

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД ЛЕЧЕНИЯ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ У ЖЕНЩИН

Хамдамова С.А., Курбанов Б.Б.

Ташкентский государственный медицинский университет

XULOSA

Ayol jinsiy a'zolarining prolapsi zamonaviy ginekologiyaning o'tkir muammolaridan biridir.

Tadqiqot maqsadi. *Ayollarda jinsiy a'zolarning prolapsini jarrohlik yo'li bilan davolashda prolaps darajasi, ayollarning yoshi va reproduktiv salomatlik holatiga qarab differentisl yondashuvni o'tkazish.*

Tadqiqot materiallari va usullari. *Ligamentli apparatni mustahkamlash va sintetik prolen lenta yordamida vaginal dumni mahkamlash bilan yangi texnologiyadan foydalangan holda vaginal kirish orqali histerektomiya bo'yicha 57 ta operatsiya, oldingi va orqa kolpoperineolevatorplastika bilan birlashtirilgan 27 ta sakropeksiya operatsiyasi, gepatitni to'g'rilash uchun 33 ta operatsiya, bachadon-keratotik ligamentlar va oldingi posterior kolpoperineolevatorplastikasi amalga oshirildi.*

Tadqiqot natijalari. *Texnikani tanlash bachadonning o'lchamiga, uning harakatchanligiga, joylashish xususiyatlariga, vaginal sig'imga, oldingi operatsiyalarga qarab amalga oshirildi. Agar kerak bo'lsa, qo'shimchalar olib tashlandi, yopishqoqlik yo'q qilindi. Bachadonning o'lchami birga keladigan kasallikka qarab, homiladorlikning 22 haftasiga va o'rtacha 15 haftaga to'g'ri keladigan qiymatlarga yetdi.*

Xulosa. *Generativ funktsiyani saqlab qolishni istagan reproduktiv yoshdagi jinsiy a'zolarning I darajali prolapsi bo'lgan ayollarda sintetik prolen lentasi yordamida sakrouterin ligamentlarni qisqartirish juda samarali ekanligi aniqlandi.*

Kalit so'zlar: *prolaps, histerektomiya, sakropeksiya.*

Методы лечения женщин с пролапсом гениталий кардинально различаются в зависимости от возраста женщин, степени пролапса, жалоб и анамнеза заболевания. Всё чаще остается загадкой выбор метода лечения. Нет единого консенсуса по выбору хирургической тактики, использования сетчатых продуктов или аллотрансплантантов, а некоторые гинекологи вовсе прибегают к консервативным методам лечения. [1,3].

Хирургический метод лечения пролапса гениталий всегда оставался приоритетным, так как это единственный метод тотального ликвидирования заболевания. Однако по сей день хирургические вмешательства оставляют множество осложнений, как интра так и пост операционных. [4,7]. Помимо этого, вопросы профилактики осложнений также являются дискуссионными.

SUMMARY

Prolapse of female genital organs is one of the acute problems of modern gynecology.

Objective of the study. *To conduct a differentiated approach to surgical treatment of genital prolapse in women, depending on the degree of prolapse, the age of women and the state of reproductive health.*

Materials and methods of the study. *57 operations of hysterectomy by vaginal access using a new technology with strengthening of the ligamentous apparatus and fixation of the vaginal stump using synthetic prolene tape, 27 operations of sacropexy in combination with anterior and posterior colpoperineolevatorplasty, 33 operations for correction of genital prolapse in combination with plication of the uterine-keratotic ligaments and anterior posterior colpoperineolevatorplasty were performed.*

Results of the study. *The choice of technique was carried out depending on the size of the uterus, its mobility, features of its location, vaginal capacity, previous operations. If necessary, appendages were removed, adhesions were eliminated. The size of the uterus reached values corresponding to 22 weeks, and on average 15 weeks of pregnancy, depending on the concomitant disease.*

Conclusions. *In women with grade I genital prolapse of reproductive age who wish to preserve generative function, shortening of the sacrouterine ligaments using synthetic prolene tape has been found to be highly effective.*

Keywords: *prolapse, hysterectomy, sacropexy.*

На сегодняшний день ключевым вопросом является выбор методики оперативного лечения в зависимости от следующих показателей: степень пролапса, жалобы и возраста женщин, сексуальная активность и состояние репродуктивного здоровья.

