

## ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ТАЗОВОМ ДНЕ

<sup>1</sup>Государственное бюджетное учреждение здравоохранения  
«Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница № 1  
им. профессора С. В. Очаповского» министерства здравоохранения Краснодарского края,  
Россия, 350086, г. Краснодар, ул. 1 Мая, 167;  
<sup>2</sup>гинекологическое отделение Базовой акушерско-гинекологической клиники  
ГБОУ «Кубанский государственный медицинский университет» МЗ РФ,  
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Зиповская, 4/1;  
тел. 8 (861) 275-60-97. E-mail: klinika@bagk-med.ru

В работе представлены результаты хирургического лечения 72 больных с пролапсом гениталий. Показана сравнительная эффективность коррекции пролапса гениталий собственными тканями и с применением сетчатых имплантов. Дана сравнительная характеристика качества жизни больных после коррекции пролапса сетчатыми имплантатами и собственными тканями.

*Ключевые слова:* пролапс гениталий, тазовая хирургия, качество жизни женщины, TVM по системе Prolift.

**O. V. TARABANOVA<sup>1</sup>, A. N. GRIGOROVA<sup>1</sup>, V. A. KRUTOVA<sup>2</sup>,  
N. A. KRAVTSOVA<sup>2</sup>, T. G. MELKONIANTS<sup>2</sup>**

THE RESULTS AND QUALITY OF WOMEN'S LIFE AFTER RECONSTRUCTIVE  
OPERATIONS ON PELVIC FLOOR

<sup>1</sup> Department of gynecology Regional clinical hospital № 1,  
Russia, 350086, Krasnodar, 1 May str., 167;  
<sup>2</sup> department of gynecology (adult)  
Base obstetrics and gynecology clinic of Kuban state medical university (KSMU),  
Russia, 350063, Krasnodar, Zipovscaya str., 4/1;  
tel. 8 (861) 275-60-97. E-mail: klinika@bagk-med.ru

The results of surgical treatment of 72 patients with genitals prolapse are presented. Reasonability of the use of mesh transplants for genitals prolapse correction is showed. You can see the comparative characteristic of quality of patients life after prolapse correction with the use of mesh transplants and of the own tissues.

*Key words:* genitals prolapse, pelvic surgery, the quality of life, TVM by Prolift system.

### Введение

На сегодняшний день дисплазию соединительной ткани рассматривают как одну из основных причин неэффективности оперативного лечения по устранению опущения и выпадения внутренних половых органов у гинекологических больных. Также ликвидация больших дефектов за счет соседних участков тазовой фасции не решает проблемы комплексной реконструкции тазового дна. При использовании собственных тканей имеется риск сужения влагалища, приводящий к диспареунии у больных, и повышенного натяжения прилежащих отделов фасции, приводящих к усугублению фасциальных дефектов на соседних участках. Допустим, при ликвидации

центрального дефекта цистоцеле и при наличии сопутствующих неустраненных паравагинальных дефектов происходит еще большее увеличение последних, что в обязательном порядке проявится рецидивом цистоцеле. Все это привело к необходимости протезирования поддерживающего аппарата органов малого таза. Важным условием применения синтетических имплантов в хирургии тазового дна является необходимость не только осуществлять механическую поддержку органов малого таза, но и обеспечивать хорошие функциональные результаты работы тазовых органов: накопительную и эвакуаторную функции прямой кишки и мочевого пузыря, удерживающую функцию сфинктеров уретры и шейки мочевого пу-

зря, сохранение половой функции. Пациенты обращаются за медицинской помощью при наличии пролапса гениталий не по поводу опущения тазовых органов, а в связи с разнообразием нарушений функций органов малого таза. Поэтому проблема опущения и выпадения органов малого таза, стрессового недержания мочи в первую очередь рассматривается как проблема качества жизни [1].

