

Профілактика генітального пролапсу у жінок у пізній післяпологовий період

С.І. Жук, Є.А. Будченко

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

У статті описаний генітальний пролапс як патологія жіночих статевих органів. Представлені фактори, що зумовлюють виникнення генітального пролапсу у жінок різних вікових категорій. Описані клінічні прояви та обґрунтовані механізми їхнього виникнення. Розглянуті варіанти лікування жінок з генітальним пролапсом різного ступеня тяжкості. Висвітлені дані проведеного дослідження методу профілактики генітального пролапсу у пізній післяпологовий період за допомогою вагінальних конусів Corelax.

Ключові слова: генітальний пролапс, ректоцеле, тазове дно, сполучна тканина, вагінальні конуси.

Пролапс тазових органів – захворювання, що об'єднує групу порушень зв'язкового апарату матки і піхви, які призводять до опущення і випадіння внутрішніх статевих органів. Він проявляється зміщенням внутрішніх статевих органів до вагінального входу або випадінням за його межі [1, 5, 7, 12].

Генітальний пролапс потрібно розглядати як різновид грижі тазового дна, що розвивається у ділянці вагінального входу. У разі ізольованого опущення передньої стінки піхви доречно використовувати термін «цистоцеле», при опущенні задньої стінки – «ректоцеле». Слід зазначити, що пролапс розглядають в аспекті випадіння стінки піхви, а не суміжних органів (сечовий міхур, пряма кишка), які знаходяться за нею, поки вони не будуть точно ідентифіковані за допомогою додаткових методів дослідження [11, 13, 14].

Поширеність пролапсу статевих органів вражає: в Індії це захворювання має, можна сказати, характер епідемії, а в Америці близько 15 млн жінок страждають від цієї недуги. Існує загальноприйнята думка, що генітальний пролапс – хвороба літніх людей. Це зовсім не так, якщо вважати, що зі 100 жінок у віці до 30 років дану патологію діагностують у кожній десятій. У віці від 30 до 45 років її виявляють у 40 випадках зі 100, а після 50 років діагностують у кожній другій жінки [2, 13, 15].

Захворювання, як правило, починається у репродуктивному віці і має завжди прогресивний характер. Причому у міру розвитку процесу поглиблюються і функціональні порушення, які, часто нашаровуючись, зумовлюють не тільки фізичні страждання, але й роблять цих хворих частково або повністю непрацездатними [1, 10, 13].

Основним фактором розвитку цієї патології є підвищення внутрішньочеревного тиску екзо- або ендогенного характеру, а фактором, що зумовлює, – неспроможність тазового дна, у виникненні якої можна виділити чотири основні причини:

- посттравматичні пошкодження тазового дна;
- неспроможність сполучнотканинних структур у вигляді «системної» недостатності;
- порушення синтезу статевих гормонів;
- хронічні захворювання, що супроводжуються порушенням обмінних процесів, мікроциркуляції, раптовим частим підвищенням внутрішньочеревного тиску [8, 11, 12].

Під впливом одного або декількох з перерахованих факторів настає функціональна неспроможність зв'язкового апарату тазового дна.

Окремо слід зупинитися на *синдромі слабкості сполучної тканини*, який діагностують у пацієнок за виявлення декількох з перерахованих нижче особливостей або захворювань:

- астенічна статура,
- відсутність стрий за наявності пологів в анамнезі,
- порушення рефракції,
- м'язова гіпотонія,
- плоскостопість,
- порушення серцевого ритму і провідності,
- вегетосудинна дисфункція,
- сколіоз і кіфосколіоз,
- варикозне розширення вен,
- надмірна рухливість суглобів і схильність до вивихів,
- грижі,
- спланхноптоз,
- доліхосигма і дивертикульоз [6, 9, 10].

Певне значення в діагностиці генералізованої дисплазії має сімейний анамнез – пролапс статевих органів, варикозне розширення вен нижніх кінцівок, грижі у найближчих родичів. Існує така точка зору, що без наявності системної дисплазії сполучної тканини не буває опущення і випадіння статевих органів, і навпаки – випадки, коли пролапс розвинувся за непропорційно малої травми під час пологів, слід вважати результатом патології сполучної тканини.

