

УДК 618.3-06

Современные представления о патогенезе, диагностике и способах коррекции пролапса гениталий и его осложнений (обзор литературы)

Чечнева М.А., Барто Р.А., Будыкина Т.С., Краснопольская И.В., Абрамян К.Н.

ГУЗ Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии,
101000, Москва, ул. Покровка, 22-а

Пролапс гениталий, опущение и выпадение тазовых органов у женщин и различные формы недержания мочи в настоящее время одна из ведущих тем в урогинекологии. Анализ данных литературы подтверждает полиэтиологичность и неоднозначность патогенеза пролапса гениталий и его осложнений. В обзоре рассмотрены современные взгляды на патогенез, клинику, диагностику и основные методы лечения данной патологии. Продемонстрировано отсутствие четкой методологии подбора того или иного вида лечения, прослежена линия его эмпирического подбора, чем объясняется высокая частота рецидивов, повторных оперативных вмешательств, и формирование групп инкурабельных больных, вынужденных жить с симптомами инконтиненции.

Ключевые слова: пролапс гениталий, инконтиненция, недержание мочи, опущение внутренних половых органов

Введение

Опущение и выпадение внутренних половых органов (ОиВВПО) — нарушение положения матки или стенок влагалища, проявляющееся смещением половых органов до влагалищного входа или выпадением их за его пределы. Генитальный пролапс нужно рассматривать как разновидность грыжи тазового дна, развивающейся в области влагалищного входа. В терминологии опущения и выпадения внутренних половых органов широко применяют синонимы, такие, как «генитальный пролапс», «цистректоцеле»; используют следующие определения: «опущение», неполное или полное «выпадение матки и стенок влагалища» [7].

Основные этиологические факторы опущения и выпадения половых органов у женщин

Пролапс гениталий, опущение и выпадение внутренних половых органов (ОиВВПО) у женщин и различные формы недержания мочи в настоящее время достаточно хорошо изучены. ОиВВПО — полиэтиологичное заболевание, в развитии которого участвуют физические, генетические и психологические факторы. Среди факторов, особенно влияющих на состояние тазового дна и связочного аппарата матки, выделяются возраст, наследственность, патологические и травматичные роды, тяжелая физическая работа, повышение внутрибрюшного давления, психосоматическое влияние на мускулатуру и сосудистые структуры тазового дна, изменение продукции половых стероидов. В последнее время отмечается «омоложение» среди данного контингента больных, чаще встречаются пациентки молодого возраста с пролапсом гениталий тяжелой степени [2].

Распространение опущения и выпадения тазовых органов, по данным литературы, составляет от 4,3% до 20—28% [10].

По клинической концепции Буяновой С.Н. и соавт. в возникновении несостоятельности тазовой диафрагмы играют роль четыре основных момента: травматические

повреждения тазового дна в процессе родов, несостоятельность соединительнотканых структур в виде системной недостаточности, нарушение синтеза стероидных гормонов, хронические заболевания, сопровождающиеся нарушением обменных процессов и микроциркуляции [4, 5].

Ряд авторов говорит о ретродевиации матки, как пусковым моменте нарушений тазового дна. Опущение и выпадение половых органов среди пациенток с ретродевиацией матки встречается в 4,5 раза чаще, чем в основной популяции [6].

По-прежнему не утерян интерес к повреждениям тазового дна в процессе родов. Сама беременность может быть связана с некоторым повреждением тканей, но основная травматизация происходит в течение родов. Денервации тазового дна и прямому повреждению мышц и соединительной ткани способствуют роды через естественные родовые пути [22], сильные потуги [49], рождение крупного плода [27].

О важной роли стероидных гормонов в состоятельности тазового дна свидетельствуют работы Балан В.Е. [3], Clark A.L., Slayden O.D. [26], которые выявили наличие рецепторов к эстрогенам и прогестерону в крестцово-маточных связках и описывают тазовую дисфункцию под влиянием менструального цикла.

