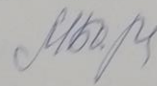


Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО

Зав. кафедрой д.м.н., профессор



Базина М.И.

РЕФЕРАТ

Ведение женщин с пролапсом гениталий

Выполнила:

клинический ординатор

Зубцова Ю.О.

Красноярск, 2018.

Рецензия

на реферат по дисциплине «акушерство и гинекология»
клинического ординатора Зубцовой Ю.О. на тему: «Ведение женщин с пролапсом гениталий»
от 2018 года

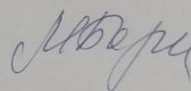
В реферате Зубцовой Ю.О. раскрыты все актуальные аспекты, касающиеся данной проблемы. Автором было проанализировано большое число факторов риска, классификация, этиологичность данной проблемы. Рассмотрена клиническая картина, приведены основные методы диагностики. Большое внимание уделено методам лечения данной проблемы.

Работа характеризуется высокой теоретической и практической значимостью. Реферат написан хорошим научным языком, полностью отвечает требованиям, предъявляемым к данному виду работ.

Выводы, сформулированные на основе анализа материала, обоснованны, обладают важным теоретическим значением. Текст логичен, последователен. Содержание работы соответствует заявленной теме. Замечаний к оформлению нет.

Учитывая достоинства и недостатки, реферат Зубцовой Ю.О. на тему «Ведение женщин с пролапсом гениталий» заслуживает оценки «отлично».

Проверила: Базина М.И.



Содержание

1. Введение	2
2. Эпидемиология.....	3
3. Факторы риска.....	3
4. Классификация.....	4
5. Этиология.....	5
6. Клиническая картина.....	7
7. Обследование пациенток с пролапсом гениталий.....	8
8. Методы лечения ПГ	9
9. Послеоперационные осложнения.....	13
10. Заключение.....	13
11. Список используемой литературы.....	14

1. Введение

Пролапс гениталий у женщин в настоящее время остается по-прежнему актуальной проблемой, значимость которой определяется не только отсутствием тенденции к снижению частоты и тяжести данной патологии, но и стабильно большим числом рецидивов после практически всех видов лечения, достигающим 33%. Среди больных, находящихся на лечении в гинекологических стационарах, 12-15% составляют женщины с данной патологией, а среди всех гинекологических заболеваний, требующих хирургического лечения - 28-40%. В настоящее время известно более 300 способов коррекции пролапса половых органов, в том числе с использованием новых технологий, что, с одной стороны, свидетельствует о пристальном интересе ученых к этой проблеме, но, вместе с тем, и о неудовлетворенности результатами хирургического лечения. После различных операций рецидив заболевания развивается у каждой третьей больной. Такое разнообразие оперативных методов исследования и высокий процент рецидивов после них показывает, что подход к хирургическому лечению остается чисто анатомическим и устраняется лишь видимый дефект, хотя причин, приводящих к пролапсу, как правило, несколько, и если остается хоть одна, то результаты операции будут неэффективны.

Недостатками операций, направленных на укрепление поддерживающего аппарата - тазового дна, как подчеркивают многие исследователи, являются: отсутствие половой жизни, последующего осмотра шейки матки или каких - либо других манипуляций, а также значительного количества рецидивов при наличии вторичного заживления, наличия недержания мочи.

Недостатком операций, связанных с укорочением круглых связок и фиксацией матки к передней брюшной стенке или стенкам таза, является то, что они не устраняют причин, обуславливающих выпадение половых органов, и являются ненадежными, принципиально неверными и логически необоснованными. Операции, фиксирующие матку, не нашли широкого применения в наши дни, так как являются не физиологичными ввиду неестественного положения влагалищной оси, и матка, фиксированная к передней брюшной стенке, превращается в неподвижный орган.