В 1995 году D. Cella и A. Vononi сформулировали это так: «Качество жизни больного характеризуется, каким образом физическое, эмоциональное и социальное благополучие больного изменяется под влиянием заболевания или его лечения». Исследование качества жизни и возможностей его улучшения, а также оценки функционального состояния тазовых органов после оперативного лечения, направленного на коррекцию пролапса гениталий, является такой же актуальной задачей, как и достижение хороших анатомических результатов. В связи с этим исследование качества жизни и возможностей его улучшения, оценка функционального состояния тазовых органов после операций, направленных на коррекцию пролапса, являются такой же актуальной задачей, как и достижение хороших анатомических результатов [2, 3]. Традиционные критерии эффективности лечения, основанные на инструментально-лабораторных показателях, данных физикального осмотра и жалобах больной, не учитывают физических, психических, эмоциональных, духовных и социальных составляющих жизни женщины.

Цель исследования – оценить выраженность симптомов дисфункций тазового дна и их влияние на качество жизни у пациенток с пролапсом гениталий, исследовать функциональные результаты и качество жизни женщин, перенесших реконструктивные операции на тазовом дне с использованием синтетических протезов, по сравнению с традиционными вмешательствами.

### Материалы и методы исследования

В исследовании приняли участие 72 пациентки, обратившиеся за медицинской помощью в клиники города Краснодара – ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 1 им. проф. С. В. Очаповского» и БАГК КубГМУ с февраля 2010 года по декабрь 2011 года. Средний возраст пациенток составил  $53,5 \pm 3,4$  года, что подтверждает мнение многих авторов о тенденции к «омоложению» этой патологии [2, 5]. Минимальный возраст составил 32 года, максимальный – 72 года. В репродуктивном периоде (до 45 лет включительно) находилось 30 (42%) пациенток, в периоде перименопаузы – 14 (19%), в постменопаузе – 28 (39%). Продолжительность заболевания варьировала от 1 года до 17 лет.

При оценке состояния тазового дна на амбулаторном этапе ультразвуковая картина у паци-

енток с пролапсом гениталий и мочевого инконтиненцией складывалась из истончения мышечных пучков, асимметричного их расположения относительно сухожильного центра, диастаза *m. levatoris ani* (вплоть до пристеночного расположения указанных мышц), гипермобильности или дислокации и гипермобильности уретровезикального сегмента. Степень визуализируемых нарушений находилась в прямой зависимости от клинических проявлений пролапса. По данным ультразвукового исследования оценить причины, приведшие к анатомическим нарушениям, не представлялось возможным. При сборе анамнеза обращали внимание на хронические заболевания, приводящие к повышению внутрибрюшного давления, течение беременностей и родов.

На первом этапе пациентки с пролапсом гениталий обследованы на амбулаторном приеме. С целью оценки симптомов дисфункции тазового дна, определения степени их воздействия на качество жизни врачом использовался опросник ПД-КЖ [4]. Все женщины имели пролапс тазовых органов III–IV стадии по международной классификации количественной оценки пролапса тазовых органов – Pelvic Organ Prolapse Quantification system (POP-Q) [5]. Для выявления признаков дисплазии соединительной ткани мы пользовались балльной шкалой (по Т. Ю. Смольновой, 2003) [6].

Существенную помощь в оценке состояния тазового дна, определении степени тяжести анатомических нарушений оказывало УЗИ. В силу неинвазивности и нетравматичности проведение УЗИ возможно при любой степени повреждения структур промежности и в любые сроки послеоперационного периода. Чем более выражены повреждения, тем сложнее для хирурга восстановление нормальных анатомических взаимоотношений и функциональной полноценности тазового дна. Клинический осмотр не во всех случаях позволяет оценить степень сохранности анального и уретральных сфинктеров, уровень их повреждения, наличие рубцовых изменений. Возможности обозначить степень нарушений и топографические взаимоотношения поврежденных структур позволяют дать четкие представления для дальнейшей хирургической коррекции.

