



005006271

Строни Ровена

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У
ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ**

14.01.01 – акушерство и гинекология

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

15 ДЕК 2011

**МОСКВА
2011**

Работа выполнена на кафедре акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Российский университет дружбы народов» (РУДН)

Научный руководитель -

доктор медицинских наук, профессор

В.Д. Петрова

Официальные оппоненты:

профессор кафедры акушерства и гинекологии

педиатрического факультета ГБОУ ВПО

«Российский национальный исследовательский

медицинский университет имени Н.И. Пирогова»,

д.м.н, профессор

Л.М. Каппушева,

профессор кафедры семейной

медицины ГБОУ ВПО

«Первый Московский государственный

медицинский университет им. И.М.Сеченова»,

доктор медицинских наук, профессор

К. Г. Серебrenникова

Ведущее учреждение -

ГУЗ «Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии» Министерства здравоохранения Московской области

Защита диссертации состоится «_____» _____ 2011 года в 13 часов на заседании Диссертационного совета Д.212.203.01 в Российском университете дружбы народов по адресу: 119333, г. Москва, ул. Фотиевой, 6.

С диссертацией можно ознакомиться в Научной библиотеке Российского университета дружбы народов (117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, 6).

Автореферат разослан «_____» _____ 2011 года.

Ученый секретарь

диссертационного совета

доктор медицинских наук, профессор

И.М. Ордиянц

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ.

Актуальность проблемы.

Изменение демографической структуры общества во второй половине XX века привело к увеличению в популяции доли женщин старшей возрастной группы. В настоящее время развитые страны мира стоят перед серьезной социальной и медицинской проблемой – инверсией возрастной «пирамиды», что связано с увеличением продолжительности жизни. По данным ВОЗ, в большинстве стран мира продолжительность жизни женщины после 50 лет колеблется от 27 до 32 лет. С каждым годом возрастает число женщин, вступающих в период менопаузы. В 1990 году 467 миллионов женщин находились в периоде постменопаузы. В ближайшие годы эта цифра возрастает и к 2030 году достигнет 1,2 млрд.

Менопауза, не являясь собственно заболеванием, приводит к нарушению эндокринного равновесия в организме женщины, вызывая приливы, раздражительность, бессонницу, урогенитальные расстройства, а также повышая риск развития остеопороза и сердечно-сосудистых заболеваний. Все эти данные свидетельствуют о необходимости разработки целого ряда медицинских и социальных мер по защите здоровья, сохранению работоспособности и достойного качества жизни женщин в постменопаузальном периоде.

В последние годы в симптоматологии климактерических нарушений стала лидировать проблема урогенитальных расстройств – недержание мочи и пролапс тазовых органов. Частота развития возрастных урогенитальных расстройств достигает 30% [Кулаков В.И., Сметник В.П., 2001]. В перименопаузальном периоде урогенитальные нарушения встречаются у 10% женщин, тогда как в возрастной группе 55 – 60 лет – у 50%. К 75 годам уже $\frac{2}{3}$ женщин испытывают урогенитальный дискомфорт, а после 75 лет трудно встретить женщину, у которой не наблюдалось отдельных симптомов урогенитальных расстройств [Балан В.Е., Анкирская А.С., 2001].

По данным ВОЗ, в большинстве стран мира продолжительность жизни составляет 77- 82 года, примерно $\frac{1}{3}$ жизни приходится на период постменопаузы. Примерно одну из 9 женщин моложе 80 лет оперируют по поводу урогенитальных расстройств, причем 30% требуются повторные вмешательства [Краснопольский В.И., Попов А.А., 2003; Пушкарь Д.Ю., 2006].

Несмотря на многочисленные исследования в области разработки новых способов хирургической коррекции урогенитальных расстройств в постменопаузе, количество больных, страдающих данной патологией, не уменьшается.

Пролапс гениталии и недержание мочи в постменопаузе диагностируется у 80% пациенток со стрессовым недержанием мочи и в 100% случаев у больных со смешанной инконтиненцией. Поэтому принципы лечения должны предусматривать восстановление сфинктерных механизмов уретры, нарушенной анатомии малого таза и реконструкцию тазового дна.

Несмотря на то, что для коррекции пролапса гениталий и недержания мочи предложено много хирургических операций и модификаций, до сих пор частота

112

рецидивов заболевания составляет 5,7-30% [Буянова С.Н., 2000; Радзинский В.Е., Шалаев О.Н., 2006; Cosson M., Caquant F., Collinet P. et al, 2004]. Оптимальный выбор лечебной тактики урогенитальных расстройств в постменопаузе, а, следовательно, и получение наиболее высоких результатов зависит от качества дооперационной диагностики и уточнения первично-следственной связи сочетанной патологии.

Таким образом, отсутствие четких алгоритмов диагностики и рациональной тактики введения больных с урогенитальными расстройствами в постменопаузе определяет актуальность настоящего исследования.

Цель исследования: обосновать дифференцированный подход к выбору метода хирургического лечения недержания мочи, пролапса гениталий в постменопаузальном периоде.

Задачи исследования:

1. изучить структурно-функциональные изменения тазового дна у женщин в постменопаузальном возрасте.
2. установить роль и ранговое место дисфункции тазового дна в снижении качества жизни.
3. выявить особенности недержания мочи в постменопаузальном периоде и обосновать выбор метода лечения.
4. оценить эффективность различных методов хирургического лечения по поводу пролапса гениталий в постменопаузальном периоде.

НАУЧНАЯ НОВИЗНА ИССЛЕДОВАНИЯ

Определены патогенетические механизмы развития структурно-функциональных изменений тазового дна у женщин в постменопаузальном периоде на основании изучения клинической картины заболевания и морфологического исследования тканей.

На основании дифференцированного подхода к выбору метода оперативного лечения оптимизирована тактика ведения больных с пролапсом гениталий в постменопаузе.

Представлены критерии эффективности предложенных методов хирургического лечения пролапса гениталий и стрессовой инконтиненции у женщин в постменопаузе.

НАУЧНО - ПРАКТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

На основании детального изучения урогенитальных расстройств и тяжести структурно-функциональных изменений тазового дна у женщин в постменопаузе разработан дифференцированный подход к выбору метода хирургической коррекции пролапса гениталий и стрессовой инконтиненции.

Рекомендованные методы оперативного лечения позволяют улучшить ближайшие и отдаленные результаты лечения сложных форм недержания мочи у женщин в постменопаузе, предупредить развитие рецидивов заболевания, сохранить социальную активность пациенток.