2. Опускание и выпадение внутренних половых органов

Пролапс внутренних половых органов— нарушение положения матки или стенок влагалища, проявляющееся смещением половых органов до входа во влагалище или выпадением их за его пределы. Эта патология имеет наибольшую практическую значимость среди аномалий положения половых органов . Из-за анатомической близости и общности поддерживающих структур данное заболевание часто вызывает анатомо-функциональную несостоятельность смежных органов и систем (недержание мочи, несостоятельность

анального сфинктера). Проплапс гениталий целесообразно рассматривать как разновидность грыжи тазового дна, развивающейся в области влагалищного входа. В терминологии опущения и выпадения внутренних половых органов широко применяют такие синонимы, как «генитальный пролапс», «цисторектоцеле»; используют следующие определения: «опущение», неполное или полное «выпадение матки и стенок влагалища»

3. Эпидемиология

В настоящее время в структуре гинекологической заболеваемости на долю ОиВВПО приходится до 28%, а 15% так называемых больших гинекологических операций проводят именно по поводу этой патологии. Максимальное количество операций приходится на возраст от 60 до 69 лет (42,1 на 10 000 женщин). С увеличением продолжительности жизни частота пролапса половых органов возрастает. Тем не менее около 58% операций выполняются женщинам моложе 60 лет, из которых 13% пациенток требуется повторное вмешательство в течение последующих 5 лет. Необходимо отметить, что в связи с рецидивом пролапса повторно оперируют более 30% пациенток.

4. Факторы риска

Традиционно развитие ПГ связывали с тяжелым физическим трудом и поднятием тяжестей, при которых происходит резкое повышение внутрибрюшного давления, «выталкивающее» матку наружу. Некоторые авторы напрямую связывают риск развития пролапса тазовых органов с занятиями спортом, причем не только сопровождающимися поднятием тяжестей. Еще одним из факторов риска, провоцирующим выпадение или опущение тазовых органов, можно считать хронические заболевания кишечника и легких. Хронические запоры, провоцирующие частое и интенсивное натуживание, и упорный кашель приводят к многократному резкому повышению внутрибрюшного давления и, как следствие, — перерастяжению мышечно-фасциальных структур, поддерживающих нормальное положение внутренних половых органов в полости таза. Большинство специалистов к одним из главных факторов развития пролапса относят беременность и роды. Риск пролапса значительно повышается у рожавших, и степень его напрямую связана с количеством родов.

Еще одним фактором, предрасполагающим к выпадению тазовых органов, является гистерэктомия. Однако данные, имеющиеся в современной литературе по этому вопросу, противоречивы. Гистерэктомия может повышать риск развития ПГ, однако развитие клинически значимого патологического процесса, как правило, происходит спустя много лет после ее выполнения.

Другим фактором, предопределяющим формирование пролапса тазовых органов, несомненно, нужно считать дефект соединительной ткани, из которой состоят связки, поддерживающие эти органы. В пользу данного мнения свидетельствует то, что ПГ страдают

и нерожавшие женщины, и женщины, имевшие одни неосложненные роды. Некоторые авторы считают несостоятельность тазового дна разновидностью грыжи, указывая на то, что вероятность пролапса выше у больных, имеющих грыжи другой локализации.

Возраст является хорошо изученным фактором риска ОиВВПО. Число женщин, страдающих ОиВВПО, увеличивается в периоде перименопаузы. В исследовании, проведенном в США среди 1004 женщин в возрасте 18—83 лет, проходивших ежегодное гинекологическое обследование, было показано, что распространенность ОиВВПО увеличивалась примерно на 40% с каждой последующей декадой жизни. В исследовании, проведенном в Швеции, было показано, что среди женщин 20—29 лет распространенность ПГ составила 6,6%, а среди женщин 50—59 лет — 55,6%. В последнее время появляется все больше публикаций о значении семейной отягощенности в развитии ОиВВПО. Наследуемость этих заболеваний представляется общепринятым фактом в научном сообществе. Наличие генетической предрасположенности может объяснить тот факт, что только 2—6% женщин, имевших роды через естественные родовые пути, страдают от клинически значимого, симптоматического П.Г. Та же генетическая предрасположенность может объяснить развитие данной патологии у нерожавших женщин.

5. Классификация

Существуют несколько классификаций ПГ.

Бесспорно, наиболее простой и удобной для клиницистов является классификация М.С. Малиновского, согласно которой:

- при I степени выпадения стенки влагалища доходят до входа во влагалище, наблюдается опущение матки (наружный зев шейки матки находится ниже спинальной плоскости);
- при выпадении II степени (неполное выпадение матки) — шейка матки выходит за пределы половой щели, тело матки располагается выше нее;
- при выпадении III степени (полное выпадение) вся матка находится ниже половой щели (в грыжевом мешке).