В результате проведенного дообследования были сформированы две группы пациенток. В первую группу вошли пациентки с тяжелыми проявлениями дисплазии соединительной ткани, наличием обширных дефектов лобково-шеечной и ректовагинальной фасций (особенно высоких дефектов), рецидивными формами пролапса гениталий. В этой группе операцией выбора являлась операция с использованием синтетических имплантов, так как уже исчерпаны возможности коррекции собственными тканями или изначально имеется высокий риск рецидива.

Вторую группу составили пациентки, у которых закрытие дефектов лобково-шеечной и ректовагинальной фасций, укрепление связочного аппарата планировалось за счет собственных тканей.

Исследование включало анализ интра- и послеоперационных осложнений и осмотр через 12 месяцев после хирургического вмешательства. Во время осмотров проводилась физикальная оценка положения стенок влагалища по классификации POP-Q. Учитывались позиции точек С, Аа, Ва, Ар и Вр. Удовлетворительным результатом хирургического лечения считалось наличие 0–1 стадии пролапса тазовых органов по классификации POP-Q. Стадия II и более расценивалась как рецидив заболевания. После хирургического вмешательства нами повторно был использован опросник ПД-КЖ.

### Результаты исследования

Основным провоцирующим фактором пролапса гениталий являются роды и связанные с ними различные акушерские пособия (8,9%). В наших наблюдениях роды имели 72 (100%) пациентки, из них 59 (82%) – двое и более, при этом травматические родовые повреждения имели 8 (11%). У большинства пациенток имелось сочетание последствий родовой травмы и возрастной гипоэстрогении, что выражалось в клинической картине заболевания, заметно прогрессирующего в постменопаузе, при этом лишь 6 (8%) больных в постменопаузе принимали препараты заместительной гормональной терапии перорально и 3 (4%) – местно. Длительное повышение внутрибрюшного давления способствует возникновению заболевания. Так, значимую физическую нагрузку имели 32 пациентки (44%). Экстрагенитальная патология наблюдалась у 54 (75%) больных, при этом особый интерес вызвало изучение заболеваний, которые могли иметь значение в патогенезе пролапса гениталий. Так, 6 (8%) пациенток имели хронические заболевания легких и бронхов, 42 (58%) – различные заболевания желудочно-кишечного тракта, сопровождающиеся запорами. Одним из важных звеньев патогенеза пролапса гениталий является дисплазия соединительной ткани. Признаков дисплазии соединительной ткани не было отмечено у 42 (58%) женщин, дисплазия соединительной ткани легкой степени выявлена у 14 (19%) пациенток, средней степени тяжести – у 9 (13%), тяжелой степени – у 7 (10%) пациенток.

Необходимо отметить, что у 17 (24%) пациенток ранее выполнялись операции по коррекции пролапса гениталий. При дооперационном обследовании пролапс гениталий III стадии был диагностирован у 37 (51%), IV стадии – у 35 (49%).

При анализе результатов применения опросников до операции в первой группе (n=35) «механические симптомы» (ощущение «выпячивания»

во влагалище или за его пределами, проявление ощущения «выпячивания» во время опорожнения кишечника, мешающего опорожнению) отметили 32 (91,4%) пациентки, симптомы гиперактивного мочевого пузыря отметили 7 (20%), стрессовое недержание мочи – 18 (51,4%) пациенток, симптомы затрудненной дефекации – 26 (74,3%), недержание газов и стула – 6 (17,2%). Сексуальные дисфункции отмечены у 21 (60%) пациентки. Физические и социальные ограничения значительно выражены у пациенток с недержанием мочи и симптомами гиперактивного мочевого пузыря. Эмоциональные проблемы, нарушение сна и бодрствования отмечены у 18 (51,4%) пациенток.

