На правах рукописи

МАРЧЕНКО Тимофей Борисович

БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ У ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

14.01.01 – Акушерство и гинекология

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Москва – 2015 год

Работа выполнена в гинекологическом отделении Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии» Министерства здравоохранения Московской области.

Научный руководитель:
доктор медицинских наук, профессор Буянова Светлана Николаевна

Официальные оппоненты:
Петрова Вера Дмитриевна – доктор медицинских наук, Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов» Министерства образования и науки Российской Федерации, кафедра акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины факультета повышения квалификации медицинских работников Медицинского института, профессор;
Александров Леонид Семенович – доктор медицинских наук, Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Министерства Здравоохранения Российской Федерация, кафедра акушерства и гинекологии №1 лечебного факультета, профессор.

Ведущая организация: Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Защита состоится “____” _____ 2015 г., в _____ ч. на заседании диссертационного совета Д 208.048.01 при Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии» (101000, Москва, ул. Покровка, д. 22а).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на сайте Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии».

Автореферат диссертации размещен на сайте http://moniiag.ru

Автореферат разослан “____” _____ 2015 г.

Ученый секретарь диссертационного совета
доктор медицинских наук,
профессор Зайдиева Янсият Зайдилаевна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИССЕРТАЦИИ

Актуальность темы

Проблема опущения и выпадения внутренних половых органов (ОиВ-ВПО), безусловно, является одной из самых актуальных проблем гинекологии в настоящее время.

Пролапс гениталий ведет к функциональной недостаточности различных органов и систем с разнообразными клиническими проявлениями и степенью тяжести.

Решающее влияние на частоту и сложность данной проблемы оказывает возраст. У пациенток старшей возрастной группы пролапс гениталий достигает своей кульминации. В этом же возрасте встречается наибольшее число рецидивных форм пролапса гениталий. Кроме того, именно у пожилых пациенток достигают пика своего развития различные соматические заболевания, что существенно повышает риск анестезиологического пособия и отягощает проведение послеоперационного периода.

С одной стороны сложность патологии, с другой – возраст пациенток и наличие многочисленных, порой тяжелых экстрагенитальных заболеваний, вынуждает гинекологов использовать надежные, но в то же время легко переносимые операции для лечения пролапса гениталий в пожилом и старческом возрасте.

Основным методом лечения пролапса гениталий, по единому мнению урогинекологов всего мира, остается хирургическая коррекция тазового дна.

До недавнего времени наиболее распространенным методом коррекции пролапса тазовых органов являлись различные виды закрытия дефекта местными тканями. Однако, в 1986 г. во Франции было предложено использовать синтетические протезы в гинекологии для коррекции пролапса гениталий. Основным преимуществом данной методики является формирование искусственного каркаса вместо разрушенных фасций, при этом восстанавливаются и укрепляются и предпузырная, и ректовагинальная фасции.

Однако, внедрение сетчатых протезов в гинекологическую практику, кроме того, что значительно повысило эффективность лечения, также привело

и к появлению специфических осложнений, связанных с наличием «слепых» этапов установки протеза.

Большое количество публикаций об осложнениях данной методики, а также многочисленные рекомендации, привело к отказу основного производителя проленовых протезов фирмы Ethicon от дальнейшего производства данных систем, в связи с чем требуется современное осознание и решение проблемы пролапса гениталий.

Степень разработанности темы

Тема является недостаточно разработанной как в отечественной, так и в зарубежной медицинской науке. Различные методики хирургической коррекции пролапса гениталий в пожилом и старческом возрасте используются многими ведущими учеными: Л.В. Адамян, А.И. Ищенко, Н.А. Щукина, Э.К. Айламазян, С.В. Камоева, О.В. Макаров, D. Altman, L.F.Banu и другие.

Цель исследования: снизить риск оперативного лечения, послеоперационных осложнений и частоту рецидивов пролапса гениталий у женщин пожилого и старческого возраста путем оптимизации предоперационного обследования и подготовки пациентов, а также индивидуализации хирургической технологии и совершенствования послеоперационной реабилитации.

Задачи исследования

1. Разработать алгоритм диагностики вида и степени пролапса гениталий с учетом состояния матки и придатков, предпузырной и ректовагинальной фасций, сфинктера мочевого пузыря.

2. Определить необходимый объем предоперационной подготовки в зависимости от выявленных изменений и экстрагенитального статуса пациентов.

3. Обосновать показания к абдоминальному, влагалищному, комбинированному доступам для коррекции пролапса гениталий с учетом выявленной патологии и степени риска рецидива.

4. Индивидуализировать показания к применению синтетических протезов, оценить их достоинства и недостатки в различных возрастных группах.

5. Определить эффективность санации и обработки тканей влагалища при

декубитальных язвах и в послеоперационном периоде раствором хлоргексидина, диоксидина, физиологическим раствором, а также растворами антибактериальных препаратов, кавитированных низкочастотным ультразвуком.

6. Оценить результаты лечения и качество жизни женщин в течение 3-х лет после операции.

Научная новизна исследования

Разработан современный алгоритм диагностики степени пролапса гениталий с учетом состояния матки и придатков, предпузырной и ректовагинальной фасций, сфинктера мочевого пузыря, наличия ДСТ, определены необходимые объемы предоперационной подготовки и послеоперационного ведения пациенток. Обоснован выбор оперативного доступа в зависимости от степени тяжести выявленной патологии, риска рецидива и возраста пациентки, а также индивидуализированы показания к применению проленовых протезов, оценены их достоинства и недостатки в сравнении с альтернативными методами лечения пролапса гениталий.

