

**СЕКЦИЯ 1**  
**«АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ»**

УДК 618.14-007.44

**КРИТЕРИИ ОТБОРА ПАЦИЕНТОК ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ  
ПРОЛАПСА ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ**

*Авраменко М. Е., Надточеева Е. П.*

**Научный руководитель: к.м.н., доцент Т. Н. Захаренкова**

**Учреждение образования**  
**«Гомельский государственный медицинский университет»**  
**г. Гомель, Республика Беларусь**

***Введение***

Пролапс гениталий (ПГ) наблюдается у 11,4–41 % женщин [1], ухудшает качество жизни, ограничивает социальную и сексуальную активность, трудоспособность и, нередко, приводит к поведенческим и психическим отклонениям, нарушает функцию других органов и систем [2].

Если на начальных стадиях ПГ основными методами коррекции являются физические упражнения, то при более выраженном ПГ только применение хирургических методов позволяет добиться хорошего результата лечения [3]. Современные методы хирургического лечения ПГ можно разделить на 2 основные группы: пластика с использованием собственных тканей пациентки и с применением сетчатых трансплантатов [2]. Не существует четких критериев отбора пациенток для различных видов хирургического вмешательства. Оперирующий врач выбирает хирургическую тактику на основании собственного профессионального опыта и умений, наличия зарегистрированных имплантатов и оснащения лечебного учреждения для проведения данной операции.

Таким образом, поиск критериев отбора пациенток для различных видов хирургической коррекции ПГ является актуальной задачей современной гинекологии.

***Цель***

Выявить критерии отбора пациенток для различных видов хирургического лечения пролапса тазовых органов.

***Материал и методы исследования***

Проведен ретроспективный анализ методом сплошной выборки историй болезни 100 пациенток, находившихся на лечении в «РНПЦ радиационной медицины и экологии человека» и в УЗ «Гомельская городская клиническая больница № 2» за период 2018–2019 гг.

Группу 1 (Г1) составили 60 пациенток, которым ПГ был скорректирован с использованием сетчатых трансплантатов: лечение с использованием изолированного переднего трансплантата Prolift™ anterior было произведено 43 (71,7 %) пациенткам, изолированного заднего протеза Prolift™ posterior — 4 (6,7 %), сетки Prolift™ total — 2 (3,33 %), апикального слинга — 2 (3,33 %). TVT-O (слинговая уретропексия) была произведена 6 (10 %) женщинам, апикальная промонтофиксация с сетчатым имплантом — 1 (1,7 %), сакроспинальная кольпопексия — 1 (1,7 %).

В группу 2 (Г2) вошли 40 пациенток, из которых 24 (60 %) женщинам была выполнена экстирпация матки с передней кольпоррафией и задней кольпоперинеопластикой, 16 (40 %) пациенткам — Манчестерская операция.

Статистическая обработка проводилась с использованием пакета программного обеспечения «Statistica» 10.0 (USA) и «Microsoft Excel 2013». Сравнение между груп-

пами качественных показателей проводилось с помощью критерия  $\chi^2$  с поправкой Йетса. Сравнение количественных признаков проводилось с помощью критерия Манна — Уитни (U). Статистически значимым считался результат при  $p < 0,05$ .

### Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст пациенток Г1 составил 58,5 (53; 67) лет, в Г2 — 64 (60; 69), что значимо больше ( $\chi^2 = 39,6$ ;  $p = 0,02$ ).

Значимо больше в Г2 было пенсионеров, чем в Г1 — 26 (65 %) против 14 (23,3 %),  $\chi^2 = 17,7$ ;  $p = 0,00008$ . Тяжелым трудом занимались 14 (23,3 %) пациенток в Г1 и 4 (10 %) в Г2, что не различалось значимо ( $\chi^2 = 2,1$ ;  $p = 0,2$ ).

Большинство пациенток в группах были городские жители, которых было по 80 % (48 и 32 человека соответственно)  $\chi^2 = 3,2$ ;  $p = 0,07$ .

Средний индекс массы тела пациенток Г1 составил 29,7 (27; 32,1), Г2 — 29 (27,6; 30,1), что значимо не различалось ( $U = -0,11$ ;  $p = 0,9$ ).

