

выявил достоверных изменений.

При сравнительном анализе генотипов полиморфизма TMD гена ACE, гена AGT2R1 и гена NO-синтетазы у женщин с контролируемой и неконтролируемой артериальной гипертензией получены следующие результаты, приведенные в табл. 3.

Далее мы рассмотрели выявляемость тех же генотипов у мужчин с контролируемой и неконтролируемой артериальной гипертензией (табл. 4).

Таблица 3

Частота распределение генотипов у женщин с контролируемой и неконтролируемой артериальной гипертензией

	Женщины		
	Генотип	Контролируемая АГ	Неконтролируемая АГ
Ген ACE	II	22% (4 чел)	57% (8 чел)
	ID	61% (11 чел)	28% (4 чел)
	DD	17% (3 чел)	14% (2 чел)
Ген AGT2R1	AA	22% (4 чел)	28% (4 чел)
	AG	67% (12 чел)	57% (8 чел)
	GG	11% (2 чел)	14% (2 чел)
Ген e-NOS	aa	11% (2 чел)	14% (2 чел)
	ab	61% (11 чел)	57% (8 чел)
	bb	28% (5 чел)	28% (4 чел)

Таблица 4

Частота распределение генотипов у мужчин с контролируемой и неконтролируемой артериальной гипертензией

	Мужчины		
	Генотип	Контролируемая АГ	Неконтролируемая АГ
Ген ACE	II	25% (6 чел)	55% (8 чел)
	ID	58% (14 чел)	35% (4 чел)
	DD	17% (4 чел)	10% (2 чел)
Ген AGT2R1	AA	83% (20 чел)	65% (4 чел)
	AG	-	35% (8 чел)
	GG	17% (4 чел)	-
Ген e-NOS	aa	-	-
	ab	42% (10 чел)	40% (8 чел)
	bb	58% (14 чел)	60% (4 чел)

При анализе распределения генотипов полиморфного маркера ACE у женщин, в зависимости от контролируемости артериальной гипертензии, были обнаружены достоверные различия. Установлено, что генотип ID у женщин с контролируемой артериальной гипертензией встречается чаще – в 61% случаев, в то время как у женщин с неконтролируемой артериальной гипертензией достоверно чаще встречается генотип II – в 57% случаев. Анализируя распределение генотипа AGT2R1 и eNos в зависимости от контролируемости такой зависимости выявлено не было. При исследовании гена AGT2R1 у женщин, больных артериальной гипертензией отмечалась большая встречаемость генотипа AG, а у гена eNos – ab генотип.

При анализе распределения генотипов полиморфного гена ACE у мужчин с артериальной гипертензией, в зависимости от контролируемости, были получены следующие результаты: генотип ID выявлялся достоверно чаще у мужчин с контролируемой артериальной гипертензией, в то время как у мужчин с неконтролируемой артериальной гипертензией чаще встречался генотип II.

Оценка выявляемости генотипа AGT2R1 дала следующие результаты: у мужчин с контролируемой артериальной гипертензией чаще выявлялся генотип AA, тот же генотип встречался у мужчин, имеющих неконтролируемую артериальную гипертензию. Различия в генотипе eNos тоже выявлены не были, но частота встречаемости генотипа bb в обеих группах у мужчин была достоверно выше.

Выводы. Таким образом, наше исследование подтвердило наличие гендерных особенностей гипертонического ремоделирования сердца у женщин, имеющих неконтролируемую артериальную гипертензию, характеризующихся наличием более выраженных изменений линейных и объемных показателей по сравнению с мужчинами, имеющими изменения только линейных показателей. У женщин и мужчин с неконтролируемой артериальной гипертензией ассоциировано со следующими генотипами ACE – II, зависимость от контролируемости артериальной гипертензии генов AGT2R1 и eNos не выявлена.

Литература

1. Варианты ремоделирования сердца при гипертонической болезни – распространенность и детерминанты / А.О. Конради

[и др.] // Тер. арх.– 2005.– № 9.– С. 8–16.

2. Беленков, Ю.Н. Ремоделирование левого желудочка: комплексный подход / Ю.Н. Беленков // Сердечная недостаточность.– 2002.– №3(4).– С.161–163.

3. Мишушкина, Л.О. Гены эндотелиальных факторов и артериальная гипертензия / Л.О. Мишушкина // Новости кардиологии, русский медицинский сервер.– 2000.– С. 6.

