

ЭТИОЛОГИЯ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ

Гутикова Л.В., Зверко В.Л.*, Колесникова Т.А.***

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,

**УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»

Пролапс гениталий, или опущение и выпадение внутренних половых органов (ОиВВПО) – полиэтиологическое заболевание, в развитии которого играют роль физические, генетические и психологические факторы. Анализ статистических данных показывает, что в Республике Беларусь каждая пятая пациентка, обратившаяся к гинекологу, предъявляет жалобы, связанные с опущением и выпадением внутренних половых органов. По мере развития патологического процесса усугубляются функциональные нарушения со стороны мочевого пузыря и прямой кишки, приводя не только к физическим и моральным страданиям, частичной или полной потере трудоспособности, но в ряде случаев делая жизнь этих женщин социально затруднительной [1].

На протяжении многих лет не прекращается оживленная дискуссия о причинах ОиВВПО. Несмотря на усилия многих поколений гинекологов, хирургов, анатомов и врачей других специальностей, единого мнения об этиологии и патогенезе этого состояния до сих пор не существует. Ряд авторов считают, что ОиВВПО развивается вследствие недостаточности мышц тазового дна и его следует рассматривать как разновидность тазовой грыжи. Недостаточность мышц тазового дна обусловлена снижением тонуса мышечно-фасциальных структур или их дефектами, которые могут быть травматическими и нетравматическими (функциональными) [3].

Факторы травматической недостаточности мышц тазового дна [1]: - беременность и роды (травмы мягких родовых путей, быстрые и стремительные роды, применение различных акушерских пособий в родах, крупный плод). Около трети всех обследованных женщин указывают родовой травматизм в качестве причины возникновения симптомов недостаточности тазового дна. Существует мнение о влиянии длительности второго периода родов на риск возникновения недостаточности мышц

тазового дна в будущем. По некоторым данным, любая беременность, длящаяся более 20 недель, независимо от способа родоразрешения повышает риск патологии тазового дна [2];

- хроническое повышение внутрибрюшного давления (запоры, тяжелый физический труд, длительное статическое положение, наличие опухолей брюшной полости). Женщины с более выраженной степенью пролапса в 3 раза чаще пациенток с минимальными проявлениями заболевания отмечают в качестве основного этиологического фактора тяжелый физический труд;

- механическая травма мышечно-фасциальных структур таза, не связанная с беременностью и родами (хирургические вмешательства при гинекологической патологии);

- травматическое повреждение центров и проводящих путей нервной системы, ответственных за регуляцию мышечно-фасциальных структур тазового дна и органов малого таза.

Факторы риска нетравматической недостаточности тазового дна: - дисплазия соединительной ткани (варикозное расширение вен, грыжи различной локализации и др.). В последнее время все чаще стали появляться сообщения о выпадении половых органов у молодых женщин после родов через естественные родовые пути, после операции кесарева сечения и даже у нерожавших женщин. Эти факты заставляют предполагать, что, прежде всего, патологические изменения соединительной ткани и только затем роды и акушерская травма тазового дна способствуют возникновению выпадения тазовых органов у молодых женщин. Все большее распространение получает теория системной дисплазии соединительной ткани (ДСТ) как ведущей причины пролапса. При этом роды и травма рассматриваются как провоцирующие факторы на фоне распространенных недифференцированных форм ДСТ. Выпадение половых органов у женщин в репродуктивном возрасте после единственных физиологических родов и при сохраненном гормональном фоне при отсутствии факторов, способствующих повышению внутрибрюшного давления, является частым проявлением генерализованной ДСТ. Чем тяжелее проявления ДСТ, тем более выражены формы дистенции половых и тазовых органов [2];

- гипоестрогения (менопауза, кастрация). Установлено, что недостаточная концентрация половых стероидов потенцирует выпадение органов малого таза, поскольку в тканях промежности отмечается высокое содержание рецепторов к эстрогенам и прогестерону. Кроме того, гипоестрогения, приводя к нарушению кровообращения и микроциркуляции тканей тазового дна, усугубляет развитие этой патологии [3];

- повреждение центров и проводящих путей ЦНС, ответственных за регуляцию мышечно-фасциальных структур тазового дна и органов малого таза [1];

- генетическая предрасположенность. Выпадение половых органов более чем в 50% случаев является генетически детерминированным. Имеется также предположение об участии генов рецептора витамина D в патогенезе заболевания [1].

- нарушение кровообращения органов малого таза и мышц промежности может приводить к несостоятельности тазового дна [2].

В последние годы появляется все больше сообщений о роли повышенной массы тела как фактора риска развития дистенции, ее рецидивов, а также выпадения купола влагалища после гистерэктомии [1].

Таким образом, проблема пролапса гениталий является многофакторной и полиэтиологичной. При ее решении часто возникают значительные технические трудности, связанные не только с хирургической реконструкцией тазового дна, но и с проблемой выбора наименее травматичного и эффективного метода оперативного вмешательства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Буянова С.Н., Савельев С.В., Петрова В.Д. и др. Роль дисплазии соединительной ткани в патогенезе пролапса гениталий и недержания мочи // Рос. вестн. акуш. –гин. – 2005. -

2. Пушкарь Д.Ю., Гумин Л.М. Тазовые расстройства у женщин. М: Мед Пресс Информ. – 2006. – С. 254.

3. Biller D.H., Daliva G.W. Vaginal vault prolapse: identification and surgical options // Cleve Clin. J. Med. - 2005. - Vol. 72, № 4. – P. 1–8.