Практическая значимость работы

Данные работы внедрены в повседневную лечебную работу гинекологического отделения МОНИИАГ и стационаров Московской области и ежедневно позволяют снизить риск после- и интраоперационных осложнений, а также частоту рецидивов пролапса гениталий, путем индивидуализированного подхода к выбору оптимального доступа и метода хирургического лечения.

Методология и методы исследования

Для достижения поставленной цели и решения задач, проведено комплексное обследование 553 пациенток в возрасте от 55 до 82 лет, которым в гинекологической клинике МОНИИАГ проводилось оперативное лечение по поводу опущения и выпадения внутренних половых органов за период 2012–2015 гг. Эффективность различных методов коррекции пролапса гениталий у данной когорты больных проводилось в зависимости от примененной технологии.

I группу составили 254 больные, оперированные по поводу тяжелых форм пролапса гениталий с использованием синтетических протезов. Ко II группе были отнесены 258 пациенток с различными степенями выпадения, оперированных с применением классических методик и их модификаций, влагалищным доступом без использования синтетических материалов. В зависимости от объема оперативного вмешательства пациентки II группы были разделены на три подгруппы: IIa подгруппа – 32 пациентки, которым произведена передняя кольпоррафия и кольпоперинеолеваторопластика; IIb подгруппа – 166 пациенток, которым проведена влагалищная гистерэктомия; IIc подгруппа – 60 пациенток, которым была проведена срединная кольпорафия (операция Нейгебауэра-Лефора). В III группу была включена 41 пациентка с различными степенями выпадения, которым была произведена гистерэктомия абдоминальным доступом и вагинопексия связочным аппаратом, либо синтетическим протезом.

Положения, выносимые на защиту

1. Для пациенток пожилого и старческого возраста характерны тяжелые степени пролапса гениталий (III–IV ст.), нередко рецидивные, сочетающиеся с недержанием мочи и газов, а также с рецидивирующей гиперплазией эндометрия и декубитальными язвами, вызывающими у этого малозащищенного контингента женщин тяжелые страдания и снижение качества жизни, что обусловливает показания к хирургическому лечению. Хирургическое вмешательство и наркоз у пациенток пожилого и старческого возраста представляет высокую степень риска интра- и послеоперационных осложнений, рецидивов пролапса. Так, из 553 исследуемых женщин 86,4% страдали различными заболеваниями сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь, ИБС, инфаркты в анамнезе, варикозная болезнь); 11% – сахарным диабетом; 16,1% – ожирением II–III степени (индекс массы тела от 35 и выше); 49,9% – заболеваниями бронхолегочной системы; 16,3% – заболеваниями мочеполовой системы, что требовало проведения тщательного предоперационного обследования и подготовки к операции с привлечением смежных специалистов.

2. Низкочастотный ультразвук и метод обработки влагалища кавитированными растворами – эффективный, безопасный, простой в использовании, не требующий дорогостоящих расходных материалов и длительного обучения метод, позволяющий значительно улучшить течение послеоперационного периода и заживление декубитальных язв, стимулировать восстановление тканей, а также процессы регенерации в естественных условиях. Обработка влагалища кавитированными растворами позволяет значительно снизить использование антибактериальных препаратов в пред- и послеоперационном периодах. Эффективность лечения длительно незаживающих декубитальных язв с использованием данной методики составляет 96,8%.

3. Учитывая возраст пациенток, при выборе хирургической технологии для коррекции пролапса гениталий предпочтительны малоинвазивные, малорецидивные объемы операции, позволяющие ликвидировать тягостные симптомы заболевания и улучшающие качество жизни. Операции с использованием синтетических протезов не являются малоинвазивными, в ряде случаев требуют выполнения последовательных этапов, а значит повторных операций. Они показаны пациенткам пожилого возраста, не живущим активной половой жизнью и имеющих цисто- или ректоцеле III–IV степени. У пациенток старческого возраста, не имеющих патологии эндометрия, адекватна срединная кольпоррафия в сочетании с укреплением средней трети уретры синтетической лентой при недержании мочи.

4. Наиболее эффективной (100%) и малоинвазивной в лечении пролапса гениталий является срединная кольпоррафия, показанная пациенткам старческого возраста, не имеющим сопутствующей гинекологической патологии и не живущим половой жизнью. Эфективность операций с применением сетчатых протезов составляет 98,7%, при этом частота интраоперационных осложнений составляет 1,2%, а ранних послеоперационных – 2%. Пластики стенок влагалища собственными тканями эффективны в 78,1% случаев и показаны лишь при незначительных степенях опущения. Эффективность влаглищной гистерэктомии, по нашим данным, составила 88%. При наличии пролапса гени-

талий в сочетании с опухолями женской половой системы показана абдоминальная гистерэктомия с вагинопексией связочным аппаратом или синтетическим протезом (эффективность 97,6%).

Личный вклад автора в проведенное исследование

Автором лично проведены комплексное обследование и лечение 553 пациенток возрасте от 55 до 82 лет, страдающих пролапсом гениталий, а также анализ анамнеза, клинических наблюдений и результатов исследования. Прослежены отдалённые результаты лечения за период с 2012 по 2015 годы.

Апробация диссертации

Апробация диссертации проведена на заседании Учёного совета Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Московской области “Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии” 07 апреля 2015 года.

Внедрение в практическое здравоохранение

Разработанная тактика ведения пациенток пожилого и старческого возраста с пролапсом гениталий внедрена и повседневно используется в клинической практике отделения оперативной гинекологии ГБУЗ МО МОНИИАГ, НКО МОНИИАГ, ФУВ МОНИКИ им. Владимирского, гинекологических стационаров Московской области. По материалам диссертации читаются лекции для слушателей сертификацинных курсов по акушерству и гинекологии ФУВ МОНИКИ им. Владимирского, проводятся практические занятия и семинары с клиническими ординаторами и интернами.

