

УДАЛЕНИЕ МАТКИ – ПРОШЛЫЙ ВЕК

Качество жизни

Урогенитальный пролапс, или опущение органов малого таза, – проблема исключительно женская, известная еще с незапамятных времен. Тяжелые, неоднократные роды, слабый и несовершенный мышечно-связочный аппарат малого таза и промежности, сложная гормональная регуляция организма, подверженная переменам и колебаниям, – все это делает женщину уязвимой перед данным недугом. Особенно эта проблема актуальна сегодня, когда продолжительность жизни женщин существенно увеличилась, и многие представительницы прекрасного пола предпочитают как можно дольше оставаться молодыми, здоровыми и активными, не испытывая неприятных ограничений, которыми так несправедливо «наградила» их женская природа.

Урогенитальный пролапс (пролапс гениталий, опущение органов малого таза, опущение матки и мочевого пузыря) составляет около 80% из всех возможных опущений органов малого таза и брюшной полости. Реже выявляют ректоцеле – опущение прямой кишки и энтероцеле – опущение петель кишечника.

В наши дни слабый пол старше 80 лет в ряде стран – наиболее активно увеличивающийся пласт населения, что не может не влиять на рост этой патологии.

Симптомы, отравляющие жизнь

Урогенитальный пролапс – это грыжа, формирующаяся в результате смещения матки, мочевого пузыря и стенок влагалища в просвет последнего или за его пределы. Заболевание, начинающееся еще в молодом, репродуктивном возрасте, неуклонно прогрессирует. Клинические проявления дают о себе знать наиболее часто в возрасте 50-70 лет.

Степень пролапса бывает различной – от незначительного опущения, которое женщина не замечает и которое может обнаружить лишь гинеколог или уролог при осмотре, до полного выпадения мочевого пузыря и матки, которые заметны невооруженным глазом и существенно ухудшают качество жизни женщины. Именно матка, являющаяся связующим звеном органов малого таза, обычно становится «флагманом» всей опускающейся конструкции, состоящей из стенок влагалища, выворачивающихся наружу и увлекающих за собой мочевой пузырь и прямую кишку.

Наиболее часто женщины жалуются на ощущение инородного тела во влагалище, а также те или иные нарушения мочеиспускания и сексуальной функции. Более чем в 30% случаев урогенитальный пролапс сочетается с различными видами недержания мочи той или иной степени. Чаще всего, речь идет о так называемом гиперактивном мочевом пузыре. Увлекаемые вслед за маткой и передней стенкой влагалища дно и треугольник мочевого пузыря, наиболее богатые иннервированными зонами, находятся в постоянном состоянии растяжения, ввиду чего порог возбудимости рецепторов существенно снижен. Позыв на мочеиспускание носит императивный (требовательный) характер и может возникать при крайне низком наполнении мочевого пузыря (20-50 мл). Частота мочеиспусканий достигает 20-30 раз за сутки и более. Чрезмерное раздражение рецепторов приводит к тому, что женщина не в состоянии долго сдерживать позыв на мочеиспускание. Невозможность своевременно опорожнить мочевой пузырь закономерно сопровождается элементами недержания мочи (ургентная форма недержания). Начальные степени пролапса (1-3) приблизительно у 15% женщин сочетаются с другой формой инконтиненции (недержания). Речь идет об истинном недержании мочи, или недержании при напряжении (стрессовое недержание). В отличие от ургентного недержания мочи стрессовое предполагает постоянное выделение по каплям без предварительного позыва. Прогрессирование урогенитального

пролапса до поздних стадий за счет продолжения опущения матки и мочевого пузыря сопровождается перегибом мочеиспускательного канала. В подобных обстоятельствах женщина начинает ощущать сложности или даже невозможность самостоятельного мочеиспускания. Мануальное вправление мочевого пузыря и матки приносит лишь кратковременное облегчение.