Также при определении тактики хирургического лечения необходимо произвести тщательную дифференцировку, а также предотвратить отдаленные осложнения и рецидивы заболевания. [5,9].

Существует множество исследований, посвящённых изучению эффективности различных методов лечения пролапса гениталий, в зависимости от степени поражения и возраста пациенток. Исследования как когортные, рандомизированные и также плацебо. Риск повторения пролапса, опущения культи влагалища, формирование послеопе-

рационных свищей, стрессового недержания мочи остается непредсказуемыми явлениями. Ни одна из существующих операций не дает четкой уверенности от предотвращения вышеуказанных осложнений. [3,11,14].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Провести дифференцированный анализ результатов хирургической коррекции пролапса гениталий у женщин, на основании интраоперационной картины и послеоперационного периода.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Мы проанализировали 117 историй болезни женщин (ретроспективно) за 2020-2025 года. Нами изучены женщины с пролапсом гениталий различной степени поступившие на плановое оперативное лечение в городской межрайонный перинатальный центр №6 города Ташкента. Условно мы разделили женщин на три группы: первая группа 57 женщин с пролапсом гениталий тяжелой степени, оперированные по нашей собственной технике (патент IAP 2020 0279). Вторую группу составили 27 женщин со средней и легкой степенью пролапса проведенной операции сакропексии. Третью группу составили 33 женщины с преимущественным пролапсом задней стенки влагалища, проведенных подвешивание крестцово-маточных связок и кольпперинеолеваторпластики.

Возраст обследованных женщин составил 37-76 лет. Диагноз пролапс гениталий устанавливался на основании жалоб анамнеза данных лабораторных и инструментальных методов исследования. (согласно классификации POP 2020) Все женщины поступившие на стационарное лечение подвергались стандартному комплексному обследованию. Метод хирургического лечения подбирался индивидуально в зависимости от локализации грыжевого отверстия влагалища, состояния связочного аппарата, а также желания женщины.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами тщательно изучен анамнез женщин. Мы проводили комплексную оценку репродуктивного, гинекологического, а также акушерского анамнеза. Все данные были вписаны инкогнито. Обращал на себя внимание выраженный акушерский анамнез, а также осложнения в родах. Как видно из первой таблицы большинство женщин были многорожавшими, имели место роды с крупным плодом, множественные разрывы шейки матки, влагалища и промежности. Возможно отягоченный акушерский анамнез является ведущей причиной развития пролапса гениталий, что также подтверждается литературными источниками.

Таблица 1

Группы обследования	Показатели			
	Количество беременности	Количество родов	Осложненное течение родов	АбORTы и выкидыши
Первая группа n=57	4,5+0,11	3,1+0,12	4,6+0,10	1,9+0,06
Вторая группа n=27	4,8+0,19	3,7+0,10	3,4+0,09	1,5+0,07
Третья группа n=33	4,4+0,19	3,5+0,10	2,3+0,09	1,7+0,11

Акушерско-гинекологический анамнез у обследованных групп.

Решение об объеме и выборе хирургического лечения принималось индивидуально. Так как нет протоколов и стандартов лечения, принятых на Республиканском уровне нами, был применен персонифицированный подход. Молодым женщинам, активно живущих половой жизнью и с репродуктивным потенциалом решено было проводить комплексную операцию по ликвидации пролапса с сакропексией. При этом не нарушалось архитектоника органов малого таза, сохранялась матка и придатки. Ликвидация пролапса происходила за счет укрепления фиксирующего и опорного связочного аппарата малого таза.

Возрастным женщинам, женщинам климактерического периода, а также с тяжелыми степенями пролапса была предложена более глубокая операция по нашей технике. Особенность данной операции заключалась в индивидуальном подвешивании отдельных элементов связочного аппарата (в данном случае крестцово-маточных связок) а также фиксацией культи влагалища проленовой лентой. Данная операция сопровождается гистеректомией через влагалище. При этом формируется прочный конгломерат малого таза с глубоким влагалищем.

Женщинам в третьей группе также имеющих активную половую жизнь, с легкой степенью пролапса было решено проводить классическую операцию передней-задней кольпперинеолеваторпластикой и креплением крестцово-маточных связок.

В таблице 2 в группах исследования можно оценить результаты проведенных мероприятий. Так можно заключить что все операции проводились не длительно. Выбор анестезиологического пособия также отмечался индивидуально преимущественным методом была спинальная анестезия, в 2x случаях применялся эндотрахеальный наркоз.