Материалы диссертации доложены и обсуждены

Материалы исследования доложены и обсуждены на: VIII Общероссийском семинаре «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии» (Сочи, 2015), IV Конференции с международным участием «Инфекции и инфекционный контроль в акушерстве и гинекологии» (Москва, 2015), XVI Всероссийском научном форуме «Мать и Дитя» (Москва, 2015).

Публикации

По результатам выполненных исследований опубликовано 5 научных работ, в том числе 3 работы в научных журналах, рекомендованных ВАК РФ.

Структура и объём диссертации

Диссертация написана на русском языке, изложена на 135 страницах компьютерного текста. Состоит из введения, обзора литературы, главы с изложением описания клинической характеристики больных, методов исследования и лечебной методики, трех глав результатов собственных исследований, обсуждения результатов, выводов, практических рекомендаций и списка литературы, включающего 181 источник, из них 78 отечественных и 103 зарубежных. Диссертация содержит 15 таблиц и 17 иллюстраций (рисунков).

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Клиническая характеристика больных и методы исследования.

В соответствии с поставленными задачами были обследованы 553 пациентки в возрасте от 55 до 82 лет, оперированных в гинекологической клинике МОНИИАГ по поводу опущения и выпадения внутренних половых органов за период с 2012 по 2015 годы. Для оценки эффективности различных методов коррекции пролапса гениталий в пожилом и старческом возрасте все пациенки были разделены на три группы в зависимости от примененной технологии. I группу составили 254 больные, оперированные по поводу тяжелых форм пролапса гениталий с использованием синтетических протезов. Ко II группе были отнесены 258 пациенток с различными степенями выпадения, оперированных с применением классических методик и их модификаций, влагалищным доступом без использования синтетических материалов. В зависимости от объема оперативного вмешательства пациентки II группы были разделены на три подгруппы: IIa подгруппа – 32 пациентки, которым произведена передняя кольпоррафия и кольпоперинеолеваторопластика; IIb подгруппа – 166 пациенток, которым проведена влагалищная гистерэктомия; IIc подгруппа – 60 пациенток, которым была проведена срединная кольпорафия (операция Нейгебауэра-Лефора). В III группу была включена 41 пациентка с различными степенями

выпадения, которым была произведена гистерэктомия абдоминальным доступом и вагинопексия связочным аппаратом, либо синтетическим протезом.

Все больные были тщательно обследованы: подробно изучены жалобы и анамнез заболевания, данные гинекологического осмотра и специальных проб, а также данные инструментальных методов обследования.

Возраст пациенток варьировал от 55 до 82 лет. В I группе почти половину исследуемых составили пациентки в возрасте от 60 до 65 лет (47,7%). Во II группе следует отметить значительное (20,9%) количество пациенток старше 70 лет. В третьей группе почти две трети (61%) составили женщины в возрасте от 55 до 60 лет. Достоверных различий по возрасту в группах не выявлено.

При анализе трудовой деятельности отмечено, что почти половина (46,7%) пациенток были подвержены значительным физическим нагрузкам.

Безусловно, одним из основных факторов, определяющих дальнейшую тактику лечения пациентов с пролапсом гениталий, является наличие у них экстрагенитальной патологии. В I и II группах наиболее часто встречались заболевания сердечно-сосудистой системы (218 – 85,8% в первой группе), 231 (89,5% – во второй группе); варикозное расширение вен нижних конечностей – 199 (78,3%) пациенток 1 группы, и 209 (81,0%) – во второй группе. В третьей группе количество подверженных этим заболеваниям пациентов в процентном соотношении было ниже 29 (70,7% – для сердечно-сосудистой патологии) и 27 (65,9% – для варикозного расширения вен нижних конечностей). Данную ситуацию можно объяснить более молодым средним возрастом пациентов в третьей группе по отношению к возрасту больных из первой и второй групп, а также меньшей выборкой, что однако не влияет на репрезентативность группы в целом. Хронические бронхолегочные заболевания выявлены у 51,6 % больных первой группы, 51,2% – второй и 31,7% – третьей группы; хронические заболевания ЖКТ, сопровождающиеся стойкими запорами, наблюдались у 19,5 % обследуемых пациентов. Данные заболевания также важно отметить в исследовании, так как они влияют на изменение

внутрибрюшного давления (его повышение), что является одним из факторов, приводящих к возникновению пролапса гениталий.

О проявлении системной несостоятельности соединительной ткани свидетельствуют указания на такие виды оперативных вмешательств, как герниопластика (9,9% от общего числа пациентов) и флебэктомия в анамнезе (14,6% среди всех больных).

Более половины обследованных нами женщин (64,7%), помимо опущения и выпадения внутренних половых органов, имели также сопутствующую гинекологическую патологию. Ее структура представлена на рисунке 1.

