

УДК 618.14-007.42-44

https://doi.org/10.33619/2414-2948/90/44

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРОЛАПСА ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

©*Якупова Г. М.*, канд. мед. наук, Балтийский федеральный университет им. И. Канта,
г. Калининград, Россия, g.yakupova_00@mail.ru

©*Турдиева А. С.*, ORCID: 0000-0002-9603-5296, SPIN-код: 8469-9300, канд. мед. наук,
Балтийский федеральный университет им. И. Канта,
г. Калининград, Россия, aliyaturdieva@gmail.com

EVALUATION OF THE EFFICIENCY OF SURGICAL METHODS FOR THE TREATMENT OF PELVIC ORGAN PROLAPSE

©*Yakupova G., M.D.*, Immanuel Kant Baltic Federal University,
Kaliningrad, Russia, g.yakupova_00@mail.ru

©*Turdieva A., ORCID: 0000-0002-9603-5296, SPIN-code: 8469-9300, M.D.*, Immanuel Kant
Baltic Federal University, Kaliningrad, Russia, aliyaturdieva@gmail.com

Аннотация. Опущение половых органов, серьезная проблема, затрагивающая пациентов всех возрастов. По данным ряда отечественных авторов, пролапс органов малого таза встречается в 28–40% случаев в структуре гинекологических заболеваний, зарубежные источники приводят частоту 31–50%. Пролапс купола влагалища после гистерэктомии отмечают у 6–12% женщин. Учитывая тот факт, что увеличение количества женщин постменопаузального возраста не имеет тенденции к снижению во всех странах мира, проблема опущения и выпадения половых органов с каждым годом становится все более актуальной.

Abstract. Genital prolapse is a serious problem affecting patients of all ages. According to a number of domestic authors, pelvic organ prolapse occurs in 28-40% of cases in the structure of gynecological diseases, foreign sources give a frequency of 31-50%. Given the fact that the increase in the number of postmenopausal women does not tend to decrease in all countries of the world, the problem of prolapse and prolapse of the genital organs becomes more urgent every year.

Ключевые слова: пролапс органов малого таза, хирургическое лечение.

Keywords: pelvic organ prolapse, surgical treatment.

Самый эффективный метод лечения тазового пролапса, на сегодняшний день, хирургический. Что и подтверждается это рядом авторов [1–5]. Несмотря на существование многочисленных корригирующих техник, универсальных оперативных пособий, решений для всех проблем пролапса, не существует. Велика частота рецидивов заболевания, поэтому хирурги продолжают разработку новых методик, применение которых, комбинации друг с другом, позволяет получать не только хорошие, но и стойкие результаты [7–11].

Хорошо известные три базовых, хирургических техник абдоминальной коррекции при опущении и выпадении тазовых органов: лапароскопическая абдоминальная тотальная гистерэктомия, лапароскопическая промонтофиксация матки сетчатым протезом, традиционная гистерэктомия в сочетании с передней и задней кольпоррафией [12, 13].

Цель представленного исследования: оценка эффективности различных хирургических методов коррекции пролапса тазовых органов.

Материалы и методы

Исследование включает ретроспективный анализ 32 историй женщин, прооперированных в клинике научного центра акушерства гинекологии и перинатологии с декабря 2017 г. по декабрь 2018 г.

В исследование были включены пациентки с диагнозом пролапса тазовых органов, в возрасте от 34 до 77 лет, которым были проведены следующие хирургические операции: лапароскопическая абдоминальная тотальная гистерэктомия, лапароскопическая промонтофиксация матки сетчатым протезом, вентрофиксация по Кохеру, передняя кольпоррафия с пластикой мочевого пузыря, задняя кольпоперинеоррафия с леваторопластикой, трансвагинальная гистерэктомия, кольпоклеизис по Лабгарту, сакроспинальная фиксация по Рихтеру.

Метод оперативного лечения определяли с учетом желания и возраста пациентки, наличия или отсутствия патологии со стороны матки и шейки матки или придатков, сопутствующей соматической патологии. Всех пациенток разделили на две группы в зависимости от объема операции.

В 1 группу вошли пациентки после тотальной гистерэктомии влагалищным и лапароскопическим доступами с одновременной коррекцией цистоцеле при помощи сетчатых имплантатов, лапароскопическая промонтофиксация матки сетчатым протезом, передняя кольпоррафия с пластикой мочевого пузыря, задняя кольпоперинеоррафия с леваторопластикой.

Во 2 группу вошли пациентки после удаления органов малого таза с кольпоперинеорафией и леваторопластикой. Средний возраст— $48 \pm 6,7$ лет.