Объем кровопотери оценивался классическим гравитационным методом, при помощи подсчета использованных салфеток и операционного материала. Из данной таблицы можно заключить что все операции не сопровождались большим объемом кровопотери. Женщины в среднем находились в стационаре от 3 до 5 дней. Наличие послеоперационной боли оценивалось в балловом эквиваленте, согласно POP опроснику 2024. Чаще всего боль ощущали в первой группе. Отдаленных осложнений не наблюдалось во всех группах. Только в 1 случае в первой группе отмечались интраоперационные технические сложности.

Таблица 2

Особенности хирургического вмешательства обследованных групп

Характеристики	Первая группа (n=57)	Вторая группа (n=27)	Третья группа (n=33)
Длительность операции (в мин)	75,5±0,12	69,7±0,11	55,5±0,17
Средняя кровопотеря (мл)	165,5±0,12	135,5±0,12	125,5±0,12
Длительность нахождения пациентов в стационаре (в сутках)	35,5±0,12	3,5,5±0,12	3,5,5±0,12
Наличие болевых ощущений (в баллах)	5	4	3
Восстановление мочеиспускания (в сутках)	2,1±0,6	1,9±0,06	1,5±0,06
Восстановление половой жизни	40 дней	35 дней	35 дней
Интраоперационные осложнения	1 (1,8%)	-	-
Послеоперационные осложнения	-	-	-

ВЫВОДЫ

1. Наш собственный анализ показал, что возрастным и пожилым женщинам, без требования восстановления репродуктивной функции приоритетным является операция по нашей методике.

2. Женщинам с генитальным пролапсом гениталий легкой степени, с возможным репродуктивным потенциалом установлена высокая доказательная эффективность укрепления тазового дна путем подвешивания крестцово-маточных связок.

3. Женщинам с пролапсом гениталий II-III степени рекомендуется операция сакропексии.

ЛИТЕРАТУРА

- Беляева Л. Е. Трансперинеальное ультразвуковое исследование в оценке состояния тазового дна у женщин: научное издание / Л. Е. Беляева, Ю. Г. Соболевская [и др.] // Ультразвуковая и функциональная диагностика. - М., 2013. - N2. - С. 70-77.
- Буянова С. Н. Особенности лечение больных с тяжелыми и рецидивными формами пролапса гениталий в пожилом и старческом возрасте: научное издание / С. Н. Буянова, М. В. Мгелиашвили, С. А. Петракова, Т. Б. Марченко // Российский вестник акушера-гинеколога. - М., 2015. - Том 15 N4. - С. 81-84.
- Буянова СН, Щукина НА, Журавлева АС. Эффективность использования сетчатых протезов при осложненных формах пролапса гениталий. Российский вестник акушера-гинеколога. 2009;(1):76–81.
- Гусева Е. С. Современные подходы к решению проблемы генитального пролапса влагалищным доступом: научное издание / Е. С. Гусева // Журнал акушерства и женских болезней. - СПб., 2013. - Том LXII Вып. 2. - С. 51-62.
- Ищенко А. И. Опыт создания клеточно-инженерной конструкции для хирургического лечения тазового пролапса(предварительное сообщение) / А. И. Ищенко, А. В. Люндуп, Л. С. Александров, Т. Н. Сулина // Российский вестник акушера-гинеколога. - М., 2015. - №3. - С. 52-55.
- Ищенко А.И. Использование «армированного» апоневротического лоскута при хирургической коррекции и для профилактики генитального пролапса у женщин с сочетанной генитальной патологией. Российский вестник акушера-гинеколога / А.И. Ищенко, Л.С. Александров, Ю.В. Чушков и др// М., 2011, Т.11. №3. С.55-61.
- Камоева С. В. Роль матриксных белков Fbln-5 и LOXL-1 в патогенезе пролапса тазовых органов : научное издание / С. В. Камоева, Т. Н. Савченко [и др.] // Российский вестник акушера - гинеколога. - М., 2013. - Том 13 N3. - С. 33-37.
- Коршунов М. Ю. Эффективность вагинальной гистерэктомии с высоким подвешиванием купола влагалища к крестцово-маточным связкам в лечении пролапса тазовых органов у женщин : научное издание / М. Ю. Коршунов // Российский вестник акушера - гинеколога. - М., 2013. - Том 13 N2. - С. 61-65.
- Краснопольский В.И. Трехлетний опыт применения систем Pro lift для коррекции генитального пролапса /В.И. Краснопольский, Т. Н. Мананникова, Г.Г. Шагинян, О.В. Мачанските, А.А. Федоров, И.В. Краснопольская, Б.А. Слободянюк, Ю.В. Земков, Ю.А. Джанаев // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2008. – Спецвыпуск. – С. 33-36.
- Кулаков В.И. Руководство по оперативной гинекологии /В.И. Кулаков, Н.Д. Селезнева, С.Е. Белоглазова // – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – С. 407-434.
- Кулаков В.И., Савельева Г.М., Манухин И.Б. Гинекология. Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-медиа, 2009. С. 478.
- Ли Е. С. Полиморфизм генов коллагена 3-го типа и рецептора эстрогена-альфа у женщин с пролапсом гениталий: научное издание / Е. С. Ли, Л. Х. Бехбудова [и др.] // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. - М., 2014. - Том 13 N4. - С. 12-18.
- Макаров О. В. Связь полиморфизма гена FBLN5 с риском развития пролапса тазовых органов у женщин с травмами мягких родовых путей / О. В. Макаров, С. В. Камоева, М. Б. Хаджиева, А. В. Иванова и др // Акушерство и гинекология. - М., 2015. - №1. - С. 42-49.