Широко распространенной является также классификация по Baden—Walker [9]:

- I степень — при натуживании шейка матки не достигает входа во влагалище;
- II степень — при натуживании шейка матки достигает входа во влагалище;
- III степень — при натуживании шейка матки выходит за пределы вульварного кольца;
- IV степень — полное выпадение .

Наиболее современной следует признать стандартизированную классификацию ПГ POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification). Ее приняли во многих урогинекологических обществах всего мира (International Continence Society, American Urogynecologic Society, Society of

Gynecologic Surgeons и др.) и используют при описании большинства исследований, посвященных этой теме. Эта классификация сложна в обучении, однако обладает рядом преимуществ:

- 1) воспроизводимость результатов (первый уровень доказательности);
- 2) положение пациентки практически не влияет на определение стадии пролапса;
- 3) точная количественная оценка многих определенных анатомических ориентиров (а не только определение самой выпадающей точки).

Более сложной с клинической точки зрения является систематизация функциональных нарушений, в том числе — недержание мочи. Согласно классификации Международного общества по диагностике и лечению недержания мочи (International Continence Society), выделяют состояния, являющиеся причиной возникновения инконтиненции. Причины могут быть предположительными или установленными. Предположительные причины определяются клинически. Установленные состояния должны быть подтверждены уродинамическими исследованиями.

Основные этиологические факторы опущения и выпадения половых органов у женщин

По клинической концепции С.Н. Буяновой и соавт., в возникновении несостоятельности тазовой диафрагмы играют роль четыре основных момента: травматические повреждения тазового дна в процессе родов, несостоятельность соединительнотканых структур в виде их системной недостаточности, нарушение синтеза стероидных гормонов, хронические заболевания, сопровождающиеся нарушением обменных процессов и микроциркуляции.

Рассмотрим в отдельности каждый из предполагаемых этиологических факторов. По данным норвежских ученых, риск пролапса значительно повышается у рожавших, и степень его напрямую связана с количеством родов. Так, у однократно рожавших женщин он составил 2,8%, после двух родов — 4,1%, а в случаях трех родов и более возрастал до 5,3%. Риск развития пролапса у женщин, имеющих 4 детей и более, в 3,3 раза выше, чем у однократно рожавших, степень пролапса также коррелирует с количеством родов. Каждые последующие роды увеличивают риск прогрессии пролапса на 10—20%. Несмотря на строгую корреляцию акушерских факторов и риска развития ПГ, у большинства рожавших женщин он развивается спустя длительное время после родов. Надо также учесть, что в формировании этой патологии решающую роль играет не столько количество родов, сколько их особенности. Риск развития заболевания увеличивается при осложненном течении беременности и родов, в том числе при хирургических пособиях в родах, при стремительных родах, разрывах промежности, родах крупным плодом.

В литературе существуют данные, согласно которым кесарево сечение снижает риск развития ПГ, в то время как применение акушерских щипцов, напротив, является фактором

повышенного риска.

Х. Liu и соавт., S. Bai и соавт., В.И. Краснопольский и соавт. провели исследования, которые доказали, что патогенез пролапса тазовых органов (ПТО) связан с дисплазией соединительной ткани (ДСТ), а степень тяжести заболевания и сроки его возникновения находятся в прямой зависимости от выраженности клинических проявлений ДСТ на экстрагенитальном уровне. Межклеточный (экстрацеллюлярный) матрикс (ЭЦМ) соединительной ткани является мультикомпонентной системой, основными компонентами которой является эластин, коллаген, гликозаминогликаны. Такое свойство очень важно для реализации детородной функции, так как обеспечивает адаптацию тканей к значительному растяжению во время беременности и родов, а также последующую их инволюцию в послеродовом периоде. Коллагеновые волокна ЭЦМ в структурах поддерживающего аппарата органов малого таза в основном образованы коллагеном I (определяет механическую прочность ткани) и III типов. Основным фибриллярным коллагеном влагалища является коллаген III типа, а связочный аппарат органов малого таза представлен коллагеном I и III типов.

