

**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ  
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
(НИУ «БелГУ»)**

**МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ**

**ЦМК Клинических дисциплин**

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ**

**Дипломная работа студентки**

**Очной формы обучения  
специальности 31.02.02 Акушерское дело  
4 курса группы 03051527  
Лобановой Дианы Александровны**

Научный руководитель  
преподаватель Овсянникова Г.А.

Рецензент  
Заведующая отделением гинекологии  
ОГБУЗ «Городская клиническая больница  
г. Белгорода»  
Терехова Людмила Александровна

**БЕЛГОРОД 2019**

## ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>Введение</b> .....	<b>3</b>
<b>ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ ПО ВОПРОСАМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ</b> .....	<b>7</b>
1.1. Эпидемиология. Этиология и патогенез.....	7
1.2. Терминология и классификация.....	9
1.3. Клиническая картина. Диагностика .....	11
1.4. Тактика лечения. Реабилитация и профилактика генитального пролапса .....	15
<b>ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ</b> .....	<b>22</b>
2.1. Характеристика гинекологического отделения ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа».....	22
2.2. Материалы исследования.....	24
2.3. Статистический анализ хирургического лечения и профилактики пролапса гениталий.....	25
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ</b> .....	<b>41</b>
<b>Список использованных источников и литературы</b> .....	<b>45</b>
<b>Приложения</b> .....	<b>48</b>

## Введение

**Актуальность темы.** Проблема опущения и выпадения влагалища и матки продолжает оставаться в центре внимания хирургов-гинекологов, так как, несмотря на многообразие различных методов хирургического лечения таких больных, все еще встречаются рецидивы заболевания, связанные с несовершенством проведенного оперативного лечения и несостоятельностью восстановленных мышц тазового дна. В нашей стране, по данным В.И Кулакова и соавт., В.И.Краснопольского и соавт., Н.Н. Глебовой, А.Я. Голдиной, А.Г. Погасова, В.А. Загребинной, Н.А. Рогозина и Г.Г. Спрутской, число больных пролапсом гениталий среди всех гинекологических больных составляет от 15 % до 30 %. Можно предположить, что количество больных данным заболеванием не только не уменьшается, но и, с учетом ухудшения условий жизни, труда и быта, увеличивается [5, с. 143].

В результате полиэтиологичности изучаемое заболевание имеет широкий возрастной диапазон. Пролапс гениталий встречается в основном в позднем репродуктивном и перименопаузальном периодах. Но если еще в 70-х годах пролапс гениталий все же считался заболеванием лиц пожилого возраста, то в настоящее время средний возраст этих больных составляет 50 лет, причем, по некоторым данным, удельный вес пациенток моложе 40 лет достигает 26 %.

Влагалищная гистерэктомия (ВГ) с кольпоррафией стала наиболее популярной операцией при выпадении матки и влагалища благодаря работам Фриновского В.С., Шифлингера Л.Е., Hirsch H.A., McCaI M.L., Richardson A.C. и многих других. Во многих клиниках влагалищную гистерэктомию с кольпоррафией рассматривают как вмешательство, подходящее для всех степеней и типов выпадения. Выполняют его с помощью ряда методик, каждая из которых имеет своих сторонников. Однако в некоторых клиниках Англии и Европы Манчестерская операция с модификациями считается более предпочтительной, чем, например, влагалищная гистерэктомия по Мейо.

Таким образом, несмотря на полуторавековой опыт использования гистерэктомии как наиболее часто выполняемой в мировой практике радикальной операции при доброкачественных заболеваниях матки и генитальном пролапсе, гинекологам так и не удалось выработать единых и четких показаний для применения того или иного метода ее выполнения в различных клинических ситуациях. До сих пор не определено место влагалищного хирургического доступа в структуре других операций при выполнении гистерэктомии. Нет единой точки зрения на возможности и эффективность ВГ при хирургическом лечении доброкачественных заболеваний матки и генитальном пролапсе, отсутствуют четкие показания и противопоказания для ее выполнения. В доступной нам литературе мы также не нашли ясного представления о выборе наиболее оптимального варианта ВГ, основанном на показаниях для удаления матки, наличии сопутствующего пролапса и возрасте пациентки. Вышеизложенное определило выбор темы для дипломного проектирования [5, с. 144].

**Цель исследования** - изучить хирургические методы лечения пролапса гениталий, оценить эффективность современных клинических технологий, проанализировав истории, выявить необходимые меры профилактики заболевания, наиболее существенные для сохранения здоровья и качества жизни женщин.

**Задачи исследования:**

1. Проанализировать эпидемиологические аспекты пролапса гениталий у пациенток гинекологического отделения ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа».
2. Представить медико-социальную характеристику женщин с пролапсом гениталий.
3. Изучить особенности клинических проявлений опущения и выпадения матки и влагалища у пациенток в группе исследования.
4. Проанализировать алгоритмы проведенного лечения пролапса тазовых органов у респонденток.

5. Изучить течение послеоперационного периода у пациенток в группе исследования.
6. Проанализировать профилактические мероприятия, применяемые в современной гинекологии при изучаемой патологии.

**Объект исследования** – истории болезни 70 пациенток с опущением и выпадением половых органов различной стадии по системе количественной оценки пролапса тазовых органов (POP-Q), которым проводилось лечение на базе отделения оперативной гинекологии ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа» с применением классических и современных методик коррекции данной патологии (клиническая база кафедры акушерства и гинекологии НИУ БелГУ).

**Методы исследования, использованные для решения задач:**

1. Научно-теоретический анализ медицинской литературы по теме дипломного проекта.
2. Эмпирические методы (анализ документов).
3. Статистический анализ полученных данных.

**Предмет исследования** - стадии пролапса тазовых органов пациенток до и после хирургического лечения, ультразвуковые критерии состояния тазового дна, параметры качества жизни исследуемых женщин.

**Научная новизна:**

Составлена медико-социальная характеристика женщин с пролапсом гениталий, лечение которых проводилось в ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа» в 2018 году.

1. Установлены частота и причины возникновения опущения и выпадения женских половых органов в группе исследования.
2. Представлена характеристика современных методов лечения пролапса гениталий, применявшихся в гинекологическом отделении ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа».
3. Получены данные о течении послеоперационного периода и проведенных реабилитационных мероприятиях в исследуемой группе.

**Практическая значимость работы** - полученные данные могут использоваться в работе гинекологических отделений и фельдшерско-акушерских пунктов.

**База исследования** – ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа».

**Время исследования** – 2018 - 2019 гг.

**Структура ВКР** - работа представлена на 62 страницах, состоит из введения, 2 глав, включающих 1 таблицу и 23 диаграммы, заключения, списка литературных источников, состоящего из 25 наименований, 8 приложений.

В первой главе проведен анализ литературных источников по вопросам лечения, симптоматики, диагностики, причин пролапса женских половых органов.

Вторая глава посвящена собственному исследованию этиологии, клинико-диагностических мероприятий и реабилитации женщин с изучаемой патологией.

# **ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ ПО ВОПРОСАМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ**

## **1.1. Эпидемиология. Этиология и патогенез**

Выпадение женских половых органов это заболевание, объединяющее патологические изменения связочного аппарата и фасций окружающих матку, влагалище мочевой пузырь и прямую кишку. Клинически проявляется нарушением нормального анатомического взаимоотношения матки, влагалища, мочевого пузыря, прямой кишки, в некоторых случаях кишечника, и смещением этих органов вниз и за пределы входа во влагалище (гимен).

Во многих случаях происходит нарушение функции мочевого пузыря и прямой кишки [25, с. 26].

Эпидемиологические исследования последних лет показывают, что 11,4% женщин в мире имеют пожизненный риск хирургического лечения генитального пролапса, т.е. одна из 11 женщин за свою жизнь перенесёт операцию в связи с опущением и выпадением внутренних половых органов. Необходимо отметить, что в связи с рецидивом пролапса повторно оперируют более 30% пациенток.

С увеличением продолжительности жизни частота пролапса половых органов возрастает. В настоящее время в структуре гинекологической заболеваемости на долю опущения и выпадения внутренних половых органов приходится до 28%, а из так называемых больших гинекологических операций 15% проводят именно по поводу этой патологии [22, с. 67].

Заболевание нередко начинается в репродуктивном возрасте и носит всегда прогрессирующий характер. Причём по мере развития процесса углубляются и функциональные нарушения, которые, часто наслаиваясь друг на друга, вызывают не только физические страдания, но и делают этих пациенток частично или полностью нетрудоспособными.

Предрасполагающие факторы: наследственность, расовый фактор, социально-культурологические особенности, неврологический статус, анатомические особенности, состояние соединительной ткани (коллагеновый статус).

Иницирующие факторы: роды (количество, осложнения, вес детей, акушерские пособия и операции), хирургические вмешательства, повреждения тазовых нервов и мышц, радиация.

Производящие факторы: дисфункции кишечника, повышенный уровень физической активности, избыток массы тела, обструктивные заболевания легких.

Факторы декомпенсации: пожилой и старческий возраст, менопауза, психический статус.

Под влиянием одного или нескольких перечисленных факторов наступает функциональная несостоятельность связочного аппарата внутренних половых органов и тазового дна. Повышенное внутрибрюшное давление начинает выдавливать органы малого таза за пределы тазового дна. Тесные анатомические связи между мочевым пузырём и стенкой влагалища способствуют тому, что на фоне патологических изменений тазовой диафрагмы, включающей и мочеполовую, происходит сочетанное опущение передней стенки влагалища и мочевого пузыря. Последний становится содержимым грыжевого мешка, образуя цистоцеле. Цистоцеле увеличивается и под влиянием собственного внутреннего давления в мочевом пузыре, в результате чего образуется порочный круг.

Особое место занимает проблема развития нарушения мочеиспускания при напряжении у больных с пролапсом половых органов. Уродинамические осложнения наблюдают практически у каждой второй больной с опущением и выпадением внутренних половых органов.

Аналогичным образом формируется и ректоцеле. Проктологические осложнения развиваются у каждой третьей больной с вышеуказанной патологией.



Особое место занимают пациентки с выпадением купола влагалища после перенесённой гистерэктомии. Частота этого осложнения колеблется от 0,2 до 43% [2, с. 479].

## 1.2. Терминология и классификация

В зависимости от уровня повреждения поддерживающего аппарата органов малого таза, выделяют следующие локализации пролапса: опущение стенок влагалища (передней и задней), матки, купола влагалища после гистерэктомии, промежностную грыжу. В зависимости от того, какой орган выполняет грыжевой мешок, образованный влагалищной стенкой, принято выделять гистероцеле, цистоцеле, уретроцеле, ректоцеле, энтероцеле. С клинических позиций опущение тазовых органов можно разделить на простое и осложненное. Осложненным называется такое опущение, которое приводит к нарушению функции органов, например, недержанию мочи (НМ) [8, с. 12].

Классификация М.С. Малиновского:

- опущение матки – такое положение органа, при котором шейка матки располагается ниже интерспинальной линии, но не выходит за пределы половой щели (1 степень);
- неполное выпадение матки – смещение матки книзу увеличивается, шейка матки выходит из половой щели, но тело матки находится в малом тазу (2 степень);
- полное выпадение матки – вся матка выходит за пределы половой щели вместе со стенками влагалища (3 степень).

Классификация В.И Краснопольского:

- 1 степень – опущение и выпадение половых органов матки, шейки матки, свода влагалища;
- 2 степень – опущение соседних органов мочевыделительной системы – уретры (уретроцеле), мочевого пузыря (цистоцеле);

- 3 степень – опущение во влагалище или за его пределы соседних органов брюшной полости – тонкой (энтероцеле), прямой (ретроцеле) кишки;
- 4 степень – генитальная грыжа – выпадение всех стенок влагалища после гистерэктомии [12, с. 256].

Стадии пролапса тазовых органов Pelvic Organ Prolapse Quantification (POP-Q):

- 0 степень - вовремя натуживания опущения нет;
- 1 степень - наиболее дистальная точка, находится не ниже 1 см над уровнем гименального кольца;
- 2 степень - наиболее дистальная точка, находится на уровне + 1 см над уровнем от плоскости гименального кольца;
- 3 степень - наиболее дистальная точка опускается ниже плоскости гименального кольца чем 1 см, однако, полного выпадения не наблюдается;
- 4 степень - имеет место полное выпадение матки или купола влагалища.

В основе классификации лежит измерение 9-ти точек относительно плоскости гименального кольца, соответствующего нулю:

- анатомическая позиция -Aa (A anterior) расстояние от гимена до шейки мочевого пузыря в норме 3 см;
- «Ba»(D anterior) расстояние от гимена до наиболее выдающейся части передней стенки влагалища в норме не меньше чем 3 см;
- «Ap»(A posterior) расстояние от гимена до проекции M. Levator ani на заднюю стенку влагалища в норме не менее 3 см;
- «Bp» (B posterior) расстояние от гимена до наиболее выступающей точки задней стенки влагалища выше уровня M. Levator ani, в норме не менее 3см;
- «C» расстояние до наиболее дистальной (т.е. ниспадающей) части шейки матки или вершины купола (рубец после гистерэктомии), в норме меньше 7см;

- «D» локализуется в заднем своде (карман Дугласа) у женщин, имеющих шейку матки, в норме не мене 9см. Она показывает уровень прикрепления крестцово-маточных связок к проксимальной части шейки матки сзади. Ее измерение проводят для дифференцирования несостоятельности поддержки утеросакрально - кардинального комплекса от элонгации шейки матки. Когда положение точки «С» значительно отличается от точки «D», это указывает на элонгацию шейки, которая может быть, как симметричной, так и эксцентричной. Измерение точки «D» не проводится при отсутствии шейки матки;
- общая длина влагалища «TVL» – максимальная длина влагалища, выраженная в сантиметрах. В случае если точки «С» и «D» не в нормальной анатомической позиции, выпавшая передняя или задняя стенки влагалища не включаются в измерение общей длины влагалища;
- промежностное тело «PB» измеряется от половой щели до середины анального отверстия и выражается в сантиметрах.

Все измерения для определения стадии выпадения женских половых органов (ВЖПО) производятся маточным зондом (с нанесенной сантиметровой шкалой) на гинекологическом кресле в момент максимального выхода выпадающей части, т.е. при натуживании, кашле, при давлении на переднюю брюшную стенку и при выведении заправленных во влагалище анатомических структур [6, с. 168].

Стадирование POP - Q. Стадия устанавливается по наиболее выпадающей части влагалищной стенки. Может быть опущение передней стенки (точка Va), апикальной часть (точка C) и задней стенки (точка Vp) (Рис. 1. Анатомические ориентиры для определения степени пролапса тазовых органов).

### **1.3. Клиническая картина. Диагностика**

Наиболее часто пролапс тазовых органов встречается у больных пожилого и старческого возраста.

Основные жалобы: ощущение инородного тела во влагалище, тянущие боли в нижних отделах живота и поясничной области, наличие грыжевого мешка в промежности. К анатомическим изменениям в большинстве случаев присоединяются функциональные расстройства смежных органов.

Нарушения мочеиспускания проявляются в виде обструктивного мочеиспускания вплоть до эпизодов острой задержки, ургентного НМ, гиперактивного мочевого пузыря, НМ при напряжении. Однако на практике чаще наблюдают комбинированные формы [2, с. 480].

Опущение задней влагалищной стенки у 75% больных сопровождается запорами. Больные могут предъявлять жалобы на чувство неполного опорожнения прямой кишки, недержание газов или стула. Некоторые больные вынуждены самостоятельно вправлять стенки влагалища для того, чтобы осуществить мочеиспускание или дефекацию.

Жалобы и анамнез.

Выяснить:

- длительность заболевания;
- наследственные особенности;
- количество и особенности родов;
- предшествующее консервативное или хирургическое лечение по поводу опущения влагалища или недержания мочи, газов, кала;
- сопутствующие заболевания, указывающие на несостоятельность соединительной ткани: варикозную болезнь, врожденные пороки сердца, гиперэластоз кожи, высокая степень миопии, сколиоз позвоночника.

Жалобы - начальная стадия: ощущение тяжести или инородного тела в области промежности; боли внизу живота, поясницы, крестце, усиливающиеся после или во время ходьбы.

В дальнейшем присоединяются другие симптомы заболевания: затруднения или боль при половой жизни.

