

САЛИМОВА ЛЕЙЛА ЯШАР КЫЗЫ

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ
ВЛАГАЛИЩНЫМ ДОСТУПОМ.**

14.00.01 – акушерство и гинекология

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Москва
2012

Работа выполнена на кафедре акушерства и гинекологии с курсом перинатологии ГОУ ВПО «Российский университет дружбы народов».

Научный консультант:

профессор кафедры акушерства и гинекологии
с курсом перинатологии
ГОУ ВПО «Российский университет дружбы народов»,
доктор медицинских наук

О.Н.Шалаев

Официальные оппоненты:

профессор кафедры акушерства и гинекологии
педиатрического факультета
ГОУ ВПО «Российский государственный
медицинский университет Федерального агентства
по здравоохранению и социальному развитию»,
доктор медицинских наук, профессор

Л.М.Каппушева

Руководитель отделения эндоскопической хирургии
Московского областного научно-исследовательского
института акушерства и гинекологии
доктор медицинских наук, профессор

А.А.Попов

Профессор кафедры семейной медицины с курсом
экстрагенитальной патологии в акушерстве и гинекологии
факультета постдипломного профессионального образования
врачей ГОУ ВПО «Первый Московский государственный
университет им.И.М.Сеченова Министерства
здравоохранения и социального развития РФ»,
доктор медицинских наук, профессор

К.Г.Серебренникова

Ведущая организация:

ГОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический
университет»

Защита диссертации состоится «_____» _____ 2012 года
в ____ часов на заседании диссертационного совета Д.212.203.01. в
Российском университете дружбы народов (117333, г. Москва, ул. Фотиевой,
д.6). С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке Российского
университета дружбы народов (117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6)

Автореферат разослан «_____» _____ 2012 года.

Ученый секретарь

диссертационного совета

доктор медицинских наук, профессор

И.М.Ордянец

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ.

Актуальность темы.

Этиология и патогенез генитальных пролапсов до сих пор не объяснены окончательно. В современной литературе имеются достаточно разноречивые сведения о частоте пролапса гениталий (от 1 до 45-50% в популяции). По прогнозу американских исследователей, к 2030 году около 63 млн. женщин в мире будут страдать от пролапса гениталий.

По данным Радзинского В.Е. с соавт. (2009), среди женщин пожилого и старческого возраста частота пролапса гениталий возрастает до 50-60% и, как правило, сочетается с различными урогенитальными нарушениями, возрастающими до 80% в постменопаузе на фоне эстрогенного дефицита. В последние годы во всем мире отмечается тенденция к увеличению числа пациенток репродуктивного возраста, имеющих клиническую картину несостоятельности тазового дна, что выводит эту проблему за рамки сугубо медицинской. Женщины в возрасте до 45 лет составляют 30-37,5% больных пролапсом гениталий, из них женщины до 30 лет – 10,1%. 22% женщин старше 18 лет имеют различные формы пролапса гениталий, а 7% из них имеют опущение 3-4 степени тяжести. В целом женщины фертильного возраста составляют не менее одной трети числа пациенток с пролапсами. При этом 2-26% молодых женщин имеют пролапс тяжелой степени.

Предпосылкой к развитию пролапса тазовых органов в репродуктивном возрасте служит дисплазия соединительной ткани, маловыраженные формы которой встречаются с частотой от 26 до 80 % (Cervigni M., Natale F., 2007).

Структура и форма тазового дна являются результатом взаимодействия мышц, нервов и связок, действующих на тазовые органы. Дисбаланс в системе может к нарушению целостности системы, и в целом, к нарушению прочности и функции.

От расположения дефекта (дефектов) будет зависеть то, какие органы будут пролабировать. Тем не менее, при всех видах выпадения органов малого таза первичное нарушение касается тазового дна, а не органа, который выпадает.

В настоящее время оперативная гинекология располагает множеством хирургических операций для реконструкции тазового дна при генитальном пролапсе (около 400). Большое количество является следствием высокой частоты рецидивов пролапса гениталий и отсутствия универсального высокоэффективного метода восстановления тазового дна и промежности.

Использование передней и задней кольпоррафии, даже в сочетании с другими видами оперативного лечения опущения стенок влагалища (таких как игольчатая уретропексия, сакроспинальная вагинопексия и др.), приводит к рецидивам в 20-30% случаев.

Это побуждает к поиску новых методов хирургического лечения пролапса гениталий и использованию оптимальных имплантационных материалов.

Знания, накопленные за последнее время, показывают, что эффективность хирургического лечения пролапса гениталий с использованием синтетических устройств может достигать 81-100%.

Рецидивы при использовании синтетических материалов в реконструкции тазового дна варьируют от 5,2 до 8,3 %. Разница с результатами без применения синтетических материалов очевидна.

В настоящее время остается актуальной проблема не только эффективности хирургического лечения пролапса гениталий, но и безопасности использования синтетических имплантатов.

Спорными и дискуссионными моментами использования сетчатых материалов являются специфические осложнения, связанные с наличием инородного материала, а главное - возможность использования их в молодом возрасте.

Неполноценность поддерживающих структур, определенная техническая сложность выполнения трансвагинальной реконструкции тазового дна с использованием синтетических материалов предопределяет большое количество интра- и послеоперационных осложнений.

Хирургическое лечение, особенно при тяжелых степенях пролапса гениталий, представляет значительные трудности, обусловленные необходимостью ликвидировать не только основное заболевание, но и восстановить архитектуру малого таза, функциональные нарушения половых органов, прямой кишки, мочевого пузыря, мочеиспускательного канала.

Вышеуказанное подтверждает клиническую необходимость в усовершенствовании и патогенетическом обосновании дифференцированного подхода к выбору методов коррекции пролапса гениталий.

Цель исследования: улучшить здоровье женщин с пролапсом гениталий после хирургического лечения на основе анализа осложнений и создания алгоритма дифференцированного подхода к оперативному лечению.

Задачи исследования:

1. Уточнить клинико-патогенетические механизмы пролапса гениталий.
2. Оценить диагностическую значимость дополнительных инструментальных методов углубленного исследования пациенток с пролапсом гениталий на основании сопоставления результатов, полученных при их использовании, с клиническими методами исследования.
3. Оценить ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения генитального пролапса с/без использования синтетических материалов.
4. Оценить изменения качества жизни женщин после различных видов реконструктивно-пластических операций.

5. Разработать и внедрить комплекс хирургических методов, позволяющий снизить количество осложнений и улучшить качество жизни после трансвагинальной реконструкции тазового дна с использованием сетчатых имплантатов.
6. Разработать алгоритм дифференцированного подхода к оперативному лечению пролапса гениталий на основании изучения факторов риска, патогенетических механизмов поражения структур тазового дна и промежности, возраста, состояния смежных органов, выраженности проявлений дисплазии соединительной ткани и анализа полученных результатов углубленного диагностического исследования.

Научная новизна.

Получены новые данные о патогенезе интраоперационных и ближайших послеоперационных осложнений хирургического лечения пролапса гениталий с использованием синтетических материалов.

На основании полученных результатов определен механизм развития сексуальных нарушений при выполнении реконструктивно-пластических операций.

Определен клинико-патогенетический механизм формирования пролапса гениталий у пациенток различных возрастных периодов в зависимости от отдела поражения.

Определена ключевая роль апикальной поддержки тазового дна.

На основании углубленного обследования и анализа причин развития рецидива пролапса гениталий определена необходимость апикальной поддержки в реконструкции тазового дна, дано научное обоснование профилактическим мероприятиям.

На основании полученных результатов уточнен патогенез возникновения осложнений при использовании синтетических материалов при хирургическом лечении пролапса гениталий.

На основании анализа причин возникновения осложнений дано научное обоснование предложенным техническим приемам установки сетчатого имплантата, способствующих их снижению.

Разработаны современные диагностические критерии пролапса тазовых органов, выявлена чувствительность и специфичность каждого метода в диагностике цистоцеле, ректоцеле и апикального пролапса, обоснована необходимость комплексной оценки изменений тазового дна до и после оперативного лечения.

Практическая значимость работы.

Определена диагностическая значимость и показания к применению различных методов исследования (ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза и тазового дна, комплексное уродинамическое

исследование (КУДИ), динамическая магнитно-резонансная томография (МРТ) органов малого таза и тазового дна) у больных с простыми и осложненными формами пролапса гениталий; обоснован комплексный подход в оценке изменений тазового дна.

Разработанный алгоритм диагностики, основанный на предоперационном анализе выявленных нарушений, оценке субоптимальных результатов лечения, позволил обосновать дифференцированный подход к профилактике и лечению женщин с пролапсом гениталий.

Важным для практического здравоохранения является высокая эффективность предложенных методов лечения (98% удовлетворительных результатов) и полноценная медицинская и социальная реабилитация пациенток.

Апробация работы, внедрение результатов исследования в практику и личный вклад автора.

Работа выполнена по плану 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», № гос. регистрации 01.9.70 007346, шифр темы 317712.

Клинические исследования, анализ и интерпретация данных проведены автором самостоятельно. Все научные результаты, представленные в работе, автором получены лично. По материалам диссертации читаются лекции и проводятся практические занятия со студентами и клиническими ординаторами кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН и с курсантами кафедры акушерства и гинекологии факультета повышения квалификации медицинских работников РУДН.

Результаты исследования и разработанные на их основании рекомендации внедрены в практическую и лечебную деятельность 12 ГКБ, 64 ГКБ, 85 КБ, 25 родильного дома, в клиниках МЕДСИ.

Основные положения работы доложены: на заседании кафедры акушерства и гинекологии РУДН (2005-2011); Международном научном конгрессе «Новые технологии в акушерстве и гинекологии» (Санкт-Петербург, 2006, 2007, 2009, 2011); Международном конгрессе «Дисфункция тазового дна женщин» (Москва, 2008); Международном конгрессе с курсом эндоскопии «Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний» (Москва, 2008, 2009); Международном конгрессе «Репродуктивное здоровье семьи» (Москва, 2008, 2010); Первой Международной конференции по торако-абдоминальной хирургии (Москва, 2008); Международной научно-практической конференции «Современные подходы к диагностике и лечению патологии тазового дна» (Нижний Новгород, 2010); Всероссийском научном форуме «Мать и дитя» (Москва, 2005, 2009); Всероссийской конференции с международным участием

«Охрана репродуктивного здоровья – будущее России» (Белгород, 2010); выставке-семинаре «Репродуктивное здоровье женщин» (Сочи, 2008, 2010); Национальном конгрессе «Пластическая хирургия» (Москва, 2011); научно-практических семинарах «Современные возможности влагалищной хирургии при пролапсе гениталий и миоме матки» (Нижний Новгород, 2009, Витебск, 2009, Алма-Аты, 2010, Бишкек, 2010, Москва, 2010); международных конференциях: The 8th Congress of the European Society of Gynecology (Rome, Italy, 2009); Joint annual meeting of the International Continence Society and International Urogynecological Association (Toronto, Canada, 2010); World Congress on Controversies in Obstetrics, Gynecology & Infertility (Paris, France, 2008, Hainan, China, 2011); AAVIS Annual Scientific Meeting. International Pelvipеринеology Congress. AAVIS-ICOPF-IPFDS Joint Meeting (Padua, Italy, 2008; Noosa, Australia, 2009; Vienna, Austria, 2010); 3rd International Urogynecology Workshop 2011 (Ankara, Turkey, 2011); семинаре по тазовому пролапсу (Terneuzen, The Netherlands, 2008).