4. Кардиоренальные отношения у больных артериальной гипертензией / В.С. Моисеев [и др.] // Вестник РУДН, Сер. Медицина.– 2002.– №3.– С.38–42.

5. An insertion\deletion polymorphism in the angiotensin I-converting enzyme gene accounting for half the variance of serum enzyme levels / B. Rigat [et al.] // J Clin Invest. 1990 Oct; 86(4):1343–6.

6. Стелла М. Ранние изменения анатомии левого желудочка / М. Стелла // Международные направления в исследовании артериальной гипертензии.– 1998.– № 6.– С. 19.

7. Сергеева, Т.В. Связь полиморфизма генов ренин-ангиотензиновой системы с гипертонической болезнью и инсулиннезависимым сахарным диабетом / Т. В. Сергеева, Ж. Д. Кабалава, Д.А. Чистяков // Клиническая медицина.– 2000.– № 7.– С. 9–14.

8. Angiotensin-Converting Enzyme D/I Gene Polymorphism and Age-Related Changes in Pulse Pressure in Subjects with Hypertension / M. E. Safar [et al.] // Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology.– 2004.– Vol. 24.– № 4.– P. 782–786.

9. Бойцов, С.А. Молекулярная организация генов АПФ и рецепторов первого типа ангиотензина 2 и состояние регионарной гемодинамики при артериальной гипертензии первой степени у молодых мужчин / С. А. Бойцов, Р. М. Линчак // Кардиология.– 2003.– № 5.– С. 37–41.

10. Вклад генов синтеза оксида азота и генов системы гемостаза в развитии инсульта / С.Ю. Фролова [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика.– 2004.– № 4.– Т. 3.– прил. 2.– С. 501.

GENDER INTERCONNECTION OF “HYPERTENSIVE GENES” WITH STRUCTURAL AND FUNCTIONAL ALTERATION OF THE HEART AT PATIENTS WITH CONTROLLED AND UNCONTROLLED ARTERIAL HYPERTENSION

V.I. RUZOV, M.A. MELNIKOVA, N.V. OLEZOV, R.KH. GIMAEV, H. HALAF, M.V. KRETYANINOV

Ulyanovsk State University, Chair of Faculty Therapy

The article highlights studying “hypertensive genes” with structural and functional changes at patients with controlled and uncontrolled arterial hypertension depending on sex.

Key words: arterial hypertension; controlled and uncontrolled hypertension; genes of renin and angiotensin system; genotypes of polymorphic genes ACE, AGT2R1, eNos.

УДК: 618.14/15-007.44(01)

ОЦЕНКА ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПРОЛАПСА ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА И/ИЛИ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ПРИ НАПРЯЖЕНИИ У ЖЕНЩИН

А.В. ОСТАПЕНКО, С.В. РЫЖКОВ, Е.Ю. ШАБУНИНА, А.С. НИКОНОВА, А.Г. МИХАЙЛОВ, Е.И. ПОЛОНСКАЯ, М.А. АЛЕХИНА

Проведен анализ отдаленной эффективности оперативного лечения тазового пролапса у 294 женщин в сроки от 12 до 60 месяцев в помощью опросника PFDI (Pelvic Floor Distress Inventory), рекомендованного для применения в клинической практике международной урогинекологической ассоциацией и адаптированного авторами для работы в российских больницах. Методика оценки эффективности хирургического лечения тазового пролапса также была оптимизирована путем внедрения системы качественного анализа баллов по всем категориям опросника. Наилучшие результаты при хирургическом лечении тазового пролапса приносят малоинвазивные оперативные вмешательства, при выполнении которых не наносится массивной операционной травмы, не формируются грубые рубцовые изменения тканей, не изменяются анатомические взаимоотношения тазовых органов.

Ключевые слова: тазовый пролапс, хирургическое лечение, отдаленная эффективность.