В первой группе (n=35) с целью хирургической коррекции выпадения матки и стенок влагалища осуществлялась вагинальная экстраперитонеальная вагинопексия по системе Prolift total (n=18), Prolift anterior (n=11), Prolift posterior (n=6). Сопутствующая гистерэктомия выполнена 9 (25,7%), у 6 (17,1%) имелась элонгация шейки матки 2-й степени, в связи с чем была произведена ампутация шейки матки. У 18 (51,4%) пациенток – сопутствующее стрессовое недержание мочи, которое было скорректировано симультанно проведенной уретропексией свободной синтетической петлей TVT-Obturator. Длительность операции колебалась от 80 до 150 минут, зависела от объема оперативного вмешательства (экстирпация матки, ампутация шейки матки, объем реконструкции).

Все операции выполнены под эпидуральной анестезией.

Кровопотеря во время операций составила от 150 до 760 мл, в среднем 340 мл.

Послеоперационные осложнения были отмечены у 18 (51,4%) больных. У 6 больных (17,1%) по данным УЗИ диагностированы гематомы небольшой величины. Рассасывание гематом проходило без клинических проявлений и не влияло на течение послеоперационного периода. Такие осложнения, как травма мочеиспускательного канала, мочевого пузыря, прямой кишки, перфорации влагалища и мочевого пузыря перфоратором при проведении проленового лоскута, не возникали. Инфекции мочевыводящих путей, раневой инфекции, тазовых болей у наших пациенток также отмечено не было.

Mesh-ассоциированные осложнения отмечены у 14 (40%) пациенток. Этот процент составили эрозии слизистой оболочки влагалища над протезом. Эрозии малого размера (до 1 см) велись консервативно с локальным применением эстрогенов с полным заживлением. Эрозии большого размера, в 8 случаях, что составило 22%, иссекались в пределах здоровых тканей вместе с частью протеза с последующим наложением вторичных швов, во всех случаях с полным заживлением. После иссечения части протеза применялись вагинально

эстрогенсодержащие средства длительно (6–12 месяцев).

Таких mesh-ассоциированных осложнений, как сморщивание импланта, в наших наблюдениях отмечено не было. Отторжения проленовой сетки, потребовавшего удаления протеза, также не встречалось, хотя у 7 (20%) пациенток отмечалась аллергия, в том числе у 2 (5,7%) – поливалентная.

Оценка эффективности оперативного лечения проводилась на основании показателей качества жизни по опроснику ПД-КЖ. Согласно опроснику ПД-КЖ через 18–24 месяца после проведенных операций ни одна из пациенток не отметила «механических симптомов», симптомы гиперактивного мочевого пузыря выявлены у 6 пациенток (17,2%), из них у 4 (11,4%) – de novo [4]. По данным литературы, в 5–18% случаев после коррекции стрессовой инконтиненции возможно проявление императивного недержания мочи после операции de novo [7], хотя изначальное сочетание стрессового недержания мочи был и гиперактивности детрузора, по разным данным, встречается в 24–30% случаев [8]. Рецидив стрессового недержания мочи был у 1 пациентки (2,9%), через 4 месяца проведена уретропексия свободной синтетической петлей TVT позадилонным доступом с положительным эффектом.

Симптомы затрудненной дефекации сохранились после операции у 7 (20%) пациенток, недержание газов и стула – у 2 (5%). Эмоциональные проблемы, нарушения сна и бодрствования сохранились у 7 (20%) пациенток. В эту группу вошли пациентки с симптомами гиперактивности детрузора. После проведенных операций 17 (48,6%) пациенток возобновили половую жизнь. Диспареунию и боль отметили 4 пациентки (11,4%), у которых течение послеоперационного периода осложнилось эрозией слизистой оболочки влагалища над сетчатым имплантом. Анатомический результат был оценен по системе POP-Q, у 33 (94,3%) пациенток была установлена 0–I стадия. Ультразвуковое исследование с визуализацией сетчатого импланта позволило оценить его опорную функцию для мочевого пузыря и прямой кишки. У 2 пациенток (5,7%) отмечено опущение передней стенки (точка Ва) на 1 см проксимальнее гимена. По данным ультразвукового исследования у этих пациенток имело место смещение синтетического импланта.