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ДИССЕРТАЦИИ, ВЫНОСИМЫЕ НА ЗАЩИТУ:

1. Основными факторами риска развития структурно-функциональных изменений тазового дна у женщин с пролапсом гениталий и недержанием мочи являются: наследственная предрасположенность (76,5%), акушерский травматизм (63,6%), высокая частота экстрагенитальных заболеваний, сопровождающихся повышением внутрибрюшного давления (91,7%), ДСТ (23,3%), эндокринная патология (26,5%), остеохондроз (8,2%), а также перенесенные ранее оперативные вмешательства по поводу ОиВВПО (15,3%).

2. Своевременная хирургическая коррекция пролапса гениталий и недержания мочи у женщин в постменопаузальном периоде патогенетически обоснована, высокоэффективна при использовании современных синтетических протезов и комбинированных оперативных вмешательств, существенно повышает качество жизни женщин.

3. Применение разработанного алгоритма комплексного обследования и лечения позволяет обеспечить дифференцированный подход к выбору метода оперативной коррекции у женщин с пролапсом гениталий и недержанием мочи в постменопаузе.

АПРОБАЦИЯ РАБОТЫ, ВНЕДРЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ПРАКТИКУ И ЛИЧНЫЙ ВКЛАД АВТОРА

Данная работа проведена в рамках основного направления научной деятельности кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Российского университета дружбы народов «Репродуктивное здоровье населения Московского мегаполиса и пути его улучшения в современных экологических и социально-экономических условиях».

Результаты исследования и разработанные рекомендации внедрены в учебный процесс кафедры, в практическую работу гинекологического отделения городской клинической больницы №12 г. Москвы.

Клинические исследования, анализ и интерпретация данных проведены автором самостоятельно. Все научные результаты, представленные в работе, получены автором лично. По теме диссертации опубликовано 6 печатных работ.

СТРУКТУРА И ОБЪЕМ ДИССЕРТАЦИИ

Диссертация состоит из введения, обзора литературы, трех глав собственных исследований, обсуждения полученных результатов, выводов, практических рекомендаций, указателя литературы. Работа изложена на 154 страниц машинописного текста, содержит 37 таблиц, 28 рисунков. Библиография включает 161 литературный источник, в том числе 62 на русском и 99 на иностранных языках.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования

Для решения поставленных задач нами в ретроспективное и проспективное исследование были включены 256 женщин в пери- и постменопаузальном периодах со структурно-функциональными изменениями тазового дна и нарушениями функции мочевого пузыря. На основании предварительного обследования мы дифференцировали стрессовую, ургентную и смешанную инконтиненцию.

У 60 (23,4%) женщин диагностирован гиперактивный мочевой пузырь (ГМП), что предполагало только медикаментозное лечение. Эти больные из нашего исследования были исключены.

В исследование были включены 196 пациенток с пролапсом гениталий и стрессовой инконтиненцией, нуждающихся в оперативном лечении. Больные были разделены на три группы:

- I группа - 77 пациенток с пролапсом гениталий и недержанием мочи при напряжении;
- II – 84 пациентки с пролапсом гениталий без недержания мочи при напряжении;
- III – 35 пациенток без пролапса гениталий с недержанием мочи при напряжении.

Для выбора оптимальной лечебной тактики у всех женщин проводилось обследование по единой методике, которая включала общепринятые и специальные методы исследования.

Методы обследования пациенток до операции включали сбор анамнеза, заполнение специального опросника, что позволяло исключить из исследования пациенток с ГМП (гиперактивный мочевой пузырь), ведение дневника мочеиспускания, количественную оценку пролапса тазовых органов (Pelvic Organ Prolapse – Quantification, POP-Q), ректальное исследование для оценки состояния ректовагинальной перегородки, анального сфинктера и изменений слизистой прямой кишки, бактериоскопическое и бактериологическое исследования, проведение функциональных проб, влагалищное, трансвагинальное, абдоминальное и промежностное УЗИ, комплексное уродинамическое обследование.

Ультразвуковое исследование органов малого таза проводилось на аппарате Toshiba Aplio XG с использованием датчиков 3,0-7,0 МГц. Всем пациенткам проводилось влагалищное и промежностное сканирование. Кроме выявления гинекологической патологии, определяли органы, вовлеченные в грыжевой мешок, величину уретровезикального угла в покое и при напряжении, состояние мышц тазового дна, наличие диастаза между пучками мышцы, поднимающей задний проход, форму цистоцеле, косвенно свидетельствующую о дефектах лобково-шеечной порции тазовой фасции (в виде «песочных часов» или «треугольной» формы). При трехмерной реконструкции оценивали состояние слизистой, диаметр и площадь сечения мочеиспускательного канала на поперечном срезе в проксимальном отделе, ширину и площадь внутреннего «сфинктера» уретры.

Уродинамические исследования проводили пациенткам с нарушениями мочеиспускания после исключения инфекционно-воспалительных заболеваний нижних мочевыводящих путей. Исследование проводилось на аппарате Uroscreen (Германия). Уродинамическое исследование включало: урофлоуметрию, цистометрию, профилометрию.

Нами проведено морфологическое исследование фрагментов стенки влагалища, лобково-шеечной тазовой фасции, крестцово-маточных и круглых связок, парауретральной ткани. Исследование проводилось в патологоанатомической лаборатории ГКБ №12 г.Москвы (заведующая отделением к.м.н. Петренко Н.В.).

Для оценки качества жизни до и после оперативного лечения использовался модифицированный опросник Nottingham Health Profile (NHP).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЯ

Анализ возрастной принадлежности пациенток показал что, наибольшее число женщин было в возрасте от 55 до 59 лет без достоверных различий между группами. Удельный вес пациенток от 50 до 54 лет в III группе составил 37,2%, во II и III группах преобладали пациентки старше 65 лет- 47,2%. Медиана возраста и квартили составляли 63 (57; 65); 62 (57; 65) и 57 (53; 60) лет соответственно в I, II и III группах. Мочевой дискомфорт значительно ухудшал качество жизни этой возрастной категории.

Изучение репродуктивной функции показало преобладание в I группе значительной частоты различных отклонений от нормального течения родов и послеродового периода. Паритет пациенток в группах достоверно отличался. Единственные роды в анамнезе имела практически каждая третья женщина в I и II группах и каждая четвертая в III группе. По двое родов было у каждой второй пациентки в I и II группах, в III группе двое родов имели 65,7% женщин. Трое родов и более в I группе были в 2 раза чаще чем во II группе - 13% против 7,1%, в III группе - в 2,3 раза реже чем в I группе (5,7%).