Проблемы, связанные с мочевым пузырем:

- затрудненное мочеиспускание (при выраженном опущении);
- недержание мочи (при опущении передней стенки влагалища); ощущения неполного опорожнения мочевого пузыря;
- больная облегчает опорожнение мочевого пузыря, надавливая на него рукой или путем изменения положения тела.

Проблемы, связанные с прямой кишкой:

- запоры;
- недержание кала;
- недержание газов;
- сильное натуживание при дефекации;
- боль при дефекации; ощущения неполного опорожнения прямой кишки;
- больная облегчает акт дефекации с помощью пальца;
- загрязнение фекалиями нижнего белья (каломазание).

Проблемы, связанные с менструальной функцией: изменение менструальной функции (дисменорея, гиперполименорея) [17, с. 16].

Физикальные данные.

Перед обследованием необходимо опорожнить мочевой пузырь и прямую кишку.

1. Осмотр промежности – во время проведения провокационного теста при осмотре определяется выпячивание промежности и появление в преддверии влагалища частей внутренних половых органов.
2. Осмотр наружных половых органов.
3. Осмотр на зеркалах при помощи однолопастного зеркала (влагалищным ретрактором поочередно отводятся передняя, задняя и боковые стенки влагалища):

- стенки влагалища при опущении сухие, неэластичные, отечные, их складчатость менее выражена, могут определяться трещины, пролежни, трофические язвы; шейка матки отечная;
  - можно выявить исчезновение переднего свода влагалища – первый признак, указывающий на опущение передней стенки влагалища;
  - после удаления влагалищных зеркал можно увидеть поддерживаемую мышцами-леваторами переднюю стенку влагалища и заметить исчезновение заднего свода влагалища, что указывает на начало формирования энтероцеле или увеличивающееся ректоцеле.
4. Бимануальное исследование:
- до начала осмотра необходимо попросить ее потужиться;
  - должны быть изучены следующие параметры: размер влагалища, наличие рубцовой деформации влагалища и уретры, размер переднего свода влагалища, положение шейки и тела матки, определение произвольного выделения мочи при кашле или натуживании.
5. Ректовагинальное исследование - позволяет определить слабость мышц тазового дна. При осмотре больная по просьбе врача сжимает мышцы тазового дна. Выпавшая матка отечна, цианотична вследствие нарушения лимфооттока, при ущемлении матки ее вправление не всегда осуществимо.
6. Провокационные тесты, используемые при осмотре: «кашлевая» проба; проба Вальсальвы (проба с натуживанием); одночасовой прокладочный тест.
7. Лабораторные исследования: общий анализ мочи; бактериологическое исследование мочи; исследование мазков для выявления специфической и неспецифической инфекции; мазок на онкоцитологию.
8. Инструментальные исследования: УЗИ исследование позволяет установить анатомию нижних отделов мочевыводящих путей;

кольпоскопия; компьютерная томография; магнитно-резонансная томография; экскреторная урография; цистоскопия; гистероскопия.

9. Показания для консультации специалистов: консультация онкогинеколога при наличии язв, располагающихся на стенках влагалища и влагалищной части стенки матки, консультация уролога перед оперативным лечением.

10. Дифференциальный диагноз:

- рак влагалища при наличии язв, располагающихся на стенках влагалища и влагалищной части стенки матки;
- киста влагалища;
- выворот матки;
- родившийся миоматозный узел [23, с. 144].

#### **1.4. Тактика лечения. Реабилитация и профилактика генитального пролапса**

Тактика лечения и определение рационального способа оперативного пособия зависит от ряда факторов:

1. Степени опущения внутренних половых органов.
2. Анатомо-функциональных изменений органов половой системы (наличия и характера сопутствующей гинекологической патологии).
3. Возможности и необходимости сохранения или восстановления детородной, менструальной функций.
4. Особенности нарушения функций толстой кишки и сфинктера прямой кишки.
5. Возраста больных.
6. Сопутствующей экстрагенитальной патологией и степени риска хирургического вмешательства.

При опущении внутренних половых органов, когда последние не достигают преддверия влагалища и при отсутствии нарушения функции соседних органов возможно консервативное лечение:

1. Применение pessaries (Рис. 2. Варианты маточных pessaries Рис. 2. Варианты маточных pessaries)
2. Диета.
3. Постоянный контроль за функцией кишечника и мочевого пузыря.
4. Специальные физические упражнения, укрепляющие мышцы тазового дна под руководством физиотерапевта.
5. Электромиостимуляция токами низкой частоты, вибромассаж.
6. Использование специального аппарата или инструмента определенного размера и формы (в виде шара, трубки, конуса), введенного во влагалище, способствует постепенному увеличению силы мышц тазового дна (больная ощущает сопротивление при сжатии мышц).
7. Ношение специального пояса-бандажа.

Медикаментозное лечение. Обязательно корректируют дефицит эстрогенов, особенно путём их местного введения в виде вагинальных средств, например, эстриол (овестин в свечах, в виде вагинального крема) [9, с. 14].

Хирургические методы лечения. Показаниями к проведению хирургического лечения являются:

1. Жалобы пациентки на чувство инородного тела во влагалище или в области промежности.
2. Затруднения при мочеиспускании или дефекации.
3. Затруднения при половой жизни.
4. Функциональные нарушения со стороны тазовых органов (недержание мочи, кала).
5. Выраженные анатомические дефекты (полное выпадение матки).

Существует ряд оперативных вмешательств, направленных на устранение пролапса тазовых органов. Хирургическая коррекция опущения и



выпадения гениталий в качестве единственного адекватного метода лечения данного заболевания уже не является предметом дискуссии. В настоящее время накоплен значительный опыт в этой области, а именно: существует более двухсот способов хирургического лечения пролапса гениталий, в том числе с использованием новых технологий [13, с. 271].

Наиболее полной и удобной является классификация методов хирургического лечения несостоятельности тазового дна, пролапсов тазовых органов и их функциональных расстройств, систематизированных по анатомическому принципу в семи группах оперативных технологий, предложенных В.И. Краснопольским (1997):

Группа 1: Пластические операции, направленные на укрепление тазового дна.

Группа 2: Операции с применением различных модификаций укрепления и укорочения круглых связок матки и фиксации тела матки.

Группа 3: Операции по укреплению фиксирующего аппарата матки и изменению ее положения.

Группа 4: Операции с жесткой фиксацией внутренних половых органов (свода вагины) к стенкам таза.

Группа 5: Операции с использованием аллопластических материалов для укрепления связочного аппарата матки и фасций таза.

Группа 6: Операции по созданию полной или частичной облитерации влагалища.

Группа 7: Радикальные операции, выполненные различными хирургическими доступами в комбинации с операциями из 4 и 5 групп.

Вместе с тем, существующее многообразие операций при пролапсе гениталий не дает желаемого эффекта, Выбор конкретной операции зависит от вида пролапса, степени его выраженности и ряда других факторов. Принципиально их можно разделить в зависимости от используемого доступа.

Операции, выполняемые влагалищным доступом. Они могут выполняться как с использованием собственных тканей пациентки, так и с применением специальных синтетических сеток. С использованием собственных тканей выполняются такие операции, как передняя и задняя кольпоррафии (Приложение 5). В ходе этих вмешательств выполняется укрепление соответственно передней и/или задней стенок влагалища при цистоцеле и ректоцеле. С использованием местных тканей выполняется и сакроспинальная фиксация, при которой купол культи влагалища фиксируется к правой крестцово-остистой связке. Соответственно, эта операция применяется при пролапсе культи влагалища [22, с. 68].

Операции с использованием местных тканей предпочтительно проводить у молодых пациенток, у которых состояние этих тканей хорошее, а также при небольшой степени пролапса [20, с. 25]. У пожилых пациенток, особенно при значительном пролапсе, предпочтительно применять синтетические сетки, т.к. при использовании собственных тканей высока вероятность рецидива. Синтетическая сетка состоит из специально разработанного материала – полипропилена, который не рассасывается в тканях организма и не вызывает воспалительной реакции. Сетка также устанавливается через влагалище. Современные синтетические протезы позволяют выполнять пластику при опущении передней и задней стенок влагалища, а также при опущении матки [10, с. 84].

Пожилым пациенткам со значительной степенью пролапса может быть предложен кольпоклеизис – сшивание передней и задней стенки влагалища. Очевидным недостатком этой операции является невозможность ведения половой жизни вследствие укорочения влагалища. С другой стороны, это вмешательство крайне эффективно и выполняется относительно быстро из влагалищного доступа.

Операции, выполняемые лапароскопическим доступом. Данные операции выполняются специальными инструментами, которые имеют очень маленький диаметр (3–5 мм) и проводятся через небольшие проколы в

брюшную полость. К данной группе операций относятся упоминавшаяся ранее сакроспинальная фиксация, а также сакровагинопексия. При выполнении сакровагинопексии производится фиксация влагалища и шейки матки к пресакральной связке крестца. Эта операция также выполняется с использованием синтетической сетки. Сакровагинопексию предпочтительно выполнять при изолированном пролапсе матки [18, с. 83].

#### Осложнения хирургического лечения

К сожалению, как и любые другие операции, хирургическое лечение пролапса может сопровождаться различными осложнениями. В первую очередь это возможность рецидива пролапса. Даже при правильном выборе метода проведения операции и соблюдении техники ее выполнения полностью исключить возможность рецидива нельзя. В связи с этим чрезвычайно важно соблюдать рекомендации, данные врачом после операции: ограничение физической нагрузки и запрет на половую жизнь в течение 1 мес. после вмешательства [23, с. 146].

После операции, особенно если выполнялась пластика передней стенки влагалища, могут возникнуть различные расстройства мочеиспускания. В первую очередь это касается недержания мочи при напряжении, проявляющегося при физической нагрузке, кашле, чихании. Оно наблюдается приблизительно в 20–25% случаев. Сегодня существуют эффективные методики хирургического лечения недержания мочи с помощью синтетических петель [25, с. 26]. Данная операция может выполняться спустя 3 мес. после хирургического лечения пролапса.

Другим возможным осложнением может быть затрудненное мочеиспускание. При его возникновении требуется назначение стимулирующей терапии (коферменты, сеансы физиотерапии, направленной на стимулирование сократительной активности мочевого пузыря, и т.д.), что позволяет в большинстве случаев восстановить нормальный акт мочеиспускания.

Еще одним расстройством мочеиспускания, развивающимся после операции, может быть синдром гиперактивного мочевого пузыря. Для него характерны внезапные, трудно сдерживаемые позывы к мочеиспусканию, учащенное дневное и ночное мочеиспускание. Данное состояние требует назначения медикаментозной терапии, на фоне которой удастся устранить большинство симптомов [17, с. 16].

Применение синтетических сеток, устанавливаемых влагалищным доступом, может привести к возникновению болезненных ощущений во время полового акта. Данное состояние называется «диспареуния» и встречается довольно редко. Тем не менее считается, что женщинам, ведущим активную половую жизнь, по возможности следует избегать имплантации сетчатых протезов во избежание этих осложнений, поскольку они трудно поддаются лечению [21, с. 35].

Дальнейшее ведение, принципы диспансеризации: в течение 6 месяцев после операции исключить виды трудовой деятельности, связанные с физической нагрузкой, поднятием тяжестей, длительной ходьбой, продолжительным пребыванием на ногах, командировками.

Профилактические мероприятия:

- предупреждение неблагоприятных влияний на организм женщин еще во внутриутробном периоде ее развития;
- в детском возрасте необходимо следить за своевременным опорожнением кишечника и мочевого пузыря;
- исключить физическое перенапряжение девочек;
- соблюдение рекомендаций по режиму труда;
- рациональная тактика ведения беременности и родов;
- рациональная тактика ведения послеродового периода (проведение реабилитационных мероприятий, направленных на более полное восстановление функционального состояния тазового дна и органов малого таза: физические упражнения, лазеротерапия) [16, с. 146].

Таким образом, проблема пролапса гениталий является многофакторной и полиэтиологичной. При ее решении часто возникают значительные технические трудности, связанные не только с хирургической реконструкцией тазового дна, но и с проблемой выбора наименее травматичного и эффективного метода оперативного вмешательства. 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 [5, с. 147]. Такой комплексный подход позволит улучшить результаты хирургического лечения больных с пролапсом гениталий, снизить частоту рецидивов данного заболевания и риск ближайших и отдаленных неблагоприятных результатов хирургических вмешательств.

## **ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ**

### **2.1. Характеристика гинекологического отделения ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа»**

Отделение рассчитано на 60 коек. В штате отделения работают 7 врачей, которые владеют всем спектром оперативных вмешательств, проводимых в отделении. Четверо из них имеют высшую квалификационную категорию, трое являются кандидатами медицинских наук. Ежегодно специалисты проходят обучение на курсах повышения квалификации на центральных базах г. Москвы и г. Санкт-Петербурга. В штате отделения работают 25 квалифицированных медицинских сестер, 8 из которых аттестованы на высшую квалификационную категорию. Наличие в отделении современного оборудования, инструментария и медикаментов позволяет оказывать плановую и экстренную медицинскую помощь в полном объеме.

Приоритетным направлением в работе отделения является развитие эндоскопии, как диагностической, так и хирургической, совершенствование органосохраняющих операций при доброкачественных опухолях матки и придатков, влагалищные операции. При использовании в лечении хирургических методов предпочтение отдается высокотехнологичным, малотравматичным и органосохраняющим операциям.

Заболевания, требующие оперативного вмешательства:

- внематочная беременность;
- миома матки;
- заболевания придатков матки (кисты, опухоли яичников);
- эндометриоз;
- бесплодие;
- опущения и выпадения половых органов;
- заболевания эндометрия (полипы, гиперплазия);

- заболевания шейки матки;
- кисты бартолиновой железы, влагалищные и парауретральные кисты;
- недержание мочи.

В отделении оказываются все виды гинекологической помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями:

- все виды оперативного лечения лапаротомическим доступом;
- проведение лапароскопических операций на матке и придатках;
- лапароскопическое лечение бесплодия (сальпингоовариолизис, фимбриопластика, демедулляция яичников, хромогидроскопия, консервативная миомэктомия);
- диагностическая гистероскопия;
- лечебная гистероскопия (гистерорезектоскопия, абляция эндометрия);
- выполнение операций влагалищным доступом — экстирпация матки с придатками и без, пластические операции при несостоятельности мышц тазового дна, при опущении стенок влагалища, матки, элонгации шейки матки, в том числе наиболее эффективные методики пластики с использованием синтетических материалов (проленовых сеток);
- современные методы лечения стрессового недержания мочи у женщин, уретеропексия по методике TVT;
- комбинированные операции влагалищным доступом с лапароскопическим этапом;
- прерывание беременности по медицинским показаниям на разных сроках беременности;

Для оказания полноценной специализированной медицинской помощи девочкам-подросткам в отделении развернуты ювенильные койки.

Благодаря наличию современного отделения физиотерапии и реабилитации, по окончании острого периода заболевания, особенно после оперативного лечения, осуществляется комплекс мероприятий, направленный на быстрое выздоровление и возвращение женщины к активной жизни.

В отделении пациентки располагаются в отдельных 1-4 местных палатах, в которых имеется все необходимое для того, чтобы сделать пребывание в стационаре максимально комфортным. Имеются послеоперационные палаты интенсивной терапии и палаты повышенной комфортности. После объемных оперативных вмешательств и для больных с тяжелой соматической патологией предусмотрены палаты в реанимационном отделении с круглосуточным наблюдением медицинского персонала и аппаратным мониторингом витальных функций.

## **2.2. Материалы и методы исследования**

Проведено ретроспективное изучение и статистический анализ 70 историй болезни женщин с пролапсом гениталий по данным гинекологического отделения ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа» за 2018 год. Материал исследования по изучению течения миомы матки и методов её лечения был распределен для последующей статистической обработки по следующим признакам:

- социально-биологические факторы (возраст, семейное положение, место жительства, социальный статус);
- анамнестические данные (количество беременностей, родов и абортов, гинекологические заболевания, соматическая патология);
- течение исследуемой патологии (рецидив или первичная, давность заболевания, проведенное лечение и его результаты);
- данные о проведенном оперативном лечении (время до начала операции с момента обращения, выбор операционного доступа и объёма операции);

течение послеоперационного периода (осложнения, проведение антибиотикопрофилактики, сроки выписки из стационара).