Многие исследователи считают, что пролапс гениталий у молодых женщин после единственных неотягощенных родов при сохраненном гормональном фоне является частным проявлением генерализованной дисплазии соединительной ткани на уровне репродуктивной системы. Дисплазия соединительной ткани (ДСТ) — нарушение развития соединительной ткани в эмбриональном и постнатальном периодах вследствие генетически измененного фибриллогенеза внеклеточного матрикса, приводящее к расстройству гомеостаза на тканевом, органном и организменном уровнях в виде различных морфофункциональных нарушений. Взаимосвязь ДСТ и пролапса гениталий отмечают многие авторы. Исследователями была

доказана наследственная предрасположенность частото сочетания пролапса гениталий с грыжами иных локализаций, спланхноптозом, варикозной болезнью, пороками сердца, которые являются тяжелыми признаками проявления ДСТ на экстрагенитальном уровне [5, 20].

Выделяя причины, приводящие к развитию стрессовой инконтиненции, многие авторы отмечают огромное значение оперативных вмешательств на органах малого таза, в первую очередь, гистерэктомии. По мнению зарубежных и отечественных авторов у 71% женщин после гистерэктомии отмечается нарушение уретро-везикальной функции, затрудненное мочеиспускание или недержание мочи [39]. Напротив, Федоров А. А. [16] считает, что гистерэктомия не является фактором, провоцирующим ухудшение функции мочевого пузыря.

Ряд авторов выделяет инфекции мочеполового тракта как компонент, замыкающий «порочный круг»: опущение и выпадение тазовых органов — гипермобильность уретры, цистоцеле — остаточная моча — персистенция уропатогенной флоры — присоединение ургентного компонента инконтиненции и формирование смешанной формы недержания мочи [43].

По мнению ряда авторов, брюшные векторные силы вовлечены в выпадения тазовых органов. Поскольку нормальная спинная кривизна защищает тазовую полость от прямой передачи внутрибрюшного давления на тазовое дно, изменения в кривизне позвоночника могут изменить эти векторные силы и сделать более вероятным развитие выпадения тазовых органов. По сравнению с пациентами с нормальной кривизной, пациенты с отсутствием поясничного лордоза в 3,2 раза чаще имеют нарушение анатомии и функции тазовых органов [42].

Некоторые высказывают гипотезу о том, что степень пролапса коррелирует с линейными размерами musculus levator hiatus [31]. Другие связывают пролапс гениталий с наличием центрального и паравагинального дефекта fascia pubocervicale [37]. Общее распространение дефекта у пациенток, по крайней мере, со 2-й степенью выпадения передней стенки влагалища, по их данным, составляет 37,7%.

Следствием нарушений анатомии тазового дна, при которых происходит дислокация и деформация уретровезикального сегмента, в сочетании с вовлечением в процесс мочевого пузыря и возможным развитием цистоцеле, является недержание мочи при напряжении. Стрессовая инконтиненция у больных с пролапсом гениталий в большинстве случаев представляет именно «анатомическое» недержание мочи [48].

Кроме нарушения функции мочевого пузыря, пролапс и выпадение органов малого таза влечет за собой нарушение анатомии и функции прямой кишки. Одни авторы, проанализировав частоту нарушений функции прямой кишки у женщин с пролапсом, утверждают, что дисфункция кишки определяется только состоянием тазового дна и не связана с частотой возникновения мочевого дисфункции [23, 24]. Другие, напротив, отмечают высокую частоту «аноректальных нарушений» у женщин с недержанием мочи и выпадением тазовых органов и говорят о едином патогенетическом механизме развития данных нарушений. Основными факторами, влияющими на развитие недостаточности анального сфинктера, называют возраст, климактерий, самопроизвольные роды в анамнезе и недержание мочи [17].

Таким образом, анализ литературных источников подтверждает полиэтиологичность и неоднозначность патогенеза пролапса гениталий и его осложнений.

Обследование пациенток с пролапсом гениталий и диагностика инконтиненции

Многообразие факторов, сложность и неоднозначность этиопатогенеза тазовой десценции и стрессового недержания мочи требуют тщательного и взвешенного подхода к диагностике.

В клинике в настоящее время применяются различные классификации пролапса гениталий и функциональных нарушений смежных органов. В настоящее время специалисты в данной области используют классификацию POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification). Использование классификации POP-Q позволяет более точно оценить степень пролапса гениталий, делает процесс клинической диагностики более объективным. Сложнее с клинической точки зрения систематизация функциональных нарушений, в том числе — мочевого инконтиненции.

Согласно классификации международного общества по удержанию мочи (International Continence Society, 1997 г.), выделяют состояния, являющиеся причиной возникновения инконтиненции [25]. Причины могут быть предположительными или установленными. Предположительные причины определяются клинически. Установленные состояния должны быть подтверждены уродинамическими исследованиями.