Безусловно, качество жизни женщины с подобными расстройствами существенно снижается. Необходимость нахождения в непосредственной близости от туалета, постоянное использование памперсов или прокладок вынуждают женщину отказаться от привычного образа жизни. Многие увольняются с работы, вынуждены перейти на дистанционную форму общения и профессиональной деятельности. Значительная часть и вовсе лишается возможности трудиться. Утрата сексуальной функции, отсутствие половой жизни при поздних степенях пролапса усугубляет и без того нарушенное психозмоциональное равновесие женщины, увеличивая частоту и тяжесть межличностных и семейных конфликтов. Самой большой ошибкой представительниц прекрасного пола является то, что многие из них считают эту проблему неизбежной приметой возраста, избавиться от которой невозможно, поэтому не стоит даже пытаться.

Сложные роды, слабый мышечный каркас и гормональный дефицит

Причины опущения органов малого таза многочисленны и разнообразны. Тем не менее, в основе урогенитального пролапса лежит утрата маткой, стенками влагалища, мочевым пузырем и прямой кишкой связей с малоподвижными костными, сухожильно-связочными и фасциальными структурами таза.

Существенная роль отводится врожденной (генетически обусловленной) и приобретенной (постродовой, травми-

ческой, гормонально обусловленной) слабости опорно-фасциально-связочного аппарата и мышечного каркаса промежности. Основными «провокаторами» урогенитального пролапса служат роды: частота возникновения и степень тяжести опущения органов находятся в прямой зависимости от количества родоразрешений и особенностей травматизации половых путей. В дальнейшем негативный вклад вносят пре- и постменопауза. Возникает гормональный дисбаланс, сопровождающийся различной степенью возрастной дезорганизации (дистрофии, ослабления) соединительной и мышечной тканей.

Начинаем с консервативных методов

С конца XIX века лечение пролапса начинается с применения специальных влагалищных пессариев, искусственных приспособлений различных конструкций, поддерживающих матку. Ряд пожилых женщин вполне удовлетворены тем эффектом, который оказывают современные пессарии. Однако приспособления такого рода мало подходят сексуально активным представительницам прекрасного пола, а также женщинам с определенными анатомическими особенностями – такими, как короткая длина влагалища, широкое преддверие и недостаточность промежностного тела (расстояние от ануса до задней комиссуры влагалища). Кроме того, серьезным недостатком пессариев является способность провоцировать выделения и запах из влагалища; эрозии шейки матки – также довольно частое осложнение опущения органа и ношения пессария. Более серьезные побочные эффекты редки и возникают исключительно в тех случаях, если женщина забывает о наличии в ее влагалище пессария.

Влагалищные пессарии сегодня могут быть избирательно рекомендованы женщинам преклонного возраста, но в основном их используют пациентки с тяжелыми сопутствующими заболеваниями.

В профилактике урогенитальных пролапсов всегда уделялось много внимания различным комплексам упражнений. Наиболее известные из них – упражнения Кегеля. Суть состоит в том, чтобы попеременно напрягать и задерживать на несколько секунд, а затем расслаблять мышцы тазового дна. Почувствовать эти мышцы легко: во время мочеиспускания надо попробовать задержать поток мочи. Запомнив это ощущение, можно практиковать навык уже вне туалетной комнаты. Сжимать и разжимать анус и влагалище следует в разном темпе: быстро и медленно. Эти упражнения очень просты в исполнении, и их можно выполнять в любом месте незаметно для окружающих. Ежедневно, без пропусков необходимо совершать не менее 100 упражнений (например, 5 подходов по 20 упражнений). Эффективность упражнений повышается при работе с влагалищными шариками. Они могут иметь разную форму и размеры, отличаться по весу и материалу, из которого изготовлены. Сначала шарики надо пытаться удерживать лежа, затем – стоя. Вес шариков и время удержания надо также постепенно увеличивать. При добросовестном, правильно исполненном и регулярном тренинге в ряде случаев удается приостановить прогрессирование пролапса. Тем не менее подобные тренировки, как правило, носят исключительный и индивидуальный характер и применяются при незначительных и начальных степенях урогенитального пролапса.