### 2.3. Статистический анализ хирургического лечения и профилактики

В ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа» за последние три года зарегистрировано 2416 влагалищных операций. В 2016 году было сделано 842 (34,8%) операций, из которых: влагалищных гистерэктомий – 350 (41,6%) случаев, а пластических операций на стенках влагалища – 492 (58,4%). В 2017 году – 829 операций (34,5%): 308 (37%) влагалищных гистерэктомий и 521 (63%) пластика. В 2018 году проведены 745 (30,7%) операций: 300 (40%) влагалищных гистерэктомий и 445 (60%) пластических операций (Таблица 1).

Таблица 1

Оперативная деятельность гинекологического отделения ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа» за 2016 – 2018 гг.

	<i>2018 г од</i>	<i>2017 г од</i>	<i>2016 г од</i>
<b>Влагалищные операции</b>	<b>842</b>	<b>829</b>	<b>745</b>
из них:			
- влагалищные гистерэктомии	350	308	300
в т.ч.			
- пластические операции на стенках влагалища	492	521	445

### СОЦИАЛЬНО – БИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

Возраст женщин в исследуемой группе варьировал от 34 до 78 лет: количество респонденток от 30 до 40 лет составило 6%, от 41 года до 50 лет – 10%, от 51 года до 60 лет – 31%, от 61 года до 70 лет – 34%, от 71 года до 80 - 19%. Средний возраст пациенток – 60 лет (Рис. 1).

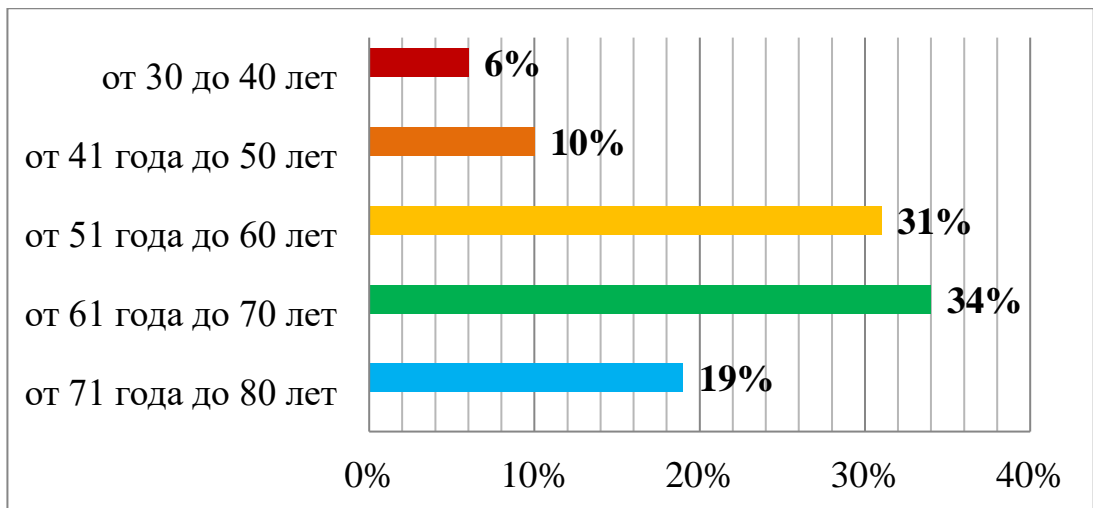


Рис. 1. Распределение женщин с пролапсом гениталий по возрасту

В репродуктивном возрасте находились 10% больных, в пременопаузе – 12%, и в постменопаузе – 78% (Рис. 2).

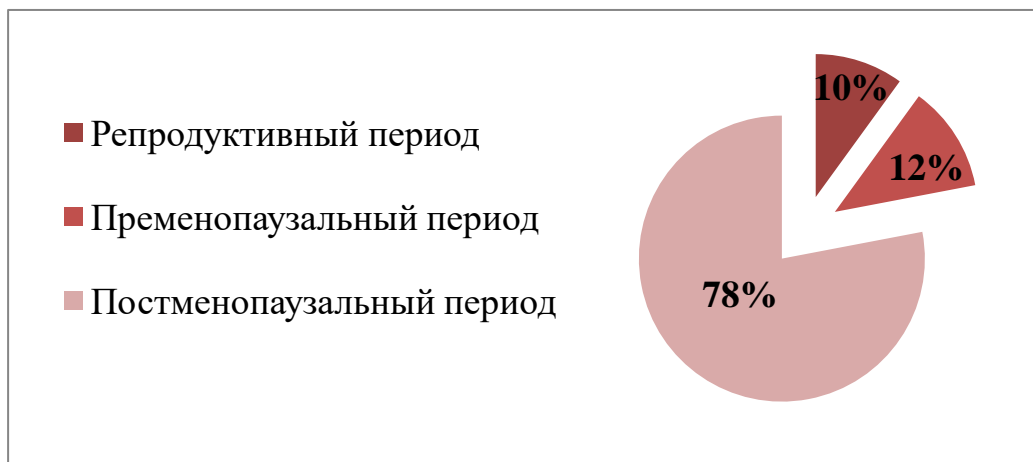


Рис. 2. Распределение пациенток по возрастным периодам жизни

Жительницами сельской местности были 49% респонденток, горожанками - 51% (Рис. 3).

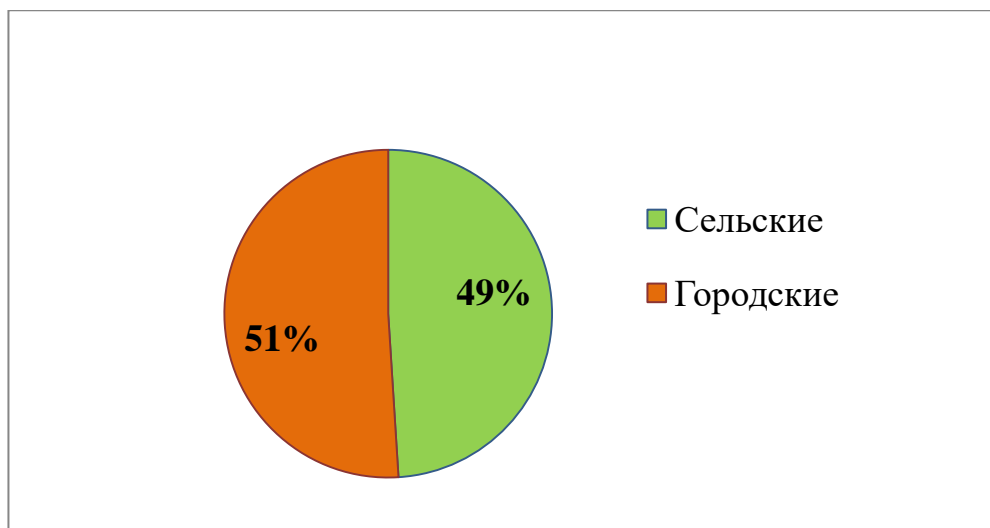


Рис. 3. Распределение респонденток по месту жительства

В официально зарегистрированном браке состояли 63% женщин в группе, в гражданском браке - 10%, одиночками являлись 27% (Рис. 4).

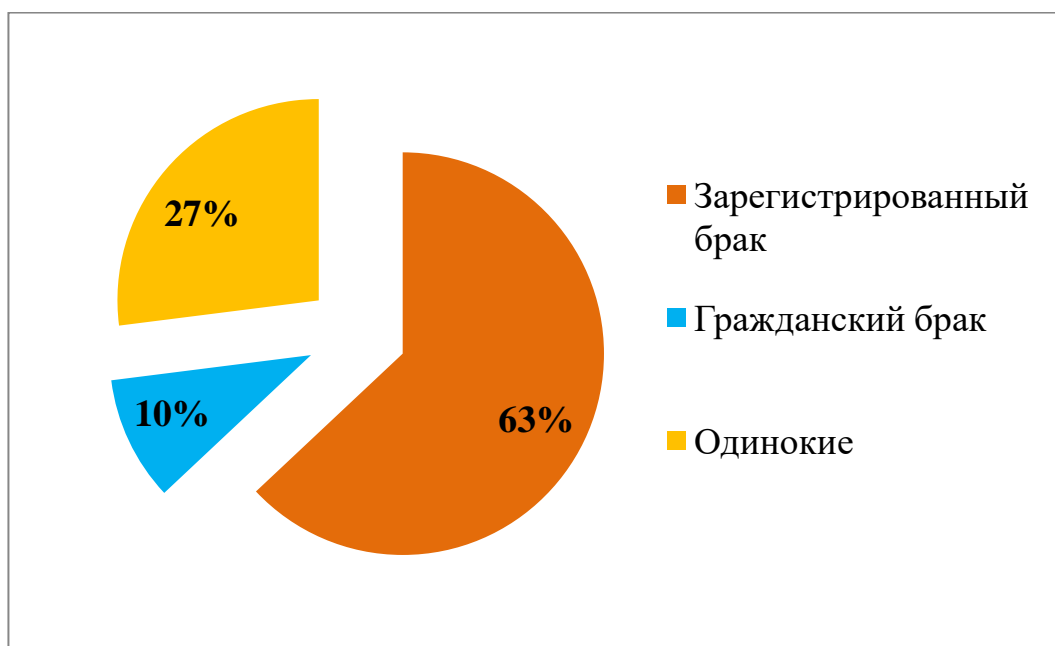


Рис. 4. Семейное положение в группе исследования

Основу исследуемой группы составили пенсионеры – 60%. Работали 34% женщин, профессиями которых были: бухгалтер, медицинская сестра, воспитатель, пекарь, заведующая канцелярией, уборщица, обработчик птицы, вахтёр, укладчик-заливщик консервной продукции, врач-лаборант, библиотекарь, учитель, почтальон, социальный работник, оператор котельной. Домохозяйками были 6% (Рис. 5).

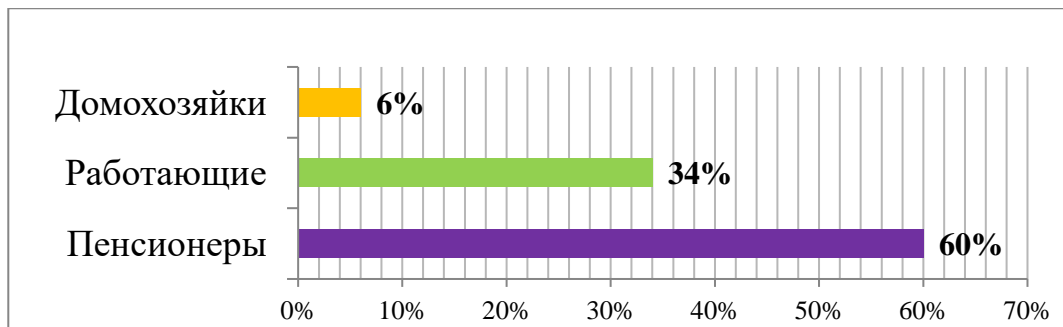


Рис. 5. Социальный статус женщин с генитальным пролапсом

Осенью родились 29% (превалировал октябрь), зимой – 26%, летом – 24% и весной – 21% (Рис. 6).

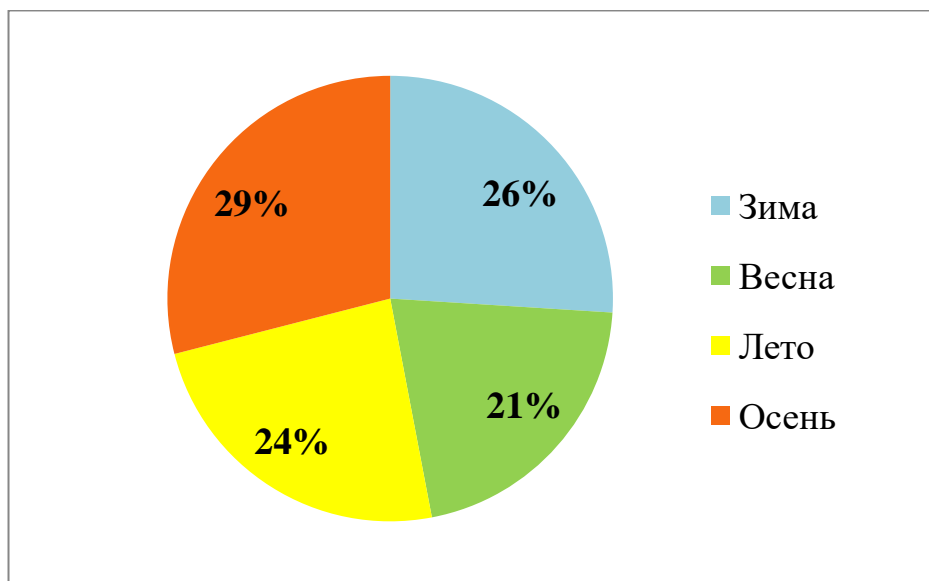


Рис. 6. Распределение пациенток по дате рождения

### ДАННЫЕ АНАМНЕЗА

Репродуктивный анамнез был адекватным (много беременностей и родов) для исследуемой патологии: рожали - 100% респонденток, искусственные аборты делали 87%, самопроизвольные выкидыши произошли у 22% (Рис. 7).

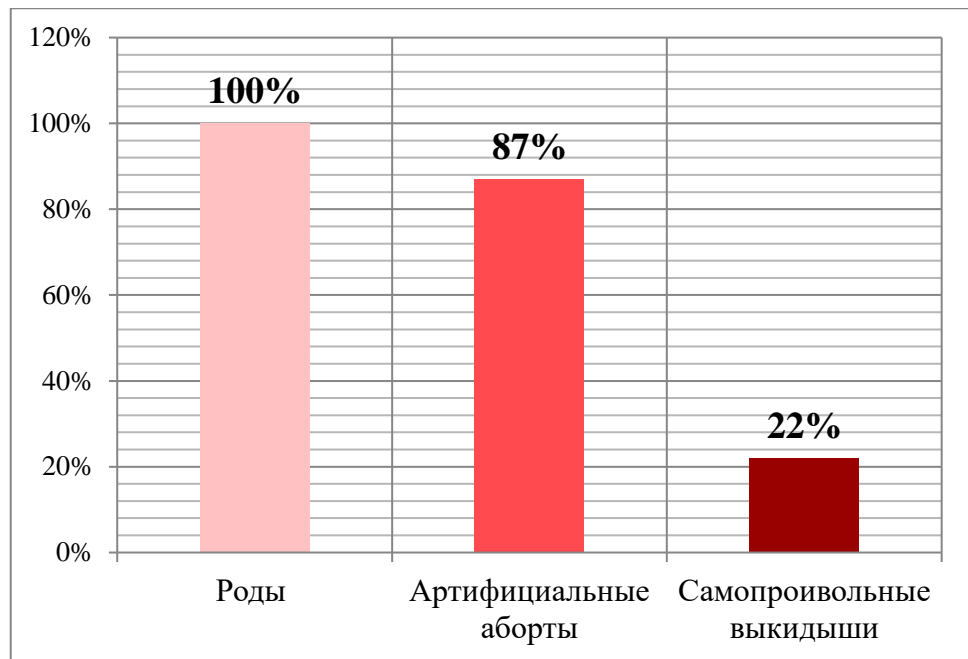


Рис. 7. Репродуктивный анамнез у респонденток с пролапсом гениталий

Паритет в группе: одни роды были в 20% случаев, двое – в 63%, трое – в 13%, 4 и более родов – у 4% женщин (Рис. 8).

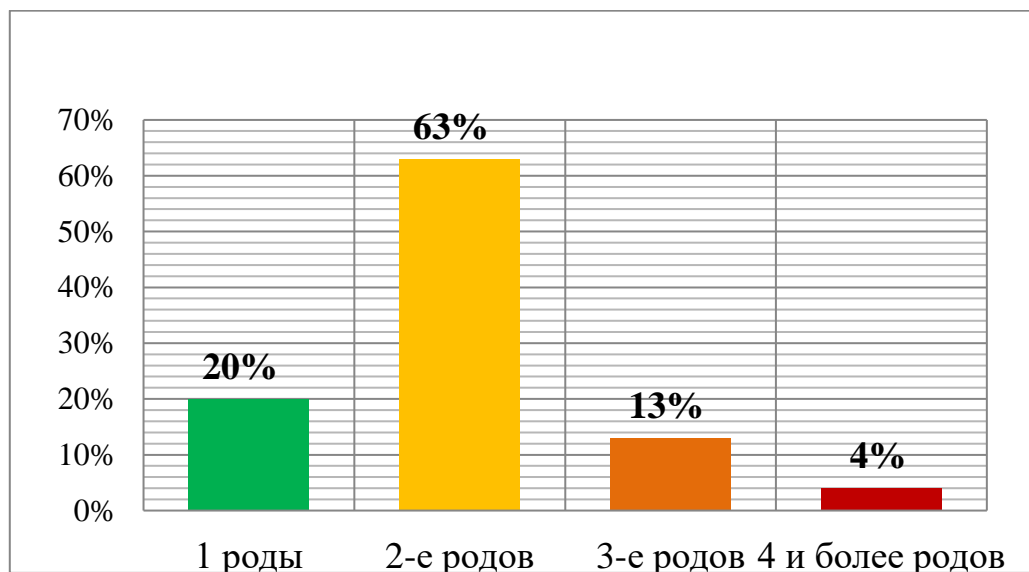


Рис. 8. Паритет в группе исследования

Репродуктивные потери были значительными: по одному аборт сделали 18% респонденток, по два - 30%, по три – 18%, по четыре и более - 20%, максимальное количество артифициальных абортов по 10 зафиксировано в 2 случаях (Рис. 9).