Сравнительный анализ травм промежности показал, что преждевременные роды в 1,5 раза чаще были у женщин I и II групп. Быстрые роды встречались с одинаковой частотой I в II и группах и составили 22,1% и 21,4% соответственно, в III группе этот показатель составил 17,2%. Обращает на себя внимание высокая частота травм промежности и стенок влагалища в I и II группах - 88,4%, и 71% соответственно, что более чем вдвое превышает показатели III группы (31,5%).

В патогенезе развития пролапса гениталий и недержания мочи у женщин в постменопаузе выявлена существенная роль экстрагенитальных заболеваний. На первом месте во всех группах встречались заболевания сердечно-сосудистой системы (83,2%, 72,7% и 65,7% соответственно в I, II и III группах), на втором - хронические заболевания ЖКТ (36,4%, 31% и 31,4% соответственно). Заболевания эндокринной системы встречались примерно с одинаковой частотой в I, II и III группах и составили 26%, 28,6% и 22,9% соответственно. Анализ экстрагенитальной заболеваемости у женщин в постменопаузе выявил высокую частоту соматической патологии, что

свидетельствует о чрезвычайно низком индексе их здоровья. С увеличением длительности постменопаузы на 10 лет индекс здоровья обследованных женщин снижался в 2,3 раза.

Таблица 1

Распределение больных по типу недержания мочи и форме пролапса тазовых органов.

Форма пролапса тазовых органов	Тип недержания мочи					
	Недержание мочи при напряжении				Смешанная форма недержания мочи с преобладанием стрессового компонента	
	I-II тип		III тип			
	Абс	%	Абс	%	Абс	%
Цистоцеле	9	11,7	5	6,5	3	3,9
Ректоцеле	11	14,3	7	9,1	1	1,3
Цисторектоцеле	22	28,6	11	14,3	5	6,5
Неполное выпадение матки	25	32,5	5	6,5	8	10,4
Полное выпадение матки	14	18,2	3	3,9	4	5,2

Исследование гинекологической заболеваемости наших пациенток показало, что среднее число нозологических форм на одну пациентку достоверно не различалось.

При оценке степени тяжести пролапса гениталий между I и II группами достоверных различий отмечено не было. В обеих группах более чем у половины женщин отмечали III стадию пролапса тазовых органов. Несколько выше была частота IV стадии и комбинированных форм пролапса с вовлечением в процесс более одного отдела тазового дна в I группе. Отмечена прямая положительная связь влияния длительности постменопаузы на степень выраженности пролапса тазовых органов ($r=0,50$; $p<0,001$).

В процессе сбора анамнеза была проанализирована информация о времени появления первых признаков пролапса гениталий и недержания мочи, а также длительности заболевания. Возраст выявления цисто- и ректоцеле в I и II группах составил 45-51 года, медиана 48 лет. Неполное и полное выпадение матки диагностировалось в возрасте старше 55 лет, медиана 58 лет.

Медиана возраста выявления недержания мочи в I и III группах достоверно не отличалась ($p>0,05$) - 49 (48; 51). У 58 (75,3%) женщин I группы недержанию мочи предшествовало развитие пролапса тазовых органов. Анализ длительности течения пролапса тазовых органов указывал на сильную корреляционную связь между степенью структурных изменений тазового дна и длительностью заболевания ($r=0,50$; $p<0,001$).

Таблица 2

Распределение больных по возрасту и типу недержания мочи.

Тип недержания мочи							
Возраст	Группа	Недержание мочи при напряжении				Смешанная форма недержания мочи с преобладанием стрессового компонента	
		I-II тип		III тип			
		Абс	%	Абс	%	Абс	%
45-49	I n=77	5	6,4	0	0	0	0
	III n=35	1	2,9	0	0	0	0
50-54	I n=77	6	7,8	1	1,3	0	0
	III n=35	12	34,2	1	2,9	0	0
55-59	I n=77	7	9,1	7	9,1	3	3,9
	III n=35	8	22,8	2	5,6	1	2,9
60-64	I n=77	7	9,1	3	3,9	4	5,2
	III n=35	1	2,9	1	2,9	3	8,5
>65	I n=77	11	14,3	7	9,1	16	20,8
	III n=35	1	2,9	2	5,7	2	5,7

Трансвагинальное и промежностное эхографические исследования дали возможность оценить состояние мочевыделительной системы, органов малого таза, выявить дислокацию уретровезикального сегмента и признаки сфинктерной недостаточности, оценить состояние лобково-шеечной порции тазовой фасции. Степень выраженности ультразвуковой картины прямо пропорциональна тяжести анатомических повреждений. Эхография промежности позволила уточнить ее топографию для последующей хирургической коррекции, определить положение волокон наружного сфинктера и наличие дефектов тазовой фасции. Важным этапом диагностики являлось исследование уретрального сфинктера при трехмерной реконструкции изображения. Ультразвуковое исследование при опущении и выпадении половых органов у женщин позволило дифференцировать нарушения на ранней стадии развития заболевания, выделить основное звено нарушений, что способствовало выбору адекватного метода коррекции.

Уродинамическое исследование позволило получить объективную информацию о функции мочевыводящих путей. КУДИ произведено у 83 больных. Наиболее частыми уродинамическими признаками у обследованных женщин I и III групп были нарушение замыкательной функции уретры в виде уменьшения функциональной длины уретры, снижения максимального давления уретры и максимального давления закрытия уретры. Необходимо отметить особенности результатов уродинамического исследования больных I группы. Это отсутствие корреляции между выраженностью уродинамических показателей и клиническими проявлениями заболевания, возможность получения ложноположительных результатов в 26,1% случаев, а также ложноотрицательных данных - 13,1%. При этом чувствительность

проведенного исследования у женщин из I и III группах составила 81,5% и 92,1% соответственно.

При изучении общих аспектов изменения качества жизни женщин постменопаузального периода установлено следующее. Интенсивность показателей физической активности через 6 месяцев после операции возрастала с 45,4% до 77,1% у пациенток из I группы, с 48,1% до 72,3% у больных II группы и с 41,3% до 81,2% у женщин III группы.

Интенсивность показателей психо - эмоционального состояния снижалась с 67,5% до 43,2% у пациенток I группы, с 64,3% до 44,7% у больных II группы и с 83,9% до 43,5% у женщин III группы.