По результатам исследования опубликовано 54 печатные работы, из них 16 – в изданиях, рецензируемых ВАК и 18 – в иностранной печати; получено 5 патентов на изобретение.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. Снижение компенсаторных резервов крестцово-маточно-кардинального комплекса в удержании органов малого таза и структур тазового дна при недостаточности поддерживающих мышц на фоне постоянно изменяющегося внутрибрюшного давления приводит к необратимым изменениям положения органов малого таза. Для пациенток с выраженными формами ДСТ характерна ранняя манифестация симптомов, «агрессивное» течение с переходом в тяжелые и комбинированные формы пролапса гениталий с выраженными изменениями в крестцово-маточно-кардинальном комплексе.
2. Рецидивы пролапса гениталий чаще встречаются у пациенток после неадекватной коррекции переднего отдела тазового дна (до 60% всех осложнений в этом отделе возникают после передней кольпоррафии). При использовании сетчатых материалов эффективность операции повышается в 3,5 раза. Дополнительная апикальная поддержка при коррекции переднего отдела тазового дна повышает эффективность в 2 раза с и без использования сетчатых имплантатов.
3. Выполнение перинеолеваторопластики позволяет устранить проявления «зияющей половой щели» и восстановить нормальный биоценоз влагалища. Выполнение леваторопластики «маскирует» дефекты неадекватно выполненной операции, при этом количество рецидивов пролапса задней стенки в виде верхнего и среднего ректоцеле увеличивается в 2 раза.
4. Основными клинико-патогенетическими факторами развития рецидива

пролапса гениталий после хирургического лечения являются: отсутствие адекватной коррекции апикального отдела, использование заведомо несостоятельной соединительной ткани у пациенток с тяжелой формой пролапса гениталий и ДСТ, выполнение патогенетически необоснованной операции в результате недостаточной диагностики выявленных нарушений, ненадежная фиксация сетчатого имплантата.

5. Ранние и интраоперационные осложнения не являются mesh-ассоциированными, связаны с использованием проводников и нарушением техники операции. Необоснованное использование влагалищной гистерэктомии повышает риск развития осложнений. Частота развития поздних осложнений, таких как неполное заживление и эрозия стенки влагалища, выше среди пациенток с тотальным неофасциогенезом, при сочетании с гистерэктомией частота их увеличивается в 1,5 раза.
6. Предоперационная диагностика позволяет уточнить пораженный отдел, выбрать оптимальный метод хирургического лечения и снизить количество неоправданных вмешательств на 20%, минимизировать использование синтетических материалов, что, в свою очередь, снижает риск послеоперационных осложнений.

Структура и объем диссертации.

Диссертация состоит из введения, обзора литературы, 5 глав собственных исследований, обсуждения полученных результатов, выводов, практических рекомендаций, указателя литературы. Работа изложена на страницах машинописного текста, содержит таблиц и рисунков. Библиография включает 525 литературных источников, в том числе на русском и иностранных языках.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ.

Программа, контингент, материалы и методы исследования.

Исследование проводили на клинических базах кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии (зав. кафедрой - д.м.н., проф. В.Е.Радзинский) Российского университета дружбы народов – в гинекологических отделениях ГKB N 12 (г.Москва, главный врач Саликов А.В.), клинической больницы № 85 (г.Москва, главный врач Цека О.С.), а также в МД «ПРОЕКТ 2000», Некоммерческой организации «ГУТА-клиник» г. Москвы.

В проспективное исследование было включено 470 женщин с пролапсом гениталий различной степени тяжести (более II степени по классификации POPQ), оперированных и наблюдавшихся в период с 2004 по 2011 гг. Всем женщинам проводилось хирургическое лечение пролапса гениталий трансвагинальным доступом без использования сетчатых имплантов - 220 (влагалищная гистерэктомия с кульдофиксацией по МакКоллу, передняя кольпоррафия и задняя кольпоперинеолеваторопластика, крестцово-остистая

фиксация купола влагалища, фасциальная реконструкция переднего и заднего отделов тазового дна (паравагинальная реконструкция и пликация ректовагинальной фасции к шейке матки), крестцово-маточная фиксация шейки матки) и с использованием сетчатых материалов по технологии TVM (tension free vaginal mesh или трансвагинальное проведение сетки без натяжения) с использованием синтетического имплантата системы Пелвикс ® (Линтекс, Россия) и Prolift® для переднего, заднего отделов или полной реконструкции тазового дна - 250. Нами предложен термин «экстраперитонеальный неофасциогенез» для отражения патогенетического подхода к использованию синтетических материалов у женщин с пролапсом гениталий (Радзинский В.Е., Шалаев О.Н., 2006).

Критериями включения пациенток в исследование являлись: наличие пролапса гениталий более II стадии по POPQ (ICS, 2006), сопровождавшегося наличием жалоб, потребовавшего хирургической коррекции; возраст пациенток 18 лет и более, согласившихся участвовать в исследовании.

Предыдущая гистерэктомия, хирургическое лечение без использования синтетических материалов, одномоментная коррекция стрессового недержания мочи – не являлись исключением из исследования.

Критериями исключения являлись: стадия пролапса гениталий I и менее (POPQ); беременные или планирующие беременность; предшествующая хирургическая коррекция пролапса гениталий с использованием синтетических или биологических имплантатов; наличие острого инфекционного заболевания; наличие хронической системной инфекции; системные заболевания, нарушающие функции мочевого пузыря и прямой кишки (такие как, болезнь Паркинсона, склероз, травматическое повреждение спинного мозга, spina bifida и др.); иммуносупрессия; злокачественные заболевания органов таза, в том числе в анамнезе; гиперчувствительность к полипропилену; неконтролируемый сахарный диабет; отсутствие информированного согласия на участие в исследовании.

Все женщины были разделены на группы в зависимости от использования сетчатого материала:

I группа: «традиционная хирургия» - пациентки, которым коррекция пролапса гениталий была выполнена без использования сетчатого имплантата (передняя кольпоррафия, кольпоперинеолеваторопластика, влагалищная гистерэктомия с кульдофиксацией по Макколу, крестцово-остистая фиксация купола влагалища, паравагинальная реконструкция переднего и заднего отделов тазового дна) (n=220);

II группа: «сетчатые технологии» - пациентки, которым коррекция пролапса гениталий была выполнена по технологии экстраперитонеального неофасциогенеза с использованием сетчатых имплантатов (Пелвикс ® (Линтекс, Россия) и Prolift® (США) для переднего, заднего отделов или полной реконструкции тазового дна) (n=250).

Учитывая, что сочетанная гистерэктомия при коррекции пролапса гениталий увеличивает риск развития осложнений [Collinet P., Cosson M., 2007], основные группы обследованных женщин при анализе результатов

хирургического лечения были разделены на две подгруппы: с сопутствующей гистерэктомией или без неё.

Все пациентки были обследованы по единой схеме, включавшей сбор анамнестических данных, жалоб, общий осмотр, оценку гинекологического статуса, проведение функциональных тестов.

Клинико-анамнестический этап исследования больных проводили с помощью разработанной нами статистической карты, в которой отражалось более 200 анализируемых параметров, в том числе паспортные данные, возраст, данные анамнеза, перенесенные заболевания и оперативные вмешательства с уточнением времени их выполнения. Учитывалось наличие наследственных заболеваний и предрасположенности к развитию пролапса гениталий. Отмечались особенности оперативного лечения пролапса тазовых органов. Особое внимание уделялось осложнениям, возникшим во время и после хирургического лечения.

Для выявления признаков и степени тяжести ДСТ были использованы разработанные Т.Ю.Смольновой (1999) критерии, базирующиеся на балльной шкале оценки малых и больших признаков ДСТ. В основу критериев положен как качественный, так и количественный аспект вовлечения органов и систем. Степень тяжести оценивали следующим образом: до 9 баллов - легкая степень, от 10 до 16 - средняя степень тяжести, от 17 и выше - тяжелая степень. При этом обязательным условием являлось сочетание минимум одного малого признака с большим.

С целью уточнения вида типа недержания мочи, нарушений дефекации и сексуальных нарушений пациенткам предлагалось заполнить опросники (PFIQ, UIQ, PISQ-12, Шкала показаний анального удержания по Wexner) и вести дневники мочеиспускания в течение 3-х дней.

При гинекологическом осмотре оценку пролапса гениталий проводили по классификации Pelvic Organ Prolapse - Quantification (POP-Q) (Bump et al., 1996), основанную на объективной количественной оценке в единицах СИ (см). На основании состояния влагалищной стенки, выявляемых дефектов прикрепления тазовых фасций создавалась картограмма, согласно рекомендациям С.Zimmermann и A.Nieuwaudt (2007).

Выполнение elevate-теста перед хирургическим вмешательством по поводу генитального пролапса позволяло предположить наличие тех или иных дефектов тазовых фасций, а моделирование операции - выбрать правильный объем и вид хирургии. При наличии цистоцеле уточнение преобладающего фасциального дефекта (паравагинального, поперечного, центрального) предполагало его дифференцированную коррекцию (паравагинальная, апикулярная реконструкция, использование заместительных технологий).

При влагалищном осмотре также определяли состояние слизистой влагалища, позицию шейки матки по отношению гименальному кольцу, ее подвижность и форму, состояние мышц тазового дна, кожи промежности.

Всем пациенткам проводили ректальное исследование для оценки ректовагинальной перегородки, анального сфинктера и изменений слизистой прямой кишки.

При наличии нарушений мочеиспускания обязательным было проведение функциональных тестов: кашлевой пробы, пробы Вальсальвы, в том числе, интраоперационно для выявления скрытых форм недержания мочи.