При этом 15,6% (6 пациенток) были в репродуктивном возрасте, в постменопаузе — 81,2% (26 пациенток). Женщины, находились в периоде постменопаузы, продолжительностью с 7 лет до 32 лет.

Результаты и обсуждения

После проведенного оперативного лечения оценивали результаты в течение 3–6–12 мес. Обследование пациенток обеих групп проводили согласно стандартам оказания медицинской помощи. На первом этапе проведено комплексное клиничко-лабораторное обследование всех пациенток, поступивших на плановое хирургическое лечение по поводу опущение и выпадения внутренних половых органов в стационар. Оно включало анализ жалоб, сбор анамнеза, физикальный осмотр, гинекологическое и ректальное исследования, а также инструментальное и другие методы обследования, при назначении которых ориентировались на индивидуальные клинические симптомы и необходимую предоперационную подготовку.

При изучении анамнеза тщательно анализировали характер и время появления жалоб, наличие и количество родов, а также их характер, наследственность, экстрагенитальную патологию, особенности менструальной и репродуктивной функций, наличие гинекологической патологии и оперативных вмешательств в прошлом, историю настоящего заболевания.

Во время клинического обследования всем проводили осмотр влагалища и шейки матки в зеркалах, кольпоскопию по показаниям, выполняли бимануальное исследование, которое является основой диагностики пролапса тазовых органов. Ректальное исследование помогало

определить наличие или отсутствие опущение задней стенки влагалища и дифференцировать энтероцеле от ректоцеле. Для определения степени пролапса использовали международную классификацию количественной оценки пролапса тазовых органов.

Детальный анализ жалоб показал, что они аналогичные в обеих группах. Прежде всего, больные отмечали дискомфорт (100%) и опущение наружных половых органов, наличие инородного тела во влагалище (15,6%) и ноющие боли в нижних отделах живота и пояснице (19%), неловкость и неприятные ощущения при сексуальном контакте (9,4). Запоры встречались у 13% пациенток. Больных (15,6%) отмечали выпадение инородного тела, которое упорно называли маткой за пределы влагалища в положении стоя, при натуживании и физической нагрузке во время ходьбы.

Большинство пациентов обратились за врачебной помощью для хирургической коррекции только спустя 2–4–6 лет после первых клинических проявлений заболевания, используя консервативные методы лечения. Изучение семейного анамнеза выявило наличие тазового пролапса у матери в каждом четвертом наблюдении и у бабушки по линии матери — у каждой шестой пациентки, что может свидетельствовать в пользу наследственного характера заболевания.

Среди экстрагенитальной патологии: 30,7% пациенток имели артериальную гипертензию, 13% — страдали хроническим пиелонефритом, 9% — отмечали хронический гастрит и хронический бронхит наблюдался у 15,6% исследуемых, 9,4% пациенток имели в анамнезе остеохондроз различных отделов позвоночника и нарушения в структуре соединительной ткани. Менструальная функция и возраст наступления менопаузы у пациенток обеих групп были сопоставимы и особенностей не имели. Возраст менархе в среднем составил $12,4 \pm 1,8$ лет, а менопаузы — $51,4 \pm 3,6$ года.

При анализе акушерского статуса определился следующий паритет родов: 75% пациенток имели 2–3 естественных родов, у 13% — в анамнезе 4–6 родов, а у 3,2% женщин — больше 6 своевременных родов через естественные родовые пути. Родовым травматизмом осложнились роды у 58,8% женщин, что является серьезным фактором риска развития пролапса тазовых органов. Среди гинекологических заболеваний у 12 пациенток в анамнезе отмечена миома матки, у 7 — аденомиоз. У оперируемых пациентов 1 группы в прошлом диагностировано цистоцеле, а во 2 группе — опущение стенок влагалища II–III степени.

Целью проведения хирургического лечения являлось восстановление нормальной архитектоники тазового дна с учетом не только анатомических, но и функциональных взаимоотношений. Во всех случаях использовалась эпидуральная анестезия. С профилактической целью всем пациенткам за 30 минут до операции внутривенно вводились антибиотики.

Продолжительность оперативного лечения в 1 группе варьировала от 70 до 90 минут. Длительность нахождения больных в стационаре составляла 5–8 дней. Средняя кровопотеря составила 100–150 мл. Интраоперационных осложнений отмечено не было. Отдаленные результаты изучены от 2 месяцев до года. Большинство прооперированных женщин были удовлетворены результатами операций. Всеми было отмечено улучшение качества жизни, связанного со здоровьем.

Продолжительность операции во 2 группе варьировала от 110 до 140 минут. Длительность нахождения больных в стационаре составляла 7–10 дней. Средняя кровопотеря 200–400 мл. Интраоперационных осложнений отмечено не было.