При изучении социальной активности и трудоспособности через 6 месяцев после оперативного лечения отмечено изменение интенсивности показателей с 57,9% до 22,7% у пациенток I группы, с 48,3% до 21,5% у женщин II группы и с 53,4% до 30,1% в III группе.

Общая оценка качества жизни у пациенток I группы повысилась с 2,1 до 3,7 баллов, с 1,9 до 3,9 баллов у больных II группы и с 2,3 до 3,6 баллов у женщин III группы (максимальное количество баллов - 5).

Таким образом, разработанный алгоритм хирургического лечения у женщин с недержанием мочи и пролапсом гениталий в постменопаузальном периоде позволил улучшить качество жизни женщин: повысить физическую активность в 1,7 раза, улучшить психическое состояние в 1,6 раза, повысить социальную активность и трудоспособность в 2,2 раза.

При микроскопическом исследовании влагалищного содержимого у всех обследованных женщин выявлена глубокая десквамация эпителиальных пластов до базальных клеток включительно: пестрая картина пикноза ядер, не соответствующая пласту, от куда происходит клетка; появление клеток извращенной формы. Выявлен лейкоцитоз.

При бактериологическом исследовании у 78,1% женщин из I группы выделяли микробные ассоциации, в которые в основном входили аэробы *Enterococcus faecalis* (27,8%), *St. Epidermidis* (18,7%), *Escherichia coli* (15,2%) и др. Из анаэробов в низких титрах встречались *Pr. melaninogenica* (7,5%), *P. magnus* (4,7%) и *Eubacterium spp.* (3,1%).

У пациенток II группы в 56,7% случаях обнаружены следующие анаэробы: *Pr. melaninogenica* (4,8%), *P. magnus* (2,1%) и *Eubacterium spp.* (2,9%). Аэробы были представлены *Enterococcus faecalis* (7,7%), *St. Epidermidis* (6,5%), *Escherichia coli* (5,2%).

У пациенток III группы в 68,2% случаях встречались следующие анаэробы: *Pr. melaninogenica* (3,7%), *P. magnus* (2,4%) и *Eubacterium spp.* (2,9%). Аэробы были представлены *Enterococcus faecalis* (11,7%), *St. Epidermidis* (8,6%), *Escherichia coli* (7,2%).

По результатам бактериологических методов исследования у женщин в постменопаузе самые серьезные нарушения микробиоценоза гениталий выявлены в I группе.

Таблица 3

Распределение пациенток по признакам морфологических изменений парауретральной ткани.

Группа	Морфологические особенности парауретральных тканей							
	Неспецифические фиброзные изменения интрамукулярного отека		Фиброзные изменения перимизия		Тотальные фиброзные изменения парауретральной зоны		Фиброзные изменения периневрального пространства	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
I n=12	2	16,7	4	33,3	5	41,7	2	16,7
II n=11	1	9,1	1	9,1*	0	0*	0	0
Всего n=23	3	13	5	21,7	5	21,7	2	8,7

У 23 пациенток I и II групп было проведено морфологическое исследование фрагментов стенки влагалища, лобково-шеечной тазовой фасции, крестцово-маточных и круглых связок, парауретральной ткани.

При исследовании биоптата парауретральной ткани были выявлены признаки дистрофических изменений миоцитов, умеренный отек и очаговый эластолиз соединительной ткани. Анализ морфологических изменений парауретральной ткани по группам показал что, фиброзные изменения перимизия и тотальные фиброзные изменения парауретральной зоны встречались без достоверных различий между группами. Отмечали достоверное преобладание фиброзных изменений периневрального пространства и неспецифических фиброзных изменений интрамурального отека в I группе ($p < 0,04$).

Исследование показало, что в строении круглых связок матки имелись обширные участки склероза, который переходил в гиалиноз, вакуольную дистрофию или завершался жировым перерождением. По результатам статистического анализа достоверной разницы по степени пролапса гениталий и морфологических изменений круглой связки матки между I и II группами не выявили. При неполном и полном выпадении матки гипертрофия стенок артериол, дистрофичные пучки гладкомышечных волокон, перинуклеарная вакуолизация с признаками плазматического пропитывания и вакуолизация гладкомышечных волокон преобладали в I группе.

При гистологическом исследовании фрагментов ткани влагалища больных I и II групп выявлен выраженный процесс в виде баллонной дистрофии утолщенной слизистой влагалища, десквамации эпителия с оголением базальной мембраны, истончение эпителиального пласта слизистой вследствие десквамации. Соединительнотканые и мышечные компоненты стенки влагалища значительно деградировали, подвергались гидратации и теряли плотность, наблюдалась гипертрофия и атрофия, а также трансформация

неороговевающего эпителия в ороговающий. Соединительные и мышечные компоненты стенки влагалища значительно деградировали, поддались гидратации и теряли плотность.

Таблица 4

Распределение пациенток по возрасту и морфологическим изменениям круглой связки матки.

Возраст	Группа	Морфологические изменения круглой связки матки									
		Незначительное увеличение объема коллагеновых волокон		Очаговый периваскулярный склероз		Гипертрофия стенок артериол		Перинуклеарная вакуолизация с признаками плазматического пропитывания и вакуолизация гладкомышечных волокон		Дистрофичные пучки гладкомышечных волокон	
		Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
45-49	I n=12	2	16,6	0	0	0	0	0	0	0	0
	II n=11	1	9,1	0	0	0	0	0	0	0	0
50-54	I n=12	3	25	1	8,3	1	8,3	0	0	0	0
	II n=11	3	27,3	1	9,1	1	9,1	0	0	0	0
55-59	I n=12	0	0	3	25	4	33,3	3	25	1	8,3
	II n=11	0	0	2	18,2	3	27,3	2	18,2	1	9,1
60-64	I n=12	0	0	4	33,3	5	41,7	6	50	4	33,3
	II n=11	0	0	3	27,3	5	45,5	6	54,5	3	27,3
>65	I n=12	0	0	4	33,3	6	50	8	66,7	8	66,7
	II n=11	0	0	3	27,3	6	54,5	7	63,6	7	63,6

С гистологической точки зрения крестцово-маточная связка у пациенток выглядела достаточно полноценно. Обнаруженные изменения: дистрофия гладкомышечных клеток и умеренное выраженное разрастание грубой волокнистой ткани в крестцово-маточной связке не носили принципиального характера ($p > 0,05$).