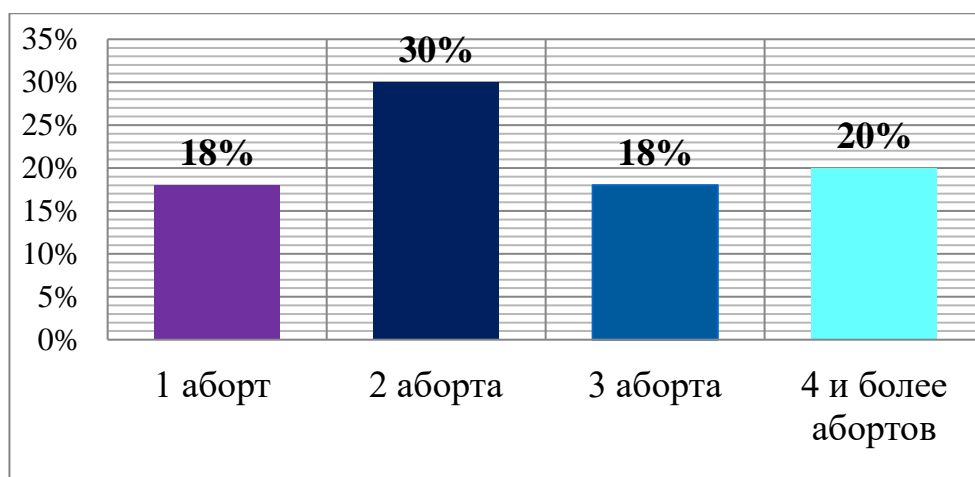


Рис. 9. Репродуктивные потери в группе

Пациентки с генитальным пролапсом имели многочисленные сопутствующие гинекологические заболевания: миома матки встречалась в 28% случаев, хронический сальпингоофорит – в 20%, эктопия шейки матки – в 18%, хронический эндометрит и полип эндометрия составили по 7% случаев, рубцовая деформация промежности – 6%, гиперплазия эндометрия, хронический аднексит и кольпит - по 5% случаев, аденомиоз и киста яичника - по 4%, атрезия цервикального канала – 1% (Рис. 10).

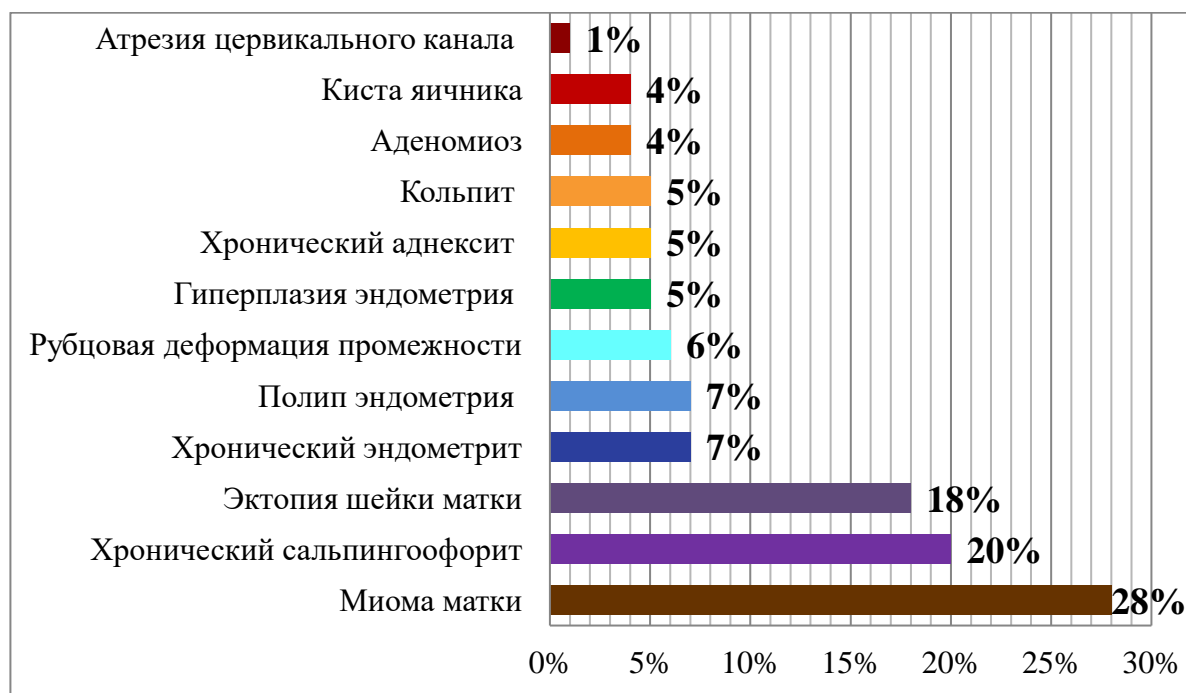


Рис. 10. Структура гинекологической патологии у пациенток с генитальным пролапсом

Учитывая количество прожитых лет в анамнезе респонденток значимое место занимали экстрагенитальные заболевания: гипертоническая болезнь (ГБ) – 57% случаев, хронический гастрит – 53%, острые респираторные заболевания и острые респираторные вирусные инфекции (ОРЗ, ОРВИ, грипп) – 46%, ишемическая и атеросклеротическая болезни сердца (ИБС, АБС) - по 43%, хроническая сердечная недостаточность (ХСН) – 35%, варикозная болезнь – 33%, сахарный диабет (СД) – 24%, аутоиммунный тиреоидит (АИТ) – 10%, хроническая холецистит – 9%, железодефицитная анемия (ЖДА) и хронический бронхит - по 8%, узловой зоб – 7%, хронический пиелонефрит – 6%, язвенная болезнь 12-перстной кишки – 5%, хронический вирусный гепатит В (носительство) – 4%, сифилис и дисплазия соединительной ткани - по 3% (Рис. 11).



Рис. 11. Структура соматической патологии в исследуемой группе

Зная о роли нарушения обменных процессов в этиологии пролапса гениталий, мы определили у каждой респондентки индекс массы тела (ИМТ).

Выяснилось, что нормальную массу тела имели только 27% больных, избыточную – 33%, ожирение - 40%: I степень ожирения составила 28% случаев, II степень - 9%, III степень - 3% женщин (Рис. 12).

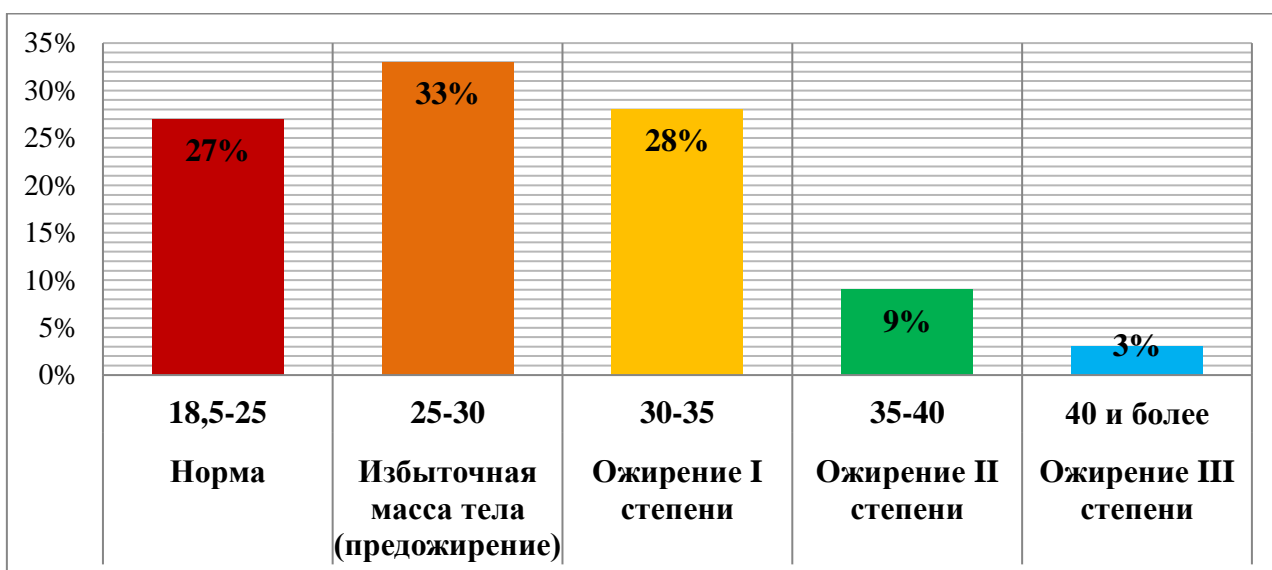


Рис. 12. Распределение женщин с пролапсом гениталий по ИМТ Кетле

У половины женщин с генитальным пролапсом в анамнезе были оперативные вмешательства: аппендэктомия – 13% случаев, холецистэктомия – 11%, грыжесечение – 10%, сафенэктомия – 6%, тиреоидэктомия – 5%, геморроидэктомия – 3%, резекция щитовидной железы – 2% (Рис. 13).

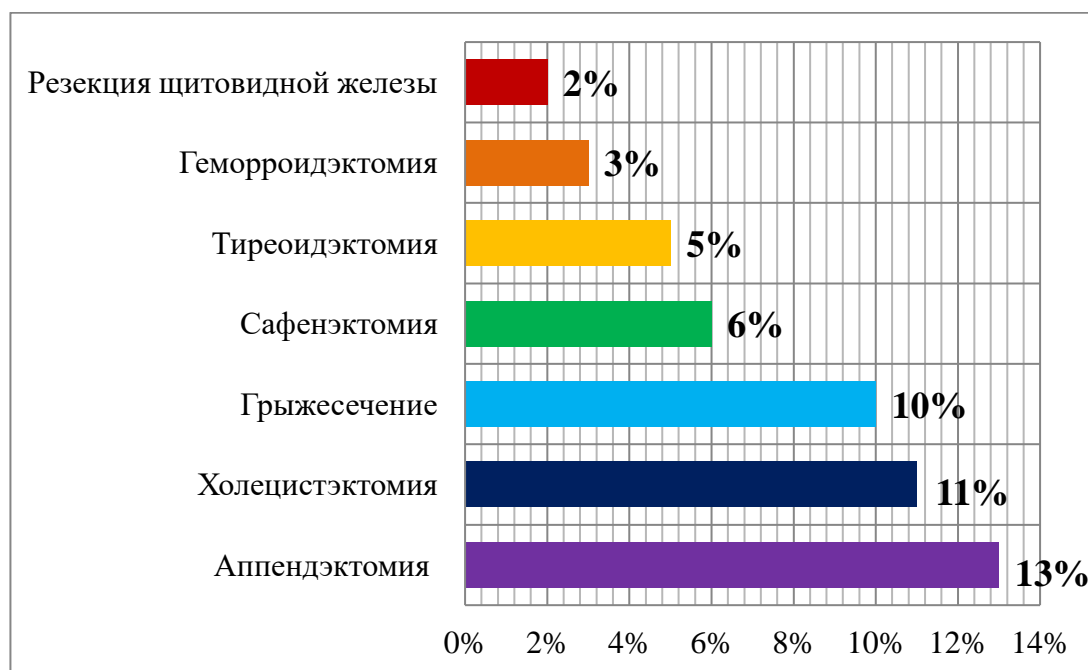


Рис. 13. Оперативные вмешательства в анамнезе пациенток



До настоящего оперативного лечения длительность заболевания составила: до года - у 31% женщин, менее 4-х лет – у 45%, более 5 лет – у 10%, более 10 лет – у 13% (Рис. 15).

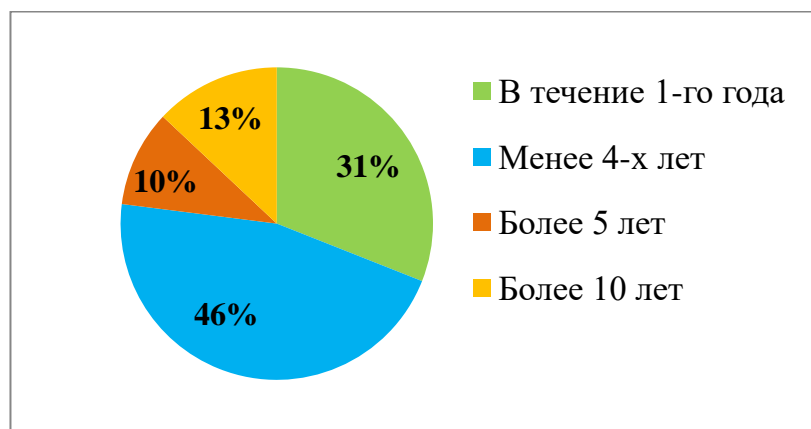


Рис. 15. Длительность заболевания до оперативного лечения

## РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ

При поступлении в стационар пациентки с пролапсом гениталий жаловались на ощущение инородного тела в области промежности в 76% случаев, на дискомфорт в области наружных половых органов при ходьбе и физической нагрузке – в 19%, на тянущие и ноющие боли внизу живота и пояснице – в 28%, на дизурию – в 37%, на запоры – в 6%, сочетание вышеперечисленных жалоб имелось в 15% случаев (Рис. 15).

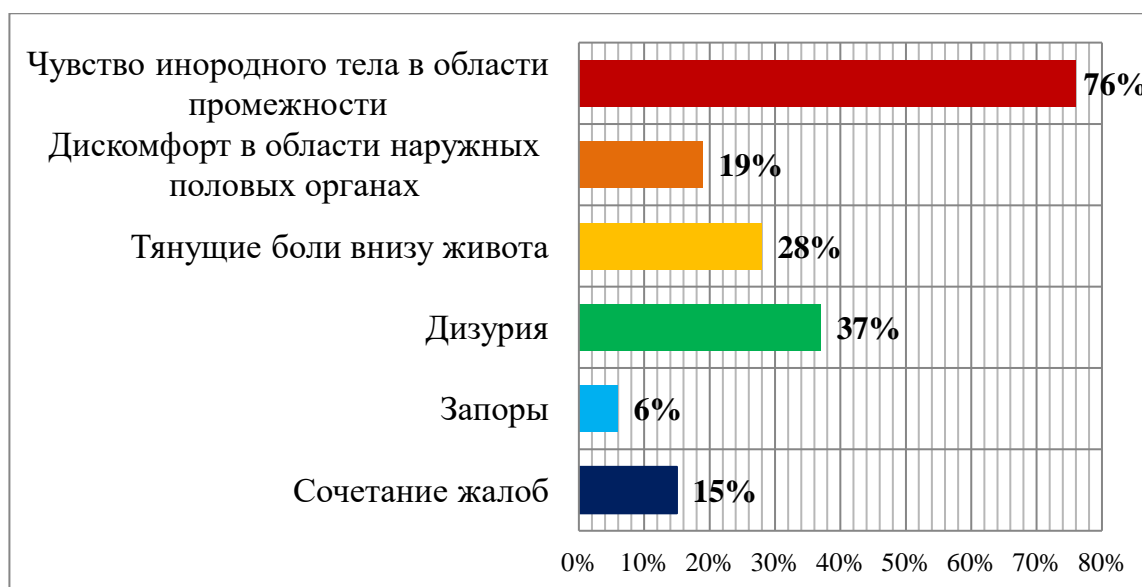


Рис.15. Распределение жалоб при поступлении в стационар

Для диагностики генитального пролапса использовали данные гинекологического исследования (осмотр и данные бимануального исследования), ректального и исследования мочевыделительной системы (цистоскопия, экскреторная урография). УЗИ органов малого таза было проведено всем (100%) пациенткам в группе исследования.