О важной роли стероидных гормонов в состоятельности тазового дна свидетельствуют работы В.Е. Балан, А. Clark и соавт., которые выявили наличие рецепторов к эстрогенам и прогестерону в крестцово-маточных связках и описали тазовую дисфункцию, зависящую от фаз менструального цикла. Р. Moalli и соавт., обследовав женщин, подвергшихся хирургическому лечению по поводу ПГ или недержания мочи, отметили более низкий риск развития пролапса у больных, получавших заместительную гормональную терапию. В противоположность этим данным в исследовании Women's Health Initiative (270 женщин) не было отмечено статистически значимой разницы среди лиц, принимавших гормоны (на протяжении 6 лет), и лиц, принимавших плацебо.

Кроме того, общеизвестным фактором, провоцирующим выпадение или опущение тазовых органов, можно считать хронические заболевания кишечника и легких. Хронические запоры, провоцирующие частое и интенсивное натуживание, и упорный кашель приводят к многократному резкому повышению внутрибрюшного давления и, как следствие, — к перерастяжению мышечно-фасциальных структур, поддерживающих нормальное положение внутренних половых органов в полости таза.

Все больший интерес во всем мире в последние годы вызывают исследования по выявлению молекулярно-генетической природы заболеваний соединительной ткани, которые связаны с мутациями в генах, изучению формирования первичной структуры коллагена и эластина, компонентов ЭЦМ, а также многочисленных ферментов, принимающих участие во внутри- и внеклеточном созревании коллагена, фибриллогенезе, образовании коллагеновых

волокон. Существует ряд генов и локусов, которые можно рассматривать в качестве возможных кандидатов, участвующих в патогенезе ПТО. В результате мутаций цепи коллагена формируются неправильно, происходят такие изменения в структуре генов, как делеция, инсерция, точковые мутации. Получаются так называемые аномальные тримеры коллагена, которые не выдерживают должных механических нагрузок. Такие же изменения происходят в генах, кодирующих структуру эластина. Клиническая картина определяется количеством и типом мутаций. Все перечисленные этиопатогенетические аспекты развития ОиВВПО подтверждают, что ПТО является мультифакторным заболеванием с полиэтиологичным и неоднозначным патогенезом.

6. Клиническая картина

Опущение и выпадение половых органов развиваются медленно. При опущении половых органов часто возникает симптомокомплекс, при котором наряду с нарушениями функций половых органов на первый план выступают урологические, проктологические осложнения, заставляющие больных в ряде случаев обращаться за помощью к врачам смежных специальностей (урологи, проктологи). Однако основным симптомом выпадения матки и стенок влагалища становится обнаруживаемое самой больной «инородное тело» во входе во влагалище. Поверхность выпавшей части половых органов, покрытая слизистой оболочкой, подвергается ороговению, принимает вид сухой кожи с трещинами, ссадинами, а затем и с изъязвлениями. В дальнейшем больные жалуются на чувство тяжести и боль внизу живота, пояснице, крестце, усиливающиеся во время и после ходьбы, поднятии тяжести, кашле, чиханьи. Застой крови и лимфы в выпавших органах приводит к цианозу слизистых оболочек и отеку подлежащих тканей.

К анатомическим изменениям в большинстве случаев присоединяются функциональные расстройства смежных органов. Крайним разнообразием отличаются сопутствующие урологические нарушения, которые охватывают практически все виды нарушений мочевыделения. При выраженных степенях опущений и выпадений половых органов с образованием цистоцеле наиболее характерным является затрудненное мочеиспускание, наличие остаточной мочи, застой в мочевыделительной системе и, как следствие, — инфицирование сначала нижних, а при прогрессировании процесса — верхних ее отделов. Длительно существующее полное выпадение внутренних половых органов может быть причиной обструкции мочеточников, гидронефроза, гидроуретера. Особое место занимает развитие недержания мочи при напряжении. Чаще развиваются уже вторично — пиелонефрит, цистит, мочекаменная болезнь и др. Урологические осложнения наблюдаются практически у каждой второй боль.

