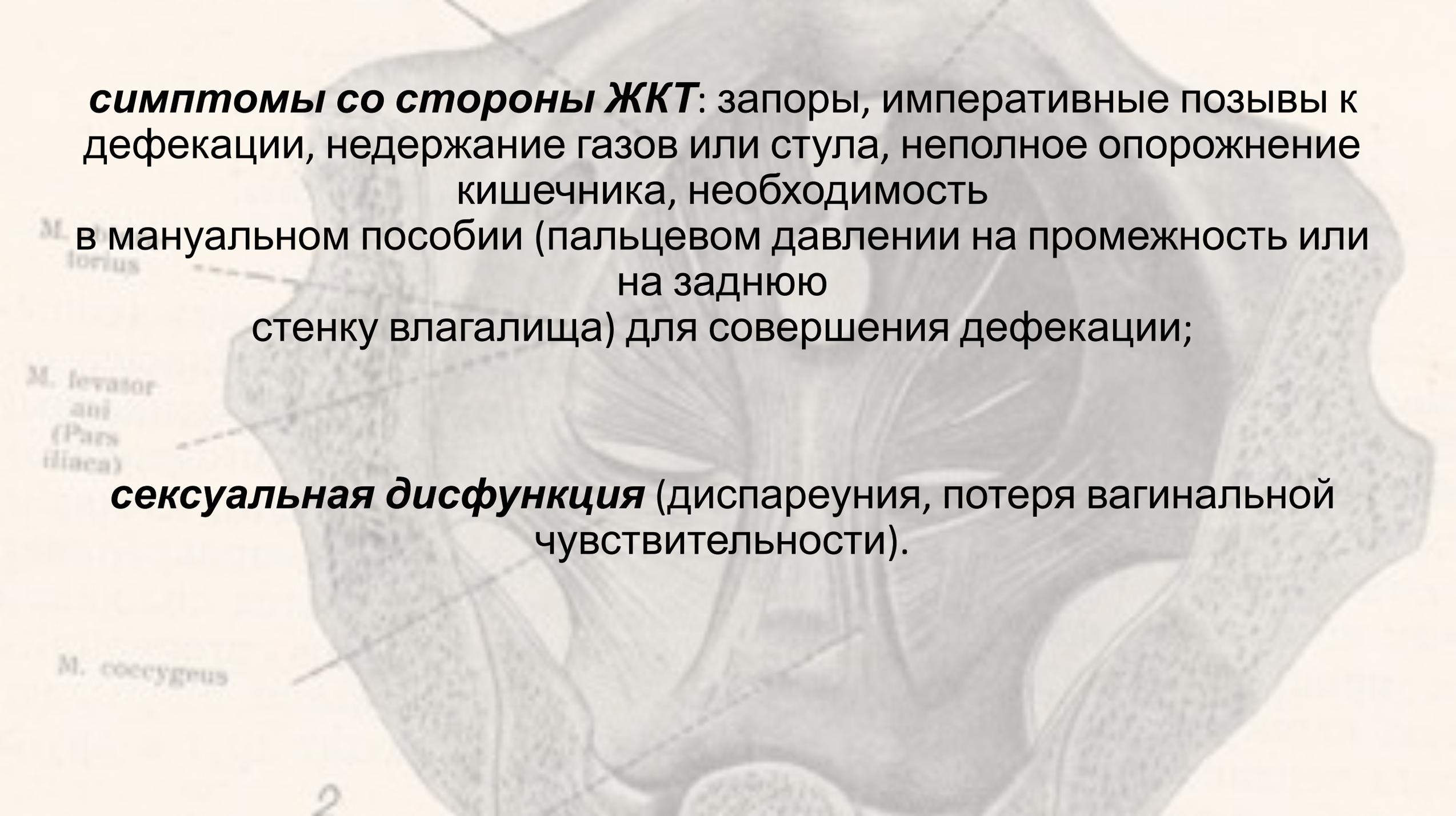
M. coccygeus

Выполнила:  
студентка 5 курса 6 группы  
лечебного факультета  
Рыщук Анастасия Андреевна