Таким образом, были поставлены клинические диагнозы: неполное выпадение тела матки и стенок влагалища – 24%, полное выпадение тела матки и стенок влагалища – 34%, элонгация шейки матки – 23%, нарушение функции мочевого пузыря – 11%, цистоцеле – 26%, ректоцеле – 20%, несостоятельность мышц тазового дна – 6%. Особую группу составили 13% респонденток с постгистерэктомическим пролапсом. У них было хирургическое лечение в объеме: влагалищная гистерэктомия без придатков и с придатками по 6 и 7% случаев, передняя кольпоррафия и кольпоперинеолеваторопластика - по 13%, операция с сетчатыми имплантатами и вентрофиксация - по 1% (Рис. 16).

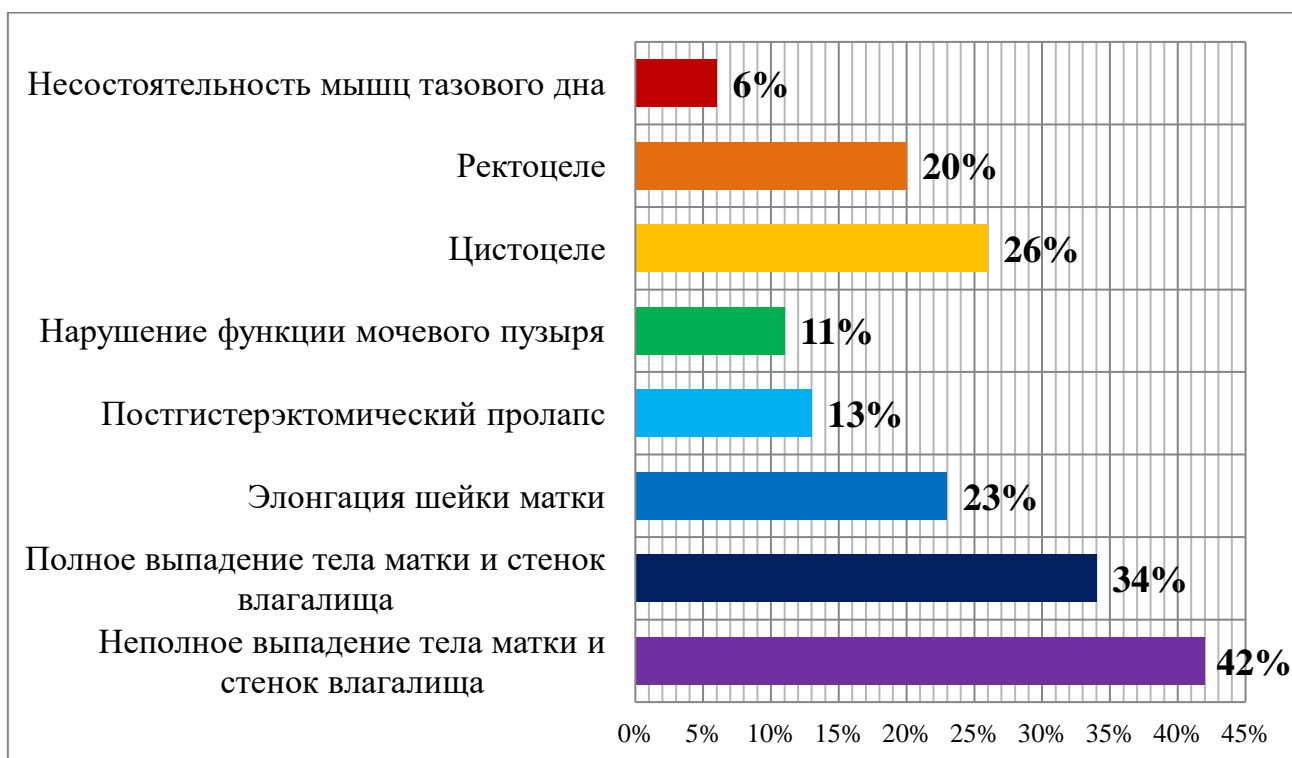


Рис. 16. Распределение клинических диагнозов у пациенток после обследования

В 69 случаях (98,6%) назначено хирургическое лечение: влагалищная гистерэктомия (ВГ) без придатков была проведена 39 женщинам (56,5%), влагалищная гистерэктомия (ВГ) с придатками – 9 пациенткам (13%), влагалищная экстирпация культи шейки матки – 5 женщинам с постгистерэктомическим пролапсом (7,2%). Пластические операции: кольпоррафия и кольпоперинеолеваторопластика проведены 16 женщинам (21,9%).

В одном случае (1,4%) пациентке назначили консервативное лечение – гинекологический пессарий (Dr. Arabin USP 090 DR 100), в связи с наличием гипертонической болезни III степени и возрастом 72 года (анестезиолого – операционный риск IV степени) (Рис.17).

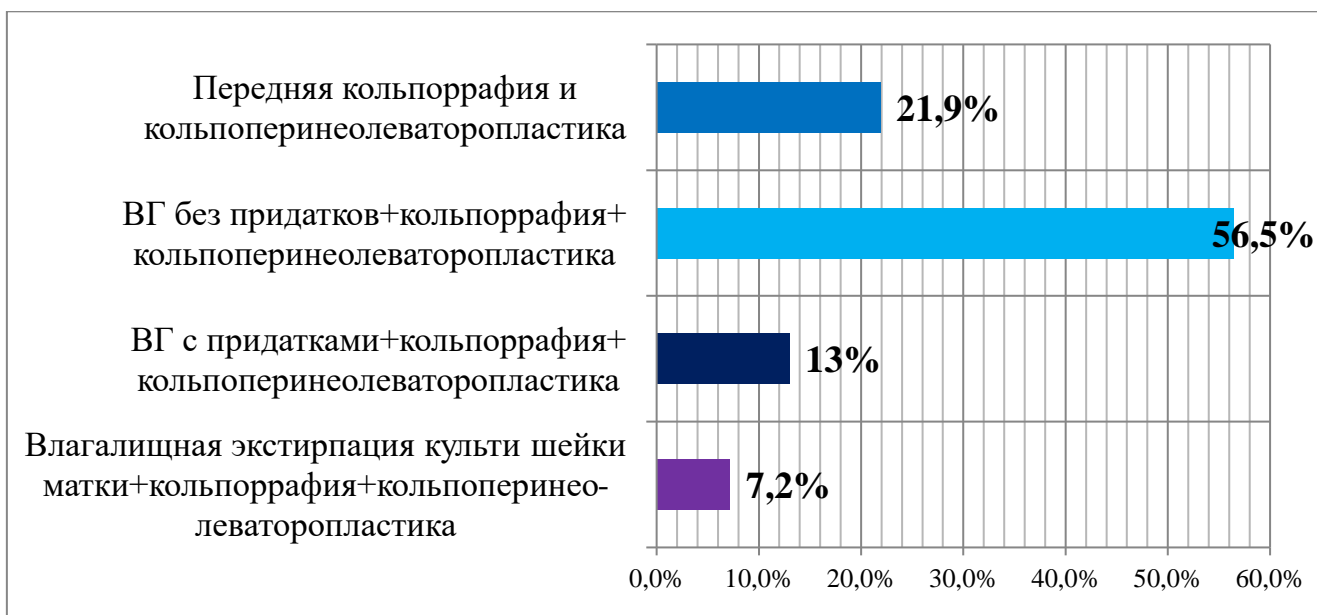


Рис. 17. Распределение операций, сделанных по поводу пролапса гениталий в группе исследования

Обезболивание оперативных вмешательств: тотальная внутривенная анестезия с искусственной вентиляцией лёгких (ТВВА+ИВЛ) – в 64% случаев, местная - спинномозговая анестезия – в 27% и эпидуральная одномоментная анестезия – в 9% (Рис. 18).



Рис. 18. Виды анестезии при оперативных вмешательствах

Интраоперационная кровопотеря составила до 50 мл – 25% случаев, от 50 мл до 100 мл - 53%, от 150 до 250 мл – 22% (Рис. 19).

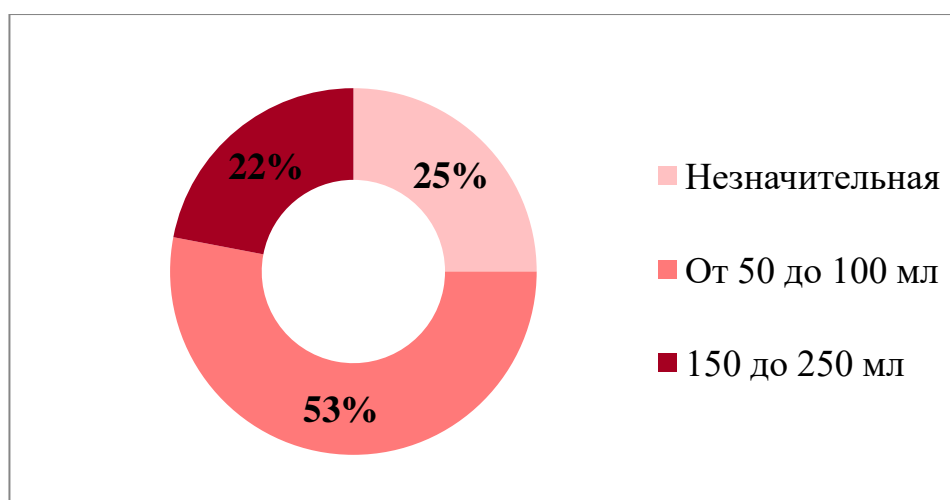


Рис. 19. Объем интраоперационной кровопотери

Длительность операций: менее 1-го часа – 39%, менее 2-х часов – 49%, более 2-х часов продолжалось 12% операций (Рис. 20).

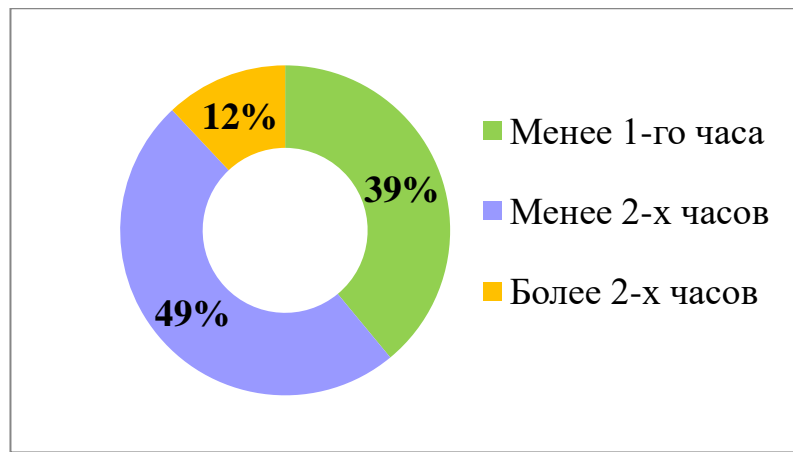


Рис. 20. Продолжительность операций, проведенных по поводу пролапса гениталий

Результаты гистологического исследования материала, удалённого во время операций: инволютивно изменённая матка диагностирована у 64% больных, лейомиома матки – у 30%, фиброзно-железистый полип эндометрия – у 18%, хронический цервицит, ретенционные кисты шейки матки и эндометриоз тела матки составили по 14%, эндометрий атрофического типа был у 10% женщин, гиперплазия эндометрия – у 6%, серозная цистаденома – у 4%, синехии полости матки – у 2% (Рис. 21).

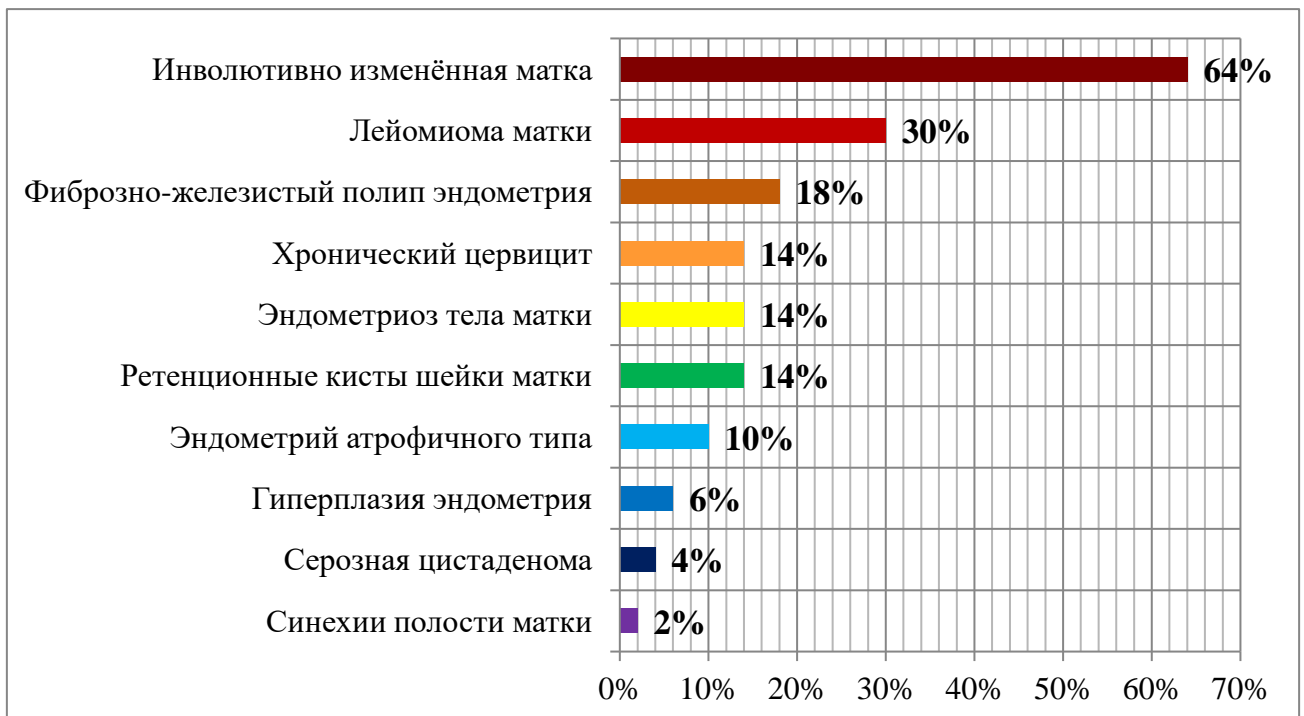


Рис. 21. Распределение удаленного материала по морфологии

Послеоперационный период у всех (100%) женщин протекал без осложнений (Рис. 22).

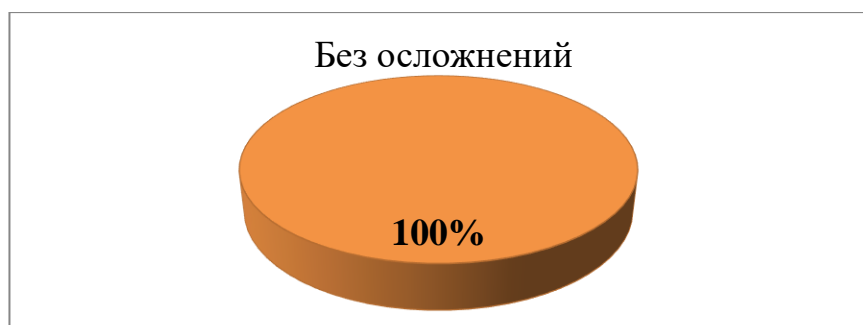


Рис. 22. Течение послеоперационного периода

После операции пациентки находились в стационаре до 7 дней в 14% случаев, до 10 дней – в 64%, до 14 дней – в 22% (Рис. 23).