Помимо расстройств мочеиспускания и дефекации (дисхезии) более 30% женщин с ПГ

страдают диспареунией. Это обусловило введение терминов «синдром тазовой десценции» или «тазовая дисинергия». При выпадении половых органов половая жизнь возможна только после вправления выпавшего органа. Характерным являются изменение менструальной функции (альгодисменорея, гиперполименорея), а также гормональные нарушения. Нередко эти больные страдают бесплодием, хотя наступление беременности считается вполне возможным. У больных часто встречается варикозное расширение вен, особенно нижних конечностей, что объясняется, с одной стороны, нарушением венозного оттока в результате изменения архитектоники малого таза, с другой — недостаточностью соединительнотканых образований, проявляющейся как «системная» недостаточность. Чаще, чем при других гинекологических болезнях, отмечаются патология органов дыхания, эндокринные нарушения, что можно рассматривать как предрасполагающий фон.

7. Обследование пациенток с ПГ

Многообразие факторов, сложность и неоднозначность этиопатогенеза тазовой десценции и стрессового недержания мочи требуют тщательного и взвешенного подхода к диагностике. Основными методами диагностики ПГ и недержания мочи все авторы, занимающиеся проблемами урогинекологии, в настоящее время признают вопросник, клинические методы и комбинированное уродинамическое исследование. На I этапе многие авторы рекомендуют тщательный сбор анамнеза, при необходимости — анкетирование или стандартный вопросник. На II этапе — правильно проведенный двуручный гинекологический осмотр. Определяют степень опущения стенок влагалища и/или матки, дефекты в урогенитальной диафрагме и брюшинно-промежностном апоневрозе. Обязательно проводят нагрузочные пробы (проба Вальсальвы, кашлевой тест) при выпавших матке и стенках влагалища, а также те же тесты при моделировании правильного положения гениталий. При проведении ректовагинального исследования получают информацию о состоянии анального сфинктера, брюшинно-промежностного апоневроза, леваторов, степени выраженности ректоцеле.

Необходимо проведение трансвагинального УЗИ матки и придатков. Обнаружение изменений внутренних половых органов может расширить объем операции при хирургическом лечении пролапса. Современные возможности ультразвуковой диагностики позволяют получить дополнительные сведения о состоянии сфинктера мочевого пузыря, парауретральных тканей. Это также необходимо учитывать при выборе метода оперативного лечения. УЗИ для оценки уретровезикального сегмента превосходит по информативности цистографию, в связи с чем рентгенологические методы обследования применяют по ограниченным показаниям.

Обследование полости матки, мочевого пузыря, прямой кишки с применением эндоскопических методов выполняют по показаниям: при подозрении на гиперплазию

эндометрия, полип, рак эндометрия; для исключения заболеваний слизистой оболочки мочевого пузыря и прямой кишки. Для этого привлекают других специалистов — уролога, проктолога. В последующем даже при адекватно проведенном хирургическом лечении возможно развитие состояний, требующих консервативного лечения у специалистов смежных областей.

Магнитно-резонансная томография (МРТ) находит все более широкое применение при исследованиях малого таза у женщин, однако в настоящее время роль данного метода в диагностике дисфункции тазового дна недостаточно ясна. Благодаря лучшей визуализации мягких тканей по данным МРТ возможно регистрировать движение тазовых органов и производить измерения их положения относительно неподвижных ориентиров. Преимуществами МРТ являются хорошее качество изображения мягких тканей тазового дна, возможность получения изображений в любой плоскости, высокая разрешающая способность, относительная быстрота проведения исследования. Резюмируя имеющиеся данные литературы, необходимо отметить, что одни методы имеют целью изучение лишь анатомических нарушений, другие — изучение функций. Необходим поиск универсальных, простых и доступных средств диагностики, применимых в повседневной практике врача, оценивающих пролапс и инконтиненцию как единый патогенетический процесс, учитывающих все многообразие причин и факторов развития данной патологии.

8. Методы лечения ПГ

Многообразие применяемых для решения проблемы консервативных и оперативных методов свидетельствует о сложности проблемы, невозможности однозначного подхода и отсутствии «золотого стандарта» ведения больных данной группы при том, что самые тяжелые и рецидивные формы ОиВВПО встречаются у пациенток в пожилом и старческом возрасте. Согласно данным последних исследований, распространенность ПГ возрастает примерно на 40% с каждой последующей декадой жизни. С учетом того, что по прогнозу ВОЗ в XXI веке предполагается резкое увеличение числа пожилых людей, остро встает вопрос о необходимости поиска более эффективных и надежных методов лечения этого заболевания. Методы лечения пациенток с ПГ кардинально различаются в зависимости от периода жизни женщины: в молодом возрасте необходимо учитывать потребность в сохранении матки и восстановлении сексуальных ощущений, в пожилом большое значение приобретает проблема надежности оперативного вмешательства, а в старческом становится основным вопрос комфорта.