ICS определяет следующие причины инконтиненции:

1. Нарушения функции детрузора, являющиеся причиной недержания мочи.

1.1. Гиперактивность детрузора. Выделяют два типа гиперактивного мочевого пузыря:

а) Нестабильность детрузора — определение для непроизвольных сокращений детрузора, не связанных с неврологическими заболеваниями;

б) Гиперрефлексия детрузора — если непроизвольные сокращения детрузора вторичны на фоне известных неврологических заболеваний (инсульт, рассеянный склероз, травмы спинного мозга, паркинсонизм).

1.2. Низкая эластичность стенки мочевого пузыря — снижение показателя объема мочевого пузыря/давление во время фазы наполнения. В настоящее время нет четко установленных норм для этого уродинамического показателя.

2. Нарушения сфинктерного аппарата. К ним относят гипермобильность уретры и собственно функциональные нарушения уретрального сфинктера. Эти два состояния могут сочетаться. В настоящее время отсутствуют объективные методы их дифференцировки:

2.1. Основной причиной гипермобильности уретры является нарушение функции мышц тазового дна. При увеличении абдоминального давления происходит его нераспределение с тазового дна на шейку мочевого пузыря и проксимальную уретру. Если при этом открывается уретра, возникает стрессовое недержание мочи. Однако гипермобильность уретры часто присутствует у женщин без признаков недержания мочи;

2.2. Недостаточность уретрального сфинктера. Причинами сфинктерной недостаточности могут быть хирургическая травма, лучевая терапия, повреждения сакрального отдела позвоночника, миеломенингоцеле и т.п.

3. Недержание мочи от перенаполнения (парадоксальная ишурия). По определению, ICS — это любая непроизвольная потеря мочи, сочетающаяся с перерастяжением мочевого пузыря. Обычно недержание мочи от перенаполнения сочетается с ретенцией мочевых путей и большим объемом мочевого пузыря, что является следствием инфравезикальной обструкции либо ослабления активности детрузора;

4. Экстрауретральная инконтиненция — выделение мочи ниже интактного сфинктерного механизма (например, врожденная эктопия устья мочеточника или мочеполовые свищи).

Клиницисты (Л.В. Адамян, В.Е. Балан, В.Д. Петрова) на сегодняшний день выделяют три основные формы заболевания: стрессовое недержание мочи, ургентное недержание мочи и смешанное (комбинированная форма). Наиболее трудным в плане диагностики и лечения является смешанное недержание мочи, встречающееся примерно у 34% женщин, так как оно сочетает симптомы императивной (ургентной) и стрессовой инконтиненции [1, 3, 10].

Основными методами диагностики пролапса гениталий и недержания мочи все авторы, занимающиеся проблемами урогинекологии, в настоящее время признают опросник, клинические методы и комбинированное уродинамическое исследование. Эндоскопические и рентгенологические методы в последние годы потеряли ведущие диагностические позиции. Биопсия мочевого пузыря и мышц промежности используется в настоящее время в основном при проведении научных исследований для получения материала [41].

На первом этапе многие авторы рекомендуют тщательный сбор анамнеза, при необходимости — анкетирование или стандартный вопросник. Schaeg G. считает, что множество диагностических проблем у больных недержанием мочи обусловлены поверхностно собранным анамнезом [36].

На втором этапе — осмотр больной, гинекологическое и урологическое обследование с полным мочевым пузырем, определение остаточной мочи, неврологическое исследование, инструментальные методы: цистоскопия, биопсия мочевого пузыря, миография, ультразвуковое, рентгенологическое исследование, ЯМР.

В клинике широко используются кашлевая проба, проба Бони и проба с тампоном-апликатором, введенным в область шейки мочевого пузыря [33]. В литературе описаны определение линейных размеров *muskulus levator hiatus* и размерами половой щели, определяемыми при пальцевом исследовании, диагностика дефектов тазовой фасции, дифференциации центральных и паравагинальных дефектов при рутинном исследовании. Agya L.A., Myers D.L., Jackson N.D. предложили офисный тест диагностики сфинктерной недостаточности с катетером Foley. Наиболее ценными методами диагностики ректоцеле по-прежнему считается пальцевое исследование прямой кишки, электромиография [32].