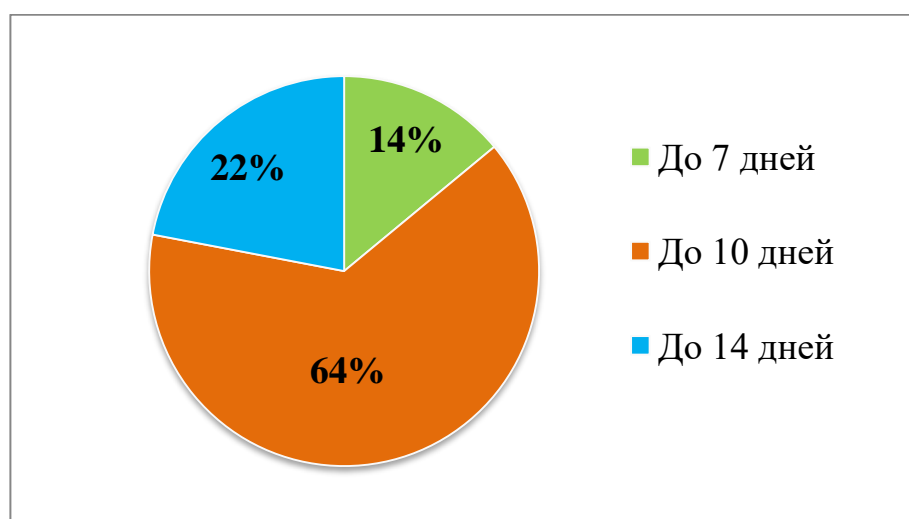


Рис. 23. Сроки выписки из стационара

### **Выводы:**

1. Пропалс гениталий является одним из самых распространенных заболеваний среди женщин пенсионного возраста (43%), однако эта патология может проявиться и в более молодом возрасте (16% до 50 лет), нарушая трудоспособность женщины и изменяя качество ее жизни в худшую сторону. Учитывая вышесказанное, можно говорить о социальной значимости этого заболевания.

2. Нами выявлены основные факторы риска развития и прогрессирования пролапса гениталий у женщин: многочисленные беременности и повторные роды (100%), травмы при родах, постменопаузальный период (78%), операции на органах малого таза (18%), избыточная масса тела (33%) и ожирение (40%), несостоятельность соединительнотканых структур (грыжи 10%).
3. В итоге проведенного исследования, мы составили медико – социальную характеристику респондентки с пролапсом гениталий: это женщина в возрасте, примерно, 60 лет, рожденная в октябре, пенсионерка, которая живет со своей семьей в городе и имеет избыточную массу тела. За прошедшие годы своей жизни она приобрела акушерско-гинекологическую и соматическую патологию, которая стала преморбидным фоном для пролапса гениталий. Следует отметить, что помимо двух – трех родов, пациентка многократно делала искусственные аборты и, возможно, имела самопроизвольные выкидыши. У каждой пятой данная операция по поводу пролапса была не первой, то есть произошел рецидив заболевания.
4. У всех женщин исследуемой группы клиническое течение пролапса гениталий было симптомным, что определило выбор хирургического лечения. Кольпоррафия и кольпоперинеолеваторопластика были основными операциями (98,6%), которые используют большинство гинекологов при лечении пролапса ЖПО. Они выполнялись как основные пособия (21,9%) или как дополнительные вмешательства при всех видах хирургических вмешательств по поводу ощущения и выпадения половых органов (76,7%). В нашем исследовании по объему преобладали органоуносящие операции (76,7%).
5. В гинекологическом отделении ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа» применяется весь спектр современных оперативных вмешательств по поводу пролапса гениталий. Все операции были проведены современным влагалищным методом, который позволяет облегчить реабилитационный

период. К консервативному лечению прибегают лишь в крайних случаях, если анестезия и оперативное вмешательство противопоказаны (1,4%).

6. При изучении послеоперационного периода было выяснено, что у всех пациенток в исследуемой группе он протекал удовлетворительно, поэтому после проведенного оперативного лечения все женщины были выписаны домой в оптимальные сроки.



## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате проделанной работы можно подвести итог. Проблема опущения и выпадения влагалища и матки продолжает оставаться в центре внимания хирургов-гинекологов, так как, несмотря на многообразие различных методов хирургического лечения таких больных, все еще встречаются рецидивы заболевания (13%), связанные с несовершенством проведенного оперативного лечения и несостоятельностью восстановленных мышц тазового дна. В нашей стране, по данным В.И Кулакова и соавт., В.И.Краснопольского и соавт., Н.Н. Глебовой, А.Я. Голдиной, А.Г. Погасова, В.А. Загребинной, Н.А. Рогозина и Г.Г. Спрутской, число больных пролапсом гениталий среди всех гинекологических больных составляет от 15 % до 30 %. Можно предположить, что количество больных данным заболеванием не только не уменьшается, но и, с учетом ухудшения условий жизни, труда и быта, увеличивается.

В результате полиэтиологичности изучаемое заболевание имеет широкий возрастной диапазон. Пролапс гениталий встречается в основном в позднем репродуктивном и перименопаузальном периодах. Но если еще в 70-х годах пролапс гениталий все же считался заболеванием лиц пожилого возраста, то в настоящее время средний возраст этих больных составляет 55 лет (31%), причем, по некоторым данным, удельный вес пациенток моложе 45 лет достигает 16%. В нашем исследовании получен такой же результат,

Имеет большое значение ранняя диагностика несостоятельности мышц тазового дна и пролапса гениталий, особенно в послеродовом периоде. У женщин, регулярно занимающихся физическими методами реабилитации во время беременности, значительно снижен риск развития функциональных нарушений нервно-мышечного аппарата тазового дна, что является патофизиологической профилактикой развития генитального пролапса после родов.

В проведении патогенетической профилактики акушерского травматизма, послеродовой физической и физиотерапевтической

восстановительной реабилитации нарушений функции тазового дна нуждается 60% женщин, отнесенных к группе риска. Применение современных методов и способов хирургической и физической восстановительной реабилитации позволяет снизить риск развития выпадения внутренних половых органов в 2,5 раза.

Влагалищная гистерэктомия (ВГ) с кольпоррафией стала наиболее популярной операцией при выпадении матки и влагалища благодаря работам Фриновского В.С., Шифлингера Л.Е. (162), Hirsch Н.А., McCaig М.Л., Richardson А.С. и многих других. Во многих клиниках влагалищную гистерэктомию с кольпоррафией рассматривают как вмешательство, подходящее для всех степеней и типов выпадения. Выполняют его с помощью ряда методик, каждая из которых имеет своих сторонников. Однако в некоторых клиниках Англии и Европы Манчестерская операция с модификациями считается более предпочтительной, чем, например, влагалищная гистерэктомия по Мейо.

В ходе исследования нами был проведен анализ данных пациенток с пролапсом гениталий, из которого было выявлено, что в стационар поступали на хирургическое лечение женщины, находящиеся в возрасте от 35 до 78 лет.

Большую часть пациенток составили лица пенсионного возраста. Работающие женщины страдали генитальным пролапсом чаще, чем домохозяйки. Характеристика по месту жительства распределилась так, что женщины с данной патологией, живущие в городах и в сельской местности, в процентном соотношении практически не отличались. Большая доля исследуемых имела избыточную массу тела (28%) и страдала ожирением (33%). Все женщины, имеющие эту патологию, многорожавшие, почти у каждой женщины в анамнезе имелись искусственных абортов (87%) и самопроизвольные выкидыши (22%).

Среди соматических заболеваний в исследуемой группе большую часть занимали гипертоническая и варикозная болезни, хронический гастрит и

хроническая сердечная недостаточность (ХСН), а среди гинекологических – большинство респонденток были с миомой матки.

У всех пациенток пролапс гениталий протекал симптомно. Жалобы при поступлении были у всех женщин, чаще всего их сочетание: на тянущие и ноющие боли внизу живота и пояснице, чувство инородного тела в области промежности, дискомфорт в области наружных половых органов, дизурию и запоры.

До хирургического вмешательства длительность заболевания у большинства (77%) исследуемых женщин была менее 5 лет. Преобладали органоуносящие операции с пластикой. При их выполнении большой кровопотери не наблюдалось. По окончании всех операций материал отправляли на гистологическое исследование (в 100% случаев).

Послеоперационный период протекал без осложнений у всех женщин. Сроки выписки из стационара были различны: от 7 до 14 суток в зависимости от объема и способа выполненной операции.

В заключение хочется сказать, что выявление пролапса гениталий на ранних стадиях заболевания и своевременное начало лечения консервативными методами может предотвратить прогрессирование заболевания, нивелировать симптомы, в том числе со стороны мочевого пузыря (недержание) у большинства пациенток и улучшить качество жизни.

Как известно, болезнь легче предупредить, чем лечить. Некоторые рекомендации для профилактики пролапса гениталий:

- отказ от курения, лечение хронического кашля;
- профилактика запоров: употреблять пищу, богатую клетчаткой;
- избегать физических нагрузок, связанных с подъёмом тяжести;
- заниматься лечебной физической культурой;
- выполнять укрепляющие упражнения Кегеля (Приложение 8);
- обязательно контролировать свой вес, каждые лишние 10 кг риск способствует развитию данной патологии на 20%.

Профилактика пролапса гениталий — это спокойствие и благополучие на долгие годы жизни.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Балан В. Е. Патогенез атрофического цистоуретрита и различные виды недержания мочи у женщин в климактерии // *Cons. med.* 2001. № 3. С. 332–338.
2. Гинекология. Национальное руководство/ Под ред. В.И. Кулакова, Г.М. Савельевой, И.Б. Манухина// *Рос. общ. акуш. - гин.* – 2009. ч.5 – С. 478 – 484.
3. Ильина И. Ю., Доброхотова Ю. Э., Жданова М. С. Оптимизация методов лечения, направленных на улучшение процессов коллагенообразования у женщин с дисплазией соединительной ткани // *Вестн. РУДН. Сер.: Медицина. Акушерство и гинекология.* 2009. № 5. С. 76–81.
4. Инструкция по хирургическому лечению женщин с генитальным пролапсом с использованием синтетических сетчатых протезов: утв. Мин-вом здравоохран. Респ. Беларусь 18.12.2009 № 072-0708. – 32 с.
5. Использование аллопротезирования для хирургической коррекции опущения и выпадения внутренних половых органов / Л.В. Гутикова, Л.С. Бут-Гусаим, В.А. Биркос, Л.П. Амбрушкевич, Л.Н. Довнар, Н.А. Павловская // *ARS medica (урология и урогинекология).* – 2010. – № 10 (30). – С. 142 – 149.
6. Коркан А.И. Пролапс тазовых органов. Диагностика, хирургическая тактика: монография. – Алматы, 2009 г. – С.168.
7. Лапароскопическая сакрокольпопексия как операция выбора при пролапсах гениталий/И. Б. Манухин, М. М. Высоцкий, О. Г. Харлова, Е. Р. Кайтукова // *Амбулаторно-поликлиническая практика — новые горизонты: сб. тезисов.* М., 2010. С. 211–212.
8. Мирович Е.Д. Неправильные положения женских половых органов и их коррекция. – № 5. – Киев. – 2008. – С. 12 – 15.
9. Опыт применения синтетических материалов в хирургии генитального пролапса и стрессового недержания мочи / Е.Ю. Глухов, Е.Э. Плотко, Э.Л. Мамин, В.Н. Хаютин // *Рос. вестн. акуш. - гин.* – 2008. – С. 14 – 15.

10. Опыт реконструкции тазового дна при генитальном пролапсе с использованием системы PROLIFT / В.Е. Радзинский, О.Н. Шалаев, Н.Д. Плаксина [и др.] // Журн. акуш. и жен. болезней. – 2006. – С. 84.

11. Осложнения лечения пролапса тазовых органов с использованием системы Prolift / В.Е. Радзинский, Л.Я. Салимова, Д.Н. Субботин, А.Н. Овчинникова // Рос. вестн. акуш. - гин. – 2008. – Спецвыпуск. – С. 66.

12. Перинеология. Опушение и выпадение половых органов: учеб. пособие. М.: РУДН, 2008. 256 с.

13. Попов А. А. Хирургическое лечение осложненных и неосложненных форм пролапса гениталий // Мать и дитя: матер. II Рос. форума. М., 2000. С. 271–272.

14. Пушкарь, Д.Ю. Тазовые расстройства у женщин / Д.Ю. Пушкарь, Л.М. Гумин – М: Мед Пресс Информ. – 2006. – С. 254.

15. Радзинский В. Е., Шалаев О. Н., Ашахман О. С. Сакроспинальная кольпопексия как профилактика и лечение пролапса гениталий влагалитцным доступом // Мать и дитя: матер. IV Рос. форума. М., 2002. Ч. 2. С. 323–324.

16. Репродуктивное здоровье и качество жизни женщин после хирургического лечения пролапса гениталий/О. Н. Шалаев, Г. Ф. Тотчиев, Л. Р. Токтар [и др.] // Вестн. РУДН. Сер.: Медицина. Акушерство и гинекология. 2003. № 1. С. 143–147.

17. Роль дисплазии соединительной ткани в патогенезе пролапса гениталий и недержания мочи / С.Н. Буянова, С.В. Савельев, В.Д. Петрова [ и др.] // Рос. вестн. акуш. - гин. – 2005. – № 5. – С. 15 – 18.

18. Сравнительная оценка результатов лапароскопической сакровагинопексии и вагинальной экстраперитонеальной вагинопексии (PROLIFT) в лечении генитального пролапса / А.А. Попов, В.Д. Петрова, Г.Г. Шагинян [и др.] // Журн. акуш. и жен. болезней. – 2006. – С. 83.

19. Тактика ведения больных с опущением и выпадением внутренних половых органов и особенности техники выполнения оперативных вмешательств / Л.В. Гутикова, Л.С. Бут-Гусаим, В.А. Биркос, Т.В. Янушко,

Н.А. Олешко, Л.В. Рутковская, Т.И. Воробьева // ARS medica (урология и урогинекология). – 2010. – № 10 (30). – С. 163 – 168.

20. Токтар Л. Р. Хирургическая коррекция тазового дна после акушерской травмы промежности: автореф. дис. канд. мед. наук. М., 2005. 25 с.

21. Трехлетний опыт применения системы Prolift для коррекции генитального пролапса / В.И. Краснопольский, А.А. Попов, Т.Н. Мананникова [и др.] // Рос. вестн. акуш. - гин. – 2008. – С. 33 – 36.

22. Хирургическое лечение больных с опущением и выпадением внутренних половых органов и профилактика опущения купола влагалища после гистерэктомии / В.И. Краснопольский, С.Н. Буянова, Н.А. Щукина [и др.] // Рос. вестн. акуш. - гин. – 2006, № 4. – С. 66 – 71.

23. Шалаев О. Н., Тотчиев Г. Ф., Токтар Л. Р. Репродуктивное здоровье и качество жизни женщин после хирургического лечения пролапса гениталий // Вестн. РУДН. Сер.: Медицина. Акушерство и гинекология. 2003. № 1. С. 143–147.

24. Экстраперитонеальный неофасциогенез у женщин репродуктивного возраста / О.Н. Шалаев, П.В. Царьков, Т.Б. Васильева, М.М. Озова // Рос. вестн. акуш. - гин. – 2008. – С.69.

25. Эффективность различных методов лечения женщин с пролапсом гениталий, осложненным недержанием мочи / С.Н. Буянова, В.Д. Петрова, Г.Г. Шагинян, Т.Ю. Смольнова // Журн. акуш. и жен. болезней. – 2004, XLIX. – № 4. – С. 26.