Гистологический анализ тазовой фасции у обследованных пациенток показал отсутствие классического строения. Анализ морфологических изменений тазовой фасции не позволял говорить о достоверных различиях между группами, но, тем не менее, необходимо отметить, что в I группе преобладали все признаки морфологических изменений - смешанное строение соединительной ткани, хаотичное расположение коллагеновых волокон,

очаговая пикринофилия, очаговый ангиоматоз, разрозненные эластические волокна.

Таблица 5

Распределение морфологических изменений тазовой фасции по группам.

Группа	Морфологические особенности тазовой фасции									
	Смешанное строение соединительной ткани		Хаотичное расположение коллагеновых волокон		Очаговая пикринофилия		Очаговый ангиоматоз		Разрозненные эластические волокна	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
I n=12	8	66,7	10	83,3	6	50	9	75	7	58,3
II n=11	6	54,5	8	72,7	4	36,4	7	63,6	6	54,5
Всего n=23	14	60,9	18	78,3	10	43,5	16	69,6	13	56,5

Примечание: достоверных различий не выявлены ($p>0,05$)

Таким образом, обнаруженные морфологические изменения в исследуемых структурах свидетельствуют об их неполноценности, что может являться причиной низкой эффективности методик с использованием собственных тканей для коррекции пролапса гениталий и диктует необходимость применения синтетических материалов.

Оперативное лечение было основано на следующих принципах:

1. использование рационального доступа (вагинального, абдоминального, комбинированного);
2. коррекция функциональных расстройств смежных органов (мочевого пузыря, уретры и прямой кишки), а также расстройств, связанных с дислокацией стенок влагалища;
3. создание нормальных анатомических взаимоотношений между внутренними половыми органами, нижними мочевыми путями, дистальной частью прямой кишки и структурами тазового дна;
4. использование хирургических технологий с применением синтетического протеза, имеющих максимально низкое число рецидивов и лучшие функциональные результаты [Singh K, Cortes S., 2003; Karam M.M., Segal J.L., Vassallo B.J., 2003]

Выбор метода хирургического лечения пролапса гениталий в наших исследованиях проводился с учетом всех факторов риска, приведших к пролапсу гениталий и зависел от степени пролапса (пролапс гениталий I, II, III и IV степени).

Все пациентки, включенные в исследование, были оперированы.

В зависимости от патологии гениталий выполняемые операции классифицировались следующим образом: больным с ОиВВПО (опущение и выпадение внутренних половых органов) различной степени производились коррекция пролапса гениталий влагалищным доступом с применением пролезового протеза системы Prolift (anterior, Posterior, total) или срединная кольпоррафия. При наличии гинекологических заболеваний тела или шейки матки, требующих расширения объема хирургического вмешательства до гистерэктомии, последняя дополнялась корригирующей пролапс манипуляцией. Всем больным со стрессовой инконтиненцией (I и III группы) выполнялась и уретропексия свободной синтетической петлей.

Для определения патогенетически обоснованного метода оперативной коррекции пролапса гениталий нами произведена оценка эффективности хирургического лечения больных в сроках от 6 месяцев до 3 лет.

Абдоминальный доступ применен нами у больных с пролапсом гениталий (POP-Q I-II ст) и/или с гинекологическими заболеваниями, требующими удаления матки (миома матки, аденомиоз, доброкачественные заболевания шейки матки). У 3 (3,9%) женщин I группы и у 19 (22,6%) женщин из II группы выполнялась гистерэктомия, а коррекция пролапса произведена за счет вагинопексии связочным аппаратом матки (апоневротическим или синтетическим материалом), позволяющей высоко фиксировать купол влагалища и изменить вектор натяжения передней стенки влагалища, ликвидируя таким образом цистоцеле 1-2 ст. Данная методика не позволяет произвести полную репозицию задней стенки влагалища, не корригирует фасциальные дефекты и ректоцеле. Поэтому при опущении задней стенки влагалища, выполнялась кольпоперинеолеваторопластика.

84,2% операций, произведенных влагалищным доступом, выполнены с применением синтетических материалов.

Для реконструкции переднего и заднего отделов тазового дна использовался сетчатый имплантат, соответствующий критериям идеального пластического материала: химически инертен, не обладает канцерогенными свойствами, не вызывает аллергии или сенсibilизации, обладает механической прочностью, пригоден для фабричного изготовления и стерилизации.

Пластика передней стенки влагалища с применением синтетического протеза для реконструкции переднего отдела тазового дна TVM-prolift anterior выполнена у 34 (44,2%) пациенток I группы и у 34 (40,5%) II группы. Пластика заднего отдела влагалища с применением синтетического протеза выполнена у 6 (7,8%) пациенток I группы и у 4 (4,8%) II группы. Тотальная реконструкция тазового дна производилась у 10 (13%) женщин I группы и у 12 (14,3%) II группы.

Комбинированные оперативные вмешательства - коррекция пролапса гениталий и операции по поводу гинекологических заболеваний произведены у 16 (20,8%) I группы и у 13 (15,5%) II группы.

У пациенток с гинекологическими заболеваниями, требующими удаления матки (миома матки, аденомиоз, доброкачественные заболевания шейки матки),

выполнялась гистерэктомия с вагинопексией (связочным аппаратом матки или синтетическим материалом) и кольпоперинеолеваторопластика: в I группе - у 3 (3,9%), во II - у 19 (22,6%) больных.

Влагалищная гистерэктомия с антистрессовой операцией и применением синтетического (проленового) протеза для реконструкции переднего отдела тазового дна TVM-prolift anterior выполнена у 16 (20,8%) пациенток I группы.

Пациенткам с изолированным опущением стенок влагалища, с длительностью заболевания до 5 лет, имеющим в анамнезе не более 2 родов, не осложненных перинеальной травмой, с сопутствующими гинекологическими заболеваниями, требующими хирургического лечения, на основании проведенного исследования обосновано оперативное лечение в объеме: абдоминальной экстирпации матки с вагинопексией связочным аппаратом матки или синтетическим лоскутом с кольпоперинеолеваторопластикой.

При отягощенном акушерско-гинекологическом анамнезе (травмы промежности в родах, роды крупным плодом, быстрые преждевременные роды, большое количество прерванных беременностей), длительности пролапса гениталий более 5 лет было обосновано оперативное лечение с использованием синтетических материалов.