Дополнительные методы обследования позволяли оценить топографо-анатомическое взаиморасположение органов, их функцию, решить вопрос о доступе, объеме хирургического вмешательства, согласно принципу: один наркоз - одна операция. Кроме того, дополнительные методы обследования являются документальным подтверждением выявленных нарушений, что немаловажно с юридической точки зрения.

Сонографическое исследование проводили в 12 ГКБ на аппарате «TOSHIBA APLIO XG» с трансвагинальным (7,5 МГц) и трансабдоминальным датчиками (5,5 МГц). Кроме выявления гинекологической патологии со стороны матки и придатков, определяли органы, вовлеченные в грыжевой мешок, величину уретровезикального угла в покое и при напряжении, остаточную мочу, толщину детрузора, дефекты тазовой фасции, состояние мышц тазового дна, наличие диастаза между пучками мышцы, поднимающей задний проход и др. (H.P.Dietz, Deprest J., 2010; Чечнева М.А., 2011). По смещению шейки матки со стенкой мочевого пузыря или прямой кишки косвенно определялись дефекты тазовой фасции.

Уродинамические исследования проводили пациенткам с нарушениями мочеиспускания после исключения инфекционно-воспалительных заболеваний нижних мочевыводящих путей на аппаратах «UroScreen» фирмы «TIC Medizintechnik» (Германия) и Laborie (Дания) в уродинамической лаборатории ФГУ НИИ урологии Росмедтехнологий (зав. лабораторией В.В.Ромих).

Исследование включало: урофлоуметрию, позволяющую оценить скорость и время опорожнения мочевого пузыря, судить о тоне детрузора и состоянии замыкательного аппарата уретры; цистометрию, предусматривающую синхронную регистрацию колебаний внутрипузырного, внутрибрюшного и истинного детрузорного давлений, определение состояния замыкательного аппарата уретры; профилометрию уретры - с целью определения максимального уретрального давления.

При наличии жалоб на нарушение дефекации и отсутствии противопоказаний выполнялась дефекография/эвакуаторная проктография. Это позволяло оценить степень ректоцеле, подвижность слизистой оболочки и стенок прямой кишки, сигмоцеле. Пациентки, предъявлявшие жалобы на кровянистые выделения из прямой кишки, а также другие жалобы консультировались проктологом.

Большее значение в стандартах диагностики ПТО приобретает статическая/динамическая МРТ. Положение тазовых органов описывается в соответствии с принятой системой координат Cartesian (A.Summers, 2001). Метод с большой достоверностью позволяет выявить дефекты тканей, значимые в формировании пролапса гениталий (DeLancey et al., 2004), совокупно с УЗИ, определить несостоятельность тазовых фасций (паравагинальные, поперечные, дистальные, срединные дефекты по Richardson), состояние мышц тазового дна.

Всем пациенткам выполнялся комплекс предоперационных диагностических исследований. Лабораторные методы исследования включали: клинический анализ крови и мочи; биохимический анализ крови; коагулограмму; кровь на RW и ВИЧ; ЭКГ проводились по общепринятой методике в амбулаторных условиях; бактериологическое исследование пациенток до операции с целью получения данных об инфицированности женщин. Исследовали посевы цервикального канала, влагалища, уретры.

С целью уточнения болезней шейки матки и объема оперативного лечения всем больным проводилась расширенная кольпоскопия.

Для исключения болезней эндометрия и определения объема оперативного вмешательства всем пациенткам в предоперационном периоде выполнялась биопсия эндометрия с помощью лечебно-диагностического выскабливания эндометрия или аспирационной биопсии эндометрия, с последующим гистологическим исследованием. Обязательная биопсия эндометрия (в том числе, при нормальных показателях УЗ-диагностики и отсутствии жалоб на нарушение менструального цикла) продиктована необходимостью исключения патологии эндометрия, ввиду встречаемости аденокарциномы в 0,8% случаев после органосохраняющих операций по поводу пролапса гениталий [R.Edwards, J.Duckett, 2010].

Оценка качества жизни женщин с пролапсом гениталий до и после оперативного лечения проводилась с помощью специальных опросников – EQ-5-9, адаптированного для России, Nottingham Health Profile.

Полученные данные подвергали статистической обработке с использованием пакета программ STATISTICA ® for Windows, Release 8.0 компании StatSoft®Inc., США (2010). Достоверность различий оценивали по критерию Стьюдента. За достоверную принимали разность средних при $p < 0,05$ ($T > 2$). Для выяснения связей между сравниваемыми категориями использовали коэффициенты корреляции Пирсона (для параметрических вариантов) и Спирмена (для непараметрических показателей).

Результаты собственных исследований и их обсуждение.

Целью проведения хирургического лечения явилось восстановление нормальной архитектоники тазового дна и органов малого таза с учетом не только анатомических, но, и функциональных взаимоотношений. Определяющими факторами в выборе метода и объема хирургического лечения пролапса гениталий являлись соматический статус пациенток, наличие болезней матки и яичников, стадия и тяжесть пролапса гениталий, течение заболевания, наличие патологии мочеиспускания и дефекации, сексуальная активность. Во внимание принималось желание женщины.

Мы считаем целесообразным предоставлять пациентке выбор оперативного вмешательства с и без использования сетчатых материалов, при условии, что оба метода являются патогенетически обоснованными, сопоставимыми по эффективности, с обязательным уточнением всех осложнений и преимуществ того или иного вида операции.

В связи с этим всем 470 обследованным женщинам выполнена

хирургическая коррекция пролапса гениталий с и без использования сетчатых технологий трансвагинальным доступом. Из них, у 220 женщин (47%) использованы бессетчатые реконструктивно-пластические операции (влагалищная гистерэктомия с кульдофиксацией по МакКоллу – у 44 женщин, передняя кольпоррафия – у 77 и задняя кольпоперинеолеваторопластика – у 81, крестцово-остистая фиксация купола влагалища – у 88, фасциальная реконструкция переднего (паравагинальная реконструкция - у 22) и заднего отделов тазового дна (пликация ректовагинальной фасции к шейке матки - у 25), крестцово-маточная фиксация шейки матки – у 68 женщин; у 250 (53%) коррекция пролапса гениталий выполнена с использованием сетчатых имплантатов. В качестве сетчатого имплантата мы выбрали две системы для реконструкции тазового дна - Пелвикс® (Линтекс, Россия) и Prolift® (Ethicon Women's Health and Urology, Johnson and Johnson Company, США): 45% - переднего отдела, 8% - заднего отдела и в 47% - переднего и заднего отделов.

Одновременно с хирургической коррекцией пролапса гениталий в зависимости от сопутствующих гинекологических заболеваний в 41% случаев проводилась гистерэктомия. Наиболее частым показанием к гистерэктомии явилась сочетанная патология матки.

Спектр комбинированных операций, выполненных на органах малого таза трансвагинальным доступом одновременно с установкой сетчатого имплантата был достаточно широк: влагалищная экстирпация матки (193), радиоволновая конизация шейки матки (15), ампутация шейки матки по Штурмодорфу (12), уретропексия свободной синтетической петлей (127), стерилизация (3).

Кроме того, в 6,3 % нами были выполнены симультанные операции: лапароскопическая холецистэктомия, герниопластика, флебэктомия, а также аппендэктомия трансвагинальным доступом при выполнении гистерэктомии. Двум пациенткам с пролапсом гениталий была выполнена одновременная трансанальная степлерная слизисто-подслизистая резекция прямой кишки по методу Лонго. Показанием к выполнению данной операции послужило наличие у пациенток с генитальным пролапсом геморроя III-IV степени и выявление синдрома обструктивной дефекации.

Выбор метода обезболивания определялся, в первую очередь, соматическим статусом пациенток. Предпочтение отдавалось регионарной анестезии (93,5%) – СМА, ЭПА или их комбинации, как методам, сочетающим отличную анестезию, хорошую мышечную релаксацию, управляемую гипотонию (Шалаев О.Н., 2004).

С целью уточнения клинко-патогенетических механизмов возникновения осложнений хирургического лечения женщин с ОиВВПО нами был проведен анализ интра- и послеоперационных осложнений у обследованных пациенток в зависимости от отдела реконструкции.

Общее число интра- и послеоперационных осложнений превалировало в группах с полной реконструкцией тазового дна в сочетании с гистерэктомией при использовании сетчатых имплантатов за счет послеоперационных осложнений и при коррекции заднего отдела с помощью крестцово-остистой фиксации за счет интраоперационных осложнений.

Интраоперационные осложнения при использовании сетчатых и

бессетчатых технологий наблюдались в 7%. Из них стоит отметить такие как, ранение мочевого пузыря при проведении проводников и прямой кишки во время выполнения широкой диссекции и мобилизации тканей; патологическая кровопотеря при широкой диссекции и мобилизации тканей.

Из интраоперационных осложнений было отмечено ранение полых органов – 9 ранений мочевого пузыря, одно ранение прямой кишки. Интересно отметить, что ранение полых органов при использовании проводников (во второй группе) было только в двух случаях и только в переднем отделе. Важно отметить, что все осложнения были выявлены интраоперационно, с последующим ушиванием стенки мочевого пузыря и установки сетчатого имплантата без формирования свищей и развития иных осложнений. Остальные ранения произошли при выполнении кольпотомии. Ранение прямой кишки произошло при выполнении крестцово-остистой фиксации купола влагалища в момент мобилизации прямой кишки и ни в одном случае, при использовании проводников. При использовании «туннелирования» при выполнении диссекции задней стенки влагалища для последующего проведения сетчатого имплантата, ранение прямой кишки не выявлено ни в одном случае. «Туннелирование» передней стенки влагалища противопоказано у пациенток с тяжелой степенью пролапса передней стенки влагалища и рубцом после предшествующей кольпоррафии ввиду высокого риска ранения полых органов.

Таким образом, общее количество ранений полых органов при выполнении сетчатых и бессетчатых технологий равнозначно и составляет 2,3% в основном за счет переднего отдела, что сопоставимо с результатами иностранных исследований – 2-4% (NICE, 2008). Необходимо подчеркнуть, что данный тип осложнения не является mesh-ассоциированным, а связан с диссекцией тканей и проведением проводников.

Интраоперационная кровопотеря достоверно большей оказалась у пациенток, которым производили тотальную реконструкцию тазового дна с использованием сетчатых материалов в сочетании с гистерэктомией у 22 пациенток с распространенными формами наружного генитального эндометриоза, большими размерами матки или низким расположением миоматозных узлов.

Интересно отметить, что кровотечение из сосудов переднего отдела достоверно чаще наблюдалась у пациенток молодого возраста, у пациенток пожилого возраста – при выполнении задней реконструкции.