При анализе результатов применения опросников до операции во второй группе (n=37) «механические симптомы» (ощущение «выпячивания» во влагалище или за его пределами, проявление ощущения «выпячивания» во время опорожнения кишечника, мешающего опорожнению) отметили 37 (100%) пациенток, симптомы гиперактивного мочевого пузыря отметили 9 (24,3%), симптомы

затрудненной дефекации – 23 (62%), затрудненное мочеиспускание – 18 (48,6%), недержание газов и стула – 3 (8,1%). Сексуальные дисфункции выявлены у 16 (43,2%). Физические и социальные ограничения значительно выражены у пациенток с симптомами гиперактивного мочевого пузыря. Эмоциональные проблемы, нарушение сна и бодрствования отмечены у 21 (56,7%) пациентки.

Во второй группе (n=37) с целью хирургической коррекции выпадения матки и стенок влагалища осуществлялись передняя кольпоррафия (n=29), задняя кольпоррафия с кольпоперинеолеваторопластикой (n=37), сопутствующая вагинальная гистерэктомия выполнена 23 (62,2%), у 4 (10,8%) имелась элонгация шейки матки, в связи с чем была произведена ампутация шейки матки. Длительность операций колебалась от 60 до 95 минут и зависела от объема оперативного вмешательства.

Все операции выполнены под эпидуральной анестезией.

Кровопотеря во время операций составил от 150 до 400 мл, в среднем 260 мл.

Послеоперационные осложнения отмечены у 14 (37,8%) больных. У 1 больной (2,7%) в послеоперационном периоде отмечена атония мочевого пузыря, проводилась интермитирующая катетеризация мочевого пузыря, применялись М-холиномиметики, ФТЛ (СМТ в миостимулирующих параметрах) с положительным эффектом. Недержание мочи de novo выявлено у 4 пациенток (10,8%), в связи с чем, учитывая преобладание urgentных жалоб, на 6 месяцев назначались М-холинолитики с положительным эффектом. Диспареуния de novo отмечена у 8 (21,6%) пациенток, чаще возникает у той категории больных, у которых при восстановлении мышечно-фасциального слоя промежности узость входа во влагалище обеспечивается не за счет слизистого слоя влагалища, а за счет мышц. У 1 пациентки (2,7%) выявлено расхождение краев раны промежности на фоне подкожной гематомы с последующим заживлением вторичным натяжением.

Согласно опроснику ПД-КЖ через 18–24 месяца после проведенных операций 7 пациенток (18,9%) отметили «механические симптомы», симптомы гиперактивного мочевого пузыря выявлены у 4 (10,8%). Симптомы затрудненной дефекации сохранились после операции у 3 (8,1%) больных. Эмоциональные проблемы, нарушения сна и бодрствования сохранились у 2 (5,4%) пациенток. После проведенных операций 9 (24,3%) пациенток возобновили половую жизнь. Диспареунию и боль отметили 8 (21,6%) пациенток.

Анатомический результат был оценен по системе POP-Q. У 28 (75,7%) пациенток была установлена 0–I стадия. У 5 пациенток (13,5%) отмечено опущение передней стенки стадии II–III (точка Ва),

у 3 пациенток (8,1%) диагностировано энтероцеле стадии III–IV (точка С), у 1 пациентки (2,7%) – задней стенки влагалища стадии III (точка Вр).

### Обсуждение

При всем многообразии методов лечения пролапса гениталий критерии излеченности сводятся к отсутствию анатомических нарушений тазового дна. При этом практически не учитывается полное восстановление физической, психоэмоциональной и социальной составляющей жизни женщины. Исследование качества жизни пациенток с пролапсом гениталий поможет выявить эффективность наиболее часто применяемых в клинической практике методов оперативного лечения.