В группах наблюдались различия по экстрагенитальной патологии. Варикозная болезнь нижних конечностей была выявлена у 16 (26,7 %) женщин в Г1 и у 22 (55 %) в Г2, что было статистически значимо ( $\chi^2 = 7$ ;  $p = 0,008$ ). Заболевания сердечно-сосудистой системы: артериальная гипертензия выявлена у 25 (41,7 %) пациенток в Г1, у 19 (47,5 %) в Г2 ( $\chi^2 = 0,14$ ;  $p = 0,7$ ); ишемическая болезнь сердца — у 23 (38,3 %) в Г1, у 28 (70 %) в Г2 ( $\chi^2 = 8,4$ ;  $p = 0,004$ ); аритмия — у 2 (3,3 %) в Г1, у 6 (15 %) в Г2 ( $\chi^2 = 3$ ;  $p = 0,08$ ). Хронический гастрит в Г1 был у 4 (6,7 %) пациенток, в Г2 — у 14 (35%)  $\chi^2 = 11,2$ ;  $p = 0,0008$ ; язва желудка и 12-перстной кишки в Г1 — у 1 (1,7 %), в Г2 — у 8 (20 %)  $\chi^2 = 7,7$ ;  $p = 0,005$ . Желчекаменная болезнь в Г1 — у 4 (6,7 %); в Г2 — у 5 (12,5 %).  $\chi^2 = 0,005$ ;  $p = 0,9$ .

Анализ гинекологического анамнеза показал, что в группах с одинаковой частотой встречались миома матки — у 25 (41,7 %) пациенток в Г1 и у 23 (57,5 %) в Г2 ( $\chi^2 = 1,9$ ;  $p = 0,2$ ), эндометриоз — у 6 (10 %) женщин в Г1, у 8 (20 %) в Г2 ( $\chi^2 = 1,3$ ;  $p = 0,3$ ). Различались группы по частоте встречаемости патологии шейки матки, которая реже была в Г1 — у 7 (11,7 %) пациенток, против 13 (32,5 %) в Г2 ( $\chi^2 = 4,6$ ;  $p = 0,03$ ).

Одни роды в анамнезе были у 10 (16,7 %) пациенток Г1 и у 10 (25 %) в Г2; 2 родов в Г1 — у 40 (66,7 %), в Г2 — у 21 (52,5 %); 3 и более родов в Г1 — у 10 (16,7 %), в Г2 — у 9 (22,5 %).  $\chi^2 = 4,8$ ;  $p = 0,44$ . Роды, осложненные разрывами мягких тканей промежности наблюдались в Г1 у 35 (58,3 %) пациенток, в Г2 — у 21 (52,5 %).  $\chi^2 = 0,5$ ;  $p = 0,6$ .

Один аборт в анамнезе был у 17 (28,3 %) женщин Г1 и у 12 (30 %) в Г2; 2 аборта — у 14 (23,3 %) женщин Г1 и у 11 (27,5 %) Г2, 3 аборта в Г1 — у 5 (8,3 %), в Г2 — у 4 (10 %); 4 и более абортов в Г1 — у 11 (18,3 %) и значимо реже в Г2 — у 1 (2,5 %).  $\chi^2 = 4,3$ ;  $p = 0,04$ .

Средняя длительность менопаузы была значимо больше в Г1 — 11 лет (3; 17), чем в Г2 — 15 лет (9; 20,5),  $U = 2,7$ ;  $p = 0,05$ .

Длительность ПГ до операции составила в Г1 5 (3; 10) лет, в Г2 — 5 (3;7) лет, что значимо не различалось ( $U = 0,08$ ;  $p = 0,9$ ).

Использовали pessary до операции в Г1 8 (13,3 %) пациенток, в Г2 — 12 (30 %).  $\chi^2 = 4,2$ ;  $p = 0,04$ .

Выявленные формы пролапса представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Распределение форм пролапса исследуемых групп

Форма пролапса	Г1		Г2		$\chi^2$ ; p
	n	%	n	%	
Передний	15	25	24	60	$\chi^2 = 10,9$ ; $p = 0,001$
Передне-апикальный	25	41,7	7	17,5	$\chi^2 = 6,1$ ; $p = 0,01$
Апикальный	7	11,7	2	5	$\chi^2 = 3,5$ ; $p = 0,06$
Задний	2	3,3	0	0	$\chi^2 = 1,1$ ; $p = 0,9$
Энтероцеле	3	5	1	2,5	$\chi^2 = 2,0$ ; $p = 0,7$
Полное выпадение	2	3,3	3	7,5	$\chi^2 = 0,9$ ; $p = 0,75$
Постгистерэктомический	3	5,0	3	7,5	$\chi^2 = 0,07$ ; $p = 0,97$

По степени ПГ (POP-Q классификация) в обеих группах чаще встречалась 3 степень ПГ, которая наблюдалась у 39 (65 %) пациенток в Г1 и у 25 (62,5 %) в Г2 ( $\chi^2 = 0,4$ ;  $p = 0,8$ ). У 8 (13,3 %) и у 6 (15 %) пациенток соответственно наблюдался ПГ 2 степени, у 13 (21,7 %) и у 9 (22,5 %) — 4 степени.