Интраоперационная кровопотеря при выполнении традиционных методик в переднем отделе значительно меньше (на 60%, за счет передней кольпоррафии) по сравнению с сетчатыми технологиями, используемыми для коррекции этого отдела. При выполнении паравагинальной реконструкции интраоперационная кровопотеря сопоставима с передним неофасциогенезом ($p > 0,05$). При отсутствии достоверной разницы, при крестцово-остистой фиксации кровопотеря на 5% выше по сравнению с коррекцией заднего отдела с использованием сетчатых имплантатов при проведении проводников через крестцово-остистую связку. По нашему мнению это объясняется необходимостью выделения крестцово-остистой связки для визуального контроля при проведении иглы через последнюю. Используя поперечный разрез задней стенки влагалища для проведения

инструмента через крестцово-остистую связку, мы выявили, что кровопотеря уменьшается с 300 до 50 мл (в среднем 70 мл). Минимальная кровопотеря (менее 50 мл) наблюдалась после задней кольпоперинеолеваторопластики. Кровопотеря при использовании сетчатых имплантатов повышается при коррекции переднего отдела за счет кровотечения из мелких ветвей obturatorных сосудов и варикозно-расширенных вен паравезикального пространства. Тяжесть пролапса гениталий не оказывала существенной разницы на развитие кровопотери. В ходе анализа установлены положительные корреляционные связи между объемом кровопотери и продолжительностью операции ($r=34$, $p<0,05$). Тотальная реконструкция тазового дна в сочетании с гистерэктомией увеличивала частоту осложнений в 1,5 раза.

Патологическая кровопотеря (более 500 мл) зафиксирована у 35 пациенток (7,5%). Гемотрансфузия потребовалась только 9 пациенткам (8,5% от общего количества патологической кровопотери): трем пациенткам при выполнении крестцово-остистой фиксации в сочетании с гистерэктомией, одной пациентке – при паравагинальной реконструкции и в пяти случаях полной реконструкции тазового дна в сочетании с гистерэктомией при использовании сетчатых материалов.

Таким образом, патологическая кровопотеря обусловлена нарушением техники операции, в том числе необходимостью широкой диссекцией тканей при кольпоррафии и широкой мобилизации тканей при выделении крестцово-остистой связки, наличием варикозно-расширенных вен стенки влагалища.

Ранние послеоперационные осложнения составили 9% от всех осложнений, в основном, за счет формирования гематом: в переднем отделе чаще при использовании сетчатых материалов, в заднем и апикальном отделе – при выполнении крестцово-остистой фиксации купола влагалища. Широкая диссекция тканей в переднем отделе при установке сетчатых имплантатов повышает риск ранения глуболежащих сосудов, кровотечение из которых сложно остановить интраоперационно. При последующей тугой тампонаде влагалища на сутки гематом, потребовавших опорожнения, не было.

Гематомы при реконструкции заднего отдела встречаются в два раза чаще, по-сравнению с передним отделом. Гематомы после выполнения крестцово-остистой фиксации наблюдались у 10 пациенток, у трех – после установки сетчатого имплантата. В двух случаях потребовалось опорожнение организовавшихся гематом после выполнения крестцово-остистой фиксации и в одном – после установки сетчатого имплантата для реконструкции заднего отдела. Ни в одном случае формирование гематом не послужило показанием для удаления сетчатого имплантата и не привело к септическим осложнениям.

Неврологические осложнения, связанные с транзиторными нарушениями чувствительности и двигательной активности, такие как нарушение чувствительности передней поверхности бедра и промежности достоверно чаще наблюдалось при сочетанном выполнении коррекции пролапса гениталий и уретропексии свободной синтетической петлей трансобтураторным доступом для коррекции стрессового недержания мочи ($p<0,03$). Данный вид осложнения в 1,5 раза чаще наблюдался при выполнении операции с использованием проводников

как в переднем, так и в заднем отделах, по-сравнению с бессетчатыми технологиями ($p < 0,05$).

В нашей работе не наблюдалось ни одного случая перевязки мочеточника или гидронефроза, как при выполнении заместительных технологий, так и без использования сетчатых имплантатов. Данный вид осложнения возможен при нарушении техники операции и перевязке мочеточника при выполнении крестцово-маточной фиксации, деформации стенки мочевого пузыря вблизи устья мочеточника при прошивании последнего во время выполнения передней и апикальной реконструкции тазового дна ввиду близости расположения мочеточника. При соблюдении техники операции, использовании подъемника для отведения задней стенки мочевого пузыря, пальпации мочеточника и его отведения при работе в «опасных» зонах, количество данного вида осложнений значительно снижается.

Нарушение чувствительности передней поверхности бедра и промежности в 1,5 раза чаще наблюдается при выполнении операции с использованием проводников как в переднем, так и в заднем отделах, особенно при сочетании с уретропексией трансобтураторным доступом. Боли в проекции крестца чаще наблюдаются после выполнения крестцово-остистой и крестцово-маточной фиксации купола влагалища по сравнению с проведением проводников через крестцово-остистую связку ($p < 0,05$). «Свисающая стопа» наблюдалась у одной пациентки. Данное осложнение развилось непосредственно после операции и было связано с временной компрессией бедренного и малоберцового нервов при укладке на операционный стол в литотомической позиции. В течение двух месяцев произошло самостоятельное восстановление функции и восстановление чувствительности.

Гипотония мочевого пузыря после коррекции переднего отдела тазового дна отмечена у двух пациенток после крестцово-остистой фиксации, у одной - после установки заднего имплантата, вероятнее всего, связанное с формированием гематом в области сакрального сплетения. У пяти пациенток гипотония мочевого пузыря наблюдалась после сочетанной уретропексии, что потребовало назначения специфической терапии и купировалось через 3 дня после возникновения осложнения.

Важно подчеркнуть, что все ранние осложнения не являются mesh-ассоциированными, связаны с нарушением техники операции, укладкой пациентки на операционном столе, неадекватным гемостазом, носили транзиторный характер и были обратимы, встречались в равной степени среди пациенток с и без использования сетчатых материалов.

Среди всех обследованных женщин поздние послеоперационные осложнения наблюдались 15,5%, большинство из которых - у пациенток второй группы ($p > 0,05$) за счет mesh-ассоциированных осложнений.

Среди нарушений тазовых функций, тесно связанных с пролапсом гениталий (85%, Попов А.А., 2001), необходимо отметить следующие: стрессовое недержание мочи, гиперактивный мочевой пузырь, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря; запоры, необходимость применения «ручного пособия» при нарушении опорожнения кишечника, недержание кала и газов.

Сохранение симптомов недержания мочи после коррекции пролапса гениталий и коррекции стрессового недержания мочи при использовании уретропексии свободной синтетической петлей трансобтураторным доступом наблюдалось в 3%. У этих пациенток при уродинамическом исследовании выявлено: максимальное давление закрытия уретры (МДЗУ) менее 45 см вод/ст ($p=0,01$). В последующем данное осложнение было устранено путем поаздилонной уретропексии. В 4% возникло стрессовое недержание мочи *de novo* у пациенток с тяжелой формой пролапса передней стенки (14 пациенток, $r=0,03$) и полным выпадением матки (у 5 пациенток). Выполнение кашлевой пробы после реконструкции стенок влагалища позволяет выявлять скрытую форму недержания мочи в 35% случаях. Устранение симптомов стрессового недержания мочи после выполнения реконструкции переднего отдела с использованием сетчатых материалов отмечено в 15%, а при использовании паравагинальной реконструкции – в 38% ($p<0,05$). Паравагинальная реконструкция тазового дна с и без использования сетчатого имплантата позволяет одновременно устранить гипермобильность уретры, ликвидируя таким образом клинические и доклинические проявления стрессового недержания мочи в половине случаев.

Гиперактивный мочевой пузырь *de novo* по данным нашего исследования выявлен у 10 женщин и чаще встречался среди пациенток после реконструкции заднего отдела (у 6 женщин), у пациенток с ранением мочевого пузыря ($r=0,03$).

В нашем исследовании не выявлено признаков недержания кала и газов после операции ни в одном случае, как при использовании сетчатых имплантатов, так и без заместительной хирургии. Вероятно, это связано с отсутствием нарушения повреждения анального сфинктера до операции и интраоперационно ($p<0,05$). Нарушение функции прямой кишки в виде неполного опорожнения, выявлено у двух пациенток (0,4%), не предъявлявших жалобы до операции. В одном случае оперативное лечение в объеме влагалищной экстирпации и установки тотального сетчатого имплантата было произведено по поводу неполного выпадения матки и стенок влагалища (III стадия по POP-Q). Необходимость «ручного пособия» и ощущение неполного опорожнения прямой кишки пациентка стала отмечать через 8 месяцев после операции. При этом повторного опущения задней стенки влагалища отмечено не было. Вторая пациентка – после реконструкции заднего отдела тазового дна по поводу ректоцеле III. В ходе исследования выявлена инвагинация слизистой прямой кишки с образованием «кармана», препятствующего нормальному акту дефекации. В последующем пациенткам была выполнена операция Лонго для резекции избыточной слизистой прямой кишки.

Учитывая, что основной причиной опущения стенок влагалища в репродуктивном возрасте является ДСТ, мы являемся сторонниками использования сетчатых имплантатов у данной категории пациенток. Ограниченное использование сетчатых имплантатов, особенно в молодом возрасте, продиктовано высоким риском развития mesh-ассоциированных осложнений, а именно, эрозий и неполного заживления слизистой влагалища (L.Brubaker, 2009). В связи с этим нам представлялось интересным провести спектральный анализ mesh-ассоциированных осложнений для последующей

выработки способов профилактики нарушений.

Согласно современной классификации mesh-осложнений по категории, времени и месту возникновения – CTS, предложенной Международным обществом недержания мочи и Международной ассоциацией урогинекологов и (ICS/IUGA, 2010), позволяющей суммировать все осложнения в коды и числовые обозначения, эти осложнения были разделены на местные, системные и осложнения связанные с повреждением окружающих тканей. Общее обозначение всех осложнений термином “эрозия” не всегда удовлетворяет клиническим требованиям и в настоящее время не используется.

