

# ***ПРОЛАПС ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ: ПРИЧИНЫ, СИМПТОМЫ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ***

---

Гайдученко Дарья Станиславовна, клинический ординатор  
ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова»  
Кафедра акушерства и гинекологии  
Федеральный специализированный перинатальный центр

# Понятие генитального пролапса, его актуальность и эпидемиология

- ▣ **Пролапс тазовых органов (ПТО)** – это хроническое состояние, возникающее в результате ослабления мышечно-связочного аппарата органов малого таза, приводящее к опущению стенок влагалища и выпадению матки. При этом параллельно с изменением положения половых органов нарушается расположение и смежных с ними органов, прежде всего мочевого пузыря и прямой кишки.
- ▣ По данным Всемирной организации здравоохранения, в большинстве стран мира продолжительность жизни женщин составляет 77 – 82 года, примерно 1/3 жизни приходится на период менопаузы. Примерно одну из девяти женщин моложе 80 лет оперируют по поводу пролапса гениталий, 30% из них требуются повторные вмешательства. В структуре гинекологических вмешательств операции по коррекции выпадения матки и влагалища занимают 3-е место после вмешательств по поводу доброкачественных опухолей и эндометриоза.



World Health Organization

# Этиология и патогенез заболевания

**Хроническое  
повышение  
внутрибрюшного  
давления**

- тяжелый физ. труд
- запоры
- заболевания органов дыхания

**Гормональный  
дисбаланс**

- пожилой возраст
- дефицит эстрогенов
- атрофические изменения

**Отягощенный  
акушерский  
анамнез**

- рождение крупных детей
- травмы род. путей
- эпизиотомия

**Ослабление общего  
функционального  
состояния  
мышечного и  
соединительнотканн  
ого аппарата  
внутренних и  
наружных гениталий**

**ПТО**

```
graph TD; A[Хроническое повышение внутрибрюшного давления] --> D((ПТО)); B[Гормональный дисбаланс] --> D; C[Отягощенный акушерский анамнез] --> D; E[Ослабление общего функционального состояния мышечного и соединительнотканного аппарата внутренних и наружных гениталий] --> D;
```



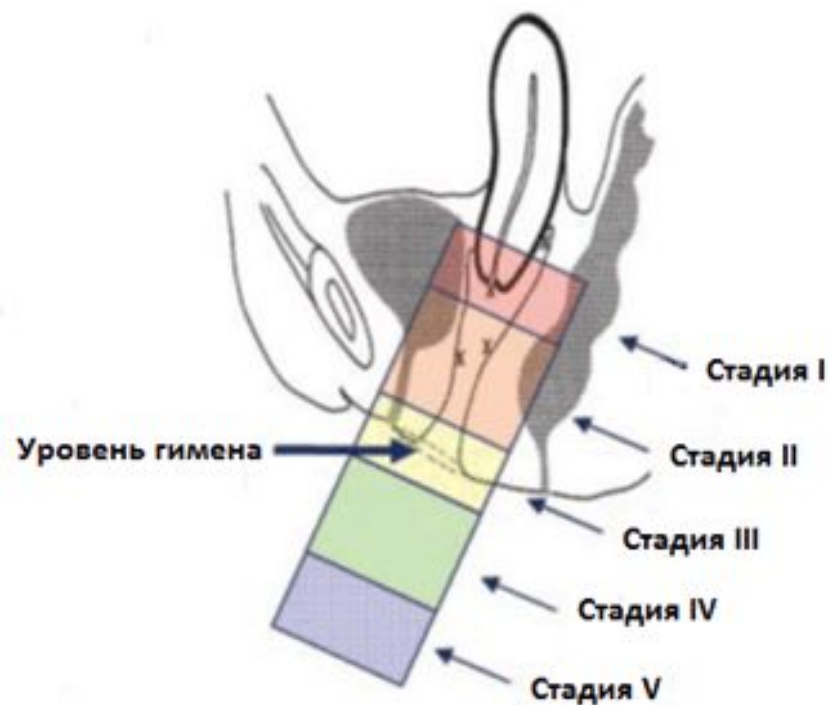
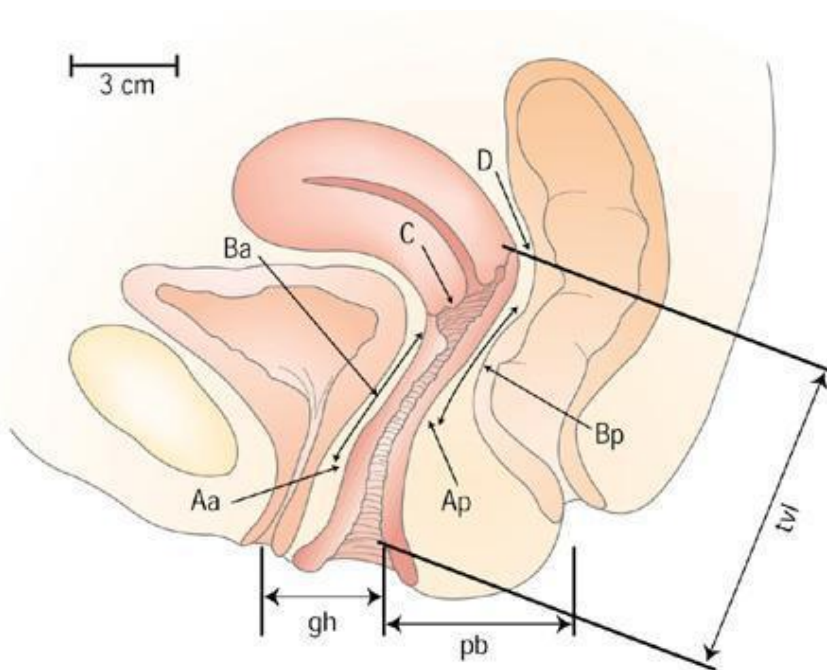
**ДСТ** - генетически обусловленное полиорганное нарушение синтеза коллагена в соединительной ткани всего организма. Именно ткань создает надежную фиксацию мышц промежности, обеспечивая их функциональную полноценность. В свою очередь, нарушение ее структуры ведет к ослаблению тазового дна, поскольку мышцы не могут нормально функционировать без надежной фиксации.