# Клиническая картина

**местные симптомы со стороны влагалища:** ощущения давления, тяжести во влагалище, выпячивания/протрузии, инородного тела, а также выделения (при наличии изъязвления пролабируемой слизистой оболочки влагалища)

**симптомы со стороны мочевых путей:** симптомы накопления мочи (недержание мочи, поллакиурия, императивное недержание), симптомы опорожнения (затрудненное мочеиспускание, продолжительное мочеиспускание, необходимость в мануальном пособии для опорожнения, в смене положения тела для начала мочеиспускания или его окончания), постмикционные СИМПТОМЫ.



***симптомы со стороны ЖКТ:*** запоры, императивные позывы к дефекации, недержание газов или стула, неполное опорожнение кишечника, необходимость в мануальной помощи (пальцевом давлении на промежность или на заднюю стенку влагалища) для совершения дефекации;

***сексуальная дисфункция*** (диспареуния, потеря вагинальной чувствительности).

# Недержание мочи при напряжении

В зависимости от состояния функции удержания мочи всех пациенток, страдающих ПТО, можно разделить на 2 группы – пациентки с жалобами на НМПН (явное недержание мочи) и без симптомов стрессовой инконтиненции (скрытое недержание мочи и отсутствие недержания мочи).

## **Явное недержание мочи**

По наблюдениям ряда авторов, наличие НМПН у пациенток с ПТО отмечается тем, что передняя стенка влагалища, наряду с лобково-шеечной фасцией, осуществляет поддержку шейки мочевого пузыря и уретры. При повышении внутрибрюшного давления происходят дислокация и гипермобильность уретры и, как следствие, развитие НМПН.

## **Скрытое недержание мочи**

У многих пациенток лишь после коррекции ПТО проявляются скрытые расстройства мочеиспускания. Международной ассоциацией урогинекологов (IUGA)

и Международным обществом по удержанию мочи (ICS) в 2010 г. был введен термин

«скрытое НМПН», подразумевающий возникновение НМПН после репозиции пролапса. Частота скрытого недержания мочи в зависимости от метода репозиции

пролапса варьирует в пределах от 6 до 83 % . Скрытое НМПН может проявиться

после коррекции любого отдела тазового дна, в том числе при наличии выраженного

ректоцеле. В настоящее время отсутствует единый стандарт диагностики данной патологии, поэтому целесообразность выполнения данного теста также остается под вопросом в связи с получением ложноположительных результатов.

**Гиперактивный мочевой пузырь.**

# Диагностика

Анамнез:

- особенности течения родов
- наличие экстрагенитальных заболеваний, которые могут сопровождаться повышением внутрибрюшного давления
- перенесенные операции.

M. iliocostalis

M. iliocostalis  
(Pars iliaca)

M. coccygeus

# Общий осмотр

Общий осмотр прежде всего должен быть направлен на выявление маркеров дисплазии соединительной ткани (ДСТ) – аномалии тканевой структуры, проявляющейся в уменьшении содержания отдельных видов коллагена или нарушении их соотношения, что приводит к снижению прочности соединительной ткани многих органов и систем. Тяжесть ПТО находится в прямой зависимости от выраженности проявлений ДСТ на экстрагенитальном уровне. Чем больше выражены проявления