14. Манухин И.Б., Сазонова Е.О. Безопасность оперативной лапароскопии в гинекологии // В сборнике «Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний» под редакцией академика РАМН, д.м.н., проф. Л.В. Адамян.- Москва.-2007.-С. 43-44.
15. Попов А. А. Сакроспинальная фиксация в лечении женщин с пролапсом гениталий в эру mesh-технологий: научное издание / А. А. Попов, И. В. Краснопольская [и др.] // Российский вестник акушера - гинеколога. - М., 2013. - Том 13 N2. - С. 36-41.
16. Попов А. А. Функциональные результаты сакроспинальной фиксации при лечении больных с пролапсом гениталий : научное издание / А. А. Попов, И. В. Краснопольская [и др.]//Российский вестник акушера-гинеколога. - М., 2014. - Том 14 N2. - С. 63-66.
17. Пушкарь Д.Ю., Раснер П.И., Гвоздев М.Ю. Пролапс гениталий. Русский Медицинский журнал. – 2013. – № 34. – с. 11.
18. Радзинский В.Е., Шалаев О.Н., Дурандин Ю.М., Токтар Л.Я., Салимова Л.Я., Семятов С.Д. Перинеология. Опущение и выпадение половых органов. Учеб. пособие. - М.: РУДН, 2008. - 256 е.: ил.
19. Рогожина И. Е. Профилактика послеоперационных гнойно- септических осложнений при пролапсе гениталий у женщин перименопаузального возраста: научное издание / И. Е. Рогожина, У. В. Столярова, Н. Ф. Хворостухина, Н. Н. Степанова // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. - М., 2013. - Том 12 N2. - С. 33-37.
20. Русина Е. И. Роль комплексного уродинамического исследования при планировании оперативного лечения у континентных женщин с пролапсом тазовых органов: научное издание / Е. И. Русина // Журнал акушерства и женских болезней. - СПб, 2014. - Том LXIII Вып. 1. - С. 17-25.
21. Abdel-Fattah M. Ramsay I. West of Scotland Study Group. Retrospective multicentre study of the new minimally invasive mesh repair devices for pelvic organ prolapse // BJOG. 2008. Vol. 115, No. 1. P. 22–30.
22. Al-Mandeel H, Ross S, Robert M, Milne J. Incidence of stress urinary incontinence following vaginal repair of pelvic organ prolapse in objectively continent women. Neurourol Urodyn. 2011;30(3):390–4.
23. Al-Nazer M.A. IWGI. Comparative study between anterior colporrhaphy versus vaginal wall repair with mesh for management of anterior vaginal wall prolapse // Int. Urogynecol. J. 2007. Vol. 18, Suppl. 1. P. S49–S50.
24. Banerjee C, Noé KG. Laparoscopic pectopexy: a new technique of prolapse surgery for obese patients. Arch Gynecol Obstet. 2011 Sep;284(3):631-5.
25. Bourcier A.P. Pelvic floor disorders / A.P. Bourcier, E.J. McGuire, P. Abrams. – Elsevier, 2004.