Количество общих осложнений, связанных с установкой сетчатого имплантата, составило 12,4%. Из них осложнения, ограниченные влагалищной стенкой, составили 9,6% за счет сморщивания и сокращения в размере сетчатого имплантата, после отрыва от точек фиксации в поперечном направлении в переднем отделе (4%) и в поперечном направлении – в апикальном отделе (2,4%). Сморщивание протеза сопровождалось бессимптомным проявлением у 6 женщин; у одной пациентки сморщивание протеза в дистальном отделе сопровождалось явлениями диспареунии. Данный вид осложнений развился через 7-10 месяцев (T3) после операции и располагался латерально имеющемуся рубцу (S2). Прорастание сетки на поверхность влагалища в виде выбухания (экструзии) в 3,6% менее 1 см и у трех пациенток - более 1 см, протекавшее бессимптомно, в сочетании со сморщиванием протеза проявлялось в месте шва (S1) через 6 мес и более (T3). Появление сетки над поверхностью стенки, в сочетании с диспареунией, кровянистыми выделениями отмечалось у трех женщин и потребовало иссечения части сетчатого имплантата во всех случаях. Из осложнений, необходимо отметить 0,8% случаев выбухания сетки над поверхностью влагалищной стенки в месте шва (S1), развившихся через 4-5 мес после операции (T2) в апикальном отделе и потребовавшие хирургического удаления с последующим наложением швов и местного использования антибактериальных препаратов (в сравнении с данными Cosson M. (2007) – 3,1-13,3%). При этом пациентки предъявляли жалобы на выделения с неприятным запахом из половых путей, кровянистые выделения, а также болезненность при половом акте у одной пациентки. Хирургическое вмешательство было выполнено 9 женщинам с данным видом осложнения (3,2%) под местной и общей анестезией (в сравнении с данными C.R.Powell (2004) – в 6,6%).

Все случаи повреждения слизистой влагалища в результате прорастания сетки над поверхностью слизистой локализовались в куполе влагалища и на передней стенке. В ходе корреляционного анализа установлен клинко-патогенетический механизм формирования дефектов заживления слизистой влагалища у пациенток с предшествующими гематомами стенки влагалища ($r=0,02$), сопутствующей гистерэктомией ($p=0,008$) и сморщиванием имплантата ($r=0,1$). Формирование данного вида осложнений отмечено в промежутке времени от 4 до 24 месяцев. В ходе 6-летнего наблюдения самое позднее осложнение зафиксировано через 28 месяцев (по данным R.De Taugas (2006) - от 6 мес до 6 лет).

Интересно отметить, что количество mesh-ассоциированных осложнений с

использованием проводников напрямую зависит от совершенствования техники операции и характеристики сетчатого имплантата. Так, нами установлено снижение количества эрозий и неполного заживления слизистой в течение пяти лет с заметной регрессией этого показателя до 0,4% в последующих операциях.

Кроме того, учитывая то, что максимальное количество данных осложнений приходится на апикальный отдел и связано со сморщиванием имплантата, после дополнительной фиксации купола влагалища к крестцово-маточным связкам и адекватного расправления сетки нам удалось снизить количество осложнений в данном отделе с 6,2 до 0,4%. Дополнительная фиксация нижнего края имплантата к передней поверхности шейки матки при реконструкции переднего отдела позволила избежать сморщивания сетки в результате ее отрыва от точки фиксации и также снизить количество осложнений..

Таким образом, основное количество осложнений, связанных с установкой сетчатого имплантата, было обусловлено нарушением целостности влагалищной стенки вследствие выбухания сетки над ее поверхностью с перифокальным воспалением у 6 женщин (2,4%) и локализовалось в переднем и апикальном отделе тазового дна.

Наиболее значимыми факторами риска развития данного вида осложнений является: тяжелое течение пролапса гениталий, требующее полной реконструкции тазового дна с использованием большого количества сетчатого материала, сочетанная гистерэктомия, широкая диссекция тканей, патологическая кровопотеря, чрезмерное рассечение и иссечение слизистой влагалища, неправильный выбор сетчатого имплантата (качество, размер и форма), сморщивание протеза, отсутствие коррекции поперечных дефектов и фиксации купола влагалища.

По данным литературы, частота рецидивов при использовании традиционной передней кольпоррафии достигает 65,4 %, при использовании биологических материалов - 28,3 %, использование же синтетических материалов позволяет снизить их до 8-11 % (Young S.B. et al, 2007). В нашем исследовании количество рецидивов выявлено у 62 женщин (28%) в группе бессетчатых технологий в основном за счет переднего отдела и у 20 женщин (в 8%) - при использовании сетчатых технологий в основном, в переднем отделе.

Ранние проявления пролапса гениталий возникали через $5,7 \pm 4,5$ месяца после хирургической коррекции. Поздние проявления пролапса гениталий отмечали – через $38,4 \pm 3,2$ месяца.

Рецидивы пролапса гениталий чаще встречались у пациенток после неадекватной коррекции переднего отдела тазового дна (до 60% всех осложнений после передней кольпоррафии). При использовании сетчатых материалов эффективность операции повышалась в 3 раза.

Бесспорные анатомические результаты не всегда коррелируют с субъективными результатами (R.Rogers, 2007). В связи с этим мы проанализировали жалобы больных после операции и сравнили с объективными данными.

Динамика жалоб в пре- и послеоперационном периоде.

симптом		до операции	после операции			
			Исчезновение/ улучшение	Сохранение/ ухудшение	De novo	p
Нарушение функции мочевого пузыря		12	10	2	2	<0,05
	Чувство неполного опорожнения	50	9	1	2	
	Стрессовое недержание мочи	47	42	5	10	
	ГМП	55	33	22	22	
Нарушение функции прямой кишки		0/0				
	Констипация	33	22	11	2	
	Чувство неполного опорожнения и «ручное пособие»	55	55	0	0	
	Недержание кала и газов	0/0	0/0	0/0	0/0	-
Симптомы пролапса						
	Наличие грыжевого мешка	400	352	8	2	
	Боли внизу живота	222	222	0	3	
диспареуния		17	15	2	10	

При анализе жалоб больных до и после операции отмечено значительное улучшение симптомов. У женщин после использования заместительных технологий коррекции пролапса гениталий с использованием синтетического материала, отмечается достоверное уменьшение ($p < 0,05$) типичных для пролапса гениталий жалоб по сравнению с первой группой в связи с устранением грыжевого мешка, недержания мочи.

Значительное улучшение отметили 420 (89%) пациенток, из них 350 считали себя полностью излеченными благодаря уменьшению или полному исчезновению симптомов неполного опорожнения мочевого пузыря, недержания мочи. Наши данные сопоставимы с результатами других исследований, полученных ранее (Maher, 2004).

После проведенного хирургического вмешательства 10% были не удовлетворены наличием тех или иных видов нарушения мочеиспускания (императивные позывы – 32%, учащенное мочеиспускание – 25%, стрессовое недержание мочи – 25%, чувство неполного опорожнения – 18%), 3% – нарушением сексуальной функции, 2% – сохранением запоров и необходимостью «ручного пособия» при дефекации. В 15% пациентки связывали жалобы с появлением грыжевого мешка.

Чувство неполного опорожнения мочевого пузыря наблюдалось в группе пациенток после коррекции переднего отдела ($r = 0,23$), полной реконструкции

($r=0,28$) и заднего отдела в сочетании с апикальной коррекцией ($r=0,34$, $p=0,0055$) и не имело статистической разницы с и без использования синтетического имплантата ($p>0,05$).

Пять пациенток (6,2% от общего количества выполненной кольпоперинеолеваторопластики) после кольпоперинеолеваторопластики испытывали значительный дискомфорт при половой жизни, обусловленный резким сужением входа во влагалище, четыре пациентки предъявляли жалобы на сексуальный дискомфорт после полной реконструкции тазового дна, обусловленные укорочением длины влагалищной трубки (одна—после крестцово-остистой фиксации, одна пациентка после передней и задней кольпоррафии в сочетании с влагалищной гистерэктомией).

Существует мнение, что использование синтетических материалов в хирургической коррекции пролапса гениталий значительно снижает качество сексуальной жизни, способствует развитию диспареунии. Среди обследованных женщин лишь у двух пациенток после тотальной реконструкции тазового дна наблюдалось нарушение сексуальной функции (0,8%). При этом необходимо отметить, что качество сексуальной жизни улучшилось у 32 женщин, имевших те или иные нарушения до операции.

Выполнение передней и задней кольпоррафии и использование леваторопластики не оказывает существенного влияния на сексуальную жизнь в молодом возрасте, в пожилом возрасте на фоне атрофии слизистой влагалища диспареуния после выполнения леваторопластики увеличивается в 1,5 раза.

Для изучения субъективных показателей качества жизни у обследованных пациенток использовалась шкала Nottingham Health Profile (NHP), модифицированная для гинекологических больных. Состояние пациенток через два года после операции характеризовалось более высоким уровнем качества жизни по всем анализируемым параметрам.

После оперативного лечения показатели физической активности улучшились у пациенток обеих групп. Особенно наглядным ($p<0,05$) повышение физической активности отмечено у больных с нарушением функции мочевого пузыря и прямой кишки в предоперационном периоде за счет отсутствия выраженного дискомфорта, а также недержания мочи. Проведенное хирургическое лечение пролапса гениталий позволило улучшить эмоциональное состояние больных с 36-51 балла до операции, до 8,8-17,2 баллов после операции. Достоверное снижение показателей социальной изоляции произошло во всех группах ($p<0,05$).

Несмотря на высокую эффективность операции трансвагинальной установки сетчатого имплантата, считаем необходимым ее дальнейшее совершенствование.

На основании анализа возможных причин развития осложнений при трансвагинальной установке сетчатого имплантата, с целью их профилактики нами предложены приемы, позволяющие снизить количество сморщивания имплантата, дефектов слизистой влагалища при использовании сетчатого материала, рецидивов пролапса гениталий. Расправление сетки в куполе влагалища, дистальном отделе, а также сохранение вектора и длины влагалища позволят расширить показания к использованию сетчатой технологии в коррекции

пролапса гениталий у молодых женщин, руководствуясь принципом «первая операция – единственная и надежная».

I момент: для создания дополнительной опоры рукава протеза без натяжения сшиваются между собой подкожно над obturatorной сухожильной мембраной. II момент: с целью усиления фиксации купола влагалища, сохранения длины влагалища, снижения количества эрозий и уменьшения сморщивания сетки в куполе в случае выполнения гистерэктомии узкая перемычка между передним и задним отделами сетчатого имплантата дополнительно фиксируется и подтягивается в направлении крестца за счет нерассасывающегося шва, проведенного через крестцово-маточные связки, указанную перемычку сетчатого имплантата. III момент: при реконструкции заднего отдела тазового дна - дистальный конец заднего отдела протеза рассекается в виде «ласточкиного хвоста» на протяжении 5 см, после чего «дополнительные» дистальные рукава проводят за мышцей, поднимающей задний проход с двух сторон и выводят на промежность выше анального отверстия, тем самым усиливая конструкцию заднего отдела и препятствуя сморщиванию сетки в дистальном отделе.