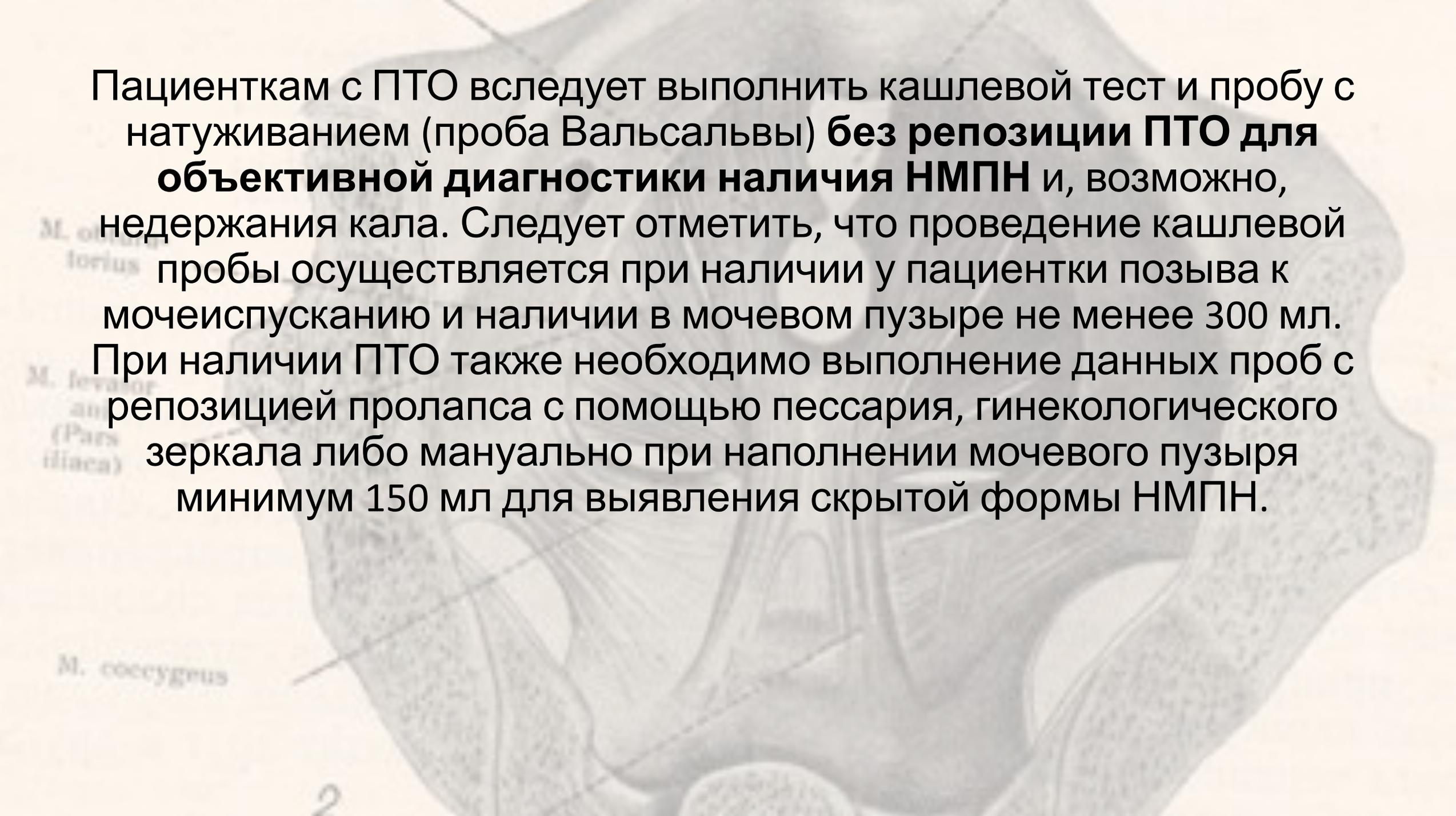
ДСТ, тем раньше и в более тяжелой форме манифестирует ПТО. Характерны ранняя манифестация, молниеносное течение, формирование в течение 3 лет после родов, преобладание тяжелых форм, высокий процент рецидивов, сопутствующая патология тазовых органов, нарушение микроциркуляции в тазовых органах. У таких пациенток отмечаются сопутствующая гипермобильность суставов и пониженное одержание коллагена в стенках влагалища или изменение самой структуры коллагена, которое проявляется в том числе гиперэластозом кожных покровов, варикозной болезнью, образованием грыж передней брюшной стенки, плоскостопием, кифосколиозом.

# Осмотр в гинекологическом кресле

Исследование в гинекологическом кресле является основным этапом обследования пациенток, страдающих тазовыми расстройствами, в частности ПТО. Для визуализации дефекта тазового дна используются зеркала.