* ГБУ РО «Областная клиническая больница №2», ул. 1-й Конной Армии, 33, г. Ростов-на-Дону, 344029, тел. (8632) 2908006. E-mail: guzkovsv@aanet.ru

Пролапс органов малого таза является актуальной проблемой в гинекологии, что объясняется широкой распространённостью и частыми рецидивами патологии, сложностями лечения. Риск развития тазового пролапса имеет одна женщина из 11 [1], а частота пролапса среди гинекологических больных достигает 28,0-38,9% [2,6]. Опущение стенок влагалища и матки, как правило, неуклонно прогрессирует и сочетается с дисфункцией смежных органов – мочевого пузыря, и прямой кишки [5]. Таким образом, формируется целый симптомокомплекс анатомических и функциональных расстройств, которые принято обозначать как симптом тазовой дисценции. Этиологически недостаточность замыкательного аппарата уретры имеет много общего с пролапсом гениталий. По данным разных авторов, частота недержания мочи при пролапсе гениталий варьирует от 25 до 80% [3]. В большинстве исследований отмечено, что в основе патогенеза недержания мочи при напряжении лежит смещение или дислокация проксимальной части уретры и уретро-везикального сегмента [6]. Другими словами, развитие симптомов данного заболевания невозможно без возникновения нарушений анатомических соотношений органов малого таза. Несостоятельность тазового дна и пролапс гениталий являются основной причиной развития стресс-недержания мочи. Не угрожая жизни больной, симптом тазовой дисценции вызывает тяжелые физические и моральные страдания, поэтому лечение и реабилитация таких больных имеет не только медицинское, но и социальное значение.

Радикальным и эффективным методом лечения пролапса органов малого таза и недержания мочи при напряжении является хирургический. К настоящему времени известны свыше 300 способов хирургической коррекции этой патологии, включая использование лапароскопической техники [3], что, с одной стороны, свидетельствует об актуальности проблемы, а с другой – о недостаточной эффективности хирургических методик и высокой частоте рецидивов заболевания. Рецидивы развиваются практически у каждой третьей больной в течение ближайших 3 лет после операции [2], в связи с чем поиск оптимальных хирургических методик лечения пролапса гениталий и/или недержания мочи при напряжении у женщин является предметом продолжающихся исследований.

Цель исследования – оптимизировать систему оценки отдаленных результатов хирургического лечения тазового пролапса у женщин и выявить позднюю послеоперационную эффективность различной оперативной тактики коррекции опущения и выпадения половых органов у женщин.

Материалы и методы исследования. В гинекологическом отделении ГБУ Ростовской области «Областная клиническая больница №2» с 2003 по 2007 гг., было произведено 734 операций по поводу пролапса гениталий и/или недержания мочи при напряжении. В работу вошли результаты исследования 294 женщин. Средний возраст пациенток составил 56,5±12,2 года и варьировал от 22 до 77 лет.

Структура гинекологической патологии обследованных лиц представлена в табл. 1.

Таблица 1

Структура гинекологической патологии в клинической группе

Диагноз (код)	Абс.	%
Опущение задней стенки влагалища (2)	12	4,1
Опущение передней и задней стенок влагалища (3)	51	17,3
Неполное выпадение матки (4)	66	22,4
Полное выпадение матки (5)	90	30,6
Стресс-недержание мочи (6)	18	6,1
Опущение передней стенки влагалища и стресс-недержание мочи (1+6)	6	2,0
Опущение задней стенки влагалища и стресс-недержание мочи (2+6)	13	4,4
Опущение передней и задней стенок влагалища и стресс-недержание мочи (3+6)	38	12,9
Итого	294	100,0

Как видно из табл. 1, наиболее частой патологией являлись полное (30,6%) и неполное (22,4%) выпадение матки, опущение передней и задней стенок влагалища (17,3%), стресс-недержание мочи (25,4%).

186 (63,3%) женщин к моменту обследования находились в менопаузе (159 – в естественной, 18 – в хирургической). У остальных 36,7% пациенток менструальный цикл был сохранен.

Помимо пролапса, 150 (51%) обследованных женщин имели сочетанную патологию гениталий, структура которой

представлена в табл. 2.

С учетом характера проводимого оперативного вмешательства, все обследованные пациентки были распределены на четыре группы (табл. 3). Возраст пациенток 1 группы составил 50,9±12,7 лет, 2 группы – 58,6±10,9 лет, 3 группы – 66,5±7,9 лет и 4 группы – 53,9±13,2 лет. Число родов в 1, 2, 3 и 4 группах в среднем было 2,0±0,6, 2,1±0,6, 2,5±0,8 и 2,0±0,8, соответственно.