Виявлення синдрому дисплазії сполучної тканини змушує задуматися про застосування під час оперативного лікування сітчастих імплантатів, а також ширше використовувати протирецидивні прийоми [2, 3, 8, 12].

Основними факторами, що зумовлюють виникнення пролапсу тазових органів, є вагітність та пологи, менопауза/старіння, підвищений тиск у животі, генетичний фактор, операції на органах тазового дна в анамнезі.

Виділяють чотири ступеня пролапсу тазових органів:

1-й ступінь – шийка матки опускається не більше ніж до половини довжини піхви;

2-й ступінь – шийка матки або стінки піхви опускаються до входу у піхву;

3-й ступінь – шийка матки або стінки піхви опускаються за межі входу у піхву, а тіло матки розташовується вище нього;

4-й ступінь – вся матка або стінки піхви знаходяться за межами входу у піхву.

Симптоми пролапсу різняться залежно від залучених органів та його вираженості. Найчастішими скаргами є тяжкість внизу живота (67–70%), часті позиви до сечовипускання, утруднене сечовипускання (37,5–42,6%), нетримання сечі – НС (7,1–16,1%), закрепи (24,2–31,5%), проноси (до 39%), тенезми (до 32%), біль у попереку (22–25%), відчуття чужорідного тіла у піхві (9–16,4%), порушення менструального циклу, головним чином, як при альгодисменореї (10,1–19,5%), вторинна безплідність (3,3–6,2%) [1, 3, 11, 13, 15].

Діагностику ступеня опущення і випадіння матки і піхви проводять у положенні пацієнтки лежачи на спині при максимальній його вираженості (зазвичай це досягається під час проведення проби Вальсальви). Вимірювання параметрів проводять сантиметровою лінійкою, маточним зондом або корн-

цангом із сантиметровою шкалою. Додатково необхідно виконати УЗД органів малого таза, уродинамічне дослідження (за показаннями) і проктографію (за показаннями) [4, 11, 13].

Лікування опущення і випадіння внутрішніх статевих органів

Лікування може бути консервативним, механічним, хірургічним.

Консервативні та механічні процедури, як правило, розглядаються для осіб з м'яким пролапсом, для жінок, які ще не повністю виконали дітородну функцію, а також для тих, хто має протипоказання для оперативного лікування.

Консервативні варіанти лікування включають: зниження маси тіла за її надмірності, уникнення піднімання важких предметів та лікування хронічних кашлю та закрепи. Також призначають вправи для підвищення тонузу тазового дна. Оскільки деяким жінкам важко виконувати вправи правильно, часто рекомендують звернутися за допомогою до фізіотерапевта [1, 11].

Механічні методи (песарії). Песарій – це пристрій, який вставляється у верхню частину піхви, щоб забезпечити підтримку тазових структур. Більша частина песаріїв виконана з силікону і має різні форми і розміри. Песарій встановлюється лікарем та замінюється через 3–4 міс. Правильно встановлений песарій жінка не відчуває. Песарії забезпечують тимчасове рішення у разі пролапсу, симптомів пролапсу у вагітних, жінок, які нещодавно народили, або для жінок, які чекають операції. Песарії можуть також постійно використовуватися жінками, які не хочуть проводити операцію або які є непридатними кандидатами [6, 7, 11].

Хірургічні методи. Існує два основних види оперативного лікування: органозберігальний та гістеректомія. Органозберігальний метод полягає у фіксації тазових органів у малому тазі за допомогою синтетичних матеріалів або до природних структур малого таза.

Мета дослідження: удосконалити профілактику та лікування генітального пролапсу у жінок у пізній післяпологовий період за допомогою вагінальних конусів Corelax.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Запропонований нами метод профілактики та лікування генітального пролапсу полягає у використанні вагінальних конусів Corelax (малюнок) жінками у пізній післяпологовий період шляхом утримання вагінального конусу у піхві м'язами тазового дна протягом 10–15 хв у положенні стоячи та під час руху мінімум два рази на добу, поступово збільшуючи вагу вагінального конусу.

