

(полный эффект), 3 (42%) пациентки отмечали отсутствие эффекта сразу после введения и через 1 мес., возможно, связанного с тяжелой степенью НМ и выраженным опущением стенок влагалища. Во второй группе пациенток со смешанным НМ через 1 год после введения улучшение отметили 3 (75%) из 4, одной (25%) из которых было проведено повторное введение «Уродекса» для коррекции единичных эпизодов НМ. А у 1 (25%) из 4 женщин сразу после введения эффект отсутствовал. С нашей точки зрения, это было связано с сопутствующим неврологическим заболеванием (рассеянным склерозом).

Анализируя показания анкеты Кинга и опросников PGI-S и PGI-I, отмечено значительное улучшение качества жизни, объем остаточной мочи не превышал 50 мл.

По данным 3-мерного УЗИ мочевыводящих путей после введения «Уродекса» — отмечено

в месте введения, а именно в парауретральной области, увеличение объема объемообразующего средства, предположительно за счет синтеза собственных коллагеновых волокон, создающих дополнительную механическую компрессию средней трети уретры и анатомическую коррекцию внутреннего сфинктера уретры.

Осложнений не было ни в одном случае.

Заключение

Таким образом, объемообразующее средство «Уродекс» обладает хорошей толерантностью в месте введения, не вызывает значительных побочных эффектов. Данное средство является приемлемым имплантатом для клинического применения посредством периуретральных инъекций для лечения стрессового компонента НМ у женщин.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ВЫРАЖЕННЫХ ПРОЯВЛЕНИЯХ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ

© В. В. Бахаев, В. Э. Горин, В. Э. Гюнтер, Л. М. Грачева,
В. А. Григорьев, Ю. Б. Развозжаев, Е. Л. Бахаева

Кафедра акушерства и гинекологии ГОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей Росздрава», Новокузнецк, Россия

Актуальность проблемы

Выраженные и сложные формы пролапса гениталий (ПГ) у женщин часто сопровождаются дисфункцией мочевого пузыря, прямой кишки и сексуальной жизни, что отрицательно сказывается на качестве их жизни. Однако частота и вид функциональных нарушений органов малого таза при ПГ недостаточно изучены, часто не учитываются при выборе метода лечения, что отрицательно сказывается на конечном результате реабилитации.

Материал и методы

За период 1991–2007 годов под нашим наблюдением находились 556 больных с простыми и осложненными формами ПГ III–IV степени. Всем им проведено оперативное лечение. Обследование больных включало стандартное клинико-лабораторное обследование, уродинамические и проктологические методы исследования, пробы на денервацию, прогностические способы исследования («стресс-пробы»), вагинодинамическое исследование, УЗИ, спиральную компьютерную томографию, «опросники» качества жизни, консультацию узких специалистов (уролог, про-

ктолог, гастроэнтеролог и т. д.) При определении степени ПГ использовали разработанную нами рабочую классификацию ПГ (Бахаев В. В., 2008).

Результаты

Возраст пациенток с ПГ колебался от 25 до 78 лет и составил в среднем $53,3 \pm 11,3$ года. Минимальная частота ПГ отмечена в возрасте 25–30 лет и составила 2,0%. С увеличением возраста наблюдался рост частоты ПГ до 17,3% в 56–60 лет. Затем частота ПГ снижалась и после 70 лет составляла не более 5,8%.

Средняя длительность заболевания составила $7,7 \pm 6,8$ года. Установлено, что только четвертая часть больных с тяжелыми и осложненными формами ПГ обращаются за хирургической помощью в первые 3 года заболевания. Примерно половина больных ПГ обратилась за оперативной помощью при продолжительности заболевания 6 лет и более, когда уже произошли серьезные дистрофические процессы в мышечно-фасциальных структурах малого таза.

Известно, что ПГ чаще встречается в постменопаузе. Среди 556 пациенток 341 (61,3%) находились в постменопаузе, а 127 (22,8%) в пре-

менопаузе. Тяжелые степени ПГ наиболее часто встречались при длительности постменопаузы от 4 до 20 лет.