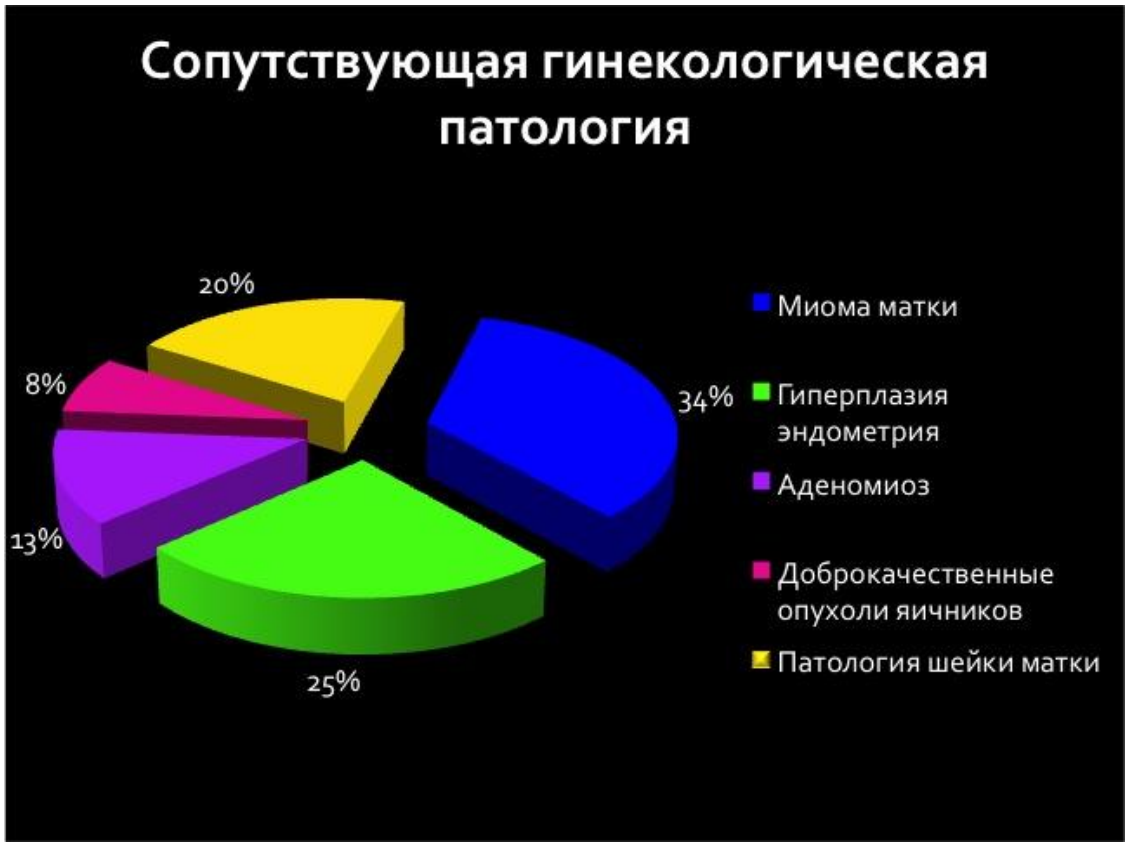


Рисунок 1. Сопутствующая гинекологическая патология.

Следует отметить высокую частоту встречаемости гиперплазии эндометрия у пациенток второй группы (30,6%), что впоследствии обусловило выбор хирургической тактики.

Не может не обратить на себя внимание значительное превалирование встречаемости миомы матки (51,2%), аденомиоза (36,6%) и доброкачественных

опухолей яичников (22%) у пациенток третьей группы. Это обстоятельство послужило основной причиной выбора доступа в пользу абдоминального.

Важную роль в развитии опущения и выпадения внутренних половых органов играет состояние соединительной ткани, которое носит наследственный характер. В связи с этим, мы уделяли особое внимание сбору семейного анамнеза, выявлению наличия пролапса гениталий и недержания мочи, а также грыж в анамнезе у родственников первой линии. Более чем у половины больных (59,3% среди всех пациентов) у ближайших родственников выявлено наличие в анамнезе пролапса гениталий.

Почти две трети всех пациенток (166 – 65,4% – в первой группе), 157 (60,9%) – во второй и 36 (87,8%) – в третье группах) вели регулярную половую жизнь на момент обследования.

Большинство женщин (98,4%) в анамнезе имели хотя бы одни роды. Больше двух третей всех больных имели в анамнезе двое и больше родов –205 (80,7%) – в первой группе, 180 (69,8%) – во второй и 29 (70,7%) – в третьей группах. Достоверных различий по количеству родов в исследуемых группах не выявлено. В 9,8% случаев исследуемым пациенткам было произведено кесарево сечение. В 90,2% случаев пациентки рожали через естественные родовые пути. В случае самопроизвольного родоразрешения большое значение в развитии пролапса гениталий принадлежит характеру родов, оказанию в родах различных акушерских пособий, а также имевшим место травмам мягких родовых путей. В 80,2% случаев в родах требовалось проведение акушерских пособий, либо возникали осложнения, явившиеся впоследствии одной из причин возникновения опущения и выпадения внутренних половых органов. В 18,5% в первой группе, 23,6% второй и 14,6% третьей группы в родах проводилась эпизиотомия или перинеотомия. В 40,7% случаев роды осложнились разрывом промежности разных степеней. Наложение акушерских щипцов использовалось в 1 случае (0,4%) в первой группе и в 3 случаях (1,2%) во второй группе. У 21% пациенток первой группы, 35% – второй и 18 – третьей были роды крупным плодом. Более чем у 3,5% пациенток всех групп

масса новорожденных превысила 4500 г. Масса ребенка более 4000 г, также является одним из факторов в возникновении пролапса гениталий.

Анализ опроса пациентов позволил нам выявить, что ведущей жалобой на момент поступления являлось чувство инородного тела во влагалище (87,3%). Несомненно, с этим же связано и большое количество женщин, активно предъявляющих жалобы на дискомфорт при половой жизни (61,1%). Также нередки были жалобы на недержание мочи при напряжении (38,2%) и учащенное мочеиспускание (19,7%). Отдельного внимания заслуживает тот факт, что каждая пятая пациентка предъявляла жалобы на затруднения акта дефекации и чувство неполного опорожнения кишечника (22,8%).