Большинство авторов считают цистоскопию необходимым методом интраоперационного контроля мочевого пузыря, офисную миницистоскопию предлагают для диагностики сохранности уретрального сфинктера, уретероцистоскопию у пациенток резистентных к консервативной терапии, ургентной инконтиненции для исключения туберкулеза уретры, карциномы мочевого пузыря, аномалии развития в виде дивертикулов и трабекул [28].

Комбинированное уродинамическое исследование включает урофлоуметрию, ретроградную водную цистометрию и профилометрию. Ряд исследователей считают комбинированное уродинамическое исследование экспертным методом, стандартизованным, воспроизводимым, влияющим на выбор метода хирургического лечения; считают необходимым проведение комбинированного исследования во всех случаях недержания мочи.

Из рентгенологических исследований шейки мочевого пузыря мочеиспускательного канала в настоящее время используют цистографию и уретроцистографию. Основной методикой рентгенологического исследования прямой кишки остается ирригоскопия в различных модификациях (первичное двойное контрастирование; трехэтапная «классическая» методика) [14, 15]. Одним из современных методов изучения прямой кишки и тазового дна является дефекография или эвакуаторная проктография [35].

Электромиография используется для обнаружения нервно-мышечных нарушений при отсутствии грубых анатомических повреждений. Электромиографические исследования играют основную роль в диагностике повреждений иннервации мышц тазового дна, позволяют выявить тонкие, доклинические изменения в структуре мышц тазового дна [51].

Некоторые авторы применили ЯМР-томографию в комплексной диагностике недержания мочи при напряжении. П.А. Рыкин, Б.К. Комяков применяли МРТ для определения цистоцеле и симптома везикализации проксимальной уретры. Н.В. Царьков с соавторами сообщают, что в России накоплен и описан опыт применения МРТ-дефекографии для оценки функционального состояния органов тазового дна. Высокая информативность метода, особенно при изучении топографических соотношений, несмотря на стоимость, не позволяет исключить его из комплекса диагностических мероприятий [17].

Ультразвуковые методы исследования находят все большее практическое применение в диагностике пролапса гениталий и нарушения функции тазовых органов. Трансабдоминальное традиционное сканирование широкого применения в этой области не нашло, используется трансперинеальное и трансвагинальное сканирование, возможно применение эндоректальных датчиков [34]. Важным направлением исследований является диагностика состояния уретрального сфинктера. С этой целью ряд исследователей использует стандартный В-режим, другие трехмерную реконструкцию нижних отделов мочевыводящих путей [52].

Единого мнения о ценности эхографии в диагностике пролапса не существует. Так, исследователи сравнивали размеры уретры, анального сфинктера и внутритазовой фасции при интритоальном сканировании и МРТ, однако не выявили различий между группой здоровых пациенток и с недержанием мочи. Авторы пришли к выводу, что данные методы исследования не объясняют патофизиологию инконтиненции [50].

Резюмируя имеющиеся данные литературы необходимо отметить, что одни методы имеют целью изучение лишь анатомических нарушений, другие — изучение функций. Необходим поиск универсальных, простых и доступных средств диагностики, применимых в рутинной практике врача, оценивающих пролапс и инконтиненцию как единый патогенетический процесс, учитывающих все

многообразии причин и факторов развития данной патологии. Одной из основополагающих характеристик поиска такого метода должна стать его воспроизводимость, простота и доступность.

Неоперативные методы лечения пролапса и его осложнений

Многообразие применяемых для решения проблемы консервативных и оперативных методов свидетельствует о сложности проблемы, невозможности однозначного подхода, недостаточной эффективности всех применяемых способов борьбы с патологией, отсутствием так называемого «золотого стандарта» ведения этой группы больных.

Исторически наиболее давний способ борьбы с пролапсом гениталий и его осложнениями — пессарии. Эффективность пессариев для коррекции выпадения половых органов с обструктивным типом мочеиспускания оценивают от 50% до 78% [29]. Как правило, пессарии используются у пациентов старшего возраста с высоким риском хирургического вмешательства.

Mogeno A.L., Benitez C.M. говорят об успешном лечении истинного недержания с помощью специальных упражнений. Показатель эффективности лечения около 50—52% [47].