Консервативное лечение рекомендуется при неосложненных формах начальных стадий пролапса тазовых органов (опущение матки и стенок влагалища I и II степени). Исторически наиболее давний способ борьбы с ПГ и его осложнениями — пессарии. Эффективность

пессариев для коррекции выпадения половых органов с обструктивным типом мочеиспускания оценивают от 50 до 78%. Как правило, pessaries используются у пациенток старшего возраста с высоким риском развития осложнений хирургического вмешательства. А. Moreno и соавт. [свидетельствуют об успешном лечении истинного недержания мочи с помощью специальных упражнений при эффективности лечения около 50—52%. Лечение должно быть направлено на укрепление мышц тазового дна, по возможности пациентке необходимо изменить условия жизни и труда, если они способствовали развитию пролапса, а также лечить экстрагенитальные заболевания, влияющие на формирование генитальной грыжи. При консервативном ведении больных с ОиВВПО можно рекомендовать применение вагинальных аппликаторов для электростимуляции мышц тазового дна.

По мнению многих авторов, хирургический метод является единственно эффективным в лечении больных с ПГ, однако частота рецидива заболевания после коррекции достигает 33—40%. Перед хирургами всегда стояла задача заменить несостоятельные фасциальные структуры малого таза более прочным синтетическим материалом, но до конца прошлого столетия все попытки заканчивались частичным или полным отторжением аллопласта. В связи с появлением гипоаллергенных синтетических материалов эффективность операций, корригирующих пролапс, резко возросла.

Оперативное лечение включает:

- создание нормальных анатомических взаимоотношений между внутренними половыми органами, дистальной частью прямой кишки, структурами тазового дна и нижними мочевыми путями;
- коррекцию функциональных расстройств смежных органов (прямой кишки, мочевого пузыря и уретры), а также основных расстройств, связанных с дислокацией стенок влагалища;
- одномоментную коррекцию всех выявленных анатомических и функциональных расстройств тазового дна.

Множество хирургических операций В.И. Краснопольский разделил на 7 групп по анатомическому образованию, используемому для коррекции положения внутренних половых органов.

1-я группа: операции, направленные на укрепление тазового дна. Выполняются как в качестве основного пособия, так и как дополнительного при всех видах хирургических операций по поводу ОиВВПО;

2-я группа: операции с применением различных модификаций укорочения и укрепления подвешивающего аппарата матки (круглых связок): операция по Вебстеру—Бальди—Дартигу (укорочение и фиксация круглых связок к задней поверхности матки); укорочение и

фиксация круглых связок к передней поверхности матки; операция по Александеру—Адамсу (укорочение круглых связок через паховые каналы); вентросуспензия матки по Долери—Джилляму; вентрофиксация матки по Кохеру и др. Эти операции в настоящее время не рекомендуются ввиду малой эффективности, что обусловлено использованием в качестве фиксирующего материала заведомо несостоятельной ткани — круглых связок матки;

3-я группа: операции, направленные на укрепление фиксирующего аппарата матки (кардинальных, крестцово-маточных связок) путем их сшивания между собой, транспозиции и т. д. К этой группе относится «манчестерская» операция. Эти операции устраняют лишь одно звено патогенеза заболевания;

4-я группа: операции с жесткой фиксацией выпавших органов к стенкам таза (лобковой кости, крестцу, сакроспинальной связке и т. д.). Эти операции сопряжены с возможными тяжелыми осложнениями (остеомиелит, болевой синдром); кроме того, они приводят к патологическому положению органов малого таза, что обуславливает развитие тяжелых осложнений;

5-я группа: операции с использованием аллопластических материалов для укрепления связочного аппарата и фиксации матки. Эти операции недостаточно оправдали себя, поскольку не уменьшали числа рецидивов заболевания в результате нередкого отторжения протеза, а также приводили к развитию свищей;