При осмотре наиболее часто встречались признаки несостоятельности мышц тазового дна (94,8%) и опущения стенок влагалища (89,2%). Более чем в половине всех наблюдений диагностировано цистоцеле различной степени выраженности (50,8%), в одной пятой случаев – ректоцеле (21,2%). При тщательном осмотре и проведении функциональных проб в 36,7% случаев выявлены признаки недержания мочи при напряжении, в том числе и скрытых его форм. У четверти пациентов мы наблюдали неполное выпадение матки (26,4%), а у каждой пятой больной – полное выпадение матки (19,5%).

Всем пациенткам на этапе предоперационного обследования было проведено ультразвуковое исследование. Более чем в 90% случаев было выявлено нарушение анатомического расположения мышечных и фасциальных структур, соотношения органов малого таза, а также дефекты фасциальных структур. Почти у всех пациенток отмечалось наличие диастаза леваторов (94,5% пациенток первой группы, 95,3% пациенток второй группы, 92,7% пациенток третьей группы). Более двух третей женщин, включенных в исследование, имели цисто- и ректоцеле различных степеней с дефектом тазовой фасции. Гипермобильность уретры и дислокация уретро-везикального сегмента также явились ультразвуковыми признаками, характеризующими пролапс гениталий. У всех пациенток с выраженным цистоцеле обязательно выявлялись дефекты шеечно-лобковой фасции: паравагинальный, поперечный, центральный и дистальный

дефект фасции. Незаменимым было ультразвуковое исследование и для определения сфинктерной недостаточности уретры (уретральный индекс) и скрытых форм недержания мочи.

При проведении ультразвукового исследования изучалось состояние матки и придатков, толщина эндометрия, так как в постменопаузе у женщин нередко могут возникать гиперпластические процессы, что существенно влияет на выбор хирургической технологии. В случае выявления ультразвуковых признаков внутриматочной патологии для уточнения диагноза пациенткам проводилась гистероскопия с раздельным диагностическим выскабливанием полости матки и цервикального канала. Соскоб отправлялся ни гистологическое исследование с целью исключения онкопатологии.

Всем пациенткам проводилась расширенная кольпоскопия с обязательным взятием мазка на онкоцитологию.

Применение кавитированных растворов, как часть предоперационной подготовки.

В качестве предоперационной подготовки и для достижения максимальной чистоты влагалища перед операцией мы применяли санацию влагалища растворами хлорида натрия, диоксидина, хлоргексидина, кавитированных низкочастотным ультразвуком, генерируемым аппаратом фирмы ФОТЕК - АК 100-25.

В первой группе нами было обработано 99 (39%) пациенток в пред- и послеоперационном периодах. Все процедуры прошли без осложнений, субъктивно пациенты отмечали безболезненность процедуры. В третьей группе санация кавитированными растворами не проводилась в связи с незначительными степенями опущения, а также планированием пациентов к оперативному лечению абдоминальным доступом.

Наибольший интерес вызывает применение низкочастотного ультразвука в качестве предоперационной подготовки во второй группе, в частности в подгруппе 2c. В подгруппах 2a и 2b 57 пациенткам (22,1%) была произведена предоперационная санация влагалища по разработанной нами методике кавитиро-

ванными растворами хлорида натрия. Все процедуры в этих двух подгруппах прошли без осложнений. Отмечен выраженный бактерицидный эффект данных процедур по сравнению с обычной санацией влагалища.

Подгруппа 2с – пациентки с полным выпадением матки в возрасте от 68 до 78 лет с большим количеством сопутствующих экстрагенитальных заболеваний. Все это обусловило высокий риск проведения анестезии и оперативного лечения, в связи с чем оптимальным хирургическим пособием для них явилась срединная кольпорафия. Пациентки данной подгруппы характеризовались полным (100%) выпадением матки. В результате длительного (до 15 лет) срока заболевания трофические процессы в тканях были сильно нарушены. Больше чем в половине случаев (31 – 51,7 %) у пациенток наблюдались трофические язвы слизистой стенок грыжевого мешка, а также декубитальные язвы шейки матки.

Показаниями к проведению подобной обработки послужили:

– наличие неэпителизированной декубитальной язвы;

– планируемый объем операции – срединная кольпорраффия.

Методика заключалась в ежедневной обработке грыжевого мешка и участка декубитальной язвы растворами хлоргексидина или хлорида натрия в объеме 500 мл, с максимальной скоростью подачи жидкости и максимальным уровнем колебаний. Затем проводилась обработка 100 мл антибактериального препарата кавитированного низкочастотным ультразвуком, на среднем уровне колебаний и низкой скорости подачи раствора. Обработка проводилась два раза в день в течение трех дней. На третий день у 24 (77,4) пациентов достигнута стадия неполной эпителизации декубитальной язвы, позволившая провести лечение в заранее намеченном объеме. Оставшимся 7 (22,6%) пациенткам продолжали обработку еще в течение нескольких дней. На 4–6 сутки достигнута стадия неполной эпителизации у 6 пациенток (19,4%), что позволило провести необходимый объем оперативного лечения. У 1 (3,2%) (3,2%)пациентки неполной эпителизации достигнуть так и не удалось, несмотря на обработку язв кавитированными растворами в сочетании с классическими методами лечения

(мазевые тампоны) в течение 7 дней, в связи с чем ей была произведена влагалищная гистерэктомия.