Обсуждаемым остается вопрос применения медикаментозной терапии инконтиненции и сочетания применения различных методов лечения. Koduri S. с соавторами демонстрируют положительный результат лечения парауретральными инъекциями бычьего коллагена [38]. Mescchia M. и Pifarotti P. обобщают результаты применения различных инъекционных средств для лечения стрессового недержания мочи у женщин: тефлон, собственный жир, коллаген, силиконовые микрочастицы, силиконовые микрошары и пиролитический углерод [44]. Эффективность коллагена в течение года оценивается в 60—80%, введение силиконовых микрочастиц при сфинктерной недостаточности было успешно у 70% пациентов. Некоторые авторы используют инъекции токсина ботулина-A (BТХ-A) для лечения гиперактивного мочевого пузыря и оценивают этот метод как безопасный и эффективный, значительно уменьшающий проявления недержания и улучшающий качество жизни в течение 3 мес. после инъекции [8]. Adamiak A. и Rechberger T. сообщают о введении стволовых клеток в область шейки мочевого пузыря или наружного сфинктера для лечения сфинктерной недостаточности [18].

Оперативное лечение и результаты

Многие специалисты видят будущее в реконструктивной тазовой хирургии. Наиболее распространенные операции — вагинальная гистерэктомия, пластика передней стенки влагалища, пластика задней стенки влагалища, позадилоновая уретропексия [46].

Распространенной методикой лечения пролапса является вагинальная гистерэктомия. После влагалищной гистерэктомии рецидив в виде выпадения купола влагалища наблюдается с частотой до 43% [11].

Лапароскопическая вагинопексия по Burch имеет равную эффективность, но меньшее количество осложнений по сравнению с стандартными открытыми методами [45]. Показатели эффективности лечения колеблются от 69% до 100%.

Одно из наиболее «традиционных» мероприятий при опущении внутренних гениталий у женщин — кольпоррафия. Литературные данные о показаниях и эффективности этой операции весьма противоречивы. Так, после передней кольпоррафии частота рецидива достигает 24—31%, после задней кольпоррафии 25—35%; по данным Howard A.E., процент клинических проявлений рецидива через 3 года составил 55%, у пациенток с пластикой паравагинальных дефектов 46%.

В течение многих лет для пластики пролапса используются не только собственные ткани, но и множество аллопластов и синтетических материалов. Для фиксации купола влагалища используются различные технологии, в частности, с применением имплантов-аллопластов: бычьей окологердечной сумки, cadaveric fascia lata. Как недостаток аллопластов отмечают полный аутолиз материала фиксации в 20% наблюдений, проявления воспалительной или аутоиммунной реакции. FitzGerald M.P. показал низкую эффективность лечения с применением донорской fascia lata — отторжение материала отмечено в 58,3% случаев [30].

Альтернативой аллопластов служат применяемые в последние годы синтетические материалы. Используются синтетические сетки — intravaginal slingplasty (IVS), мерсиленовая сетка, PROLIFT SISTEM. Последняя, применяемая по мере клинической необходимости в виде протеза для фиксации передней, задней стенки или комбинированной фиксации, демонстрирует высокую эффективность в коррекции пролапса и паравагинальных дефектов. Lo T.S., Send P.K., Koduri S. сравнили результаты лечения цистоцеле с применением сетчатых протезов и без них. По данным авторов, спустя 1 год 43% пациенток без сетки и 25% с сеткой имели рецидив цистоцеле 2-й степени, 11% без сетки и 2,7% женщин с сеткой — цистоцеле 3-й степени.

В последнее десятилетие очень широко используется позадилоновая фиксация уретры свободной синтетической петлей — TVT и TVT-O. Эффективность лечения инконтиненции с применением петлевой пластики разные авторы оценивают как успешную в 61—95,7% случаев [21, 40].

Частота интраоперационных осложнений составляет от 1,9 до 6,6%, (перфорация пузыря, перфорация париетальной брюшины, кровотечения), послеоперационных осложнений — от 0,8 до 28%, стриктура уретры — 1,3%, гематомы и повреждения кишечника — 0,67%, задержка мочи — 10%.

Как осложнения субуретрального слинга описывают случаи субуретральной вагинальной эрозии и пиогенной гранулемы; ишиоректальный абсцесс; цистотомию; позадилоновую гематому, повреждения obturatorного нерва, отек вульвы, связанный с перфорацией пузыря; а также соматические осложнения у пожилых женщин (ТЭЛА, сердечная аритмия, пневмония, тромбоз глубоких вен) [19].

