

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 истиной 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. Луцки

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-

вания. Предложенные классификации либо трудоемки для практического врача, либо не соответствуют современным представлениям о этиопатогенезе заболевания, что часто не позволяет правильно выбрать тактику реабилитации больных.

### Материал и методы

За период 1991–2007 годов под нашим наблюдением находились 1087 больных с простыми и осложненными формами ПГ. Обследование больных и изучение эффективности проведенного лечения включали стандартное клинко-лабораторное обследование, уродинамические и проктологические методы исследования, пробы на денервацию, прогностические способы исследования («стресс-пробы»), вагинодинамическое исследование, УЗИ, спиральную компьютерную томографию, «опросники» качества жизни.

### Результаты

По нашему убеждению, классификация ПГ должна отражать степень выраженности, форму и локализацию ПГ. В литературных источниках, посвященных ПГ, такой классификации мы не встретили. Поэтому на основе современных представлений об этиопатогенезе ПГ, существующих классификаций и результатов собственных исследований разработали свой вариант рабочей классификации ПГ по локализации, форме и степени выраженности (Бахаев В. В., 2008).

#### А. По локализации

- *Передний ПГ*: опущение или выпадение только передней стенки влагалища без или с цистоцеле (уретроцеле); положение матки правильное. Свидетельствует о повреждениях лонно-шеечной фасции и необходимости в реконструкции пузырновлагалищной перегородки.
- *Центральный ПГ (апикальный, срединный)*: опущение или выпадение матки или культи шейки матки (купола влагалища) без вовлечения стенок влагалища; чаще встречается при элонгации шейки матки. Свидетельствует о повреждении фиксирующего связочного аппарата перешейка матки и необходимости укрепления крестцово-маточных, кардинальных и мартиниевских связок, кольпопексии или кольпоусуспензии.
- *Задний ПГ*: имеется опущение или выпадение только задней стенки влагалища без или с ректоцеле; положение матки правильное. Свидетельствует о повреждении леваторов, сфинктера ануса, ректовагинальной фасции и необходимости реконструкции ректоваги-

нальной перегородки, леваторопластики и перинеоррафии.

Изолированные формы ПГ встречаются редко. Чаще имеется сочетанное повреждение урогенитальной и тазовой диафрагмы. Поэтому при ПГ, как правило, имеются все три вида локализации ПГ различной степени выраженности. Рецидивы ПГ после оперативного лечения чаще проявляются локализованными формами.

#### Б. По выраженности

- *I степень*: опущение передней, задней стенки влагалища, шейки матки, купола влагалища до терминальной линии только при натуживании. Половая щель сомкнута.
  - *II степень*: опущение передней, задней стенки влагалища, шейки матки, купола влагалища до терминальной линии в покое и усиливающееся при натуживании ниже терминальной линии. Половая щель в покое сомкнута.
  - *III степень*: зияние половой щели в покое. Визуализация опущенной передней, задней стенки влагалища, шейки матки, купола влагалища. При натуживании зияние половой щели усиливается и за интроитус начинают выступать передняя, задняя стенка влагалища, шейка матки, купол влагалища. Это так называемое неполное выпадение стенок влагалища, матки, культи шейки матки, купола влагалища.
  - *IV степень*: зияние половой щели в покое. При незначительном повышении внутрибрюшного давления зияние половой щели усиливается и за интроитус полностью выходят передняя, задняя стенка влагалища, матка, культи шейки матки, купол влагалища. Это так называемое полное выпадение стенок влагалища, матки, культи шейки матки, купола влагалища.
  - *V степень*: энтероцеле (переднее, заднее).
- #### В. По наличию функциональных нарушений
1. *Простая форма пролапса гениталий* (отсутствие дисфункции мочевого пузыря (ДМП), дисфункции прямой кишки (ДПК) и сексуальной дисфункции (СД)).
    2. *Осложненная форма пролапса гениталий* (наличие ДМП, ДПК и СД):
      - Пролапс гениталий, осложненный ДМП (недержание мочи при напряжении, гиперактивный мочевой пузырь, комбинированные формы недержания мочи, обструктивное нарушение мочеиспускания).
      - Пролапс гениталий, осложненный ДПК (недержание газов и кала, каломазание, спастические и паралитические запоры).
      - Пролапс гениталий, осложненный СД.