Таблица 2

Структура сочетанных гинекологических заболеваний в клинической группе

Характер патологии (код)	Абс.	%
Миома матки (1)	69	46,0
Эндометриоз (аденомиоз) (2)	30	20,0
Патология эндометрия (3)	18	12,0
Миома матки и эндометриоз (1+2)	15	10,0
Миома матки и патология эндометрия (1+3)	6	4,0
Эндометриоз и патология эндометрия (2+3)	12	8,0
Всего	150	100,0

Таблица 3

Распределение пациенток по типам операций

Клиническая группа	Тип операции (код)	Абс. (%)
1-я	Передняя кольпоррафия (1), задняя кольпоррафия (2), передняя и задняя кольпоррафия, перинеоэлеваторопластика (3)	63 (21,4%)
2-я	Влагалищная экстирпация матки (4)	156 (53,1%)
3-я	TVT-0 (5), TVT (6)	18 (6,1%)
4-я	Передняя, задняя кольпоррафия, TVT-0 (10); передняя кольпоррафия, TVT-0 (11); задняя кольпоррафия, TVT-0 (12)	57 (19,4%)
Всего		294 (100%)

В анамнезе у 291 (99,0%) обследованной женщины были роды, из них один роды у 14,3%, двое – у 61,2%, трое и более – у 23,5%. 135 (45,9%) пациенток имели клинические проявления дисплазии соединительной ткани (грыжи различной локализации, варикозная болезнь, бронхолегочная патология, пролапс митрального клапана, аномальные множественные хорды левого желудочка сердца с нарушением ритма сердца и проводимости, вегето-сосудистая дистония).

В отдаленный период после операции спустя 12-60 мес. после оперативного лечения всем пациенткам было предложено ответить на вопросы анкеты PFDI (Pelvic Floor Distress Inventory) [4]. Первоначально в результате анкетирования ответы были получены от 367 женщин, из которых только 294 пациентки дали ответы по всем предложенным опросникам с корректным их заполнением, что дало основание провести дальнейший статистический анализ.

В настоящее время профессиональная оценка симптомокомплекса тазовой дисценции у женщин невозможна без использования корректно составленных опросников, позволяющих не только выявить и конкретизировать отдельные симптомы, но и оценить эффективность проводимой терапии. В настоящее время существует большое количество достоверных и надежных опросников, исследующих симптомы пролапса гениталий и расстройств мочеиспускания. Опросники для изучения результатов лечения тазового пролапса подразделяются на три группы: 1. опросники, характеризующие симптомы заболевания; 2. опросники, направленные на изучение качества жизни при данной патологии; 3. опросники, изучающие сексуальную функцию при пролапсе гениталий и расстройствах мочеиспускания.

Для оценки симптомов заболевания был выбран надежный и корректный опросник PFDI, рекомендованный для применения в клинической практике международной урогинекологической ассоциацией (IUGA) [4]. В работе для более тщательного изучения клинической эффективности лечения тазового пролапса была использована полная версия PFDI. Полная версия опросника позволяет оценить наряду с общими симптомами тазовых расстройств, отдельно симптомы расстройства мочеиспускания (UDI – urinary distress inventory), симптомы расстройств кишечника и прямой кишки (CRADI – colorectal-anal distress inventory), симптомокомплекс, сопровождающий пролапс органов малого таза (POPDI – pelvic organ prolapse e e e e distress inventory). Часть UDI включает три подкатегории: 1 – характеризует обструктивный тип мочеиспускания; 2 – характеризует ирриативные (боль,

ургентность) симптомы мочеиспускания; 3 – характеризует симптомы стресс-недержания мочи. POPDI также объединяет 3 подкатегории: 1 – описывает общие симптомы пролапса; 2 – характеризует симптомы пролапса, патогномоничные для опущения передней стенки влагалища; 3 – описывает симптомы, характерные для опущения задней стенки влагалища. CRADI включает 4 подкатегории, характеризующие: 1 – обструктивные симптомы; 2 – симптомы недержания кала и газов; 3 – ирриативные симптомы, 4 – симптомы ректоцеле. В итоге PFDI содержит 46 вопросов, и в случае утвердительного ответа – четыре варианта, характеризующие степень выраженность данного симптома. В зависимости от того, насколько данная проблема беспокоит пациентку выраженность симптома ранжируют от 1 балла («нисколько») до 4 баллов («значительно»).

Нами на русский язык были переведены 46 пунктов оригинальной североамериканской версии PFDI. Для того, чтобы получить наиболее точную и семантическую версию, перевод был поручен двум профессиональным переводчикам, которые работали независимо друг от друга. Мы рассмотрели оба перевода и составили наиболее корректный вариант, учитывая специфику заболваний и медицинскую терминологию. Ниже приводим фрагмент адаптированного нами опросника.