Petri E., на основании анализа данных четырех европейских урогинекологических центров связывает осложнения операции с недостатками хирургической техники в 45% случаев, и неверным выбором хирургической тактики в 38%.

По вопросам хирургической коррекции пролапса прямой кишки универсальных рекомендаций литературные источники также не содержат. По данным M. Lamah,

улучшение состояния больных с ректоцеле было достигнуто у 82% при кольпоррафии. Смирнов А.Б., Хворов В.В. традиционным способом устранения ректоцеле называют восстановление ректовагинальной перегородки путем леваторопластики. Однако связанные с ректоцеле затруднения дефекации могут сохраняться или даже усугубляться независимо от наличия или отсутствия рецидива пролапса.

В заключение следует отметить, что на сегодняшний день не существует единого алгоритма диагностики пролапса гениталий и недержания мочи, не определены и не сформулированы четкие критерии и методы диагностики данной патологии. В связи с этим, не существует четкой методологии подбора того или иного вида лечения в конкретном случае у конкретного пациента, и к сожалению зачастую решение о способе лечения принимается эмпирически, основываясь лишь на «таланте» и опыте лечащего врача. Этим объясняется высокая частота рецидивов, повторных оперативных вмешательств и формирование групп инкурабельных больных, вынужденных жить с симптомами инконтиненции.