От собственных тканей до сетчатых имплантатов

Хирургическое лечение применяется при поздних, 3-4-й степенях, урогенитального пролапса, и на сегодняшний день обладает единственным гарантированным эффектом избавления от недуга. На начальных этапах подобных операций опорно-связочный аппарат таза укрепляли с помощью собственных тканей женщины. Хирурги пытались восстановить провисшие и ослабленные с возрастом структуры, основное предназначение которых – удерживать матку и мочевой пу-

зырь на своих биологических позициях. Однако зачастую результаты этих операций не удовлетворяли в должной мере ни пациенток, ни врачей. Создание дубликатур тканей, применение специальных многоуровневых швов и различного шовного материала не оправдали доверия и надежд: рецидивы пролапса, требующие повторной хирургической коррекции, регистрировали почти у 40% ранее прооперированных женщин.

Серьезный прорыв в лечении урогенитального пролапса произошел с началом применения сетчатых мало- или нерастяжимых имплантатов (протезов, сеток, лент). Протезы предназначались для надежного замещения собственных изношенных связок и фасций женщины, не способных уже самостоятельно нести возложенную на них нагрузку. Применение сетчатых имплантатов позволило существенно повысить эффективность хирургического лечения урогенитального пролапса. Однако нельзя не упомянуть о том, что определенная техническая сложность имплантации синтетических протезов, а порой и недостаточная подготовка хирургов в самом начале XXI века серьезно повредили репутации методик. Поэтому их проводили в крупных, высокотехнологичных центрах, имеющих специально подготовленных, сертифицированных и опытных специалистов.

На сегодняшний день современные концепции хирургического лечения занимают важное место среди прочих методов лечения опущения тазовых органов у женщин. Укрепление поврежденных связок и фасций при помощи синтетических протезов позволяет максимально сохранить на своих биологических местах все структуры и органы малого таза и тазового дна женщины. Рядом неоспоримых преимуществ обладает чрезвлагалищный доступ: малотравматичность, быстрота исполнения, короткий срок пребывания в стационаре и возможность осуществления операции под региональной (спинномозговой) анестезией, что особенно актуально для пациенток с высокими

операционно-анестезиологическими рисками. Эффект от этих операций просто поразителен. В течение 40-60 минут влагалище, матка, прямая кишка, мочевой пузырь принимают свое первозданное положение. Помимо восстановления анатомии сразу же налаживается функция органов. Нормальное мочеиспускание, простой и безболезненный акт дефекации возможны сразу после операции. Рецидивы после коррекций пролапса синтетическими протезами практически не встречаются. Важно отметить, что государство активно принимает участие в лечении и реабилитации женщин с опущением органов малого таза, поэтому большинство операций оплачивается из Федерального бюджета России.

Стереотипы требуют пересмотра

Наиболее дискуссионным и сомнительным вариантом лечения урогенитального пролапса органов малого таза остается удаление матки. В основе подобной концепции лежало предположение, что у пациенток с пролапсом «изношенные» и ослабленные ткани не в состоянии удерживать органы на первоначальных позициях, и матка в этом случае является «неподъемным грузом». Однако эта ошибочная тактика продолжает реализовываться в ряде медицинских учреждений и в наши дни.

Удаление матки называется гистерэктомией. Матку можно удалить целиком, и тогда такая операция называется экстирпацией; если же при удалении матки сохранили ее шейку, то операция носит название ампутация матки. Но если после гистерэктомии опущение матки больше не может происходить априори (по причине отсутствия органа), то опущение мочевого пузыря, прямой кишки, стенок влагалища, особенно его верхушки, получает «дополнительный толчок», прогрессируя даже быстрее, чем в ситуациях, когда матку не удаляли.

Если абсолютно обоснованная гистерэктомия при опухолевых злокачественных поражениях матки, крупных миомах,

климактерических кровотечениях и клинически значимом эндометриозе не вызывает сомнений, то удаление «здоровой» матки в качестве основной меры лечения урогенитального пролапса, как минимум, порождает определенное непонимание.

Матку возможно удалить разными путями. Один из них – через переднюю брюшную стенку (возможно как через проколы, так и с помощью разреза). Но в ситуации, когда имеет место то или иное опущение (выпадение) органа, большинство хирургов предпочитают удалять матку со стороны влагалища (трансвагинально, чрезвлагалищно). Адепты гистерэктомии мотивируют этот доступ сравнительной простотой исполнения и отсутствием видимых послеоперационных следов. Так ли это на самом деле? Отсутствие послеоперационных рубцов на коже женщины вовсе не означает отсутствие таковых внутри организма, где их присутствие может нанести существенно больший вред. Сам по себе факт удаления органа, символизирующего основное женское начало, способен серьезно повлиять на психоэмоциональный статус женщины.