Пример: Пожалуйста ответьте на эти вопросы, отмечая X в соответствующей клетке. Если Вы не уверены том, как ответить на вопрос, дайте лучший ответ, который Вы можете.

Ф.И.О.: _____ Дата: / / 20

1. Обычно Вы испытываете чувство тяжести внизу живота? Нет; Да. Если да, насколько это беспокоит Вас?

1 2 3 4
Нисколько Нисколько Умеренно Значительно

2. Вы обычно испытываете боль внизу живота или в области гениталий? Нет; Да. Если да, насколько это беспокоит Вас?

1 2 3 4
Нисколько Нисколько Умеренно Значительно

3. Вы обычно испытываете чувство тяжести или давления в области таза? Нет; Да. Если да, насколько это беспокоит Вас?

1 2 3 4
Нисколько Нисколько Умеренно Значительно

4. Есть ли у Вас ощущение, что что-то выходит за пределы входа во влагалище? Нет; Да. Если да, насколько это беспокоит Вас?

1 2 3 4
Нисколько Нисколько Умеренно Значительно

5. Есть ли у Вас, выпуклость или кое-что вышедшее наружу, что Вы можете видеть или ощущать в области влагалища? Нет; Да. Если да, насколько это беспокоит Вас?

1 2 3 4
Нисколько Нисколько Умеренно Значительно

6. Обычно Вы ощущаете дискомфорт в области таза в положении стоя или при физической нагрузке? Нет; Да. Если да, насколько это беспокоит Вас?

1 2 3 4
Нисколько Нисколько Умеренно Значительно

7. Испытываете ли Вы боль в спине, в ее пояснично-крестцовом отделе, большинство дней? Нет; Да. Если да, насколько это беспокоит Вас?

1 2 3 4
Нисколько Нисколько Умеренно Значительно

8. Приходится ли Вам надавливать на область влагалища или вокруг прямой кишки, чтобы опорожнить кишечник? Нет; Да. Если да, насколько это беспокоит Вас?

1 2 3 4
Нисколько Нисколько Умеренно Значительно

Подсчета баллов по подкатегориям и категориям опросника проводился с использованием специальной системы формул. По каждой подкатегории суммировали общее число баллов, находили среднее значение баллов, разделив сумму на количество вопросов. Затем среднее число баллов по каждой подкатегории умножали на 25. Баллы по категориям находили путем суммирования баллов по соответствующим подкатегориям.

Размах суммы баллов по всем подкатегориям опросника PFDI находился в диапазоне от 0 до 100 баллов, по категориям UDI и POPDI от 0 до 300 баллов и по категории CRADI – от 0 до 400 баллов. Чем больше количество полученных баллов, тем большее беспокойство доставляет данный симптом пациентке.

Нами были ранжированы баллы по категориям и подкатегориям опросника PFDI для оценки отдаленных результатов лечения тазового пролапса у женщин. По отдельным подкатегориям UDI, CRADI, POPDI при сумме баллов в

диапазоне от 80 до 100 делали вывод об ухудшении состояния больных. Сумма баллов 60-79 баллов ранжировалась как состояние без перемен, 40-59 баллов – как улучшение, 20-39 баллов – как хороший результат и 0-19 баллов как отличный результат. При суммарной оценке категории UDI или POPDI пользовались следующей схемой: 240-300 баллов – ухудшение состояния, 180-239 баллов – состояние без перемен, 120-179 баллов – улучшение, 60-119 баллов – хороший результат и 0-59 баллов – отличный результат лечения. При ранжировании результатов лечения по категории CRADI использовали следующую систему баллов: 320-400 баллов – ухудшение состояния, 240-319 баллов – состояние без перемен, 160-239 баллов – улучшение, 80-159 баллов – хороший результат и 0-79 баллов – отличный результат.

Для характеристики отдаленных результатов лечения проводили сравнительный анализ суммы баллов по категориям и подкатегориям опросника PFDI, а также путем сопоставления результатов.

Статистическую обработку результатов проводили с использованием программы Statistica 7.0 (StatSoft).

Результаты и их обсуждение. Количество баллов по категориям и подкатегориям опросника PFDI в клинических группах больных с оценкой доверительной вероятности при сравнении результатов групп представлены в табл. 4.