В Г2 у 36 (90 %) пациенток встречался пролапс, осложненный уретральной инконтиненцией, у 19 (47,5 %), осложненный рубцовой деформацией и элонгацией шейки матки.

Жалобы на ощущение инородного тела предъявляли 48 (80 %) пациенток в Г1 и 32 (80 %) в Г2 ( $\chi^2 = 0,06$ ;  $p = 0,8$ ). На неполное опорожнение мочевого пузыря жаловались 16 (26,7 %) женщин в Г1, 7 (17,5 %) в Г2 ( $\chi^2 = 0,7$ ;  $p = 0,4$ ); на затрудненное мочеиспускание — 14 (23,3 %) в Г1, 9 (22,5 %) в Г2 ( $\chi^2 = 0,1$ ;  $p = 0,7$ ); на недержание мочи — 13 (21,7 %) в Г1, 31 (77,5 %) в Г2 ( $\chi^2 = 28,1$ ;  $p = 0,00001$ ); на учащенное мочеиспускание — 14 (23,3 %) в Г1, 27 (67,5 %) в Г2 ( $\chi^2 = 16,6$ ;  $p = 0,00005$ ). Воспалительные изменения в общем анализе мочи (ОАМ) были выявлены в Г1 у 20 (33,3 %) пациенток, в Г2 — у 31 (77,5 %), что значительно чаще ( $\chi^2 = 17$ ;  $p = 0,00004$ ). Признаки воспаления в общем анализе крови были выявлены в Г1 у 15 (25 %) женщин, в Г2 — у 8 (20 %),  $\chi^2 = 0,3$ ;  $p = 0,6$ .

Нарушение акта дефекации отмечали 4 (6,7 %) пациенток в Г1 и 4 (10 %) в Г2 ( $\chi^2 = 0,04$ ;  $p = 0,8$ ).

### **Выводы**

При выборе метода хирургического лечения ПГ определяющим явился возраст пациенток, гинекологические и соматические заболевания, вид пролапса, а так же жалобы пациенток.

Возраст пациенток, которым реконструктивно-пластическая операция по поводу ПГ выполнялась за счет собственных тканей, в отличие от пациенток, которым применялись сетчатые трансплантаты, был значительно больше ( $p = 0,02$ ), и длительность менопаузы у них была соответственно значительно больше ( $p = 0,05$ ).

В Г2 значительно больше было пенсионеров ( $p = 0,00008$ ), что снижало для них доступность сетчатых имплантатов, но они чаще до оперативного лечения использовали коррекцию ПГ pessариями ( $p = 0,04$ ). Значимо чаще у пациенток Г2 наблюдались варикозное расширение вен нижних конечностей ( $p = 0,008$ ), ишемическая болезнь сердца ( $p = 0,004$ ), хронический гастрит ( $p = 0,0008$ ), язва желудка и 12-перстной кишки ( $p = 0,005$ ), что нередко ограничивает использование трансплантатов и расширенных объемов хирургических вмешательств. Наличие передне-апикального и апикального ПГ значимо чаще требовало применения сетчатого трансплантата ( $p = 0,01$  и  $p = 0,001$  соответственно).

У пациенток Г2 чаще наблюдалась патология шейки матки ( $p = 0,03$ ), что требовало ее удаления, и чаще отмечались жалобы на недержание мочи и учащенное мочеиспускание ( $p = 0,00001$  и  $p = 0,00005$  соответственно), на фоне переднего пролапса ( $p = 0,001$ ) и значимо более частых воспалительных изменений в ОАМ ( $p = 0,00004$ ), по поводу чего выполнялась передняя кольпорафия и антибиотикотерапия.

Дальнейшего исследования требует эффективность проведенных хирургических вмешательств.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Васин, Р. В. Генитальный пролапс: современные аспекты оперативного лечения / Р. В. Васин, В. Б. Филимонов, В. Б. Васина // Экспериментальная и клиническая урология. — 2017. — № 1. — С. 104–115.
2. Пролапс тазовых органов в клинической практике врача-уролога / М. Ю. Гвоздев [и др.] // Методические рекомендации. — 2016. — № 3. — С. 26–32.
3. Шкарупа, Д. Д. Методические рекомендации по реконструкции тазового дна с применением синтетических материалов / Д. Д. Шкарупа, Н. Д. Кубин // Клинические рекомендации. — 2017. — № 4. — С. 10–19.