С целью снижения рецидива цистоцеле при выраженной степени пролапса передней стенки влагалища необходимо осуществлять дополнительную фиксацию купола влагалища/шейки матки в направлении крестца путем фиксации к крестцово-маточным и/или крестцово-остистым связкам по методике топлифтинга.

С целью снижения количества рубцов на стенке влагалища и уменьшения диспареунии у молодых женщин необходимо выполнять «туннелирование» стенки влагалища. При этом предварительно проводят два поперечных разреза слизистой оболочки задней стенки влагалища: один - в области задней спайки и второй - отступив 3-4 см от наружного зева шейки матки; с помощью препаровочных ножниц формируют туннель посредством отсепаровывания тканей между ректовагинальной перегородкой и передней стенкой прямой кишки; через сформированный туннель осуществляют установку сетчатого имплантата.

По предложенной методике было оперировано 135 пациенток. Средний период наблюдения за пациентками составил $37 \pm 3,1$ месяца. Анализ операционных осложнений у этих пациенток не выявил ни одного случая поздних послеоперационных осложнений. Следует так же отметить, что у пациенток, которым выполняли неофасциогенез с использованием разработанных нами модификаций, не возникало типичных для пролапса гениталий жалоб в послеоперационном периоде, и не было отмечено рецидивов пролапса гениталий после хирургической коррекции.

При анализе выбора метода и объема оперативного вмешательства с течением времени, выполненного одним хирургом, нами было отмечено, что в обеих группах отмечалось изменение в сторону изолированной коррекции пораженного отдела и отказа от заместительной хирургии всех отделов. При использовании сетчатых технологий также отмечена тенденция в сторону изолированной коррекции пораженного отдела с обязательной фиксации шейки матки/купола влагалища к крестцово-маточным и крестцово-остистым связкам. Дополнительная фиксация купола влагалища/шейки матки к крестцово-маточным

и/или крестцово-остистым связкам позволила добиться лучшего анатомического результата и эффективности операции в 2,5 раза, увеличения длины влагалища и профилактики диспареуний, а также профилактики сморщивания имплантата в куполе влагалища.

Тенденция к изолированной коррекции пораженного отдела, дополнительного укрепления купола влагалища/шейки матки, ограниченное использование леваторопластики в качестве базовой операции для устранения ректоцеле продиктовано улучшением техники операции, накопленным опытом, повышением знаний в пространственной и динамической анатомии, патогенетического изучения выявленных осложнений и улучшением методов диагностики, которые позволяют выявить те или иные механизмы пролапса гениталий и способствуют ограничению использования сетчатых материалов, исключению «профилактической» реконструкции тазового дна, использованию патогенетически обоснованных операций.

Использование синтетических имплантатов требует дифференцированного подхода с учетом возраста, наличия факторов риска развития рецидивов пролапса гениталий, длительности течения и степени тяжести данного заболевания, а также наличия сопутствующей патологии органов малого таза. Использование синтетических материалов возможно после тщательного предоперационного обследования женщин для подтверждения необходимости использования данного метода.



Рис.1 Алгоритм выбора оперативного лечения пролапса гениталий (в скобках указано количество рецидивов пролапса гениталий (%) после хирургического лечения в проведенном исследовании).

Выводы:

1. Изолированный апикальный пролапс в виде неполного и полного выпадения матки в два раза чаще встречается в постменопаузальном возрасте и обусловлен наличием дефекта крестцово-маточно-кардинального комплекса. Изолированные формы цистоцеле и ректоцеле наиболее характерны для пациенток репродуктивного возраста и обусловлены дефектами тазовой фасции, как следствие травмы в родах. Тяжелая степень цистоцеле в 50% обусловлена наличием поперечного дефекта тазовой фасции и апикального пролапса как проявление дисплазии соединительной ткани.
2. Специфичность клинического исследования (POPQ) в отношении цисто- и ректоцеле у пациенток с неполным и полным выпадением матки составляет 35%, по сравнению с данными дополнительных методов инструментального обследования. Наиболее информативным методом в диагностике цистоцеле является трансперинеальное УЗИ (чувствительность – 97%,) в диагностике апикального пролапса – клиническое обследование (чувствительность – 100%), ректоцеле – динамическое МРТ (чувствительность - 83%, при контрастировании прямой кишки информативность метода увеличивается до 95%). Адекватная предоперационная диагностика позволяет снизить количество патогенетически-неоправданных операций, в том числе, с использованием синтетических материалов на 40%.
3. При использовании сетчатых технологий количество отдаленных положительных результатов хирургического лечения составило 92%, неудовлетворительных – 8%, что обусловлено наличием дефекта слизистой влагалища после установки сетчатого имплантата. Анатомическая эффективность операции при выполнении бессетчатых операций составила – 72%. Неудовлетворительные результаты связаны с высоким количеством рецидивов пролапса гениталий и стрессового недержания мочи. При этом в половине случаев пациентки удовлетворены результатами операции. Влагалищная гистерэктомия повышает риск развития постгистерэктомического пролапса: на 11% в апикальном отделе, на 20% в переднем отделе и на 30 % в заднем отделе; при этом недержание мочи увеличивается в три раза.
4. Состояние пациенток после операции характеризуется более высоким уровнем качества жизни по всем анализируемым параметрам: показатели физической активности улучшились у пациенток всех групп в основном за счет отсутствия выраженного дискомфорта, обусловленного до операции пролапсом гениталий. Проведенное хирургическое лечение пролапса гениталий позволило улучшить эмоциональное состояние больных с 36-51 балла до операции, до 8,8-17,2 баллов после операции.
При использовании сетчатых технологий в коррекции пролапса гениталий отмечено улучшение сексуальной жизни в 1,5 раза за счет устранения грыжевого мешка, тянущих болей в промежности и

коррекции стрессовой инконтиненции. Восстановление длины влагалища за счет дополнительного укрепления купола влагалища или шейки матки в апикальном отделе позволяет снизить количество диспареуний на 1/3.

5. Предлагаемые нами дополнительные хирургические приемы, используемые при трансвагинальной реконструкции тазового дна с использованием сетчатого имплантата у пациенток с высоким риском рецидива пролапса гениталий после экстирпации матки (патент на изобретение РФ N 2011154228): сшивание рукавов переднего отдела имплантата подкожно между собой в виде полуарок, фиксация перешейка имплантата к крестцово-маточным связкам, расправление дистального отдела имплантата – позволили уменьшить количество рецидивов и диспареуний, повысив эффективность операции до 100%.
6. Предлагаемый нами комплекс хирургических процедур, включающий выполнение дополнительной фиксации купола влагалища (патент на изобретение РФ N 2011154242) и/или шейки матки (патент на изобретение РФ N 2011154236) к крестцово-маточным и крестцово-остистым связкам у пациенток с опущением передней стенки влагалища, позволили снизить количество рецидивов пролапса гениталий и количества диспареуний за счет сохранения длины влагалища и расправления сетчатого имплантата в апикальном отделе.
7. Использование методики “туннелирования” стенки влагалища (патент на изобретение РФ N 2011154239), заключающийся в проведении сетчатого материала между задней стенкой влагалища и передней стенкой прямой кишки в сформированном туннеле через два поперечных разреза слизистой влагалища, позволяет снизить количество диспареуний вследствие отсутствия продольного рубца на слизистой влагалища.
8. Коррекция изолированной формы пролапса гениталий в виде неполного и полного выпадения матки после предварительного обследования и исключения цисто- и ректоцеле с помощью синтетической ленты, фиксирующей шейку матки к крестцово-маточным и крестцово-остистым связкам (патент на изобретение РФ N 2011154230), позволяет повысить эффективность, снизить количество используемых синтетических материалов, продолжить операции, снизить количество диспареуний, сохраняя при этом длину влагалища.
9. Предложенный алгоритм обследования позволяет дифференцировано подходить к выбору метода оперативного лечения. Комплекс профилактических мероприятий, выработанный на основе анализа осложнений, позволяет повысить эффективность оперативного лечения.

Практические рекомендации.

1. Эффективной операцией для лечения пролапса гениталий у пациенток с высоким риском развития рецидивов после экстирпации матки является техника экстраперитонеального неофасциогенеза с использованием сетчатого имплантата (патент на изобретение РФ 201154228), основанная на трехуровневой поддержке сетчатого имплантата к надежным структурам тазового дна. Использование способа лечения пролапса передней стенки влагалища у пациенток с сохраненной и удаленной маткой позволит снизить количество послеоперационных осложнений путем сохранения длины влагалища за счет фиксации шейки матки/купола влагалища (патент на изобретение РФ 201154236, 201154242). Дополнительная апикулярная поддержка позволяет снизить количество рецидивов при коррекции цистоцеле.

2. Сексуально активным пациенткам при коррекции пролапса гениталий рекомендуем использовать «легкую» сетку с диаметром пор не более 0,07 мм, поверхностной пористостью менее 40 г/м²), соответствующей формы и размера. С целью дополнительных мер по профилактике сексуальных нарушений рекомендуем использование модификаций классической операции с использованием трансвагинального проведения синтетического имплантата, направленных на расправление сетки и сохранение длины влагалища, с целью ограничения формирования рубца на задней стенке влагалища – метод «туннелирования» слизистой влагалища (патент на изобретение РФ 201154239).

3. С целью профилактики эрозий и неполного заживления слизистой влагалища рекомендуем ограничить рассечение и иссечение слизистой влагалища, ее натяжение, соблюдая технику установки имплантата, снизить патологическую кровопотерю, а также использовать «идеальный» имплантат, расправляя его во всех направлениях и ограничить количество неоправданных гистерэктомий.

4. Фиксация купола влагалища к крестцово-маточным и кардинальным связкам способствует уменьшению глубокого позадิมаточного пространства и снижению риска развития постгистерэктомического пролапса купола влагалища.

5. Органоуносящие операции при тяжелой степени пролапса гениталий должны выполняться только по строгим показаниям.

6. Выполнение комплексного исследования в предоперационном периоде у женщин с тазовой дисфункцией включает – клиническое обследование, заполнение картографии влагалища, опросников и дневников, промежностную и трансвагинальную ультразвуковую диагностику органов малого таза и тазового дна, комплексное уродинамическое обследование, магнитно-резонансную томографию органов малого таза и тазового дна в динамике.