Характерно, что независимо от доступа и других технических приемов, последствия

хирургического лечения примерно одинаковое (некоторые различия имеются, но они статистически не достоверны).

Важнейшей составляющей хорошего результата хирургического лечения у пациенток с пролапсом гениталий является строгое соблюдение показаний и противопоказаний к операции с учетом анамнеза, возраста, сопутствующей патологии, а также характера и особенностей течения данного заболевания и нарушений функции тазовых органов. Принципиальное значение имеет ведение послеоперационного и реабилитационного периодов.

Выводы

1. Для женщин, имеющих пролапс гениталий и желающих реализовать репродуктивную функцию, предпочтительным является органосохраняющие операции; такие как лапароскопическая промонтофиксация матки сетчатым протезом, вентрофиксация по Кохеру, передняя кольпоррафия с пластикой мочевого пузыря, задняя кольпоперинеоррафия с леваторопластикой.

2. В данном исследовании среднее время проведение ЛГ (лапароскопическая гистерэктомия) или ЛАВГ (лапароскопическая ассистированная влагалищная гистерэктомия) было несколько больше, чем в группе АГ (абдоминальная гистерэктомия), однако данный факт не приводил к увеличению количества осложнений. С другой стороны, выполнение лапароскопической гистерэктомии снижает время пребывания больной в стационаре значительно сокращает период реконвалесценции. АГ ассоциируется с большим количеством осложнений. Для абдоминальной гистерэктомии характерны такие осложнения, которые встречаются в большей степени в послеоперационном периоде; образование спаечного процесса и связанных с этим клинических проявлений (болевой синдром, нарушение функции смежных органов и т. д.).

3. Для хирургического лечения тотального пролапса гениталии и особенно его рецидива по нашим наблюдениям, наиболее эффективно проведение операции влагалищным доступом. Преимущества малоинвазивных доступов перед традиционным абдоминальным очевидны: малая травматичность доступа, короткое пребывание в стационаре, низкий уровень осложнений.

Список литературы:

1. Азиев О. В., Мусткиви Н. А. Лапароскопическая промонтофиксация в коррекции пролапса гениталий // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2009. Т. 8. №2. С. 33-36.

2. Буянова С. Н., Смольнова Т. Ю., Иоселиани М. Н., Куликов В. Ф. К патогенезу опущения и выпадения внутренних половых органов // Вестник Российской ассоциации акушеров и гинекологов. 1998. №1. С. 77-79.

3. Буянова С. Н., Савельев С. В., Федоров А. А. Роль ДСТ в патогенезе пролапса гениталий // Российский вестник акушера-гинеколога. 2008. Т. 8. №S9. С. 8с-11.

4. Краснопольский В. И., Буянова С. Н., Попов А. А. Абдоминальные, лапароскопические и сочетанные методы хирургического лечения недержания мочи при напряжении // Акушерство и гинекология. – 1996. – Т. 5. – С. 12-15.

5. Куликовский В. Ф., Олейник Н. В. Тазовый пролапс у женщин : руководство для врачей. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. С. 172-178.

6. Попов А. А., Славутская О. С., Рамазанов М. Р. Современные аспекты диагностики и

хирургического лечения опущения и выпадения половых органов у женщин // Эндоскопическая хирургия. 2002. Т. 6. С. 13-15.

7. Радзинский В. Е. и др. Использование современных mesh-систем («Линтекс», Россия) в лечении пролапса тазовых органов у женщин // Медицинский совет. 2012. №7. С. 75-77.

8. Радзинский В. Е. Акушерская агрессия. М.: Медиабюро Статус презенс, 2017. 872 с.

9. Радзинский В. Е., Шалаев О. Н., Плаксина Н. Д., Салимова Л. Я., Колесникова Е. И., Войташевский К. В. Опыт реконструкции тазового дна при генитальном пролапсе с использованием системы Prolift® // Журнал акушерства и женских болезней. 2006. №5. С. 84.

10. Радзинский В. Е., Шалаев О. Н., Дурандин Ю. М., Семятов С. М., Токтар Л. Р., Салимова Л. Я. Перинеология. М., 2010. 371 с.

11. Тотчиев Г. Ф., Токтар Л. Р., Апокина А. Н., Ромео К., Тигиева А. В. Морфологические и иммуногистохимические критерии тяжести пролапса гениталий // Ульяновский медико-биологический журнал. 2012. №3. С. 146-150.

12. Пучков К. В. и др. Оптимизация техники хирургического лечения тазового пролапса // Малоинвазивные технологии в хирургии: материалы межрегиональной научно-практической конференции. Махачкала, 2005. С. 159-160.