Таблица 4

Количество баллов по категориям и подкатегориям опросника PFDI в клинических группах больных (M±STD)

Показатель	Клинические группы				p							
	1-я	2-я	3-я	4-я	1-2	1-3	1-4	2-3	2-4	3-4		
UDI 1	25,4±23,6	21,6±22,1	16,0±13,2	20,4±15,8	0,491	0,540	0,839	0,888	0,726	0,504		
UDI 2	23,2±15,0	22,6±17,2	31,8±15,1	24,0±23,2	0,665	0,102	0,560	0,235	0,830	0,192		
UDI 3	16,1±19,7	20,4±21,5	23,6±21,3	23,2±24,3	0,358	0,336	0,350	0,637	0,760	0,824		
UDI сумма	64,6±50,1	64,7±51,3	71,4±30,6	67,7±51,9	0,956	0,662	0,882	0,459	0,745	0,656		
POPDI 1	33,8±30,7	29,9±27,0	18,4±17,7	18,8±22,7	0,643	0,243	0,198	0,332	0,179	0,799		
POPDI 2	22,0±23,0	13,4±22,3	15,3±10,1	22,4±15,6	0,012	0,884	0,401	0,176	0,007	0,309		
POPDI 3	27,8±36,3	35,6±34,2	6,9±13,3	25,4±23,8	0,457	0,221	0,695	0,074	0,384	0,086		
POPDI сумма	83,6±67,1	78,9±62,8	40,7±33,3	66,6±43,2	0,807	0,122	0,579	0,156	0,467	0,203		
CR 1	27,8±36,3	39,4±40,7	6,9±13,3	25,4±23,8	0,384	0,221	0,695	0,070	0,314	0,086		
CR 2	22,6±22,0	18,7±21,1	15,0±17,3	15,0±18,3	0,351	0,540	0,279	0,692	0,467	0,899		
CR 3	28,9±15,2	27,3±18,0	22,0±14,3	23,9±16,3	0,860	0,321	0,371	0,429	0,455	0,656		
CR 4	14,3±18,2	18,4±22,2	1,6±2,4	6,8±14,4	0,765	0,044	0,012	0,027	0,013	0,949		
CR сумма	93,6±58,5	100,8±79,8	46,0±28,2	69,6±44,4	0,927	0,038	0,336	0,026	0,187	0,279		

Отдаленные наилучшие результаты оперативного лечения тазового пролапса были отмечены при оценке симптомов расстройств кишечника и прямой кишки CRADI в 4 подкатегории в 3 (1,6±2,4 балла) и 4 (6,8±14,4 балла) группах больных. В этой подкатегории наихудшие результаты отмечены во 2 группе (18,4±22,2 балла). Различия между 1 и 3, 2 и 3, 1 и 4, а также 2 и 4 группами были статистически значимыми.

Симптомы пролапса, характерные для опущения передней стенки влагалища, после операции в отдаленный период оказались более выраженными в 1 и 4 группах (22,0±23,0 и 22,4±15,6 баллов, соответственно) и наименьшими – во 2 группе (13,4±22,3 балла) с достоверным различием между группами (P_{1,2}=0,0122, P_{2,4}=0,0066), что свидетельствовало о большей эффективности влагалищной гистерэктомии в лечении данного вида нарушений.

Наименее выраженные нарушения аноректальной функции после операции в отдаленный период отметили женщины в 3 группе (среднее суммарное количество баллов 46,0±28,2), наиболее выраженные – в 1 и 2 группах (93,6±58,5 и 100,8±79,8 баллов, соответственно). При этом, разница между 1 и 3, а также 2 и 3 группами была статистически значима (p_{1,3}=0,0384 и p_{2,3}=0,0263, соответственно).

Результаты качественного анализа баллов при оценке функции мочевого пузыря (UDI сумм.), кишечника (CR сумм.), симптомов пролапса (POPDI сумм.) в исследуемых группах представлены в табл. 5.

Как видно из табл. 5, функция мочевого пузыря не ухудшилась ни в одной группе. После операции в отдаленный период по шкале UDI не почувствовали изменений 3 (4,76%) пациентки из 1 группы (4,76%), 6 (3,85%) из 2 и 3 (5,26%) из 4 группы. Ухудшение со стороны аноректальной функции отметили 6 (3,85%) пациенток во 2 группе. Отсутствовал эффект от оперативного лечения по шкале CRADI у 3 (4,76%) женщин из 1 группы и у 3 (1,92%) пациенток из 2 группы. Нарастание симптомов пролап-

са отмечалось у 3 (4,76%) пациенток из 1 группы и у 3 (1,92%) больных из 2 группы. Не было улучшений по шкале POPDI у 3 (4,76%) больных из 1 группы, 6 (3,85%) из 2 и у 3 (5,26%) больных из 4 группы.