Соматически здоровых женщин было 130 (24,1%). Патология имела сочетанный характер. В среднем на 1 пациентку с ПГ приходилось 2,9 нозологических форм заболеваний. Практически каждая третья больная ПГ имела хроническое повышение внутрибрюшного давления (ожирение — 33,3%; хронический колит — 23,0%; заболевания легких — 7,3%), а относительные признаки дисплазии соединительной ткани (хроническая венозная недостаточность — 59,4%; нефроптоз и грыжи — 15,3%) — каждая вторая.

При выяснении причины ПГ установлено, что ведущими являются травма тазового дна — 63,3% и гипозэстрогения — 61,3%. Тяжелый физический труд отмечен в 46,9%, хронически повышенное внутрибрюшное давление — в 32,9%. Часто причин было несколько. Так, на каждую больную приходится в среднем 2,18 причины возникновения ПГ. Только у 13 (2,4%) больных ПГ причину установить не удалось.

Основным механизмом повреждения тазового дна был родовой травматизм. В целом на каждую пациентку с травмой тазового дна пришлось 1,8 видов травмы. Из всех обследованных женщин у 3 отсутствовали роды, однако у них были беременности, закончившиеся абортми. И только у 1 пациентки вообще не было беременностей. При этом число родов и абортов в анамнезе не определяло выраженность ПГ.

На основании имеющихся признаков ПГ у обследованных нами больных установлена степень выраженности ПГ. Все больные имели III и IV степени ПГ (74,5% и 25,5% соответственно). Простая форма ПГ имела у 10,1% и осложненная — у 89,9% женщин. Дисфункция мочевого пузыря (ДМП) составила 74,6%, дисфункция прямой кишки (ДПК) — 36,9%, сексуальная дисфункция (СД) — 37,4%. Дисфункции без сочетания друг с другом имелись у 43,7% больных ПГ: ДМП — 30,8%, ДПК — 5,9%, СД — 7,0%. У другой половины больных имелось несколько дисфункций.

Сочетание двух видов дисфункций отмечено у 33,5% больных ПГ (ДМП с ДПК — 15,8%; ДМП с СД — 15,3%; ДПК с СД — 2,3%). Сочетание трех видов дисфункций имели 12,8% обследованных.

При детализации ДМП установлено, что частота недержания мочи при напряжении (НМПП) в чистом виде составляет 10,8%, гиперактивный мочевой пузырь (ГАМП) — 9,2%, комбинированная форма недержания мочи (КФНМ) — 27,2%, обструктивное нарушение мочеиспускания — 27,5%. При изучении ДПК установлено, что хронические запоры (спастические и паралитические) отмечали 26,4%, а на недержание газов, кала и каломазание — 23,4% обследованных женщин.

Среди симптомов сексуальной дисфункции наиболее частыми были «хлопанье воздуха» — 49,7% и глубокая диспареуния — 48,2%. На затруднения при половой близости указывали 34,6%, снижение либидо — 21,5%, невозможность половой жизни — 15,7%, поверхностную диспареунию — 7,9%. В 26,2% случаев, указывая на наличие сексуальной дисфункции, пациентки затруднились конкретизировать вид дискомфорта.

Заключение

Полученные нами результаты оперативного лечения ПГ показали, что даже после стандартной передней пластики без использования имплантатов обструктивное нарушение мочеиспускания удается устранить в 98,6% случаев. Таким образом, причиной обструктивного НМ являлся ПГ. Следовательно, применение общего понятия ДМП и выделение в отдельную группу обструктивного НМ является тактически правильным.

Отсутствие половой жизни у обследованных женщин с ПГ, не связанное с сексуальной дисфункцией, было у 148 (26,6%) из 556 женщин. Поэтому истинной сексуальной дисфункцией страдали 198 (48,4%) из 409 сексуально активных женщин. Следовательно, этот вид дисфункции имеет право на место в классификации ПГ и не должен игнорироваться при оценке эффективности оперативного лечения.

РАБОЧАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ У ЖЕНЩИН

© В. В. Бахаев, В. С. Горин, П. П. Салов, Л. А. Луцик

Кафедра акушерства и гинекологии ГОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей Росздрава», Новокузнецк, Россия

Актуальность проблемы

Несмотря на высокую распространенность пролапса гениталий (ПГ) у женщин и повы-

шенный интерес исследователей к решению данной проблемы по настоящее время отсутствует единая классификация этого заболе-