13. Плеханов А. Н., Абашин В. Г. Использование различных доступов для выполнения гистерэктомии в современной гинекологической практике // Журнал акушерства и женских болезней. 2004. Т. 53. №2. С. 66-71.

References:

1. Aziev, O. V., & Mustkivi, N. A. (2009). Laparoskopicheskaya promontofiksatsiya v korrektsii prolapsa genitalii. *Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatologii*, 8(2), 33-36. (in Russian).

2. Buyanova, S. N., Smol'nova, T. Yu., Ioseliani, M. N., & Kulikov, V. F. (1998). K patogenezu opushcheniya i vypadeniya vnutrennikh polovykh organov. *Vestnik Rossiiskoi assotsiatsii akusherov i ginekologov*, (1), 77-79. (in Russian).

3. Buyanova, S. N., Savel'ev, S. V., & Fedorov, A. A. (2008). Rol' DST v patogeneze prolapsa genitalii. *Rossiiskii vestnik akushera-ginekologa*, 8(S9), 8-11. (in Russian).

4. Krasnopol'skii, V. I., Buyanova, S. N., & Popov, A. A. (1996). Abdominal'nye, laparoskopicheskie i sochetannye metody khirurgicheskogo lecheniya nederzhaniya mochi pri napryazhenii. *Akusherstvo i ginekologiya*, 5, 12-15. (in Russian).

5. Kulikovskii, V. F., & Oleinik, N. V. (2008). Tazovyi prolaps u zhenshchin. Moscow, 172-178. (in Russian).

6. Popov, A. A., Slavutskaya, O. S., & Ramazanov, M. R. (2002). Sovremennye aspekty diagnostiki i khirurgicheskogo lecheniya opushcheniya i vypadeniya polovykh organov u zhenshchin. *Endoskopicheskaya khirurgiya*, 6, 13-15. (in Russian).

7. Radzinskii, V. E., Petrova, V. D., Salimova, L. Ya., & Permyakov, A. S. (2012). Ispol'zovanie sovremennykh mesh-sistem ("Linteks", Rossiya) v lechenii prolapsa tazovykh organov u zhenshchin. *Meditsinskii sovet*, (7), 75-77. (in Russian).

8. Radzinskii, V. E. (2017). Akusherskaya agressiya. Moscow. (in Russian).

9. Radzinskii, V. E., Shalaev, O. N., Plaksina, N. D., Salimova, L. Ya., Kolesnikova, E. I., & Voitashevskii, K. V. (2006). Opyt rekonstruktsii tazovogo dna pri genital'nom prolapse s ispol'zovaniem sistemy Prolift®. *Zhurnal akusherstva i zhenskikh boleznei*, (S), 84. (in Russian).

10. Radzinskii, V. E., Shalaev, O. N., Durandin, Yu. M., Semyatov, S. M., Toktar, L. R., & Salimova, L. Ya. (2010). Perineologiya. Moscow. (in Russian).

11. Totchiev, G. F., Toktar, L. R., Apokina, A. N., Romeo, K., & Tigieva, A. V. (2012). Morfologicheskie i immunogistokhimicheskie kriterii tyazhesti prolapsa genitalii. *Ul'yanovskii mediko-biologicheskii zhurnal*, (3), 146-150. (in Russian).

12. Puchkov, K. V., Ivanov, V. V., Bakov, V. S., & Usachev, I. A. (2005). Optimizatsiya tekhniki khirurgicheskogo lecheniya tazovogo prolapsa. In *Maloinvazivnye tekhnologii v khirurgii: materialy mezhtregion. nauch.-prakt. konf.-Makhachkala: IPTs DGMА* (pp. 159-160). (in Russian).

13. Plekhanov, A. N., & Abashin, V. G. (2004). Ispol'zovanie razlichnykh dostupov dlya vypolneniya gisterektomii v sovremennoi ginekologicheskoi praktike. *Zhurnal akusherstva i zhenskikh boleznei*, 53(2), 66-71. (in Russian).

Работа поступила
в редакцию 15.04.2023 г.

Принята к публикации
27.04.2023 г.

Ссылка для цитирования:

Якупова Г. М., Турдиева А. С. Оценка эффективности хирургических методов лечения пролапса органов малого таза // Бюллетень науки и практики. 2023. Т. 9. №5. С. 365-370. <https://doi.org/10.33619/2414-2948/90/44>

Cite as (APA):

Yakupova, G., & Turdieva, A. (2023). Evaluation of the Efficiency of Surgical Methods for the Treatment of Pelvic Organ Prolapse. *Bulletin of Science and Practice*, 9(5), 365-370. (in Russian). <https://doi.org/10.33619/2414-2948/90/44>