Весь интраоперационно удаленный материал подвергался гистологическому исследованию.

Анализ и статистическую обработку цифрового материала проводили с использованием стандартных компьютерных программ. В основу математической обработки материала были положены как параметрические, так и непараметрические методы прикладной математической статистики. Статистически значимыми считались отличия при $p<0,05$ (95%-й уровень значимости) и при $p<0,01$ (99%-й уровень значимости).

Результаты исследования и их обсуждение

Успех хирургического лечения пациентов с опущением и выпадением внутренних половых органов зависит от сочетания множества моментов, ведущим среди которых является правильный выбор хирургической технологии в каждом конкретном случае.

Нами была определена группа факторов, позволяющих в совокупности подобрать наиболее результативное и наименее рискованное лечение:

- возраст больных;
- степень опущения внутренних половых органов;
- наличие сопутствующей гинекологической;
- наличие и тяжесть экстрагенитальной патологии;
- наличие и степень выраженности факторов, предрасполагающих к рецидиву заболевания;
- наличие сочетанного нарушения мочевыделительной функции, а также функции кишечника;
- сексуальная активность.

В первой группе всем пациентам проведено оперативное лечение с использованием проленовых (синтетических) протезов. В 183 (77,6%) случаях было произведено оперативное лечение в объеме передней экстраперитонеальной кольпопексии с использованием синтетических протезов. 135 из них была

дополнительно произведена кольпоперинеолеваторопластика. 57 (22,4%) пациенткам была проведена задняя экстраперитонеальная кольпопексия с использованием проленового протеза и во всех случаях дополненная кольпоперинеолеваторопластикой. В 14 (5,5%) наблюдениях произведена влагалищная экстирпация матки в сочетании с передней экстраперитонеальной кольпопексией синтетическим протезом Elevate Anterior. 74 больным дополнительно была произведено уретропексия средней трети уретры синтетической петлей (TVT-O).

Всем пациенткам подгруппы 2a была произведена пластика передней стенки влагалища собственными тканями и кольпоперинеолеваторопластика.

В подгруппе 2b 162 (97,6%) больным была произведена влагалищная гистерэктомия и еще 4 (2,4%) пациенткам – влагалищная экстирпация культи шейки матки. Во всех случаях в этой группе также была произведена кольпоперинеолеваторопластика, а 24 (14,5%) пациенткам операция была дополнена пластикой передней стенки влагалища собственными тканями.

В подгруппе 2c всем пациенткам была произведена срединная кольпорафия (операция Нейгебауэра-Лефора) с кольпоперинеолеваторопластикой. В 129 случаях во второй группе была произведена уретропексия средней трети уретры синтетической петлей TVT-O.

В третьей группе в 7 случаях было произведено укрепление купола влагалища синтетической лентой (17,1%), 5 пациенткам произведена пангистерэктомия с укреплением купола влагалища синтетической лентой (12,2%) и остальным 19 больным произведена пангистерэктомия с вагинопексией связочным аппаратом.

По данным различных авторов, частота развития опущения стенок влагалища после перенесенной гистерэктомии колеблется от 0,2% до 49% и возникает вследствие нарушения кровоснабжения и иннервации.

Результаты хирургического лечения всех 553 пациенток прослежены нами в течение 3-х лет. Больные осматривались через 2, 6, 12 месяцев после операции затем ежегодно.

При анализе интраоперационных осложнений и осложнений раннего послеоперацинного периода мы выявили статистически значимую разницу в полученых результатах между первой и остальными группами.

В первой группе в одном случае (0,4%) при постановке Prolift Anterior интраоперационно было зафиксировано ранение иглой проводника мочевого пузыря (при проведении правой верхней иглы). Осложнение замечено во время операции, дополнительных вмешательств не потребовалось. В двух случаях (0,8%) при установке протеза Ugitex kit posterieur в послеоперационном периоде были зафиксированы гематомы (до 120 мл) в области прохождения иглы проводника. В 5 (2%) случаях в послеоперационном периоде были зафиксированы гематомы передней стенки влагалища объемом от 50 до 90 мл, располагающиеся между протезом и слизистой передней стенки влагалища.

Во второй группе интраоперационных осложнений не было. В подгруппе 2b в 2 случаях была выявлена гематома передней стенки влагалища и в 1 случае гематома купола влагалища. Гематомы объемом 60, 75 и 90 мл были опорожнены на 5–6 сутки после операции.

В третьей группе ни интраоперационных, ни осложнений раннего послеоперационного периода не было.

Анализируя отдаленные результаты лечения пациенток с пролапсом гениталий, мы опирались на субъективную оценку пациентами проведенного оперативного лечения, оценку ими качества половой жизни, данные влагалищного исследования, а также данные ультразвукового исследования.

При анализе отдаленных результатов в первой группе выявлено, что в 4 (1,6%) случаях через 2 месяца после проведения передней экстраперитонеальной кольпопексии проленовым протезом диагностирована эрозия передней стенки влагалища, у 9 (3,5%) пациенток – спустя 6 месяцев после оперативного лечения, и спустя 4 месяца после возобновлния активной половой жизни. Следует отметить, что формирование эрозии слизистой влагалища после пластических операций с использованием синтетических сетчатых протезов долгое

время оставалось одним из наиболее частых осложнений данного вмешательства и составляло по разным данным от 7 до 10%.

По данным УЗИ, частичное сморщивание проленового протеза было выявлено у 12 (4,7%) пациенток, клинически себя никак не проявляло, фиксация стенки влагалища оценивалась как удовлетворительная.