На клінічних базах кафедр акушерства, гінекології та медицини плода НМАПО імені П.Л. Шупика протягом 2016–2017 рр. було проведено дослідження, у якому взяли участь 69 жінок після пологів. Вони були розподілені на дві групи: основна група – 33 жінки у пізній післяпологовий період, які використовували вагінальні конуси для відновлення



Вагінальні конуси Corelax

м'язів промежини і тазового дна; контрольна група – 36 жінок після пологів, які не використовували засобів для відновлення тонузу м'язів промежини і тазового дна. Групи жінок, які включені у дослідження, були репрезентативні за віком, паритетом та соматичною захворюваністю.

Механізм дії. Набір вагінальних конусів призначений для самостійного тренування м'язів тазового дна. Конус вводять у піхву на глибину 4–5 см.

Форма і вага конусу сприяють експульсії («вислизанню») останнього з піхви. При цьому виникає рефлекторне скорочення м'язів тазового дна. Повторні довільні скорочення даної групи м'язів приводять до їхнього зміцнення, поліпшення кровопостачання і трофіки органів малого таза.

При подібному регулярному тренінгу волокна м'язів тазового дна буквально через кілька тижнів стають товще. Клінічні дослідження доводять, що тренінг м'язів таза сприяє їхньому зміцненню. Так, через 2–3 тиж тренувань з ваговими вагінальними конусами жінка вже зможе самостійно управляти м'язами тазового дна.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

В основній групі генітальний пролапс через 3 міс після початку тренувань був виявлений у 3 пацієнток, що пов'язано скоріш за все з порушенням режиму тренувань жінками. У контрольній групі – у 21 жінки був виявлений генітальний пролапс, а у 4 жінок – опущення статевих органів першого ступеня (таблиця).

ВИСНОВКИ

Отже, отримані результати достовірно свідчать про високу ефективність запропонованого нами методу профілактики та лікування генітального пролапсу у жінок після пологів.

Клінічні прояви генітального пролапсу у жінок по групах дослідження, п

Симптоми	Основна група, n=33		Контрольна група, n=36	
	До тренувань	Через 3 міс	До тренувань	Через 3 міс
Розлади сечовипускання	7	1	8	6
Розлади травного тракту	9	1	11	8
Тяжкість унизу живота та біль у попереку	11	1	13	8
Порушення менструального циклу	2	0	2	2
Відчуття чужорідного тіла у піхві	4	0	2	1
Усього	33	3	36	25

Наведений метод дозволяє суттєво знизити частоту виникнення таких післяпологових ускладнень, як:

– цистоцеле, що призводить до нетримання сечі під час фізичного навантаження, чханні та кашлі, неповного спорожнення сечового міхура та частих інфекцій сечовивідних шляхів;

– ректоцеле – може призвести до закріпів та труднощів під час спорожнення кишечника;

Профілактика генітального пролапсу у жінчин в поздній послеродовий період

С.І. Жук, Е.А. Будченко

В статті описан генітальний пролапс як патологія женских половых органов. Представлены факторы, обуславливающие возникновение генітального пролапса у жінчин разных возрастных категорий. Описаны клинические проявления и обоснованы механизмы их возникновения. Рассмотрены варианты лечения жінчин с генітальним пролапсом различной степени тяжести. Освещены данные проведенного исследования метода профилактики генітального пролапса в поздній послеродовий період с помощью вагинальных конусов Corelax.

Ключевые слова: генітальний пролапс, ректоцеле, тазовое дно, соединительная ткань, вагинальные конусы.

– диспареунія – пролапсовані тазові органи можуть обмежувати глибину проникнення під час статевого акту або зробити проникнення болісним.

Продовження даного дослідження дозволить підвищити ефективність профілактики та лікування генітального пролапсу у жінчин у пізній післяпологовий період та знизити кількість реконструктивно-пластичних операцій на жіночих статевих органах, що приведе до покращення якості життя жінчин.