Неполное/полное выпадение матки длительностью более 5 лет в сочетании с гинекологической патологией (миома матки, аденомиоз, цервикоз, рецидивирующая гиперплазия эндометрия) стало основным показанием для влагалищной гистерэктомии с пластикой передней, задней стенок влагалища, кольпоперинеолеваторопластикой. Пациенткам пожилого возраста (старше 75 лет), не имеющим заболеваний матки и придатков и не живущим половой жизнью, с тяжелой экстрагенитальной патологией оптимально выполнение срединной кольпоррафии, как наименее травматичной, достаточно эффективной, безрецидивной и обеспечивающей хорошее качество жизни в послеоперационном периоде.

Антистрессовая операция выполнена у 112 (57,1%) пациенток I и III групп: антистрессовая операция с использованием эндопротеза «УроСлинг» (Линтекс, С-Петербург) трансобтураторным доступом у 55 (71,4%) пациенток I группы и 24 (68,6%) пациенток III группы; имплантация свободной синтетической петли «TVT-O» – у 22 (28,6%) пациенток I группы и у 11 (31,4%) пациенток III групп.

Срединная кольпоррафия с антистрессовой операцией выполнена у 8 (10,4%) пациенток I группы.

Кольпоперинеолеваторопластика со слинговой операцией выполнена у 5 (6,5%) пациенток I группы.

Кольпоперинеолеваторопластика была обязательным этапом при выполнении операций влагалищным доступом.

Апикальные дефекты достоверно чаще обнаруживались у женщин с клиническими признаками неполного и полного выпадения матки и при цистоцеле III-IV степени - в 35,2% и 32,7% соответственно в I и II группах, в то время, как при цистоцеле I-II степени 8,2% женщин имели паравагинальные дефекты ($p < 0,03$). Анализ корреляции степени выраженности сухожильной дуги и дефектов тазовой фасции показал, что при выраженных

паравагинальных дефектах сухожильная дуга определялась плохо или отсутствовала вовсе ($r=0,54$; $p<0,001$). А сильная корреляция между частотой дефектов фасции и степенью выраженности морфологических изменений в ней ($r=0,65$; $p<0,001$), позволила думать о значимости не только травматического фактора в возникновении дефектов тазовой фасции, но и подчеркнула значение изменений в самой ткани фасции и поддерживающих структурах.

Из интраоперационных осложнений ранение мочевого пузыря было у одной пациентки из I группы (1,2%), кровопотеря более 500 мл - в 1,5%, однако ни в одном случае не возникло необходимости в гемотрансфузии. Ранние послеоперационные осложнения, включавшие развитие «свисающей» стопы у 4 больных, нарушение чувствительности передне-медиальной поверхности бедра у 3 больных, гематома Ретциева пространства (объемом 5 см³), составили 4,1%. При этом все ранние осложнения были обратимыми и носили транзиторный характер. Частота поздних осложнений составила 9,8 % без статистических различий в группах. Наиболее частым из них было неполное заживление слизистой влагалища, выявлявшееся в 4,1%. Частота эрозий стенки влагалища возникала у 3 (3,9%) пациенток I группы и у 1 (1,2%) II группы. Эрозия стенки влагалища и неполное заживление слизистой влагалища во всех случаев возникали после установки тотального имплантата и локализовались по передней стенке или в куполе влагалища.

Следует отметить, что не всегда хорошая клиническая оценка соответствовала положительной динамике уродинамических показателей. Уродинамических критериев положительных результатов оперативного лечения нам выделить не удалось.

На основании вышесказанного можно сделать вывод, что операции с использованием свободной синтетической петли без натяжения обеспечивают лучшие результаты и могут выполняться у больных любого возраста как самостоятельная операция, так и одновременно с другими хирургическими вмешательствами.

Эффективность проведенного хирургического лечения пролапса гениталий и недержания мочи определяли на основании динамики жалоб, результатов влагалищного осмотра и ректального исследования с повторной оценкой состояния тазового дна по классификации POP-Q, данных ультразвукового исследования органов малого таза, тазового дна, уретровезикального сегмента с оценкой анатомических показателей уретры, уретровезикального угла и уродинамического исследования. Рецидивами считали клинически выявленное опущение стенок влагалища или матки, соответствующее II и более стадии [Jeon MJ, 2008].

Частота рецидивов ОиВВПО через 6 месяцев, 1 год и 3 года после хирургического лечения составила 6,9%, 7,5% и 8,7% соответственно.

При стрессовом недержании мочи и пролапсе гениталий наиболее эффективными являются комбинированные хирургические технологии, позволяющие восстановить анатомический и функциональный дефекты влагалища, мочевого пузыря, тазовой диафрагмы.

Анатомо- физиологические обоснование вагинопексии апоневротическим лоскутом или связочным аппаратом матки позволило получить стойкий положительный эффект при лечении пролапса гениталий I-II степени в сочетании с гинекологическими заболеваниями, требующими хирургического лечения. Данная методика позволяет надежно фиксировать купол влагалища, восстановить анатомическое положение мочевого пузыря и прямой кишки, ликвидировать цисто-, ректоцеле I-II степени.

Случаи инконтиненции и опущения стенок влагалища и матки в период до одного года после операции мы трактовали как ранние рецидивы, более одного года- как поздние. Ранние рецидивы незначительно, но преобладали над поздними ($p=0,08$). Частота между группами достоверно не отличалась. Ранние рецидивы в среднем возникали через $6,2 \pm 3,9$ месяцев после хирургической коррекции, поздние - через $13,9 \pm 4,1$ месяцев.

Более детальный анализ показал, что в общей структуре рецидивов у 8 (5%) женщин из 161 после влагалищной гистерэктомии в сочетании с экстраперитонеальным неофасциогенезом трансвагинальным доступом с использованием синтетического имплантата и вагинопексии синтетическим лоскутом рецидивировал пролапс гениталий. У двух больных из I группы он был связан с отрывом лоскута, что составило 1,3%, у трех из I и II групп (1,9%) - с рецидивом ректоцеле, у двух больных II группы (1,3%) - с рецидивом цистоцеле, у одной из I группы (0,6%) с выпадением купола влагалища. Эффективность коррекции пролапса после данных операций через 6 месяцев, 1 год и 3 года составила 98,8%, 97,5 и 95% соответственно.

Рецидив недержания мочи при напряжении диагностировали у 2 (1,8%) женщин из 112 через год после операции, у трех (2,7%) пациенток через 3 года. Надо отметить, что все пациентки с рецидивами недержания мочи были из I группы (цистоцеле 3-4 степени). Эффективность уретропексии трансобтураторном доступом синтетической петлей через год и 3 года составила 98,2% и 95,5% соответственно.