6-я группа: операции с частичной облитерацией влагалища (срединная кольпоррафия по Нейгебауэру—Лефору, влагалищно-промежностный клейзис — операция Лабгардта). Операции нефизиологичны, исключают половую жизнь. Эти операции применимы только в старческом возрасте при полном выпадении матки и в отсутствие патологии шейки матки и эндометрия;

7-я группа: радикальные способы хирургического лечения (влагалищная экстирпация матки). После влагалищной экстирпации матки выпадение органа полностью устраняется, но имеются отрицательные моменты: возможность рецидива в виде энтероцеле, возможность прогрессирования нарушений функции соседних органов (мочевого пузыря, прямой кишки).

Перечисленные особенности и недостатки различных хирургических методов лечения ОиВВПО заставляют чаще использовать сочетанные и комбинированные методы: лапароскопический или лапаротомический доступ в сочетании с вагинальным. При этом для укрепления перерастянутого связочного аппарата матки применяют синтетические инертные нерассасывающиеся материалы (мерсилен, пролен, дексон, гортекс).

Основными видами хирургического лечения ПТО в настоящее время являются лапароскопическая или лапаротомная сакрокольпопексия, манчестерская операция или влагалищная гистерэктомия в сочетании с кольпоперинеолеваторопластикой и с

использованием сетчатых имплантатов (систем для коррекции различных дефектов тазового дна).

В последние годы чаще используют комбинированное хирургическое лечение, которому отдают предпочтение большинство гинекологов. Эти вмешательства предусматривают укрепление тазового дна, пластику стенок влагалища и проведение фиксации матки, культи шейки матки или купола влагалища. Но, к сожалению, это не всегда способствует полному выздоровлению больных, так как иногда сохраняются функциональные нарушения соседних органов, особенно органов мочевыделительной системы. Данные авторов об эффективности операций по коррекции ПГ разнятся. Так, по мнению О.В. Азиева и ряда других исследователей, лапароскопическая промонтофиксация является приоритетным методом лечения при апикальных и рецидивных формах ПГ, она предпочтительна у женщин, ведущих активную половую жизнь. В то же время преимущество использования влагалищного доступа при лечении ПГ является возможностью для одновременной коррекции имеющейся мочевой и/или анальной дисфункции.

По результатам многих исследований, при влагалищной экстирпации матки без дополнительной коррекции мышц тазового дна высок риск рецидива ПГ в виде выпадения купола влагалища (частота рецидива до 43%). Истончение, атрофия мышечного аппарата удваивают количество рецидивов.

Наименьший риск рецидива заболевания, по мнению Т. Thubert и соавт., отмечается при операции срединной кольпоррафии по Нейгебауэру—Лефору. В исследовании, проведенном в 2012 г. во Франции, описаны результаты хирургического лечения 27 пациенток с ОиВВПО, которым была произведена срединная кольпоррафия. Средний возраст пациенток составил 79 лет. За время послеоперационного наблюдения уровень удовлетворенности по данным вопросников и осмотра составил 94%. И только в 1 (6%) случае потребовалось повторное оперативное вмешательство в связи с рецидивом заболевания.

Широкое применение манчестерской операции объясняется применением только влагалищного доступа, возможностью в последующем половой жизни и наступления беременности. Следует также отметить, что наименьший процент рецидивов из всех пластических операций авторы отмечали именно после манчестерской операции.

Учитывая неудовлетворенность результатами после хирургической коррекции ОиВВПО в последние годы все чаще применяются синтетические имплантаты, которые устанавливаются экстраперитонеально при помощи специальных игл-проводников (троакаров). В литературе описаны различные модификации операций с использованием троакарных (Perigee AMS, Apogee AMS, Monarc и др.) и бестроакарных (Elevate Anterior, Elevate Posterior, AMS Ink., MiniArc и др.) систем.

Множество проведенных за последнее десятилетие исследований показало, что использование сетчатых имплантатов для коррекции дефектов передних и задних отделов тазового дна значительно снижает риск рецидивов пролапса, также выявлено, что хирургическая коррекция ОиВВПО с применением синтетических протезов улучшает качество жизни, уменьшает количество мочевых и «кишечных» симптомов.