Теория системной ДСТ требует особого изучения, интерес представляет обусловленность ею патогенеза травматических и посттравматических пролапсов, роль фенотипа и наследственных факторов. 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.



## Классификация POP-Q

- рекомендована к использованию в повседневной практике врача-урогинеколога Международным обществом по удержанию мочи (International Continence Society, ICS)



# Клинические формы

- Опушение стенок различной степени
- Элонгация шейки матки
- Неполное выпадение
- Полное выпадение матки (декубитальная язва)
- Цистоцеле
- Цистоуретероцеле
- Ректоцеле
- Энтероцеле

# Опущение стенок влагалища



# Элонгация ш/м и полное выпадение матки





# Декубитальная язва



# Клиническая картина

Группы симптомов	Проявления несостоятельности тазового дна
Местные симптомы со стороны влагалища	Зияние половой щели, ощущение давления, тяжести во влагалище, выпячивания, инородного тела, а также выделения (при наличии изъязвления пролабируемой слизистой оболочки влагалища). Одно из характерных проявлений заболевания – боль внизу живота, спины и в области промежности, особенно усиливающаяся к концу дня и при нахождении в вертикальном положении. Отмечается уменьшение болевого синдрома по мере увеличения стадии ГП.
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 (подкапывание мочи, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря).
Симптомы со стороны ЖКТ	Запоры, императивные позывы к дефекации, недержание газов или стула, неполное опорожнение кишечника, необходимость в мануальном пособии (пальцевом давлении на промежность или на заднюю стенку влагалища) для совершения акта дефекации.
Сексуальная дисфункция	Диспареуния, потеря вагинальной чувствительности, снижение полового влечения, аноргазмия

# Нарушения мочеиспускания при ПТО

## Недержание мочи

- СНМ, или НМ при напряжении
- Императивное (ургентное) НМ, или недержание мочи
- Смешанное НМ – сочетание стрессового и императивного НМ
- Другие виды: ночное НМ, недержание от переполнения и т.д.

## Затрудненное мочеиспускание

- Данный механизм заключается в обструкции мочеиспускательного канала путем его перегиба с опущением дна мочевого пузыря, что характерно для выраженного цистоцеле либо комбинированного пролапса. При этом большинство пациенток склонно к обструктивному типу мочеиспускания с необходимостью мануального пособия.

# Обследование больных с ПТО

*Заполнение дневника мочеиспускания и опросников*

*Гинекологический осмотр, кашлевой тест или проба Вальсальвы*

*Анализ мочи*

*Уретроцистография, УЗИ и МРТ*

*Комплексное уродинамическое исследование (КУДИ)*

# Опросники

- 1. Реестр расстройств со стороны тазового дна (The Pelvic Floor Distress Inventory)**  
состоит из 46 (полная форма) или 20 вопросов (короткая форма) и подразделяется на 3 раздела:
  - **Реестр расстройств, вызванных ПТО (Pelvic organ prolapse distress inventory 6, POPDI-6)**, – для субъективной оценки тяжести симптомов, вызванных ПТО,
  - **Реестр расстройств со стороны нижних отделов ЖКТ (Colorectal-Anal Distress Inventory 8, CARDI-8)** – для субъективной оценки тяжести симптомов дисфункции нижних отделов ЖКТ и
  - **Реестр расстройств мочеиспускания (Urinary Distress Inventory 6, UDI-6)** – для субъективной оценки тяжести симптомов расстройства мочеиспускания. **Тест The Pelvic Floor Distress Inventory** является интегральным показателем из трех перечисленных разделов, в каждом из которых предложено по 4 варианта ответа – от минимальной до максимальной выраженности того или иного симптома.
- 2. Вопросник по оценке влияния симптомов со стороны тазового дна (Pelvic Floor Impact Questionnaire-7 (PFIQ-7))** определяет влияние различных дисфункций тазового дна на психологическую и социальную составляющую качества жизни пациента.
- 3. Вопросник по оценке сексуальной функции у женщин с ПТО и недержанием мочи (Pelvic Organ Prolapse and Incontinence Sexual Function Questionnaire, PISQ).** Вопросник включает 31 вопрос по трем основным разделам половой функции: поведения/эмоций, физиологии и отношений партнеров.