## **ПРИЛОЖЕНИЯ**



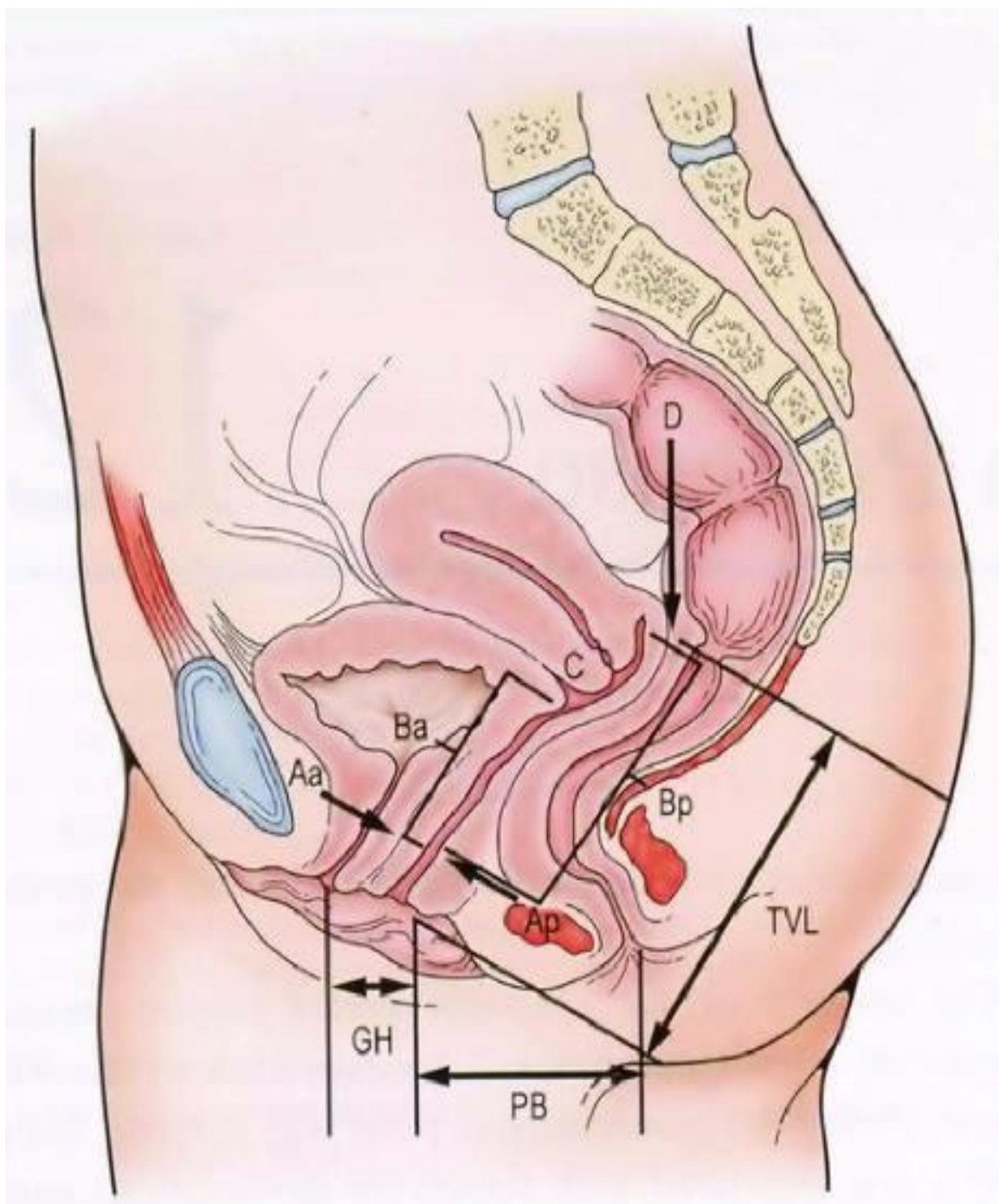
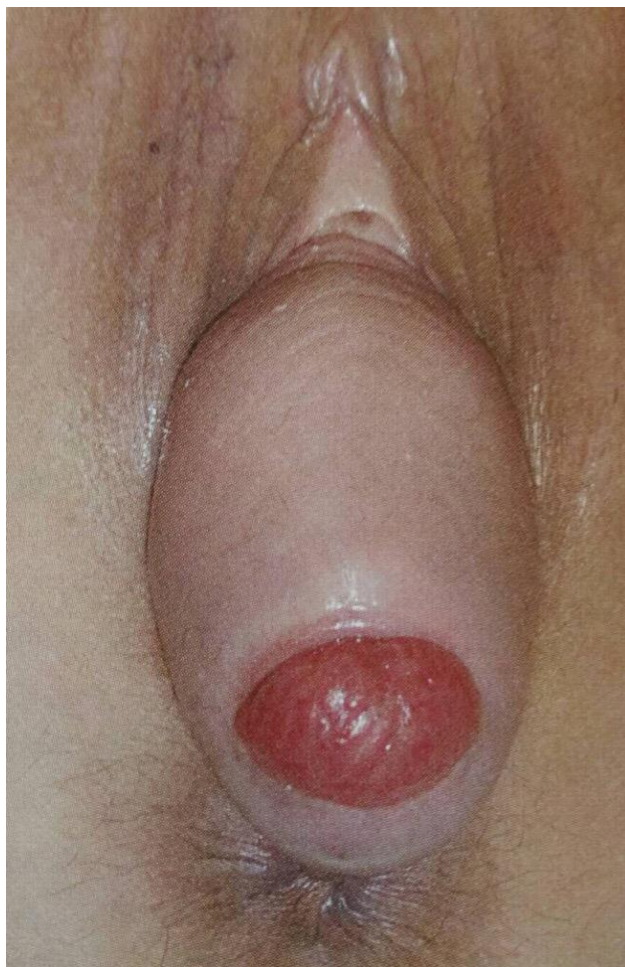


Рис. 1. Анатомические ориентиры для определения степени пролапса тазовых органов



*a*

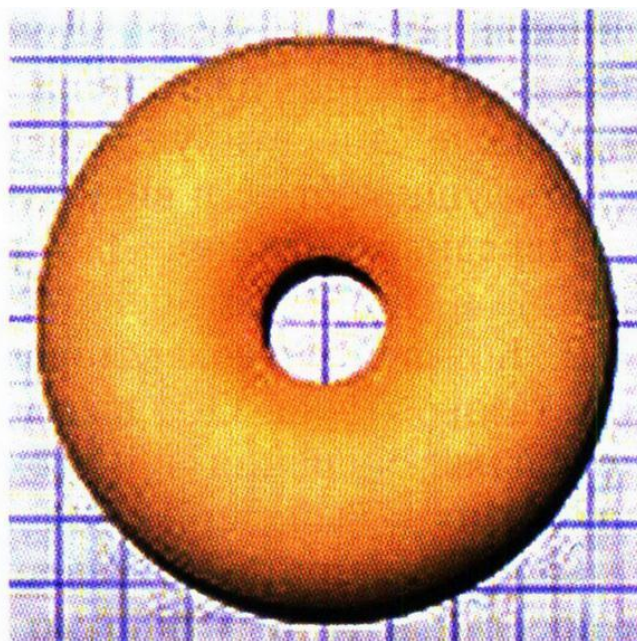


*б*

Рис. 2. *a* - неполное выпадение матки, декубитальная язва;  
*б* - полное выпадение матки, декубитальная язва на задней губе



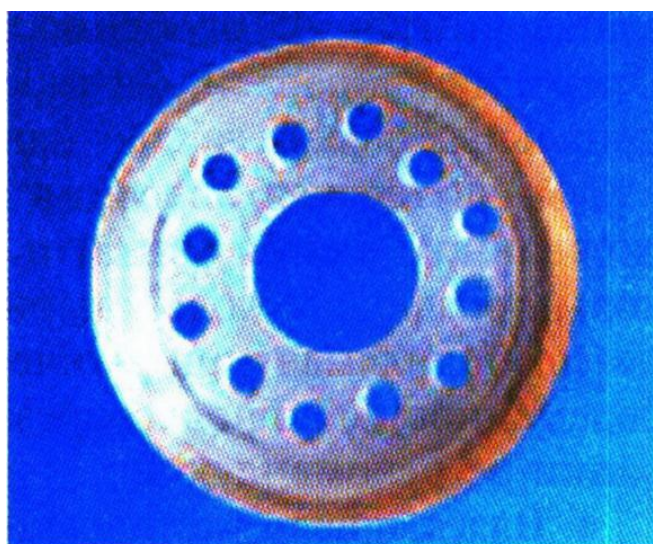
Рис. 1. Элонгация шейки матки



а



б



в

Рис. 2. Варианты маточных пессариев



Рис.5. Проведение спинно-мозговой анестезии (СМА) перед  
влагалищной операцией

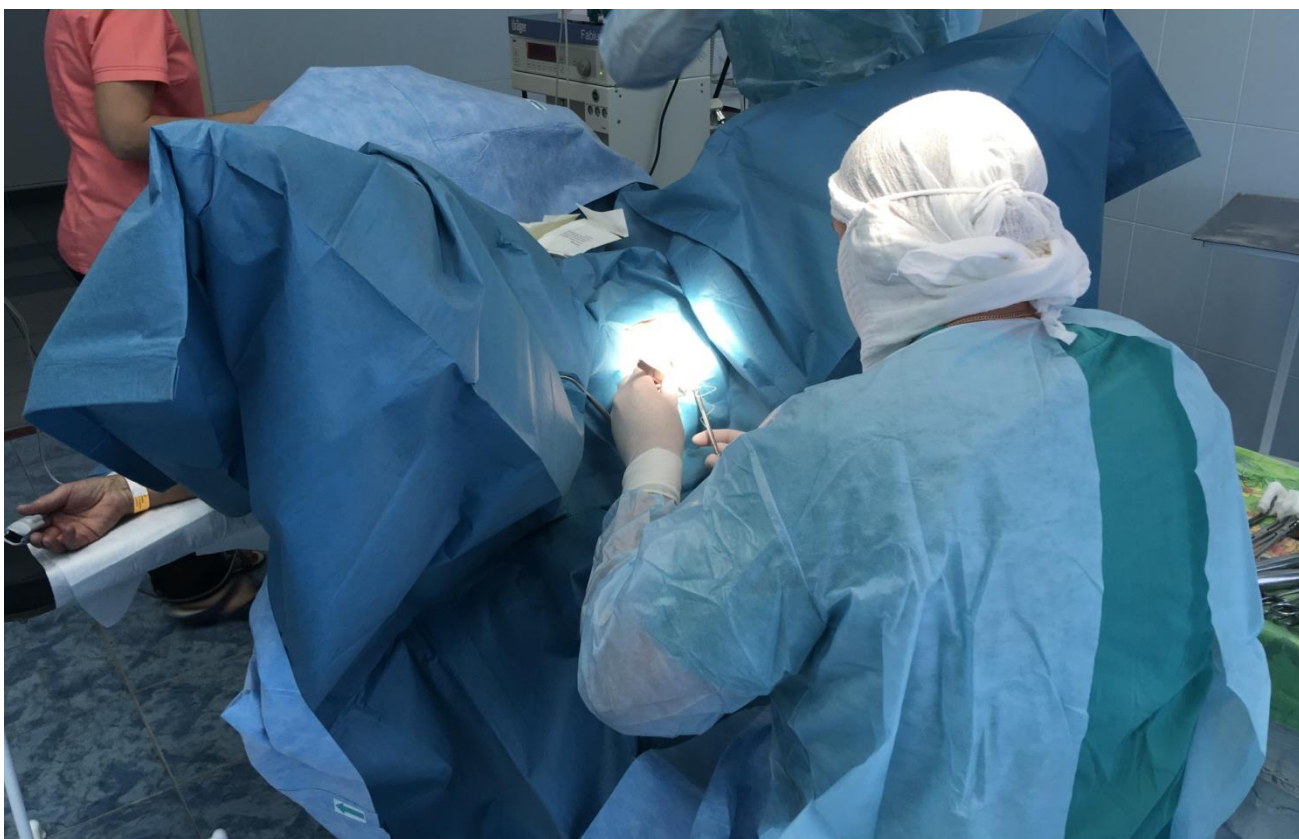


Рис. 6. Положение женщины и операционное поле во время влагалищной операции (вид спереди)

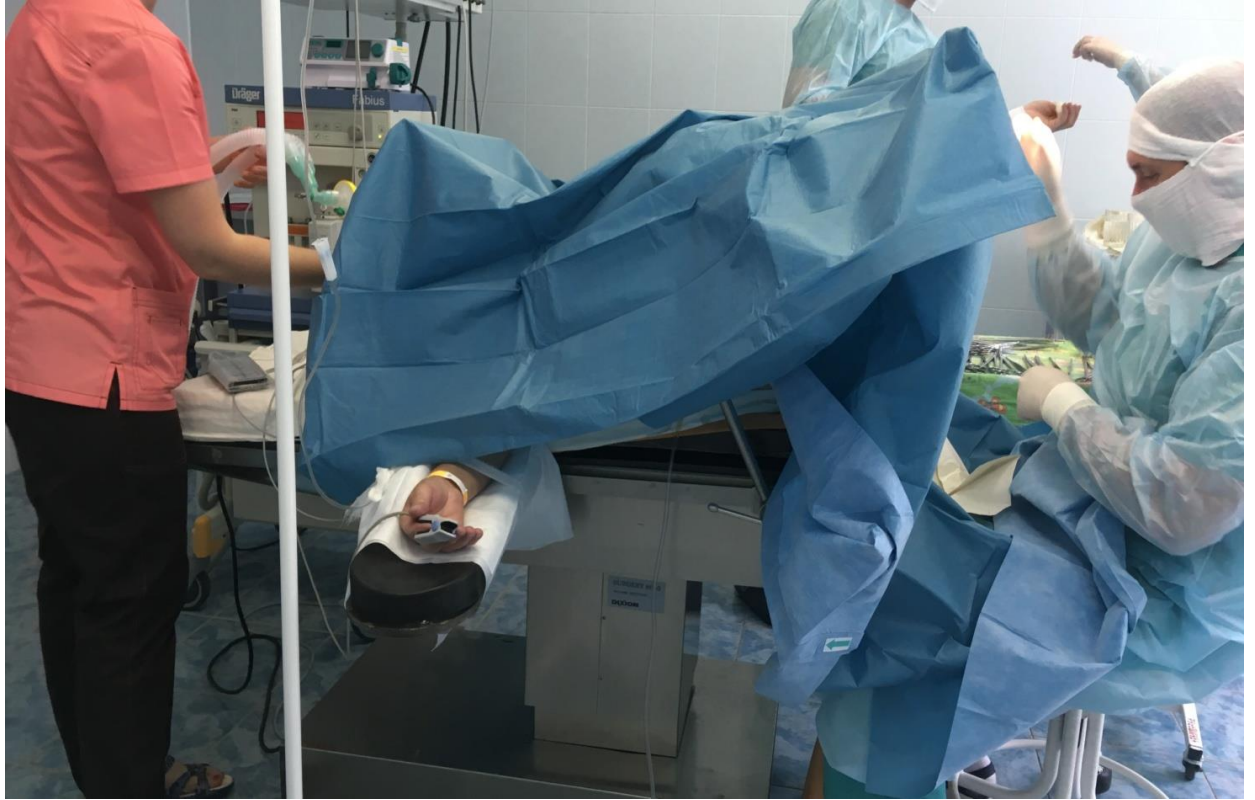


Рис. 7. Положение женщины во время влагалищной операции (вид сбоку)



Рис. 8. Набор инструментов для влагалищной гистерэктомии

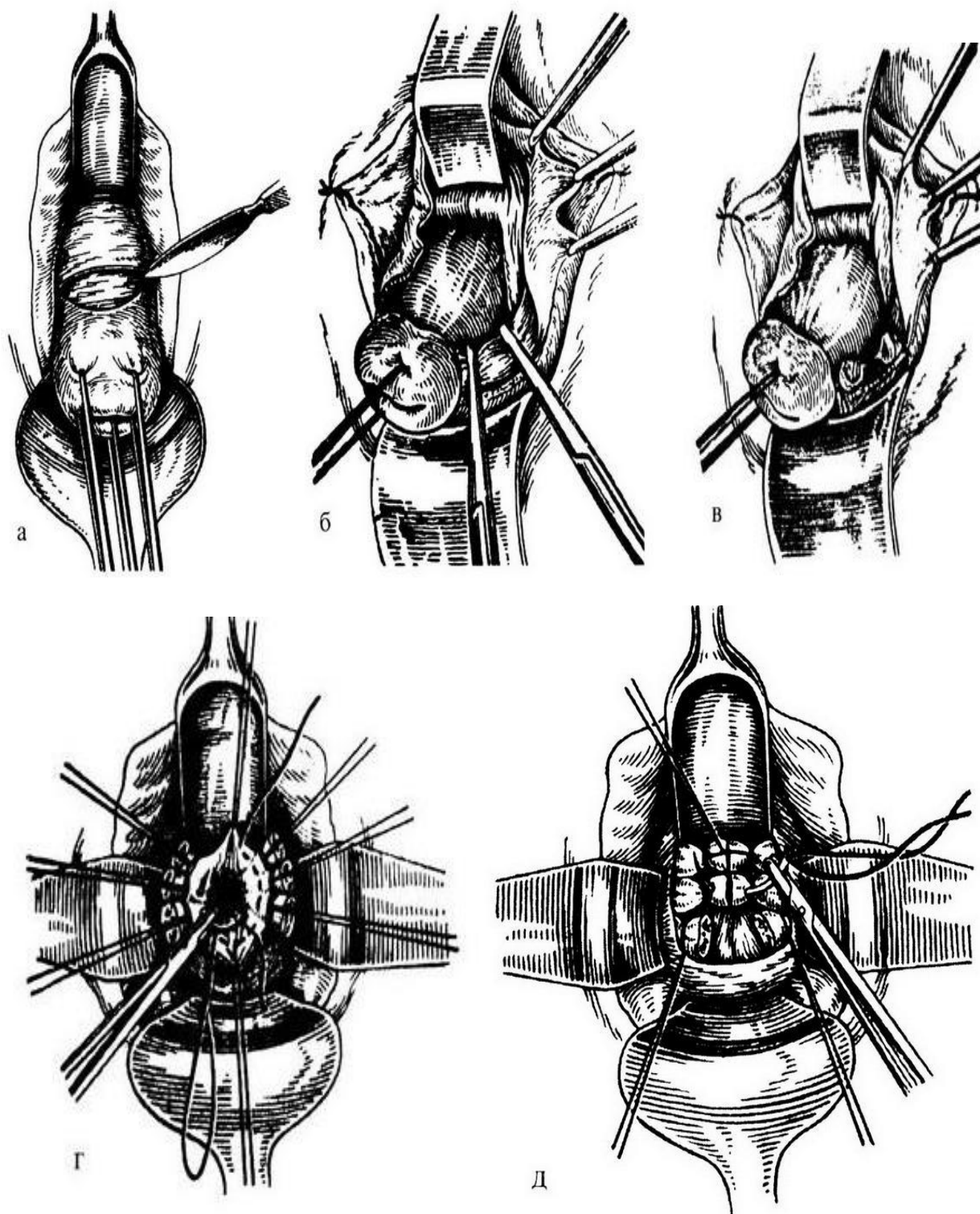


Рис. 9. Этапы влагалищной гистерэктомии: а – циркулярный разрез стенки влагалища; б, в – рассечение и лигирование кардинальных связок и сосудистых пучков; г – ушивание брюшины таза кисетным швом; д – сшивание культей кардинальных связок и культей придатков матки между собой