При этом необходимо обратить внимание:

- на форму и расположение наружного отверстия уретры, состояние его слизистой оболочки, наличие возможной патологии (пролапс слизистой оболочки уретры, полип уретры, деструкция);
  - состояние слизистой оболочки влагалища, наличие рубцов и деформаций, наличие выделений из влагалища и их характер;
  - состояние передней и задней стенок влагалища в покое и при напряжении, степень опущения;
- состояние шейки матки, ее форму, расположение, подвижность, при отсутствии шейки матки – расположение сводов влагалища;
  - расположение тела матки, его форму, подвижность;
  - состояние мышц тазового дна, наличие дефектов;
- состояние сухожильного центра промежности, его размеры, подвижность.



Пациенткам с ПТО вследует выполнить кашлевой тест и пробу с натуживанием (проба Вальсальвы) **без репозиции ПТО для объективной диагностики наличия НМПН** и, возможно, недержания кала. Следует отметить, что проведение кашлевой пробы осуществляется при наличии у пациентки позыва к мочеиспусканию и наличии в мочевом пузыре не менее 300 мл. При наличии ПТО также необходимо выполнение данных проб с репозицией пролапса с помощью пессария, гинекологического зеркала либо мануально при наполнении мочевого пузыря минимум 150 мл для выявления скрытой формы НМПН.



M. coccygeus



Далее определяют степень силы и эффективность сокращений мышц тазового дна. Для этого просят пациентку сжать мышцы-levatorы ануса вокруг пальца исследующего. Также оценивают состояние кожи промежности, слизистой оболочки влагалища, так как при атрофии эпителия влагалища в результате дефицита эстрогенов, как правило, сочетается с атрофией уретры и окружающих тканей. Также оценивают диаметр входа во влагалище и длину тела промежности (разрывы мягких тканей чаще отмечаются у женщин с низкой промежностью). Для оценки размеров матки и придатков выполняют бимануальное исследование. В заключении осмотра проктологическое исследование, при котором контролируют состояние тонуса и проверяют наличие энтероцеле или ректоцеле.