Нельзя не отметить случаи прогрессирования пролапса задней стенки влагалища и/или матки после проведения пластики передней стенки влагалища с использованием проленового протеза. При контрольном осмотре через 6 месяцев после операции у 6 (2,4%) пациенток диагностировано ректоцеле 3 ст. Еще у 3 (1,2%) пациенток диагностировано неполное выпадение матки. При осмотре спустя 3 года после проведения оперативного лечения по коррекции опущения и выпадения внутренних половых органов с использованием синтетических протезов у более чем двух третей пациенток (178 – 70,1%) не было выявлено никаких отклонений и результат оперативного лечения оценивался и хирургом, и пациентом как очень хороший. Однако, у 76 (29,9%) пациенток первой группы отмечено прогрессирование опущения противоположной стенки. У 14 (5,5%) из них опущение неоперированной стенки влагалища впоследствии достигло III–IV степени, в связи с чем они были оперированы повторно, также с применением проленового протеза.

Анализ отдаленных результатов лечения пациенток второй группы позволяет говорить о хороших результатах лечения.

В подгруппе 2a после проведения пластики передней стенки влагалища с использованием собственных тканей и кольпоперинеолеваторопластики спустя 3 года у каждой четвертой пациентки выявлен рецидив опущения передней стенки влагалища, не требующий на данном этапе проведения оперативного лечения. Наши данные заметно ниже мировых источников, утверждающих, что частота рецидива после передней кольпоррафии достигает 24–31%, после задней – 25–35%, а, по некоторым данным клинические проявления рецидива через 3 года составляют 55%.

В подгруппе 2b с проведением влагалищной экстирпации матки или

культи шейки матки показал, что после данного вмешательства ни у одной пациентки за весь период наблюдения не было диагностировано выпадения купола влагалища. У 6 (3,6%) больных через 1 год после операции выявлено опущение передней стенки влагалища, цистоцеле. 5 (3%) пациенткам через 3 года после первой операции потребовалась задняя экстраперитонеальная кольпопексия с применением проленового протеза, из-за опущения задней стенки влагалища. Еще 9 (5,4%) пациенткам спустя 3 года обратились в гинеоклогическую клинику с опущением передней стенки влагалища III–IV степени.

В соответствии с данными мировой литературы от 11 до 25 % процентов женщин после проведения влагалищной гистерэктомии возвращаются с рецидивом пролапса гениталий (в большинстве случаев выпадением купола влагалища).

В подгруппе 2с после проведения срединной кольпоррафии за весь период наблюдения рецидивов отмечено не было. Данная операция показала максимальную эффективность.

Анализируя отдаленные результаты лечения пациенток в третьей группе, мы увидели, что через 6 месяцев после операции у всех пациентов купол влагалища стоял высоко. У 7 (17,1%) пациенткам выявлено зияние половой щели и смещение задней стенки влагалища до его входа при натуживании. До операции ректоцеле имелось у 24 (58,5%) пациенткам этой группы. У 2 (4,9%) пациенткам из 41 (100%) сохранялось цистоцеле I степени. Эти 9 (22%) пациенткам были направлены на планировавшийся заранее второй этап оперативного лечения. У 1 (2,4%) пациенткам в течение 3-х лет после первой операции было зафиксировано выпадение купола влагалища, что потребовало повторной лапаротомии, вагинопексии купола влагалища проленовым протезом. Однако, спустя год после повторного вмешательства она же обратилась в гинекологическую клинику с опущением стенок влагалища III–IV степени, в связи с чем ей была произведена передняя и задняя экстраперитонеальная кольпопексия с использованием синтетических протезов.

Таким образом, все представленные нами в исследовании методики эффективны для коррекции опущения и выпадения внутренних половых органов.

ВЫВОДЫ

1. Хирургическое лечение пролапса гениталий у женщин пожилого и старческого возраста представляет высокий риск декомпенсации экстрагенитальных заболеваний, интра-, послеоперационных осложнений и рецидивов. Для снижения риска необходимо обследование у смежных специалистов, изучение свертывающей системы крови, проведение дуплексного сканирования вен нижних конечностей, кольпоскопии, кольпоцитограммы, при необходимости проведение офисной или хирургической гистероскопии с гистологическим изучением биоптата эндометрия, УЗИ малого таза и сфинктера мочевого пузыря.

2. Выбор способа хирургической технологии для коррекции пролапса гениталий в пожилом и старческом возраста должен определяться с учетом характера и тяжести экстрагенитальной и генитальной патологии, формы и стпени тяжести пролапса, состояния функции смежных органов, степени риска операции и наркоза. В этом возрасте хирургическое вмешательство должно быть малоинвазивным, малорецидивным, позволяющим устранить негативные симптомы и улучшить качество жизни.

3. Пациенткам пожилого возраста, живущим половой жизнью, при наличии цисто- и/или ректоцеле с деффектом лобково-шеечной фасции, особенно рецидивных форм, оптимальной хирургической технологией является кольпопексия проленовым протезом как монотехнология, так и в сочетании с влагалищной экстирпацией матки. Абдоминальная гистерэктомия с вагинопексией связочным аппаратом или синтетической лентой показана при выпадении матки и влагалища у пациенток без ожирения и при отсутствии тяжелой экстрагенитальной патологии, при тяжелой степени ДСТ. Обязателен II этап (вагинальный) в отсроченном периоде. Пациенткам старше 70 лет, не живущим половой жизнью, показана срединная кольпоррафия в сочетании с укреплением

средней трети уретры синтетической лентой.