### Шкала оценки расстройств мочеиспускания (UDI -6)

Если у Вас есть проблемы с мочеиспусканием, заполните эту анкету, выбирая наиболее подходящие ответы, отвечая на вопрос: «Отмечали ли Вы...»

Вопрос	Никогда	Редко	Среднее число раз	Часто
1. Учащенное мочеиспускание?	0	1	2	3
2. Недержание мочи, сопровождающееся императивным позывом?	0	1	2	3
3. Подтекание мочи, связанное с физической активностью, кашлем, чиханием?	0	1	2	3
4. Подтекание небольшого количества мочи (по каплям)?	0	1	2	3
5. Трудности при опорожнении мочевого пузыря?	0	1	2	3
6. Боль или дискомфорт внизу живота или в области половых органов?	0	1	2	3

Подсчитайте сумму баллов \_\_\_\_\_

# Методы лечения

## Консервативные

- изменение образа жизни (снижение массы тела, физической активности, связанной с повышением внутрибрюшного давления, лечение запоров)
- тренировка мышц тазового дна (эффективность физических упражнений для укрепления мышц тазового дна (упражнений Кегеля) доказана в отношении профилактики и лечения патологии недержания мочи)
- методом «выбора» являются

## Хирургические

- направленные на укрепление тазового дна с использованием собственных тканей (передняя кольпорафия, кольпоперинеолеваторопластика);
- направленные на укрепление фиксирующего аппарата матки (кардинальных, крестцово-маточных связок) за счет сшивания их между собой, транспозиции и др. (манчестерская операция);
- с жесткой фиксацией выпавших органов к стенкам таза (к лобковым костям, крестцовой кости, сакроспинальной связке и др.);
- влагалищная экстирпация матки;
- направленные на частичную облитерацию влагалища (срединная кольпорафия Лефора–Нейгебауэра, влагалищно-промежностный клейзис (операция Лабгардта));
- с использованием аллопластических либо синтетических материалов для укрепления связочного аппарата матки и ее фиксации.

# Консервативные методы

## Упражнения Кегеля



## Урогинекологические pessaries



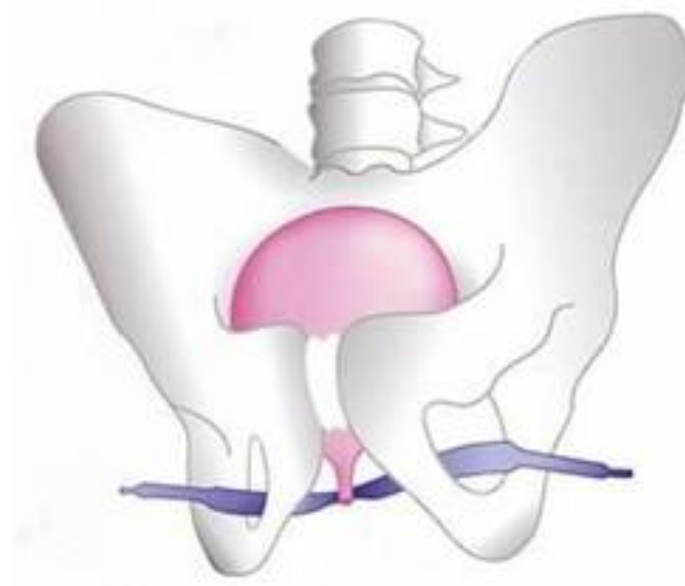


# Хирургические методы

С использованием собственных тканей



С помощью синтетических петель



В отношении проведения нехирургического либо хирургического лечения специалисту следует учитывать следующие ключевые моменты:

- состояние пациентки и ее возраст, длительность заболевания, необходимость сохранения репродуктивной функции, менструальной и сексуальной функций;
- тяжесть клинической картины и ее влияние на качество жизни;
- выбор пациентки в отношении тактики лечения;
- возможность проведения оперативного лечения (наличие противопоказаний, экстрагенитальной патологии);
- наличие других патологических состояний со стороны малого таза, требующих проведения одновременного лечения, включая недержание мочи и кала;

# Профилактика

- Сведение к минимуму воздействие факторов риска (рациональное и бережное ведение родов, отказ от тяжелого физического труда, борьба с запорами и т.д.)
- Снижение массы тела, профилактика гиподинамии, тренировка мышц тазового дна
- Профилактика возрастных атрофических изменений урогенитального тракта на фоне дефицита эстрогенов