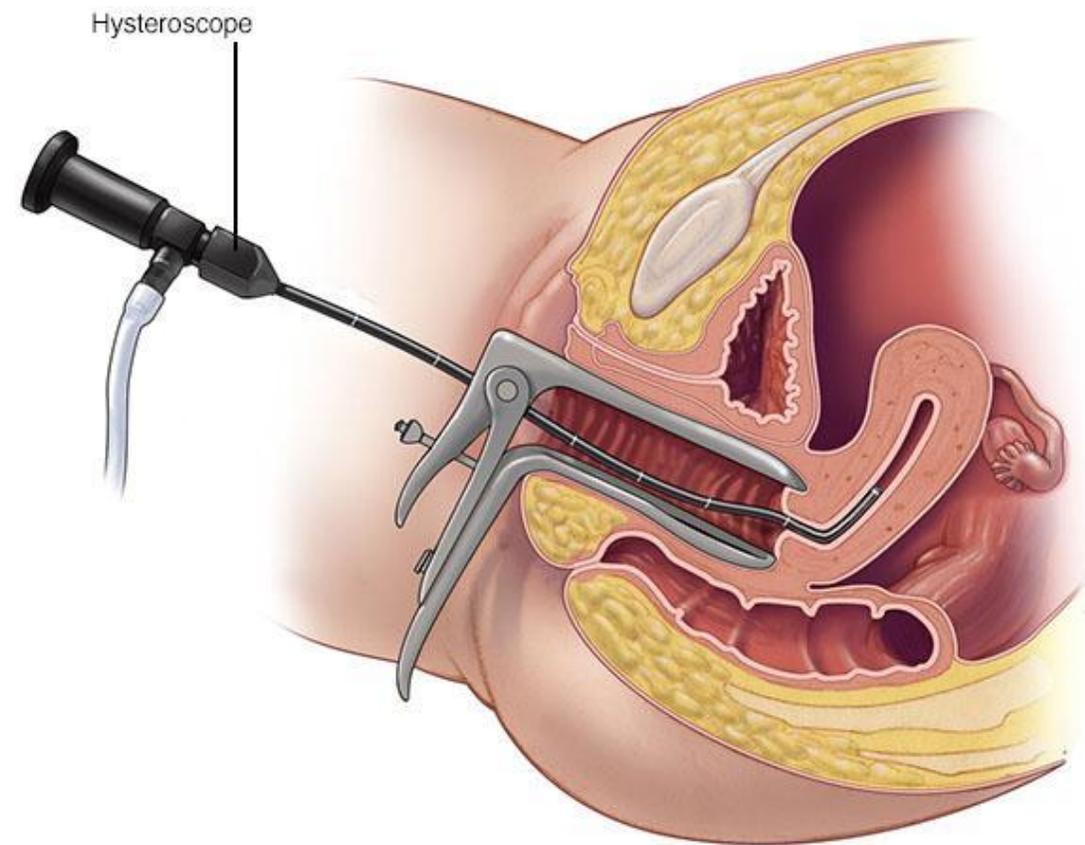


# Дополнительные методы обследования

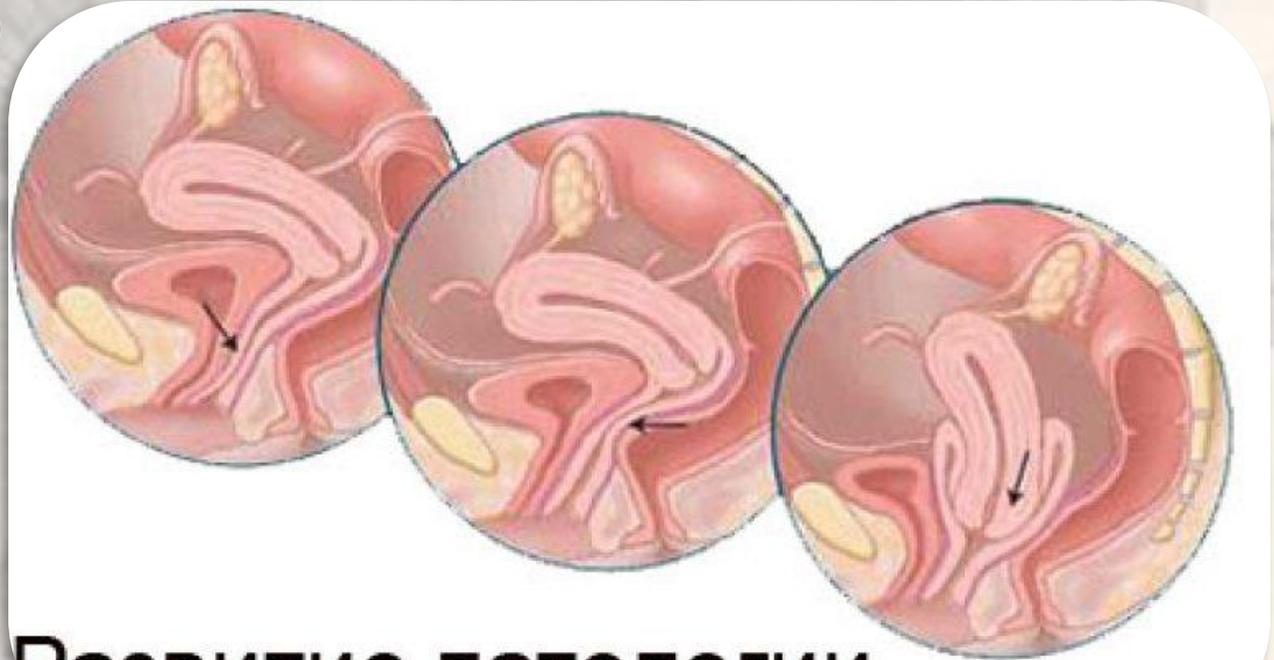
- Проводят трансвагинальное УЗИ органов малого таза. Обнаруженные изменения внутренних половых органов могут повлиять на расширение объема операции.
- Современные возможности ультразвуковой диагностики позволяют получить дополнительные сведения о состоянии сфинктера мочевого пузыря, парауретральных тканей, что необходимо учитывать при выборе метода хирургического лечения.
- УЗИ в оценке уретровезикального сегмента превосходит по информативности цистографию, которую применяют по ограниченным показаниям.