Одномоментная коррекция пролапса гениталий и недержания мочи позволила повысить эффективность лечения, избежать дальнейшего прогрессирования пролапса гениталий и связанных с ним нарушений функции мочевого пузыря, повысить качество жизни женщин в постменопаузе.

Таким образом, удовлетворительность женщин результатами хирургического лечения: повышение качества жизни, отсутствие рецидивов пролапса гениталий и недержания мочи в течение длительного срока наблюдения, позволили считать разработанный алгоритм хирургического лечения — высокоэффективным и патогенетически обоснованным способ хирургического лечения и профилактики рецидива пролапса гениталий и недержания мочи у женщин в постменопаузальном периоде.

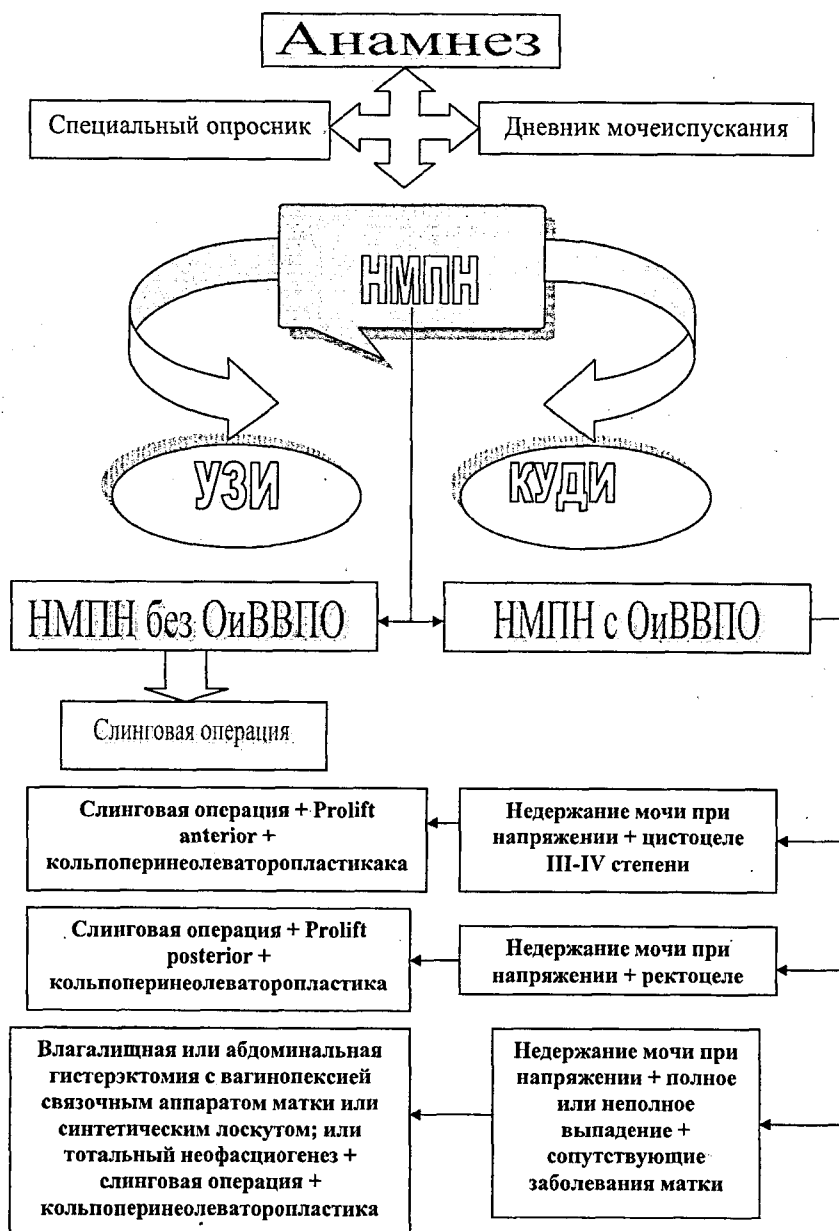


Рис 2. Алгоритм диагностики и оперативного лечения пролапса гениталий и недержания мочи у женщин в постменопаузе.