4. Применение проленовых протезов при проведении лечения пролапса гениталий влаглищным доступом не является малоинвазивным и должно выполняться строго по показаниям. Использование синтетических протезов в лечении пролапса гениталий целесообразно при тяжелых (III–IV степени) и рецидивных форм цисто- и ректоцеле, у женщин, достигших пожилого возраста, не живущих активной половой жизнью. При соблюдении хирургической технологии частота интраоперациооных осложнений составляет 1,2%, ранних послеоперационных осложнений – 2%. Риск возникновения опущения противоположной (неоперированной) стенки влагалища de novo составляет 29,9 %.

5. Низкочастотный ультразвук и метод обработки влагалища кавитированными растворами позволяет у 96,8% пациенток с трофическими язвами добиться эпителизации при подготовке к операции, снизить частоту послеоперационных осложнений и улучшить процессы заживления раны.

6. Для пациенток старческого возраста операцией комфорта является срединная кольпоррафия, как малоинвазивная и практически безрецидивная технология (интра- и послеоперационных осложнений не было, через три года рецидивов не выявлено). Эффективность влагалищной гистерэктомии составила 88%. При использовании синтетических протезов эффективность составила 97,6%. Пластики стенок влагалища собственными тканями эффективны в 78,1% случаев и показаны лишь при незначительных степенях опущения.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.

1. Всем пациенткам пожилого и старческого возраста в предоперационный периоде показано тщательное обследование не только у гинеколога, но и у смежных специалистов. Необходима консультация терапевта, анестезиолога, проведение дуплексного сканирования вен нижних конечностей, исследование свертывающей системы крови. По показаниям – консультация эндокринолога.

2. Предоперационная подготовка обязательно должна включать мероприятия, направленные на компенсацию экстрагенитальной патологии, а также

исследование функции сфинктера мочевого пузыря и лечение декубитальных язв.

3. В пожилом и старческом возрасте оперативное пособие должно быть наименее инвазивным и направленным, в первую очередь, на улучшение качества жизни и устранение негативной симптоматики. При выборе метода хирургической коррекции пролапса гениталий в этом возрасте нужно учитывать не только степень тяжести и форму основного заболевания, но и наличие сопутствующей внутриматочной патологии, а также наличие и тяжесть экстрагенитальных заболеваний, риск тромбоэмболических осложнений и анестезиологического пособия.

4. Показаниями к кольпопексии синтетическим протезом служат: пожилой возраст пациентки, наличие цисто- и/или ректоцеле III степени, особенно рецидивных форм. После проведенного лечения пациенты требуют ежегодного наблюдения в связи с высоким риском (29,9%) возникновения опущения противоположной стенки влагалища de novo.

5. При наличии внутриматочной патологии в сочетании с пролапсом гениталий тяжелой степени у пациенток пожилого из старческого возраста, возможно сочетание влагалищной гистерэктомии с кольпопексией синтетическим протезом. При отсутствии тяжелой экстрагенитальной патологии и ожирения таким пациенткам возможно проведение двухэтапной операции (первый этап – абдоминальная гистерэктомия с вагинопексией связочным аппаратом или синтетической лентой, второй этап в отсроченном периоде, вагинальный).

6. Для лечения декубитальных язв, в качестве предоперационной подготовки, целесообразно применять метод обработки влагалища растворами, кавитированными низкочастотным ультразвуком, как наиболее эффективный и позволяющий в кратчайшие сроки добиться полной эпителизации.

7. Срединная кольпоррафия, как наименее инвазивная и наиболее эффективная методика, является операцией выбора для пациенток с тяжелыми формами пролапса гениталий, старше 70 лет, не ведущих половую жизнь. При наличии стрессовой формы недержания мочи целесообразно проводить сре-

динную кольпоррафию в сочетании с уретропексией средней трети уретры синтетической петлей.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Щукина Н.А. Роль сетчатых протезов в коррекции осложненных форм пролапса гениталий: безусловная эффективность и осознанная опасность / Н.А. Щукина, С.Н. Буянова, М.А. Чечнева, М.В7 Мгелиашвили, Т.Б. Марченко // **Российский вестник акушера-гинеколога**. – 2013. – Т. 13. – № 1. – С. 55–58 (перечень ВАК РФ).

2. Обоскалова Т.А. Профилактика и лечение воспалительных заболеваний в акушерстве и гинекологии с использованием метода ультразвуковой кавитации лекарственных растворов / Т.А. Обоскалова, Е.Ю. Глухов, И.В. Лаврентьева, А.М. Богданова Е.Н. Козырева, Е.И. Нефф, Е.Э. Плотко, С.Н. Буянова, Т.Б. Марченко и др. – Практическое руководство для врачей. Екатеринбург, 2014. – 68 с.

3. Мгелиашвили М.В. Опыт применения синтетических протезов для лечения тяжелых форм пролапса гениталий у женщин в пожилом возрасте / М.В. Мгелиашвили, С.Н. Буянова, Т.Б. Марченко, И.Д. Рижинашвили // **Альманах клинической медицины.** – 2015. – №37. – С. 118–122 (перечень ВАК РФ).

4. Буянова С.Н. Особенности лечения больных с тяжелыми и рецидивными формами пролапса гениталий в пожилом и старческом возрасте / С.Н. Буянова, М.В. Мгелиашвили, С.А. Петракова, Т.Б. Марченко // **Российский вестник акушера-гинеколога.** – 2015. – Т.15. –№4. – С. 81–84 (перечень ВАК РФ).

5. Марченко Т.Б. Опыт использования кавитированных растворов для лечения и профилактики гнойно-воспалительных заболеваний и осложнений в гинекологии / Т.Б. Марченко, С.Н. Буянова // Материалы XVI Российского форума «Мать и дитя». – М., 2015.