Таблица 5

Качественная оценка отдаленных результатов операции в клинических группах

Раздел опросника	Результат	Клиническая группа				Всего
		1-я (n=63) абс./%	2-я (n=156) абс./%	3-я (n=18) абс./%	4-я (n=57) абс./%	
UDI	Хуже	0/0,00%	0/0,00%	0/0,00%	0/0,00%	0
	Без перемен	3/4,76%	6/3,85%	0/0,00%	3/5,26%	12
	Лучше	6/9,52%	18/11,54%	0/0,00%	9/15,79%	33
	Хорошо	15/23,81%	39/25,00%	12/66,67%	18/31,58%	84
	Отлично	39/61,90%	93/59,62%	6/33,33%	27/47,37%	165
CRADI	Хуже	0/0,00%	6/3,85%	0/0,00%	0/0,00%	6
	Без перемен	3/4,76%	3/1,92%	0/0,00%	0/0,00%	6
	Лучше	6/9,52%	30/19,23%	0/0,00%	0/0,00%	36
	Хорошо	27/42,86%	48/30,77%	0/0,00%	24/42,11%	99
	Отлично	27/42,86%	69/44,23%	18/100,00%	33/57,89%	147
POPDI	Хуже	3/4,76%	3/1,92%	0/0,00%	0/0,00%	6
	Без перемен	3/4,76%	6/3,85%	0/0,00%	3/5,26%	9
	Лучше	12/19,05%	33/21,15%	0/0,00%	0/0,00%	45
	Хорошо	18/28,57%	36/34,62%	9/50,00%	27/47,37%	90
	Отлично	27/42,86%	60/38,46%	9/50,00%	27/47,37%	123

Таким образом, в отношении характера оперативных пособий можно сделать вывод, что наилучшие результаты при хирургическом лечении тазового пролапса приносят малоинвазивные оперативные вмешательства, при выполнении которых не наносится массивной операционной травмы, не формируются грубые рубцовые изменения тканей, не изменяются анатомические взаимоотношения тазовых органов.

Выводы:

Все оцениваемые виды оперативного лечения оказывают положительное влияние на симптомокомплекс тазовых расстройств: в 80% оперативное лечение тазового пролапса приводит к успеху. В отношении расстройств мочеиспускания существенных различий в отдаленный послеоперационный период в зависимости от вида оперативных пособий не выявлено. Лучший эффект в отношении динамики симптомов пролапса гениталий, коррекции опущения передней стенки влагалища достигается после вагинальной гистерэктомии по сравнению с передней кольпоррафией. Однако, у пациенток, подвергшихся органосохраняющей и травматичной операции (вагинальной гистерэктомии) практически в 10% случаев пациентки не отмечают каких-либо улучшений, а в 5% наблюдений перенесенные операции ухудшают качество жизни. При этом, неудовлетворительные результаты получены по всем аспектам тазовых расстройств (расстройства мочеиспускания, аноректальная дисфункция, симптомы пролапса органов малого таза).

Литература

1. Беженарь В. Ф., Богарырева, Е.В. // Журнал акушерства и женских болезней. – 2009. – Т. LVIII.–№2.– С.16–22.
2. Попов, А.А., Мананикова, Т.Н., Шагинян, Г.Г., Рамазанов, М. Р., Федоров, А.А., Кирюшкина, О. Г. , Пискунова, Е. В. // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2006. – №4. –С.53–58.
3. Радзинский, В.Е. Перинатология: болезни женской беременности в акушерско-гинекологических, сексологических, урологических, проктологических аспектах. М., 2006. 336 с.
4. Barber, M.D., Walters, M.D., Cundiff, G.W. // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2006. – Vol.194. – N5. –P.1492-1498.
5. Dietz, V., Vaart, C., Graaf, Y., Heintz, P./ International Urogynecology Journal Including Pelvic Floor Dysfunction. –2009. – N10. –P.1007/s00192-009-1014-7.
6. Heit, M., Blackwell, L., Kelly, S. // Int. Urogynecol. J. –2008. – N19. –P.143–149.