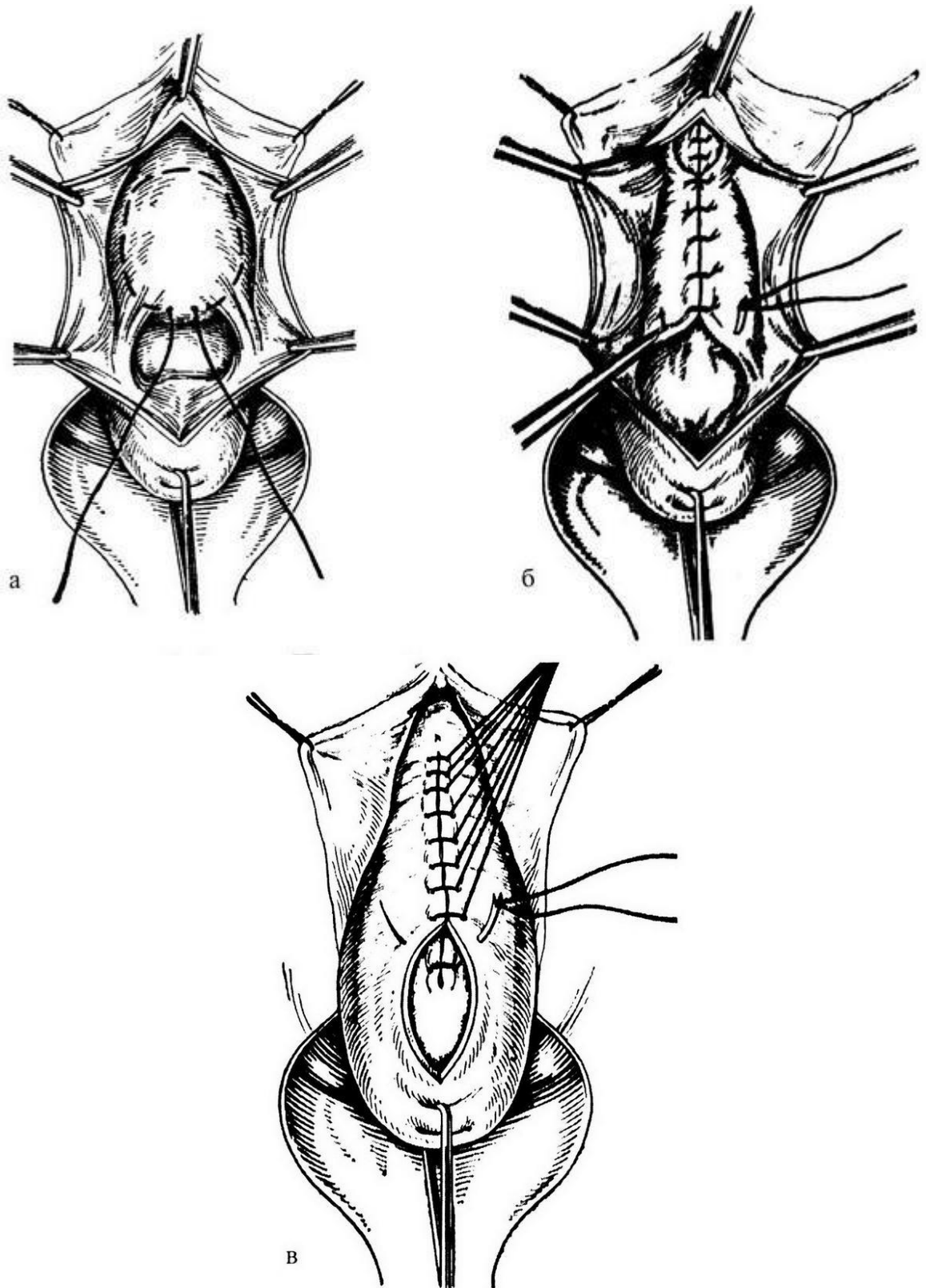


Рис. 10. Этапы передней кольпоррафии: *а* – ушивание фасции мочевого пузыря наложением кисетного шва и *б* – 2-го этажа узловых швов; *в* – ушивание влагалища узловыми швами

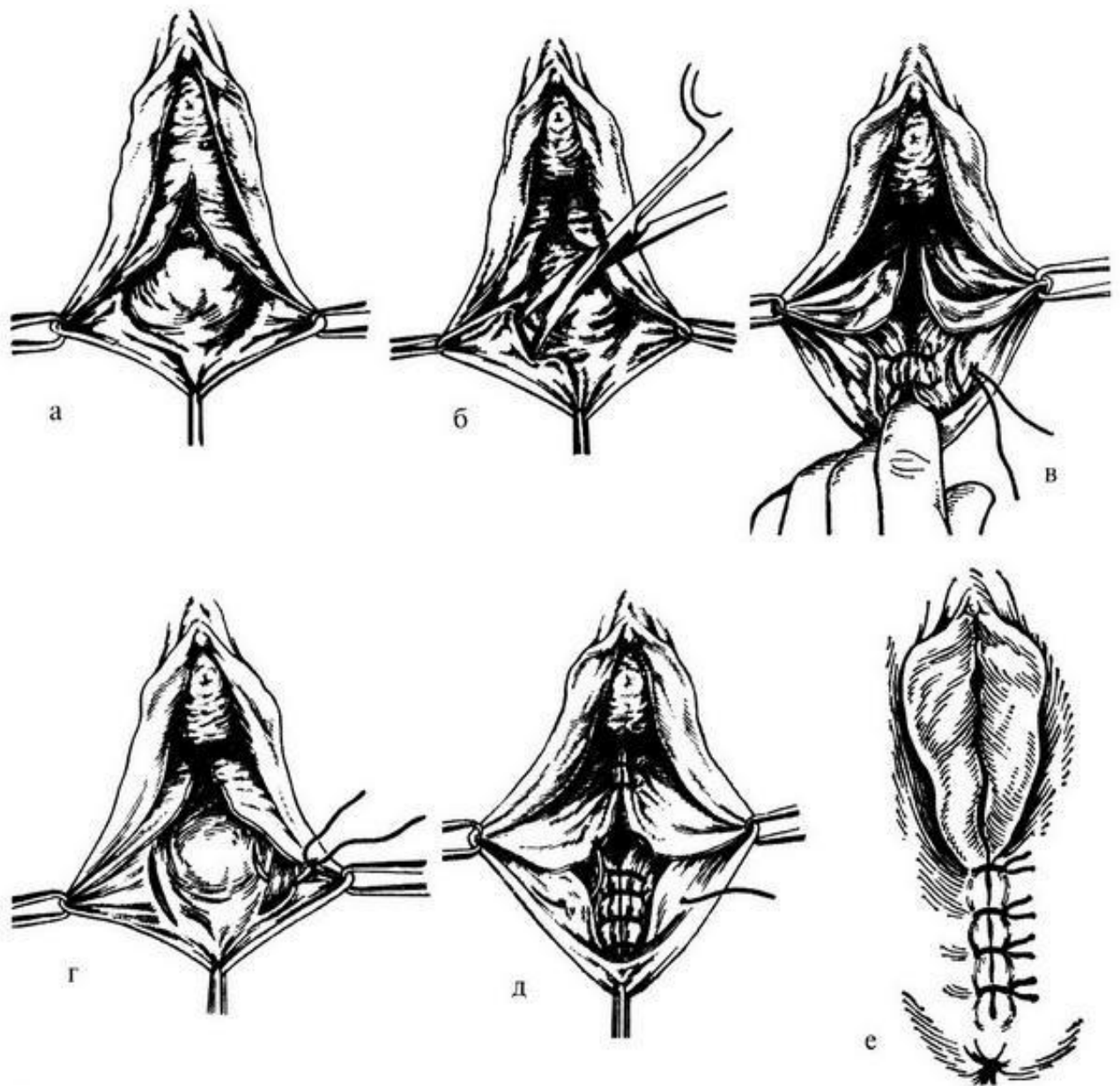


Рис. 11. Этапы кольпоперинеолеваторопластики: а – отсепаровка слизистой оболочки задней стенки влагалища; б – отсепаровка и выделение мышцы, поднимающей задний проход; в–д – наложение швов на *m. levator ani*; е – ушивание кожи промежности



Рис. 12. Удаленный препарат: инволютивно измененная матка с фибромиоматозными узлами

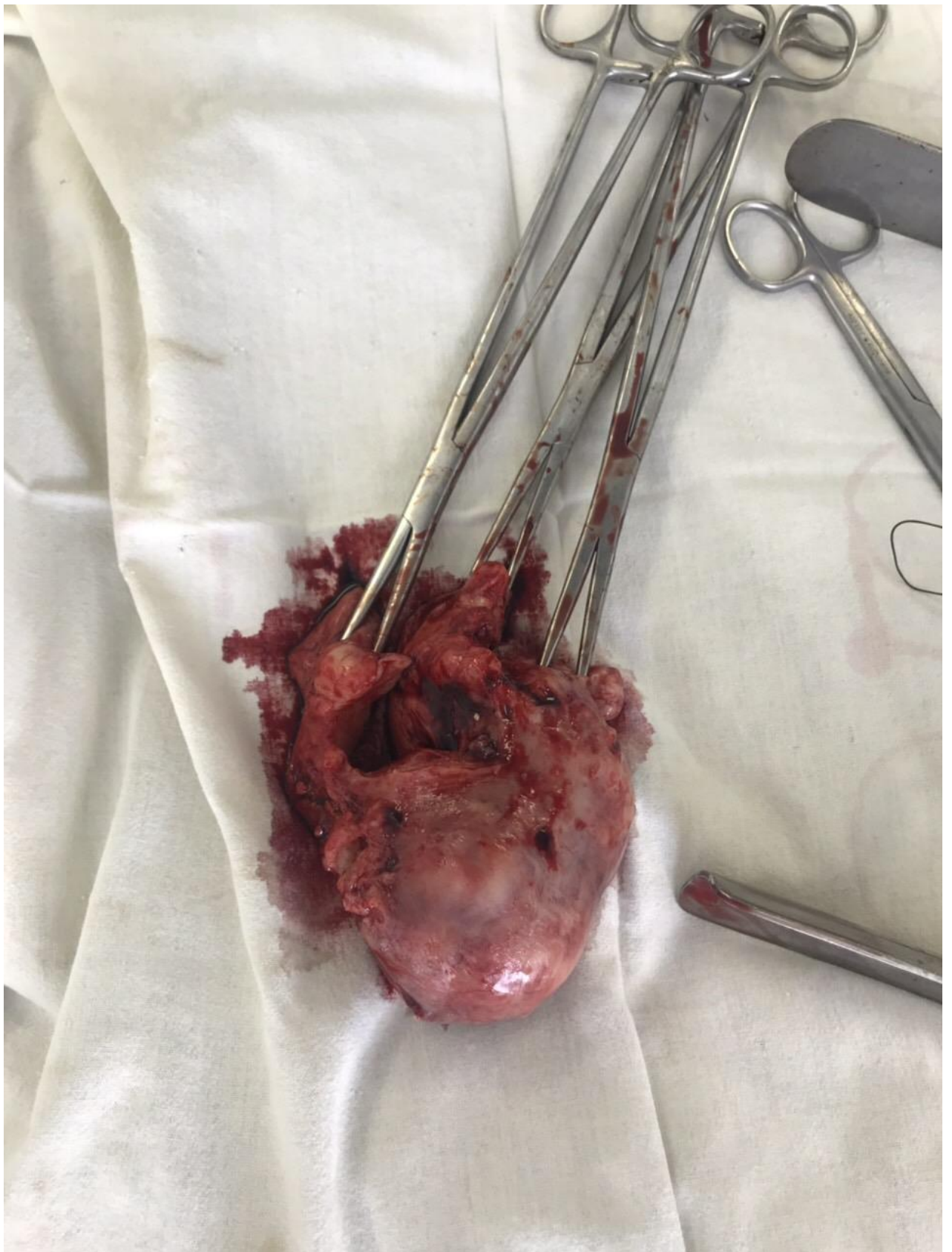


Рис. 13. Удаленный препарат: миома матки в сочетании с аденомиозом



Рис. 14. Удаленный препарат: шейка матки с папилломами

.....  
*А Вы умеете правильно  
делать упражнения Кегеля?*  
.....



Памятка подготовлена студенткой  
Медицинского института  
Медицинского колледжа  
НИУ «БелГУ»  
Лобановой Дианой

Белгород 2019

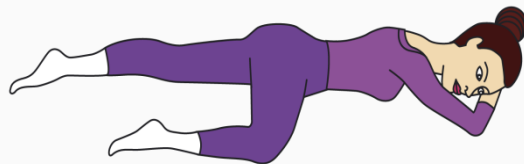
**1** Исходное положение: ноги на ширине плеч, руки на ягодицах. Так вы лучше проконтролируете неподвижность этой группы мышц. Напрягите мышцы тазового дна по направлению вверх и вовнутрь.



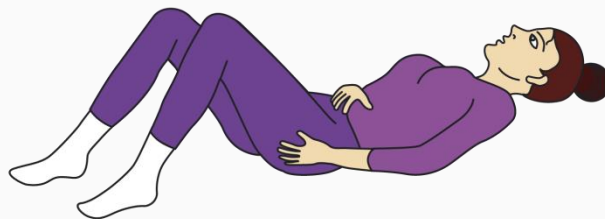
**2** Исходное положение: упор на коленях (на четвереньках) голова упирается на руки. Напрягите мышцы тазового дна по направлению вверх и вовнутрь.



**3** Исходное положение: лёжа на животе, одна нога согнута в колене. Выполняйте попеременно напряжение и расслабление мышц тазового дна.



**4** Исходное положение: ноги согнуты в коленях и слегка разведены в стороны, пятки прижаты к полу. Одну руку положите под ягодицы, а вторую на низ живота. Сжимайте мышцы тазового дна, помогая ладонями.



**5** Исходное положение: сидя, ноги скрещены, спина прямая. Напрягите мышцы тазового дна по направлению вверх и вовнутрь, как бы отрываясь от пола.



**6** Исходное положение: ноги в стороны, руки упираются на колени, мышцы тазового дна напряжены. Спину держите ровно и втягивайте мышцы тазового дна по направлению вверх и вовнутрь.



**Общие рекомендации:** напрягая мышцы, медленно сосчитайте до 4-х, затем расслабьтесь и повторите. Такое чередование делайте 10 раз в день по 10 повторений.