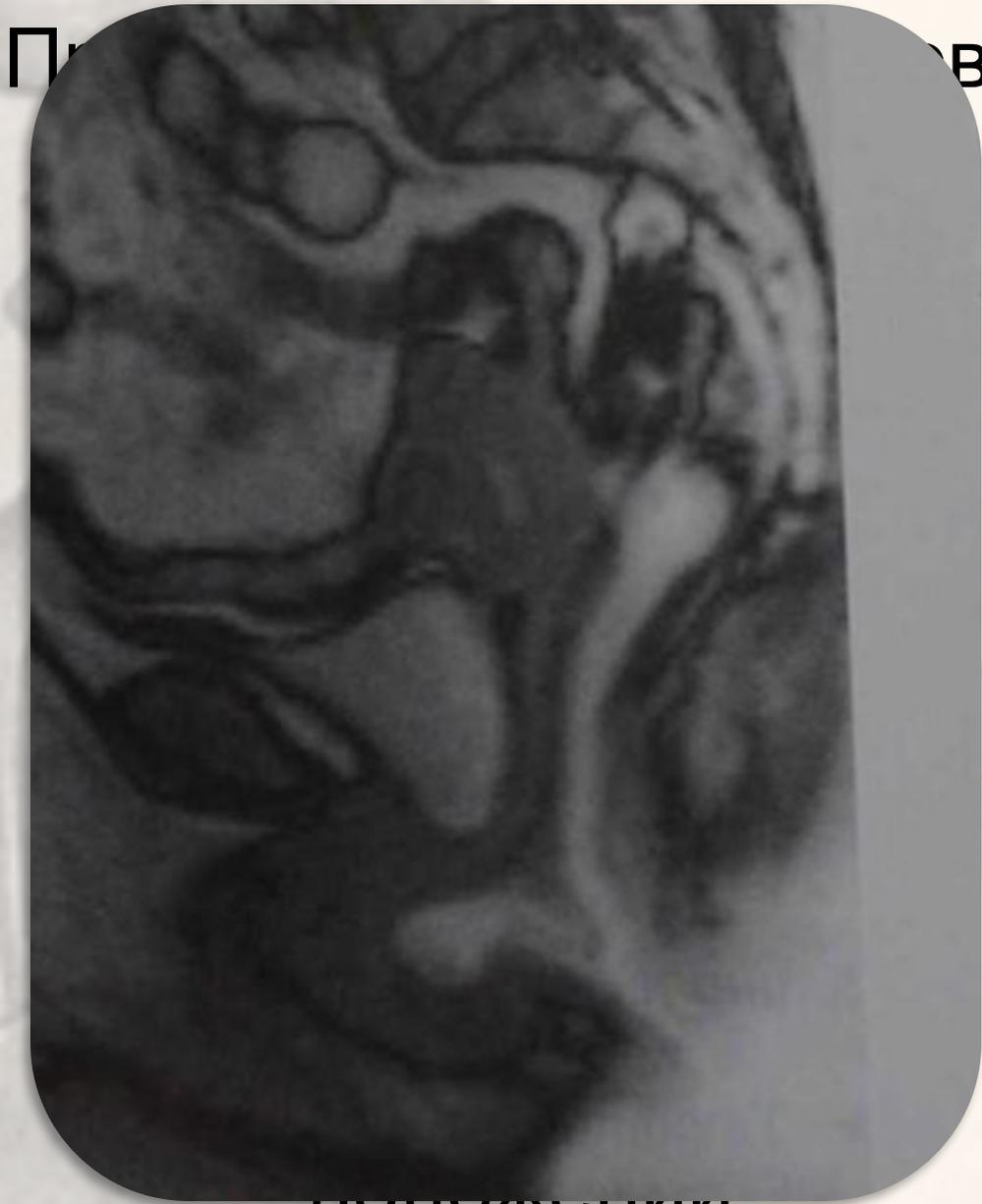
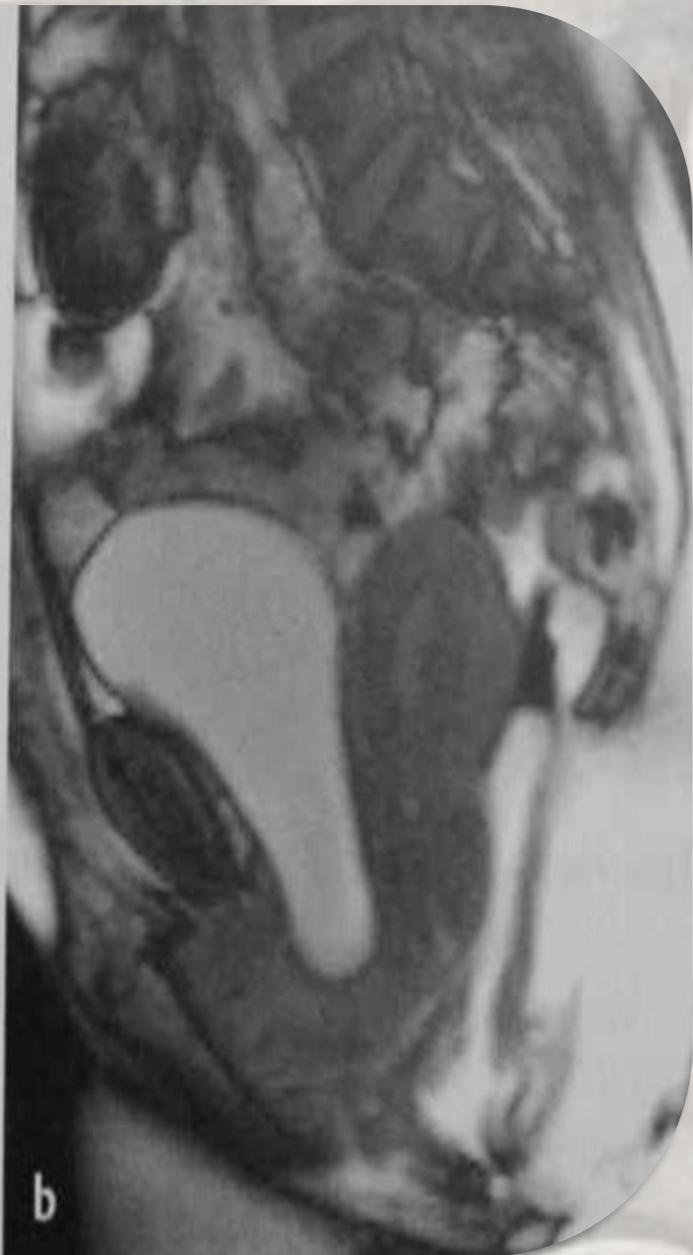
Комбинированное уродинамическое исследование позволяет оценить состояние сократительной способности детрузора, также замыкательной функции уретрального сфинктера. У пациенток с выраженным опущением матки и стенозом влагалища изучение функции мочеиспускания затруднено из-за одновременной дислокации передней стенки влагалища и задней стенки мочевого пузыря за пределы влагалища. Исследование вправленной генитальной грыже значительно искажает результаты, поэтому не обязательно в предоперационном обследовании пациенток с пролапсом тазовых органов. Полость матки, мочевого пузыря, прямой кишки обследуют с применением эндоскопических методов.