EVALUATION OF REMOTE RESULTS OF SURGICAL CORRECTION OF SMALL PELVIC ORGANS' PROLAPSE AND/OR INCONTINENCE IN WOMEN AT TENSION

A.V. OSTAPENKO, S.V. RYZHKOV, YE.Y. SHABUNINA, A.S. NIKONOVA, A.G. MIKHAYLOV, YE.I. POLONSKAYA, M.A. ALEKHINA

Regional Clinical Hospital № 2

Analysis of distant effectiveness of operative treating pelvic prolapse at 294 women in terms ranging from 12 till 60 months using

a questionnaire PFDI (Relvic Floor Inventory of Distress) recommended for use in clinical practice of the International Urogynaecologic Association and adapted by the authors for work in Russian hospitals. Methodology for evaluating the effectiveness of surgical treatment of pelvic prolapse has also been optimized by introducing the system of qualitative analysis of scores in all the categories the questionnaire. Best results in surgical treatment of pelvic prolapse were minimally invasive operative intervention, during which did not cause any massive operating trauma; rough cicatricial changes of tissues were not formed and did not change any anatomical relationship of pelvic organs.

Key words: pelvic prolapse, surgical treatment, remote performance.

УДК 616.381:616-002.3

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СИСТЕМЫ МАЛОИНВАЗИВНОГО ДОСТУПА «DEXTRUS» ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ЗАКРЫТОЙ ЛАПАРОСТОМЫ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ГНОЙНОМ ПЕРИТОНИТЕ

Б.Б. ХАЦИЕВ, А.Н. КУЗЬМИНОВ, К.А. МУРАВЬЕВ*

В статье представлены результаты программированных санаций брюшной полости у 21 больного с распространенным гнойным перитонитом с применением системы малоинвазивного доступа «Dextrus» производства компании Johnson & Johnson.

Ключевые слова: распространенный гнойный перитонит, санация брюшной полости, система DEXTRUS.

На сегодняшний день в хирургии, несмотря на многолетнюю историю развития хирургической техники, анестезиологии, интенсивной терапии и фармакологии больные с *распространенным гнойным перитонитом* (РГП) представляют группу наиболее тяжелых больных, составляя 35-56% от всех брюшнополостных осложнений, возникающих после абдоминальных операций [3].

Поиск новых, более рациональных подходов к комплексному лечению РГП перитонита является актуальной задачей гнойной хирургии, поскольку исходы лечения РГП остаются крайне неудовлетворительными. В XXI веке перитонит все еще является непосредственной причиной смерти 50-86% умерших после операций на органах брюшной полости [2,4]. Проблема снижения общей летальности в хирургических стационарах находится в непосредственной связи с успехами лечения РГП.

Современный этап развития хирургии и медицинской науки в целом характеризуется изменением методологических подходов в оценке результатов лечения, унификацией состояний, выработкой единых универсальных критериев в оценке тяжести состояния больных. Это в полной мере относится и к проблеме РГП. Анализ литературы и собственный клинический опыт свидетельствуют о том, что положительный результат лечения больного с РГП на 80% зависит от оптимальной хирургической тактики, в первую очередь от адекватной санации и дренирования брюшной полости, и только потом – от антибактериальной и интенсивной терапии [2,4,6].

Основным методом лечения распространенного гнойного перитонита остается хирургическое устранение источника инфекции, и одним из методов хирургического лечения РГП является метод лапаротомии, при котором брюшная полость остается открытой или же ушивается временными швами, после чего в условиях операционной под эндотрахеальным наркозом осуществляют релапаротомию. Недостатком данного способа является риск осложнений со стороны раны, эвентрация внутренних органов, диастаз мышц передней брюшной стенки [1,4,5].

Материал и методы исследования. С целью улучшения результатов хирургического лечения предложена и внедрена в клинику система малоинвазивного доступа «Dextrus». Использование системы «Dextrus» обеспечивает герметичное закрытие лапаротомы и лапаростомной раны, а также позволяет полно и качественно осуществлять последующую лапароскопическую санацию брюшной полости. Сущность методики состоит в том, что после устранения источника перитонита проводят санацию брюшной полости растворами антисептиков, затем лапаротомную рану наглухо ушивают, но оставляют окно в 7,5-8,0 см в

* Ставропольская государственная медицинская академия, ул. Мира, 310, г. Ставрополь