Так ли необходимо удалять матку в процессе лечения урогенитального пролапса? Не приведет ли это к каскаду значительных и сложно корригируемых последствий для организма? Этими вопросами специалисты, занимающиеся лечением урогенитального пролапса, задавались давно. Но очевидный ответ был получен всего несколько десятилетий назад после серии крупных научных исследований, лежащих в плоскости топографической анатомии, физиологии и хирургии малого таза женщины.

В конце XX века были опубликованы результаты совместных крупных исследований пельвиоперинеологов – «узких» специалистов, занимающихся заболеваниями промежности и органов малого таза, возникающими по причине несостоятельности фасций, связок и мышц таза и тазового дна женщины. Результаты свидетельствовали, что связки играют незаменимо важную роль в обеспечении и поддержании функ-

ций тазовых органов. Матка с фиксированными к ней сухожильными и связочными структурами оказалась центром всего опорно-связочного аппарата малого таза и промежуточности. Массивы связок, несущие весовые нагрузки, прикреплялись к мышечным элементам тела и перешейка матки. Орган представлялся ключевым звеном, позволяющим поддерживать в сбалансированном состоянии опорные структуры малого таза, на которых располагаются мочевой пузырь, влагалище и прямая кишка. Более того, маточные связки являются вместилищем большого количества сосудистых и нервных структур, принимающих участие в обеспечении жизнедеятельности мочевого пузыря, мочеиспускательного канала, прямой кишки, а также – мышечных и апоневротических структур тазового дна.

Удаление матки, сопровождающееся целенаправленным и неизбежным повреждением ее связочного аппарата, влечет за собой закономерное и неизбежное ослабление всего опорно-связочного каркаса таза. Изменение геометрии таза провоцирует прогрессию опущения стенок влагалища, которые могут выворачиваться наружу, как чулок, увлекая за собой мочевой пузырь и прямую кишку. Являясь звеньями единой цепи, вслед за анатомическими изменениями происходят нарушения функции тазовых органов. В первую очередь это отражается на деятельности мочевого пузыря и мочеиспускательного канала. Нередки ситуации, когда женщина после удаления матки начинает жаловаться на учащенное дневное и ночное мочеиспускание – на повелительные и трудно сдерживаемые позывы. Кроме того, ослабление связочного аппарата уретры может спровоцировать недержание мочи при физических нагрузках, кашле, чихании, смехе, да и просто при принятии вертикального положения тела.

Несмотря на это, согласно статистике Всемирной организации здравоохранения, около полумиллиона женщин каждый год подвергаются этой операции.

Вместе с тем для женщин репродуктивного возраста гистерэктомия означает завершение периода фертильности.

Не говоря уже о том, что для представительниц прекрасного пола, стремящихся сохранить женское начало, удаление органа, предопределяющего женскую индивидуальность и сексуальную подлинность, зачастую сопровождается серьезными изменениями как психоэмоционального статуса, так и возникновением проблем в семье и социуме. Убежден, что сегодня назрела необходимость пересмотреть подходы, изменить стереотипы и признать, что гистерэктомия как способ лечения урогенитального пролапса – это прошлый век. Причем правильное восприятие проблемы необходимо формировать как у врачей, занимающихся опущением органов малого таза, так и в не меньшей степени у женщин. Они должны осознавать, что матка является не только половым органом, принимающим активное участие на этапе репродуктивного периода жизни хозяйки, но и ключевым звеном для поддержания нормального баланса между органами и тканями малого таза.

Сегодня сохранение «здоровой» матки крайне желательно не только женщинам репродуктивного возраста; необходимо всегда стараться сохранять этот важный орган вне зависимости от возраста и функции яичников. Требуется осознание, что гистерэктомия сама по себе не является способом устранения пролапса, а современные хирургические подходы к лечению опущения органов малого таза для достижения лучших анатомических и функциональных результатов предполагают безусловное сохранение матки.

Михаил ЕНИКЕЕВ,
заведующий вторым урологическим отделением
Клиники урологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова,
доктор медицинских наук, профессор.