При наличии *основных симптомов со стороны ЖКТ* возможно назначение анальной манометрии, дефекографии, эндоанального УЗИ (для выявления дефектов анального сфинктера при недержании кала).



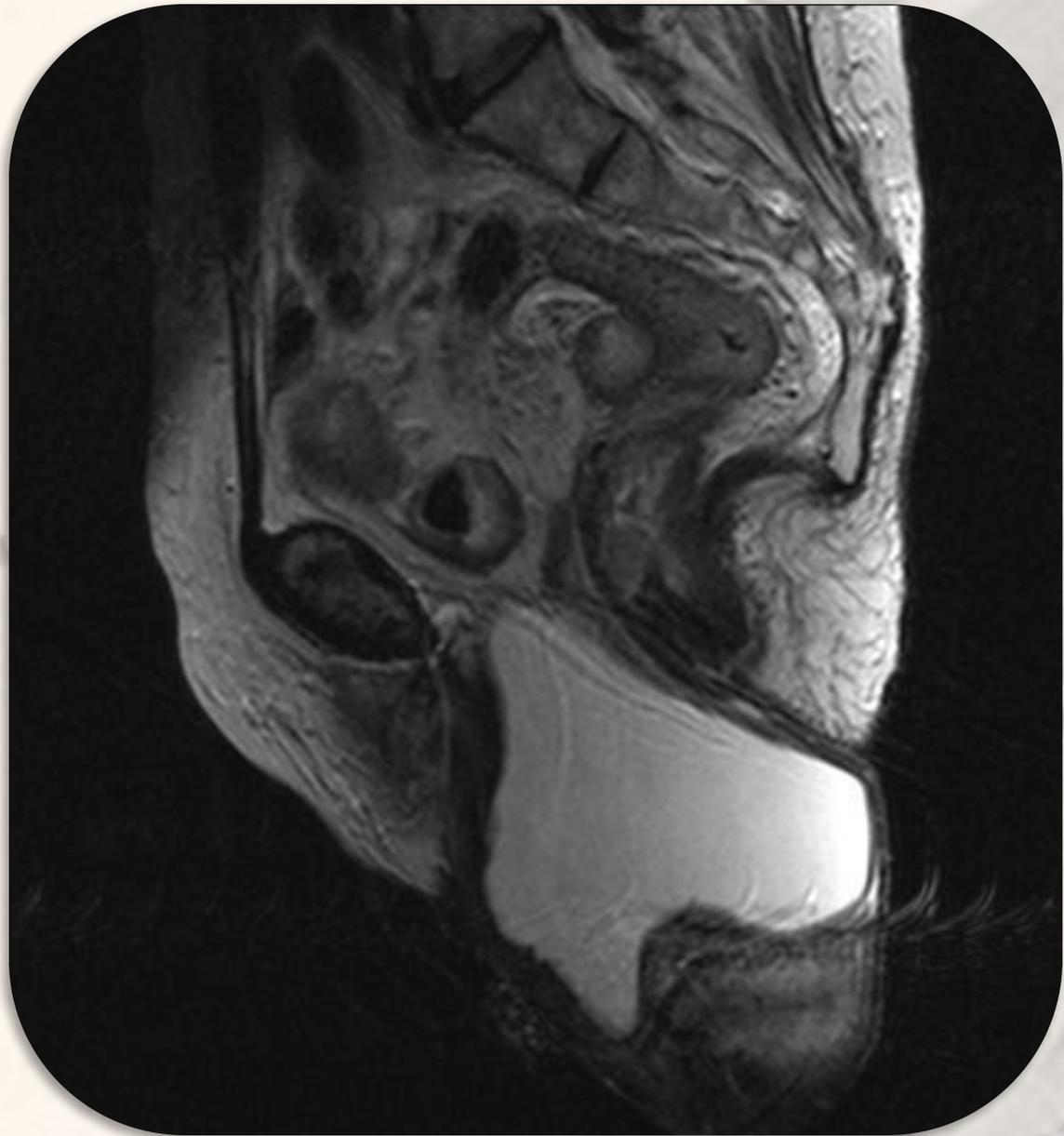
**Развитие патологии**



Пр  
В.

положений.  
Сопутствующее

2



- Н
- Т
- С
- Я
- И
- О