Список литературы

1. Адамян Л.В., Балан В.Е., Сашин Б.Е. Тактика лечения больных с комбинированной формой недержания мочи // Материалы международного конгресса дисфункции тазового дна женщин. Российский вестник акушера-гинеколога. Спецвыпуск. — 2008. — С. 2.
2. Атабеков Д.Н. Очерки по урогинекологии. Изд. 3-е, испр. и доп. — М.: Медгиз, 1963. — С. 120—139.
3. Балан В.Е. Урогенитальные расстройства в климактерии (клиника, диагностика, заместительная гормонотерапия): Автореф. дисс. на соискание ученой степени д.м.н. — М., 1998. — С. 43.
4. Буянова С.Н. Принципы выбора метода хирургической коррекции пролапса гениталий и недержания мочи // Материалы II Российского форума «Мать и Дитя». Москва 18—22 сентября 2000 г. — С. 191—192.
5. Буянова С.Н., Смольнова Т.Ю., Иоселиани М.Н., Куликов В.Ф. К патогенезу опущения и выпадения внутренних половых органов // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. — 1998. — №1. — С. 77—79.
6. Кулаков В.И. Альтернативный подход к хирургической коррекции неправильных положений матки // Акуш. и гинекол. — 1995. — №6. — С. 36—39.
7. Кулаков В.И., Савельева Г.М., Манухин И.Б. Гинекология. Национальное руководство. — М.: ГЭОТАР-медиа, 2009. — С. 478.
8. Мазо Е.Б., Кривобородов Г.Г., Васильев А.В. Ботулинический токсин типа А в лечении больных с рефрактерным к М-холинблокаторам гиперактивным мочевым пузырем // Материалы международного конгресса дисфункции тазового дна женщин. Российский вестник акушера-гинеколога. Спецвыпуск. — 2008. — С. 40.
9. Олейник Н.В., Куликовский В.Ф., Федоров Г.И. Анализ причин неудовлетворительных результатов хирургического лечения ректоцеле и пути их устранения // Хирургия. — 2004. — №4. — С. 27—29.
10. Петрова В.Д. Недержание мочи у женщин (этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение): Автореф. дисс. на соискание ученой степени д.м.н. — М., 2005. — С. 110.
11. Попов А.А. Современные аспекты диагностики, классификации и хирургического лечения опущения и выпадения женских половых органов: Автореф. дисс. на соискание ученой степени д.м.н. — М., 2001. — С. 48.
12. Пушкарь Д.Ю. Диагностика и лечение сложных и комбинированных форм недержания мочи у женщин: Дисс. на соискание ученой степени д.м.н. — М., 1996. (46)
13. Пушкарь Д.Ю. Недержание мочи при напряжении у женщин: классификация и современные возможности оперативного лечения // Материалы пленума правления Российского общества урологов. — Ярославль, 2001. — С. 57.
14. Рабухина Н.А. Первичное двойное контрастирование желудочно-кишечного тракта. — М., 1985. — С. 152.
15. Розенштраух Л.С., Салита Х.М., Гулул И.Л. Клиническая рентгенодиагностика заболеваний кишечника. — Кишинев, 1985. — С. 231.
16. Федоров А.А. Влияние гистерэктомии на анатомо-функциональное состояние мочевой системы. Автореф. дисс. на соискание ученой степени д.м.н. — М., 2005. — С. 8—16.
17. Царьков П.В., Башанкаев Б.Н., Тулина И.А. Нарушение функции тазового дна — взгляд колопроктолога // Материалы международного конгресса дисфункции тазового дна женщин. Российский вестник акушера-гинеколога. Спецвыпуск. — М., 2008. — С. 68.
18. Adamiak A., Rechberger T. Potential application of stem cells in urogynecology // Endokrynol. Pol. — 2005. — Vol. 6. — P. 994—997.
19. Amaye-Obu F.A., Drutz H.P. Surgical management of recurrent stress urinary incontinence: A 12-year experience // Am. J. Obstet. Gynecol. — 1999. — Vol. 6. — P. 1296—1307—1309.
20. Bakas P. et al. Tension-free vaginal tape efficacy in relation to quantity of pubocervical fascia // Gynecol. Obstet. Invest. — 2004. — Vol. 3. — P. 149—152.
21. Barron K.I. et al. Prediction of successful voiding immediately after outpatient mid-urethral sling // Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunct. — 2006. — Vol. 4. — P. 10.
22. Boreham M.K. et al. Anal incontinence in women presenting for gynecologic care: prevalence, risk factors, and impact upon quality of life // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2005. — Vol. 5. — P. 1637—1642.
23. Brubaker L. Rectocele // Curr. Opin. Obstet. Gynecol. — 1996. — Vol. 10. — P. 876—879.
24. Cespedes R.D., Cross C.A., McGuire E.J. Pelvic prolapse: diagnosing and treating cystoceles, rectoceles, and enteroceles // Medscape Womens Health. — 1998. — Vol. 3. — P. 4—6.
25. Cheater F.M., Castleden C.M. Epidemiology and classification of urinary incontinence // Baillieres Best. Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol. — 2010. — Vol. 14(2). — P. 183—205.
26. Clark A.L., Slayden O.D., Hettrich K., Brenner R.M. Estrogen increases collagen I and III mRNA expression in the pelvic support tissues of the rhesus macaque // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2005. — Vol. 5. — P. 1523—1539.
27. Culligan P.J. et al. Elective cesarean section to prevent anal incontinence and brachial plexus injuries associated with macrosomia — a decision analysis // Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunct. — 2005. — Vol. 1. — P. 19—28.
28. Drutz H.P., Alarab M. Pelvic organ prolapse: demographics and future growth prospects // Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunct. — 2006. — Vol. 6. — P. 6—9.
29. Fernando R.J. et al. Effect of vaginal pessaries on symptoms associated with pelvic organ prolapsed // Obstet. Gynecol. — 2006. — Vol. 6. — P. 93—99.
30. Fitzgerald M.P., Mollenhauer J., Brubaker L. The antigenicity of fascia lata allografts // BJU Int. — 2000. — Vol. 11. — P. 826—828.
31. Ghetti C. et al. Pelvic organ descent and symptoms of pelvic floor disorders // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2005. — Vol. 7. — P. 53—57.
32. Glavind K., Madsen H. A prospective study of the discrete fascial defect rectocele repair // Acta. Obstet. Gynecol. Scand. — 2000. — Vol. 2. — P. 145—147.
33. Groutz A. et al. Cesarean section: does it really prevent the development of postpartum stress urinary incontinence? A prospective study of 363 women one year after their first delivery // Neurourol. Urodyn. — 2004. — Vol. 2. — P. 2—4.
34. Haylen B.T. et al. Has the true prevalence of voiding difficulty in urogynecology patients been underestimated? // Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunct. — 2006. — Vol. 5.
35. Jamet F., Hoffet M. Interet de la defecographie dans le bilan des prolapsus genitaux // Gynecol. Obstet. J. Biol. Reprod. — 1999. — Vol. 2. — P. 17—23.
36. Jelovsek J.E., Barber M.D. Women seeking treatment for advanced pelvic organ prolapse have decreased body image and quality of life // A.J. Obstet. Gynecol. — 2006. — Vol. 5. — P. 1455—1461.
37. Karram M. et al. High uterosacral vaginal vault suspension with fascial reconstruction for vaginal repair of enterocele and vaginal vault prolapsed // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2001. — Vol. 12. — P. 1339—1342.
38. Koduri S. et al. Factors influencing the long-term success of periurethral collagen therapy in the office // Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunct. — 2006. — Vol. 8. — P. 346—351.