- Пропалс гениталий, осложненный сочетанием ДМП и ДПК.
- Пропалс гениталий, осложненный сочетанием ДМП и СД.
- Пропалс гениталий, осложненный сочетанием ДПК и СД.
- Пропалс гениталий, осложненный сочетанием ДМП, ДПК и СД.

### Заключение

Предложенная нами рабочая классификация пролапса гениталий по степени выраженности, наличию функциональных нарушений и локализации повреждения мышечно-фасциальных структур малого таза позволяет наиболее оптимально выбирать метод и объем оперативного вмешательства и оценить его эффективность.

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РЕКТОЦЕЛЕ С ПОМОЩЬЮ СИСТЕМЫ PROLIFT

© В. Ф. Беженарь<sup>1</sup>, Е. В. Богатырева<sup>2</sup>, Е. С. Недялкова<sup>1</sup>, Э. К. Айламазян<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта СЗОРАМН;

<sup>2</sup> Санкт-Петербургский медицинский университет им. акад. И. П. Павлова, кафедра акушерства и гинекологии, Санкт-Петербург, Россия

### Актуальность проблемы

Ректоцеле — это одно из патологических состояний, связанных с ПТО, и привлекающее внимание специалистов различных областей медицины. Гинекологи определяют ректоцеле как опущение и выпадение задней стенки влагалища (Василевская Л. Н., 1985), а проктологи — как дивертикулообразное выпячивание передней стенки прямой кишки в сторону влагалища, а также в сторону аноскопической связки (Аминев А. М., 1979; Федоров В. Д., 1984). Проблема разработки оптимального диагностического алгоритма в обследовании пациенток с ректоцеле на до- и послеоперационном этапах сохраняет актуальность и в настоящее время. По мнению S. Karasick et al. (1993), D. Altman et al. (2005), A. Groenendijk et al. (2008), выполнение эвакуаторной проктографии является «золотым» стандартом в обследовании больных с ректоцеле, особенно на этапах планирования хирургического лечения и оценке его эффективности.

### Цель исследования

Оценить необходимость использования эвакуаторной проктографии для определения эффективности хирургического лечения ректоцеле с помощью системы Prolift (ETHICON “Women’s Health & Urology” Johnson & Johnson Company, США).

### Материал и методы

На базе НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта СЗОРАМН проведено обследование и хирургическое лечение 62 больных с ректоцеле 2–3 степени (классификация В. Д. Федорова и Ю. В. Дульцева, НИИ проктологии МЗ РФ,

1984), при пролапсе гениталий II–IV стадии (классификация POP-Q, ICS, 1996). Средний возраст пациенток составил  $58,0 \pm 3,2$  (от 42 до 87 лет).

Эвакуаторная проктография всем больным до и после операции выполнялась в кабинете рентгенодиагностики НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта СЗОРАМН (зав. кабинетом Е. С. Недялкова) по методике, предложенной в ГНЦ колопроктологии МЗ РФ (Зароднюк И. В., 2004). Исследование проводилось после подготовки кишки с помощью очистительной клизмы объемом 0,5 л. В прямую кишку в положении больного «стоя» с помощью спринцовки объемом 200–250 мл вводили бариевую пасту, по консистенции сходную с фекалиями, до появления позыва на дефекацию. Затем в положении пациентки «сидя» на специальном стуле выполнялась рентгенография прямой кишки в боковой проекции в покое, при волевом сокращении, натуживании и в финальной стадии опорожнения. По длительности исследование занимало 10–15 минут. Лучевая нагрузка на пациентку составляла от 0,8 до 3,4 мЗв. Оценивались следующие рентгенологические параметры: положение аноректального соединения в покое, при волевом сокращении и натуживании относительно лобково-копчиковой линии; величина аноректального угла в покое, при волевом сокращении и при натуживании; наличие ректоцеле; полнота эвакуации содержимого прямой кишки. Рентгенологическими критериями определения степени ректоцеле являлись размеры выпячивания передней стенки прямой кишки: 1 степень — менее 2 см, 2 степень — 2–4 см, 3 степень — более 4 см. Задержка контрастного вещества в «кармане» ректоцеле в фазе опорожнения отражала нарушение эвакуаторной