9. Послеоперационные осложнения

Как уже было отмечено, наиболее частым отдаленным осложнением хирургического лечения ОиВВПО является рецидив ПТО (частота его достигает 42%). Однако, к сожалению, оно не является единственным. Осложнения, возможные после операций, проводимых при ПГ, можно разделить на интраоперационные, послеоперационные, а также mesh-ассоциированные осложнения (связанные с установкой имплантатов) [38, 50, 53, 62—65].

Интраоперационные осложнения:

— кровотечение; ранение смежных органов (мочевого пузыря, кишечника); формирование гематом параметрия; повреждение мочеточника и магистральных сосудов.

Послеоперационные осложнения: кровотечение; гематомы влагалища и промежности; гнойно-септические осложнения (раневая инфекция, нагноение гематом, перитонит и сепсис) и др.; образование свищей (пузырно-влагалищных, влагалищно-прямокишечных и др.); нарушение мочеиспускания; тромбоэмболические осложнения (тромбозы, флебиты, ТЭЛА и др.).

10. Заключение

Таким образом, актуальность и значимость проблемы пролапса тазовых органов у женщин не вызывает сомнений. Несмотря на более чем 200-летнюю историю изучения вопроса, интерес ученых к данной теме подтверждается многочисленными отечественными и зарубежными публикациями. Длительный, прогрессирующий характер заболевания, приводящий к усугублению функциональных нарушений, обуславливает необходимость обоснованного выбора (с одной стороны, стандартизированного, а с другой — индивидуального) метода хирургической коррекции для каждой пациентки. Только комплексный подход позволяет улучшить результаты хирургического лечения больных с ПГ, снизить частоту рецидивов данного заболевания и риск ближайших и отдаленных неблагоприятных результатов хирургического вмешательства.

11. Список литературы:.

1. Аполихина И.А., Дикке Г.Б., Кочев Д.М. Современная лечебно-профилактическая тактика при опущении и выпадении половых органов у женщин. Знания и практические навыки врачей. *Акушерство и гинекология*. 2014;10:104-110. .
2. Kuncharapu I, Majeroni BA, Johnson DW. Pelvic organ prolapse. *Am Family Physician*. 2010;81:9:1111-1117.
3. Дубинская Е.Д., Бабичева И.А., Барабанова О.Э., Лаптева Н.В., Радькова М.В. Эффективность различных хирургических методов коррекции пролапса тазовых органов. *Вестник Российского государственного медицинского университета*. 2014;4:2-7. .
4. Малхасян В.А., Касян Г.Р., Сумерова Н.М. Анатомические и функциональные результаты хирургической коррекции пролапса тазовых органов с помощью трансвагинальной имплантации синтетического сетчатого протеза: проспективное исследование у 105 пациенток. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2012;1:70-74.
5. Barber MD, Brubaker L, Burgio KL, Richter HE, Nygaard I, Weidner AC. Comparison of 2 transvaginal surgical approaches and 126 perioperative behavioral therapy for apical vaginal prolapse: the OPTIMAL randomized trial. *JAMA*. 2014;311:1023-1034..
6. *Гинекология*. Под ред. Савельевой Г.М., Бреусенко В.Г. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2012;348-350. *Ginekologiya*. . Eds. Savel'eva GM, Breusenko VG. M.: GEOTAR-Media Publ. 2012;348-350. (In Russ.).
7. Ильина И.Ю. Особенности экстрагенитального статуса у женщин с пролапсом гениталий в сочетании с дисплазией соединительной ткани. *Вестник РГМУ*. 2012;3:25-28. .
8. Крот И.Ф., Захаренкова Т.Н. Этиопатогенетические аспекты пролапса тазовых органов. Оптимизация хирургического лечения. *Проблемы здоровья и экологии*. 2013;3:16-22. .
9. Камоева С.В. Ранняя диагностика развивающегося пролапса тазовых органов у женщин репродуктивного возраста при отсутствии клинических признаков. *Лечение и профилактика*. 2013;2:6:88-91. .
10. *Гинекология: Национальное руководство*. Под ред. Кулакова В.И., Манухина И.Б., Савельевой Г.М. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2009;480-485.