7. Исключение ложноположительных диагнозов в отношении цисто- и ректоцеле позволяет лимитировать количество сетчатых материалов и выполнять реконструкцию всех отделов тазового дна, используя крестцово-

остистую фиксацию без и с проведением сетчатой ленты (патент на изобретение РФ 201154230).

Список работ, опубликованных по теме диссертации.

1. В.Е. Радзинский, О.Н. Шалаев, Н.Д. Плаксина, А.М. Петров, Г.Ф. Тотчиев, Е.И. Колесникова, Л.Я. Салимова. Эффективность сочетанных и симультанных операций в гинекологии.// Материалы X Российского форума “Мать и дитя”. – М., 2006. – С. 391.
2. О.Н.Шалаев, В.Е. Радзинский, Н.Д. Плаксина, В.А.Бабаев, Е.И. Колесникова, Л.Я. Салимова. Фиксация влагалища к крестцово-остистой связке как профилактика рецидива генитального пролапса.//Вестник Российского университета дружбы народов. – М. - 2006. – С. 17-18.
3. В.Е.Радзинский, О.Н.Шалаев, Н.Д.Плаксина, Л.Я.Салимова, Е.И.Колесникова, К.В.Войташевский. Опыт реконструкции тазового дна при генитальном пролапсе с использованием системы Prolift®.// Журнал акушерства и женских болезней, специальный выпуск, том LV. – Санкт-Петербург. – 2006. – С.84.
4. Радзинский В.Е., Шалаев О.Н., Плаксина Н.Д., Погасов А.Г., Колесникова Е.И., Салимова Л.Я., Тотчиев Г.Ф., Бабаев В.А. Первый клинический опыт использования системы Пролифт® для реконструкции тазового дна при хирургическом лечении опущения и выпадения внутренних половых органов // Акуш. и гинек.- 2007. - № 2- С. 61 – 63.
5. Радзинский В.Е., Шалаев О.Н., Царьков П.В., Озова М.М., Салимова Л.Я., Чечнева М.А., Оленев А.С., Кондакова Т.А. Реконструкция тазового дна при полном выпадении матки с использованием сетчатого имплантата у пациентки с экстрофией мочевого пузыря.// Вестник Российского университета дружбы народов. – М. - 2007.- N.5 - С. 253-256.
6. Шалаев О.Н., Плаксина Н.Д., Салимова Л.Я., Озова М.М., Оленев А.С., Войташевский К.В., Кондакова Т.А. Опыт реконструкции тазового дна при пролапсе тазовых органов с использованием системы PROLIFT® // Вестник Российского университета дружбы народов. – М. - 2007.- N.5 - С. 267-270.
7. В.Е.Радзинский, О.Н.Шалаев, Л.Я.Салимова, М.М.Озова, А.С.Оленев. Опыт использования синтетического имплантата системы Пролифт® у женщин моложе 40 лет.//Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. – Москва. – 2007 - С.365-367.
8. О.Н.Шалаев, В.Е.Радзинский, Н.Д.Плаксина, Л.Я.Салимова, М.М.Озова, А.С.Оленев. Осложнения после трансвагинального экстраперитонеального неофасциогенеза с использованием системы Пролифт®.// Журнал акушерства и женских болезней, специальный выпуск, том LV. – Санкт-Петербург. – 2007. – С.87.
9. Шалаев О.Н., Радзинский В.Е., Озова М.М., Салимова Л.Я., Плаксина Н.Д., Белковская М.Э., Оленев А.С. Опыт реконструкции тазового дна у

- женщин репродуктивного возраста с использованием синтетического имплантата // Акуш. и гинек.- 2008. - № 1- С. 63 – 65.
10. О.Н.Шалаев, В.Е.Радзинский, П.В.Царьков, М.М.Озова, Л.Я.Салимова, М.А.Чечнева, Е.Г.Кудинова, Г.Ф.Тотчиев, А.С.Оленев. Экстрофия мочевого пузыря и полное выпадение матки. Реконструкция тазового дна с использованием сетчатого имплантата.// Акушерство и гинекология. – М. - 2008. – №5. – С.55-57.
 11. О.Н. Шалаев, В.Е.Радзинский, П.В. Царьков, Д.Н. Субботин, Л.Я.Салимова, М.М.Озова, Т.Б.Васильева, А.Н.Овчинникова. Реконструкция тазового дна с использованием сетчатого импланта. Интегральный подход // Материалы I международной конференции по торако-абдоминальной хирургии. – М. -2008.- стр. 60.
 12. В.Е.Радзинский, Л.Я.Салимова, Д.Н.Субботин, А.Н. Овчинникова. Осложнения лечения пролапса тазовых органов с использованием системы PROLIFT® // Материалы Международного конгресса дисфункции тазового дна женщин, Москва, 8-9 апреля 2008. «Российский вестник акушера-гинеколога, спецвыпуск». – М. – 2008 – С.66.
 13. О.Н.Шалаев, В.Е.Радзинский, П.В.Царьков, Л.Я.Салимова, Н.Д.Плаксына, М.М. Озова, А.Н.Овчинникова, Т.А.Игнатенко. Синтетические имплантаты в перинеологии репродуктивного возраста. // Материалы международного конгресса «Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний» - М. – 2008.- С. 214.
 14. О.Н. Шалаев, Л.Я. Салимова, К.В.Войташевский, М.М. Озова, Н.Ч.Фарзалиева, Т.В.Игнатенко. Влагалищная хирургия – возрождение на современном этапе. // Материалы международного конгресса «Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний» - М. – 2008.- С. 217-218.
 15. О.Н.Шалаев, Л.Я.Салимова, М.М.Озова, Д.Н.Субботин, К.В. Войташевский, Т.Б.Васильева, Н.Ч.Фарзалиева. Осложнения трансагинального экстраперитонеального неофасциогенеза в лечении пролапса тазовых органов // Материалы международного конгресса «Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний» - М. – 2008.- С. 189-190.
 16. Радзинский В.Е., Шалаев О.Н., Плаксына Н.Д., Салимова Л.Я., Озова М.М., Оленев А.С. Влагалищная гистерэктомия у пациентки после семи чревосечений // Вест. Российского университета дружбы народов. – Серия медицина (акуш. и гинек.). – М. - 2008.- N 7. – С.77-79.
 17. Шалаев О.Н., Салимова Л.Я., Озова М.М., Войташевский К.В., Н.Ч. Фарзалиева, Т.Б. Васильева, А.В. Овчинникова Повышение эффективности реконструктивно-пластических операций у молодых женщин с пролапсом гениталий // Вестник Российского университета дружбы народов. – Серия медицина (акуш. и гинек.). – М. - 2008. - №7. – С.55-58.

18. Радзинский В.Е., Шалаев О.Н., Озова М.М., Салимова Л.Я., Субботин Д.Н., Васильева Т.Б. Реконструкция тазового дна у женщин репродуктивного возраста с использованием сетчатого имплантата. // Материалы Второго Международного конгресса по репродуктивной медицине «Репродуктивное здоровье семьи». – М. – 2008. – С. 306-307.
19. LYa Salimova, ON Shalaev, MM Ozova, TA Ignatenko, TB Vasilyeva, AN Ovchinnikova. Experience of pelvic floor reconstructive surgery using TVM technology in young women (less than 40 years). //10th AAVIS Annual Scientific Meeting. International Pelviperineology Congress. AAVIS-ICOPF-IPFDS Joint Meeting (Padua-Venice. Italy) - September 30th - October 4th 2008. – P.39.
20. LYa Salimova, ON Shalaev, ND Plaksina, MM Ozova, KV Voytashevsky, TA Ignatenko. Transvaginal extraperitoneal neofasciogenesis in pelvic floor reconstruction.//10th AAVIS Annual Scientific Meeting. International Pelviperineology Congress. AAVIS-ICOPF-IPFDS Joint Meeting (Padua-Venice. Italy) - September 30th - October 4th 2008. – P.39.
21. V.Radzinsky, O.Shalaev, L.Salimova, T.Ignatenko. Transvaginal extraperitoneal neofasciogenesis: the modern controversics at pelvic floor surgery.//The 11 th world congress on Controversies in Obstetrics, Gynecology & Infertility (COGI) – Paris. - November 27 - 30, 2008. – P.
22. O.N. Shalaev, L.Y. Salimova, T.A. Ignatenko. Improving the efficiency of the TVM procedure.//11th AAVIS annual scientific meeting. International pelviperineology conference (July 30-August 1, 2009) – Noosa. – Australia. – P.70.
23. L.Y. Salimova, V.Y.Radzinsky, O.N. Shalaev, T.A. Ignatenko. The extraperitoneal neofasciogenesis as pathogenetic surgical treatment in young women with high risk of POP.//11th aavis annual scientific meeting. International pelviperineology conference (July 30-August 1, 2009) – Noosa. – Australia. – P.79.
24. O.N. Shalaev, V.Y.Radzinsky, L.Y. Salimova, T.A. Ignatenko. Reconstraction of pelvic floor using synthetic mesh in woman with bladder exstrophy and total uterine prolapse.//11th aavis annual scientific meeting. International pelviperineology conference (July 30-August 1, 2009) – Noosa. – Australia. – P.80-81.
25. 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., № 5, 2009г.- С.- 64.
26. Salimova LY, Shalaev ON, Ozova MM, Ignatenko TA, Subbotin DN The extraperitoneal neofasciogenesis efficiency in genital prolapsed treatment at high relapse group. // 8th Congress of the European Society of Gynecology (September 10-13, 2009) – Rome. – 2009. – P.298.
27. Shalaev ON, Radzinsky VE, Salimova LYa, Ignatenko TA. Vaginal surgery possibilities at the present stage. // 8th Congress of the European Society of Gynecology (September 10-13, 2009) – Rome. – 2009. – P.304.