Prophylaxis of genital prolapse in women in the late postpartum period

S.I. Zhuk, E.A. Budchenko

The article describes genital prolapse as a pathology of female genital organs. The factors leading to the occurrence of genital prolapse in women of different age groups are presented. Clinical manifestations and mechanisms of their occurrence are substantiated. Considered variants of treatment of women with genital prolapse of various degrees of severity. Illumination of the data of our research of the method of prophylaxis of genital prolapse in the late postpartum period with the help of Corelax vaginal cones.

Key words: genital prolapse, rectocele, pelvic floor, connective tissue, vaginal cones.

Сведения об авторах

Жук С.І. – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9. E-mail: Zhuksvitlana@ukr.net

Будченко Е.А. – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9. E-mail: MALOY2115@i.ua

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Айламазян Э.К., Потин В.В., Тарасова М.А. и др. Гинекология от пубертата до постменопаузы: Практическое руководство для врачей / Под. ред. Айламазяна Э.К. – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – С. 346–359.
2. Бойко В.І., Терехова Н.І. Профілактика післяопераційних ускладнень у гінекологічних хворих старших вікових груп // Репродуктивное здоровье женщины. – 2011. – № 1. – С. 201–202.
3. Мехедко В.В., Котов О.В. Методи лікування жінчин з опущенням і випадінням внутрішніх статевих органів // Жіночий лікар. – 2009. – № 2. – С. 25–29.
4. Пучков К.В., Іванов В.В., Баків В.С., Усачов І.А. Оптимізація техніки хірургічного лікування тазового пролапсу // Малоінвазивні технології в хірургії: матеріали міжрегіон. наук.-практ. конф. – Махачкала: ІСЦ ДДМА, 2005. – С. 159–160.
5. ACOG Committee on Practice Bulletins–Gynecology. ACOG Practice Bulletin No. 85: Pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol.* 2007;110(3):717–729.
6. Fitzgerald MP, Janz NK, Wren PA, et al.; for the Pelvic Floor Disorders Network. Prolapse severity, symptoms and impact on quality of life among women planning sacrocolpopexy. *Int J Gynaecol Obstet.* 2007;98(1):24–28.
7. Handa VL, Cundiff G, Chang HH, Helzlsouer KJ. Female sexual function and pelvic floor disorders. *Obstet Gynecol.* 2008;111(5):1045–1052.
8. Maher C, Baessler K, Glazener CM, Adams EJ, Hagen S. Surgical management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;(3):CD004014.
9. Miedel A, Tegerstedt G, Maehle-Schmidt M, Nyren O, Hammarstrom M. Symptoms and pelvic support defects in specific compartments. *Obstet Gynecol.* 2008;112(4):851–858.
10. Nygaard I, Handa VL, Brubaker L, et al.; for the Pelvic Floor Disorders Network. Changes in physical activity after abdominal sacrocolpopexy for advanced pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol.* 2008;198(5):570.e1-5.
11. Puchkov KV, Ivanov WV, Barsukov VA, Filimonov VB. Determining of safety of soldering of vessels in tissue mass of various types while using the technique of dosed ligating electrothermal influence of ligasure // Abstracts of The 10-th World Congress of Endoscopic Surgery, 13–16 September, 2006, Berlin. – P. 288.
12. Roovers JP, Oelke M. Clinical relevance of urodynamic investigation tests prior to surgical correction of genital prolapse: a literature review. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2007;18(4):455–460.
13. Rortveit G, Brown JS, Thom DH, Van Den Eeden SK, Creasman JM, Subak LL. Symptomatic pelvic organ prolapse: prevalence and risk factors in a population-based, racially diverse cohort. *Obstet Gynecol.* 2007;109(6):1396–1403.
14. Schaffer JI, Wai CY, Boreham MK. Etiology of pelvic organ prolapse. *Clin Obstet Gynecol.* 2005;48(3):639–647.
15. Trowbridge ER, Fenner DE. Conservative management of pelvic organ prolapse. *Clin Obstet Gynecol.* 2005;48(3):668–681.

Статья поступила в редакцию 23.04.2018