39. Lee R.A. Vaginal Hysterectomy with repair of enterocele, cystocele and rectocele // Clin. Obstet. Gynecol. — 1993. — Vol. 36(4). — P. 967–975.
40. Lo T.S. et al. Repair of recurrent vaginal vault prolapse using sacrospinous ligament fixation with mesh interposition and reinforcement // Acta. Obstet. Gynecol. Scand. — 2005. — Vol. 10. — P. 992–995.
41. Mastropietro M.A. et al. Detrusor biopsy as a potential clinical tool // Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunct. — 2001. — Vol. 12(6). — P. 355–360.
42. Mattox T.F. Abnormal spinal curvature and its relationship to pelvic organ prolapsed // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2000. — Vol. 12(6). — P. 381–384.
43. Mattox T.F. Interstitial cystitis in adolescents and children: a review // J. Pediatr. Adolesc. Gynecol. — 2004. — Vol. 2. — P. 7–11.
44. Meschia M., Pifarotti P. Injection therapy for the treatment of stress urinary incontinence in women // Gynecol. Obstet. Invest. — 2002. — Vol. 2. — P. 67–72.
45. Miklos J.R., Moore R.D. Laparoscopic pelvic floor repair // Obstet. Gynecol. Clin. North. Am. — 2004. — Vol. 9(3). — P. 551–565.
46. Minassian V.A., Drutz H.P. et al. Urinary incontinence as a worldwide problem // Int. J. Gynaecol. Obstet. — 2003. — Vol. 9. — P. 327–338.
47. Moreno A.L., Benitez C.M. et al. Urodynamic alterations after pelvic floor exercises for treatment of stress urinary incontinence in women // Clin. Exp. Obstet. Gynecol. — 2004. — Vol. 3. — P. 194–196.
48. Raz S., Nitti V.W., Bregg K.J. Transvaginal repair of enterocele // J. Urol. — 1993. — Vol. 149(4). — P. 724–730.
49. Schaffer J.I., Bloom S.L. et al. A randomized trial of the effects of coached vs uncoached maternal pushing during the second stage of labor on postpartum pelvic floor structure and function // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2005. — Vol. 5. — P. 1692–1696.
50. Tunn R. et al. Pathogenesis of urethral funneling in women with stress urinary incontinence assessed by introital ultrasound // Ultrasound Obstet. Gynecol. — 2005. — Vol. 9. — P. 287–292.
51. Vodusek D.B. The role of electrophysiology in the evaluation of incontinence and prolapsed // Curr. Opin. Obstet. Gynecol. — 2002. — Vol. 10. — P. 509–514.
52. Yang J.M. et al. Transvaginal sonography in the diagnosis, management and follow-up of complex paraurethral abnormalities // Ultrasound. Obstet. Gynecol. — 2005. — Vol. 5. — P. 302–306.

Поступила 4.07.2014

Current view of pathogenesis, diagnosis and management of genital prolapse and its complications: A review of the literature

Chechneva M.A., Barto R.A., Budykina T.S., Krasnopolskaya I.V., Abramyan K.N.

Moscow Regional Research Institute of Obstetrics and Gynecology,
101000, Moscow, Pokrovka, 22-a

Genital prolapse — descent and prolapse of female pelvic organs — and various forms of urinary incontinence are among the leading topics in modern urogynecology. Published data confirm the complex etiology and ambiguousness of pathogenesis of genital prolapse and its complications. The present review addresses current view of pathogenesis, clinical presentation, diagnosis and basic methods of treatment of this condition. We demonstrate that clear methodology of the treatment choice is currently absent, and that this choice is usually made through empirical selection, which explains the high incidence of relapses, repeated surgical interventions and formation of groups of incurable patients forced to live with incontinence symptoms.

Key words: genital prolapse, incontinence, enuresis, descent of internal genital organs