- 28.Шалаев О.Н., Радзинский В.Е., Салимова Л.Я., Игнатенко Т.А., Озова М.М., Субботин Д.Н. Эффективность экстраперитонеального неофасциогенеза в лечении пролапса гениталий у женщин с высоким риском развития рецидивов. // Материалы X Юбилейного Всероссийского научного форума «Мать и Дитя» (Москва, 29 сентября-2 октября 2009 г.) – М., 2009. – С.443-444.
- 29.O. Shalaev, L. Salimova, T. Ignatenko. The extraperitoneal neofasciogenesis as pathogenetic surgical treatment in high risk genital prolapse group.// XIX FIGO World Congress of Gynecology and Obstetrics. International Journal of Gynecology and Obstetrics, Volume 107, Supplement 2 – Cape Town, 2009. – P.S593.
- 30.В.Е.Радзинский, В.Д. Петрова, Л.Я.Салимова, О.А.Демина, Р.Н.Строни, Ф.А.Паенди, Ю.А.Березовская. Коррекция пролапса гениталий с использованием синтетического имплантата Пелвикс.//Журнал акушерства и женских болезней, выпуск 5, том LVIII. – Санкт-Петербург. – 2009. – С. М43-44.
- 31.Шалаев О.Н., Салимова Л.Я., Субботин Д.Н., Игнатенко Т.А. Экстраперитонеальный неофасциогенез в коррекции пролапса гениталий.// Материалы Всероссийской конференции с международным участием «Охрана репродуктивного здоровья – будущее России» - Белгород – 2010. – С.128-130.
- 32.Шалаев О.Н., Салимова Л.Я., Игнатенко Т.А. Методы обследования пациенток с тазовой дисфункцией. // Материалы Всероссийского конгресса «Амбулаторно-поликлиническая практика – новые горизонты» (Москва, 29 марта – 2 апреля 2010 г.) – М., 2010. – С.350-351.
- 33.Шалаев О.Н., Салимова Л.Я., Игнатенко Т.А. Методы объективизации в перинеологии. // Материалы XXIII Международного конгресса с курсом эндоскопии «Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний» – М., 2010. – С.122.
- 34.Радзинский В.Е., Шалаев О.Н., Игнатенко Т.А., Салимова Л.Я., Погасов А.Г. Предоперационное обследование женщин с дисфункцией тазового дна в выборе тактики хирургического лечения. // Материалы Международной научно-практической конференции «Современные подходы к диагностике и лечению патологии тазового дна» (Нижний Новгород, 15-16 июня 2010 г.) – НН., 2010. – С.15-20.
- 35.Салимова Л.Я., Шалаев О.Н., Игнатенко Т.А., Субботин Д.Н., Плаксина Н.Д., Шкарупа Д.Н. Профилактика и лечение эрозий слизистой влагалища в хирургии пролапса гениталий.// Материалы Международной научно-практической конференции «Современные подходы к диагностике и лечению патологии тазового дна» (Нижний Новгород, 15-16 июня 2010 г.) – НН., 2010. – С.21-29.
- 36.Шалаев О.Н., Салимова Л.Я., Игнатенко Т.А., Субботин Д.Н., Шкарупа Д.Н. Система трехуровневой коррекции пролапса гениталий в профилактике mesh-осложнений. // Материалы Международной научно-практической конференции «Современные подходы к диагностике и

- лечению патологии тазового дна» (Нижний Новгород, 15-16 июня 2010 г.) – НН., 2010. – С.40-49.
- 37.Шалаев О.Н., Салимова Л.Я., Игнатенко Т.А. Методы обследования пациенток с тазовым пролапсом. // Материалы IV Регионального научного форума «Мать и Дитя» (Екатеринбург, 28-30 июня 2010 г.) – Е., 2010. – С.327-328.
 - 38.Шалаев О.Н., Салимова Л.Я., Игнатенко Т.А. Способы профилактики mesh-осложнений в коррекции генитального пролапса. // Материалы IV Регионального научного форума «Мать и Дитя» (Екатеринбург, 28-30 июня 2010 г.) – М., 2010. – С.328.
 - 39.L.Salimova, O.Shalaev, V. Radzinsky, T.Ignatenko. Averting, management mesh complications at young women with high relapse risk of pelvic organs prolapse. // Joint annual meeting of the International Continence Society and International Urogynecological Association – Canada, Toronto, 23-27 August, 2010 – P. 686.
 - 40.O.Shalaev, L.Salimova, T.Ignatenko. Pelvic dysfunction patients' inspection methods. // Joint annual meeting of the International Continence Society and International Urogynecological Association – Canada, Toronto, 23-27 August, 2010 – P. 946.
 - 41.O.Shalaev, L.Salimova, T.Ignatenko. New mesh against complications. // Joint annual meeting of the International Continence Society and International Urogynecological Association – Canada, Toronto, 23-27 August, 2010 – P. 1239.
 - 42.Радзинский В.Е., Петрова В.Д., Хамошина М.Б., Салимова Л.Я., Руднева О.Д., Архипова М.П., Строни Р. Восстановительная терапия пациенток после влагалищных пластических операций при пролапсе гениталий. //Вопросы акушерства, гинекологии и перинатологии. – М. – 2010. – том 9- №5. – С.40-46.
 - 43.L.Salimova, O.Shalaev, V. Radzinsky, T.Ignatenko, N.Plaksina. Different ways to prevent mesh complications in young women with POP. // The 13th World Congress on Controversies in Obstetrics, Gynecology & Infertility (COGI) – Germany, 4-7 November 2010 – P. A-19.
 - 44.O.Shalaev, V.Radzinsky, L.Salimova, N.Plaksina, T.Ignatenko, D.Shkarupa. In TVM efficiency improvement search. // The 13th World Congress on Controversies in Obstetrics, Gynecology & Infertility (COGI) – Germany, 4-7 November 2010 – P. A-19.
 - 45.О.Н. Шалаев, В.Л.Я Салимова, О.Г. Тверитинова, Т.А Игнатенко. Актуальные вопросы урогинекологии XXI века. // Вестник «МЕДСИ». – 2010.- N 9. – С.25-31.
 - 46.О.Н. Шалаев, В.А. Иванов, Б.А. Константинов, Л.Я Салимова, Т.А Игнатенко. Опыт сочетанной операции у пациентки с выраженной взаимоотноотягающей кардиологической и гинекологической патологией. // Вестник «МЕДСИ». –2011.- N 10. – С.56-59.
 47. L.Salimova, O.Shalaev, T.Ignatenko, N.Plaksina. Preventive Measures and Treatment of Vaginal Erosions in Pelvic Organ Prolapse (POP) Surgery. // 3rd

- International Ankara Urogynecology Congress with applied Pelvic Anatomy Course – Ankara, Turkey, 4-6 February, 2011 – P.35-36.
- 48.Шалаев О.Н., Салимова Л.Я., Плаксина Н.Д., Игнатенко Т.А. Влагалищная хирургия. Естественный доступ. Широкие возможности. // Вестник Российского университета дружбы народов. – Серия «Медицина» (акуш. и гинек.). – М., 2011. - №1. – С.55-58.
 - 49.. Averting and management vaginal mucosa erosions after mesh-surgery in POP treatment. // 36th annual meeting of the International Urogynecological Association – Lisbon, Portuguese, 28 June-2 July, 2011 – P. 398.
 - 50.O.Shalaev, L.Salimova, T.Ignatenko. Three-level support system in POP treatment. // 36th annual meeting of the International Urogynecological Association – Lisbon, Portuguese, 28 June-2 July, 2011 – P. 389.
 - 51.L.Salimova. Collagen against vaginal wall erosions after mesh surgery. // 41st annual meeting of the International Continence Society – Glasgow, United Kingdom, 29 August-2nd September, 2011 – P. 829.
 - 52.O.Shalaev, V.Radzinsky, L.Salimova, N.Plaksina, T.Ignatenko, D.Shkarupa. In TVM efficiency improvement search. //
 - 53.L.Salimova, O.Shalaev, V.Radzinsky, T.Ignatenko, F.Eseneeva, E.Ordiyanc, S.Parsadanyan, R.Omarova. Three points of reliable anchor of the mesh in POP surgery. // The 15th World Congress on Controversies in Obstetrics, Gynecology & Infertility (COGI) – Hainan, 8-11 December 2011 – P. A-21-22.
 - 54.Радзинский В.Е., Шалаев О.Н., Дурандин Ю.М., Токтар Л.Я., Салимова Л.Я., Семятов С.Д. Перинеология. Опушение и выпадение половых органов. Учеб. пособие. – М.: РУДН, 2008. – 256 с.: ил.

«Хирургическое лечение пролапса гениталий влагалищным доступом».

Салимова Лейла Яшар кызы (Россия)

Работа посвящена улучшению результатов хирургического лечения генитального пролапса.

Целью настоящей работы явилось улучшение результатов хирургического лечения больных с пролапсом гениталий на основе анализа осложнений и создания алгоритма дифференцированного подхода к оперативному лечению.

Определен клинико-патогенетический механизм формирования пролапса гениталий у пациенток различных возрастных периодов в зависимости от отдела поражения. Определена ключевая роль апикальной поддержки тазового дна.

На основании углубленного обследования и анализа причин развития рецидива пролапса гениталий определена необходимость апикальной поддержки в реконструкции тазового дна.

Определена диагностическая значимость и показания к применению различных методов исследования (ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза и тазового дна, комплексное уродинамическое исследование (КУДИ), динамическая магнитно-резонансная томография (МРТ) органов малого таза и тазового дна) у больных с простыми и осложненными формами пролапса гениталий.

Изучены ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения пролапса гениталий с и без использования сетчатых технологий.

Разработаны и усовершенствованы отдельные хирургические приемы, способствующие снижению послеоперационных осложнений, в том числе у молодых пациенток.

Разработанный алгоритм диагностики, основанный на предоперационном анализе выявленных нарушений, оценке субоптимальных результатов лечения, позволил обосновать дифференцированный подход к профилактике и лечению женщин с пролапсом гениталий.

Результаты исследования показали, что при использовании патогенетически обоснованной операции эффективность операции достигает 98%.

The work is dedicated to improvement surgical treatment of the pelvic organs prolapse.

We analysed the result of POP surgery, postoperative complications, and improved our surgical treatment using different modifications of the operation.

The diagnostic importance and indications to application of various methods of research for pelvic organs prolapse is defined.

The pathogenesis of the POP at patients of the various age periods is defined. The apex of the vagina is the most important strcture in the pelvic floor support. We suggest to use the apical support in pelvic floor reconstruction to prevent reccurence of the pelvic prolapse.

New criteria of the evaluation of postoperative results were developed. Significant factors for POP surgery complications: inadequate preoperative diagnostics and unreasonably total replaceable correction, concomitant hysterectomy, deep dissection, pathological hemorrhage, excessive vaginal mucous section and excision, wrong mesh choice (quality, size, form), implant shrinkage. When some surgeons oppose using mesh in young women the first thing they consider is high risk of postoperative dyspareunia.

New methods of a surgical treatment of genital prolapse were described. For POP surgery results improvement we modified classic total TVM technology with additional fixing points in all mesh parts. We gave the pathogenic motivation for the efficiency of the POP surgery modifications. To limit mucous section we make tunnel for mesh under recto-vaginal fascia after transverse distal incision which avoid incision of the virginal wall and as a result we have a relatively low dyspareunia rate.

Our results have shown that the efficiency of well-founded and pathogenetic operation reaches 98 %.