Так, применение сетчатых имплантов позволяет значительно улучшить результаты хирургического лечения у больных с тяжелыми проявлениями дисплазии соединительной ткани, наличием обширных дефектов лобково-шеечной и ректовагинальной фасций (особенно высоких дефектов), у пациенток с рецидивными формами пролапса гениталий. Эффективность операций с применением сетчатого импланта составила 94,3% (оценка эффективности через 24 мес.), но при этом качество жизни снижено за счет mesh-ассоциированных осложнений (40%), в частности, эрозии слизистой оболочки влагалища над сетчатым имплантом. При этом нарушений техники оперативного вмешательства отмечено не было. Физические и социальные ограничения наиболее значительно были выражены у пациенток с симптомами гиперактивного мочевого пузыря, стрессового недержания мочи. При хирургической коррекции пролапса гениталий, которая ограничивалась коррекцией мышечных и соединительно-тканых структур, удовлетворенность анатомическими результатами составила 75,7%. При этом диспареуния и боль отмечены у пациенток, у которых узость входа во влагалище обеспечивалась за счет мышечного, а не слизистого слоя.

Выбор метода оперативного лечения при коррекции пролапса гениталий должен быть

индивидуализирован с учетом разнообразия жалоб и объективной картины заболевания, с обязательным выяснением влияния конкретных симптомов на качество жизни каждой отдельно взятой пациентки. Внедрение анкетирования в повседневную практику гинеколога будет являться залогом успеха хирургического лечения и даст наилучшие субъективные результаты.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Беженарь В. Ф. и соавт. Операция забрюшинной влагалищной кольпопексии с применением системы Prolift при коррекции пролапса тазовых органов у женщин: Пособие для врачей. – СПб, 2011.
2. Гинекология: национальное руководство / Под ред. В. И. Кулакова, И. Б. Манухина, Г. М. Савельевой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 1088 с. (серия «Национальные руководства»).
3. Пролапс тазовых органов у женщин: этиология, патогенез, принципы диагностики: Пособие для врачей / В. Ф. Беженарь и соавт. – СПб, 2010.
4. Современные методы лечения недержания мочи и пролапса органов малого таза: Пособие для врачей / О. Б. Лоран и соавт. – М., 2012.
5. Ширшов В. Н., Леваков С. А., Нечаева О. Е., Крутова Т. В., Оболонков В. Ю. Возможности ультразвукового метода исследования для определения тактики лечения при стрессовом недержании мочи у женщин с опущением переднего свода влагалища // Клиническая практика. – 2010. – № 3.
6. Argirovic R. B., Gudovic A. M. et al. Transvaginal repair of genital prolapse with polypropylene mesh using a tension-free technique // Eur. j. obst & gyn and reprod. biol. – 2010. – Nov. № 153 (1). – P. 104–107.
7. Khandwala S., Williams Ch. et al. Review of 250 consecutive cases of vaginal mesh surgery for genital organ prolapse // J. gyn. surg. – 2014. – Jun. № 30 (3). – P. 134–140.
8. Lowenstein L., Alcalay M. Relation of anterior vaginal mesh for pelvic organ prolapse repair to critical genital structures // J. sex. med. – 2012. – May. № 9 (5). – P. 1235–1238.

Поступила 10.03.2016

*И. Ю. ТОРШХОЕВ, И. В. КАНКСИДИ, Г. К. КАРИПИДИ, Ю. П. САВЧЕНКО*

## ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ ПРИ СОЧЕТАНИИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И/ИЛИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

*Кафедра госпитальной хирургии ГБОУ ВПО Кубанского государственного  
медицинского университета Минздрава России,  
Россия, 350040, г. Краснодар, ул. 40 лет Победы, 14;*