ВЫВОДЫ

1. Частота недержания мочи всех типов в сочетании с пролапсом гениталий у пациенток постменопаузального возраста госпитализируемых в гинекологический стационар, составляет 39%. Частота гиперактивного мочевого пузыря у пациенток в постменопаузальном периоде составляет 24%, стрессового недержания мочи – 40% и смешанного типа - 36%.
2. Морфологические изменения структур тазового комплекса у женщин в постменопаузальном периоде отражают процесс дисрегуляции на системном уровне и характеризуются: дистрофией гладко-мышечных клеток, набуханием коллагеновых волокон, потерей ими упругих свойств, утолщением и разрыхлением базальной мембраны, редукцией коллагеновой сети, что свидетельствует об их функциональной неполноценности и может являться причиной недостаточной эффективности оперативных вмешательств с использованием собственных тканей.
3. Комплексное сонографическое исследование (двухмерное УЗИ и трехмерная реконструкция) анатомических структур тазового дна и органов малого таза позволяет диагностировать топографию нарушений и размеры выявленных фасциальных дефектов, что позволяет дифференцированно подходить к выбору метода хирургической коррекции.
4. Наиболее эффективным методом лечения пролапса гениталий и недержания мочи в постменопаузе является хирургическая коррекция с использованием синтетических сетчатых протезов, обладающая низким риском развития рецидива заболевания и осложнений. При пролапсе гениталий I-II степени у больных с патологией гениталий высоко эффективна вагинопексия связочным аппаратом матки или апоневротическим (или синтетическим) лоскутом; при III-IV степени ОиВВПО – наиболее эффективны операции с использованием TVM- Prolift system.
5. Высокая эффективность хирургического лечения пролапса гениталий, осложненного недержанием мочи, связана с применением комбинированных методов лечения, позволяющих одновременно ликвидировать пролапс гениталий и стрессовую инконтиненцию.
6. Основными критериями эффективности оперативного лечения пролапса гениталий в сочетании с недержанием мочи у женщин в постменопаузе следует считать: отсутствие клинических признаков рецидива пролапса и недержания мочи; уменьшение степени пролапса гениталий и анатомического дефекта при гинекологическом исследовании и проведении функциональных проб; удовлетворенность больной результатами лечения.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. С целью повышения эффективности оперативного лечения пролапса гениталий в сочетании с недержанием мочи и профилактики возникновения рецидивов заболевания у женщин в постменопаузальном периоде необходима комплексная оценка состояния гениталий и степени их смещения, анатомо-функционального состояния тазового дна, сфинктерного аппарата мочевого пузыря, с помощью разработанного алгоритма.
2. Изменения микробиоценоза влагалища являются проявлениями общебиологической реакции организма на старение, и не определяют клинические симптомы атрофического вагинита. Вариант вагинального микроценоза связан с длительностью постменопаузы и степенью выраженности атрофических изменений во влагалищном эпителии. В послеоперационном периоде восстановление нормальной микрофлоры влагалища является обязательным этапом реабилитации этих больных.
3. Для объективной оценки эффективности оперативного лечения пролапса гениталий и недержания мочи у пациенток постменопаузального периода целесообразно исследование основных параметров качества жизни, в которые входят физические, эмоциональные и психосоматические показатели.
4. Диагностика недержания мочи может быть основана на клиническом обследовании (оценка жалоб, анализ данных дневников мочеиспускания, проведение функциональных проб, выявление пролапса гениталий); и ультразвуковом исследовании (трансвагинальное и промежностное сканирование и трехмерная реконструкция изображения уретровезикального сегмента), позволяющим выявить нереализованную сфинктерную недостаточность у больных с выраженным пролапсом гениталий. Комплексное уродинамическое исследование должно применяться в первую очередь для исключения гиперактивного мочевого пузыря при соответствующих клинических проявлениях.
5. При пролапсе гениталий в сочетании с недержанием мочи в постменопаузе при выборе метода операции основополагающим фактором должен быть принцип восстановления анатомо-функциональных нарушений, т.е. антистрессовая операция должно обязательно дополняться операцией, корригирующей опущение половых органов. Поскольку дисфункция тазовых органов у женщин в постменопаузе обусловлена дефицитом эстрогенов, комбинированные эстроген-гестагенные препараты для ЗГТ улучшают исходы оперативных вмешательств.
6. Профилактикой рецидива пролапса гениталий и недержания мочи у женщин в постменопаузе является своевременная адекватная хирургическая коррекция ОиВВПО с использованием сетчатых имплантатов, которая может быть выполнена в любом возрасте и

обеспечивает восстановление нормальной анатомии тазового дна и органов малого таза.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Березовская Ю.А., Демина О.А., Строни Р. Лечение недержания мочи у пациенток в перименопаузе // **Вестник РУДН, серия Медицина. Акушерство и гинекология.** - 2008г. - № 5. - С. 383 - 387.

2. Демина О.А., Петрова В.Д., Березовская Ю.Ф., Строни Р. Клиническое и экономическое обоснование выбора метода хирургической коррекции недержания мочи при напряжении // **Вестник РУДН, серия Медицина. Акушерство и гинекология.** - 2008. - № 5. - С. 293 - 298.

3. Петрова В.Д., Оразмурадов А.А., Демина О.А., Громыко Е.М., Строни Р., Горгидзе А.О., Зулумян Т.Н. Хирургическое лечение урологических расстройств у женщин в постменопаузальном периоде // **Вестник РУДН, серия Медицина. Акушерство и гинекология.** - 2009. - № 5. - С. 232 - 240.

4. Радзинский В.Е., Петрова В.Д., Бабаев В.А., Салимова Л.Я., Демина О.А., Березовская Ю.А., Строни Р. Коррекция пролапса гениталий с использованием синтетического имплантата системы пелвикс (Линтекс, Россия) // **Вестник РУДН, серия Медицина Акушерство и гинекология.** - 2009. - № 5. - С. 64 - 69.

5. Радзинский В.Е., Петрова В.Д., Салимова Л.Я., Демина О.А., Березовская Ю.А., Строни Р., Пасенди Ф.А. Коррекция пролапса гениталий с использованием синтетического имплантата Пелвикс // **Журнал Акушерства и женских болезней.** -С- Петербург. - 2009. - выпуск 5. - Том LVIII. – С. 43 - 47.

6. Радзинский В.Е., Петрова В.Д., Хамошина М.Б., Салимова Л.Я., Строни Р. Восстановительная терапия пациенток после влагалищных пластических операций при пролапсе гениталий // **Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии.** – 2010. - Т. 9. - № 5. - С. 40-46.

Хирургическое лечение урогенитальных расстройств у женщин в постменопаузальном периоде Строни Ровена (Албания)

Работа посвящена обоснованию дифференцированного подхода к выбору хирургического лечения недержания мочи, пролапса гениталий в постменопаузальном периоде.

Выявлены основные факторы риска развития недержания мочи и пролапса гениталий в постменопаузальном периоде: наследственная предрасположенность, акушерский травматизм, гиперстеническое телосложение и повышение внутрибрюшного давления, связанного с хроническими заболеваниями различных органов, длительность

постменопаузы, высокая экстрагенитальная и гинекологическая заболеваемость.

Результаты исследования показали, что комбинированные оперативные вмешательства имеют высокий клинический эффект в отношении как НМПН, так и пролапса гениталии. Одновременная коррекция недержания мочи и пролапса гениталий позволяет улучшить результаты лечения недержания мочи. Предложенные нами методики коррекции пролапса гениталии при правильном выборе метода имеют высокую эффективность- 95%.

The surgical treatment of urogenital disorders in women in postmenopausal period Stroni Rovenia (Albania)

This research is about the differentiating approach for surgical treatment of incontinence and genital prolapse in women in postmenopausal period.

We identified the main risk factors of incontinence and genital prolapse's development in women in postmenopausal period: the genetic predisposition, obstetric injury, hypersthenic constitution, the increase of intra-abdominal pressure connected with chronic diseases of different organs, the duration of menopause, and the high risk of extragenital and genital disease.

The results showed that the combined surgical operations have a high clinical effect on stress incontinence and genital prolapse. The conduction of simultaneously correction of stress incontinence and genital prolapse allows us to improve the treatment's results of incontinence. The usage of right method of proposed ones in correction of genital prolapse has a high efficiency – 95%.

9

Заказ № 296. Объем 1 п.л. Тираж 100 экз.
Отпечатано в ООО «Петроруш».
г.Москва, ул.Палиха 2а,тел.(499)250-92-06
www.postator.ru