

КУЛАВСКИЙ В.А., НАСЫРОВА С.Ф., ШАВАЛЕЕВА Ф.А.  
*Башкирский государственный медицинский университет,  
 г. Уфа*

## СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПРОЛАПСОМ ГЕНИТАЛИЙ

Данная статья посвящена тактике ведения больных с пролапсом гениталий. Отмечено, что объем и доступ хирургического лечения должны определяться возрастом больной, необходимостью сохранения генеративной функции, наличием и тяжестью сопутствующих генитальных и экстрагенитальных заболеваний, нарушением функции соседних органов. Использование новейших технологий в лечении данной патологии способствуют повышению эффективности лечения и качества жизни пациенток.

**Ключевые слова:** пролапс гениталий; опущение стенок влагалища; выпадение матки; реконструктивные операции.

KULAVSKIY V.A., NASYROVA S.F., SHAVELEVA F.A.  
*Bashkir state medical university, Ufa*

## MODERN TECHNOLOGIES IN TREATMENT OF PATIENTS WITH PROLAPS GENITALS

Given article is devoted tactics of conducting patients with genitals prolapse. It is noted that the volume and access to surgical treatment should be determined by the age of the patient, the need to preserve the generative function, the presence and severity of concomitant genital and extragenital diseases, disturbance of function of adjacent organs. Using the latest technology in treating this disease contribute to the effectiveness of treatment and quality of life for patients.

**Key words:** genital prolapsed; prolapse of the vaginal walls; uterine prolapsed; reconstructive surgery.

**П**роблема коррекции несостоятельности мышц тазового дна, опущения стенок влагалища и выпадения матки, недержания мочи находится в центре внимания акушеров-гинекологов, урологов и проктологов. Это связано с высокой частотой заболевания, которая варьи-

рует, по данным различных авторов, от 2-3 % до 80 %. С увеличением продолжительности жизни частота данной патологии возрастает. Предпосылкой к развитию пролапса гениталий и нарушения функции тазовых органов во многих случаях является генетическая неполноценность соедини-

тельной ткани. В связи с постоянной тенденцией к «омоложению» этой сочетанной патологии, симптомы которой приносят тяжелые физические и моральные страдания и приводят к социальной дезадаптации со снижением качества жизни, вопросы диагностики и лечения пролапса гениталий и недержания мочи приобретают особую актуальность, выходя за рамки сугубо медицинских.

В настоящее время выделяют 4 основные причины, которые ведут к несостоятельности связочного аппарата внутренних половых органов и тазового дна, хотя возможно и их сочетание: 1) посттравматическое повреждение тазового дна, наиболее часто возникающее в процессе родов; 2) несостоятельность соединительно-тканых структур в виде «системной» недостаточности (проявляющаяся наличием грыж других локализаций, ощущением других внутренних органов, т.е. спланхноптозом); 3) нарушение синтеза стероидных гормонов; 4) хронические заболевания, сопровождающиеся нарушением обменных процессов, микроциркуляции.

Для лечения генитального пролапса предложены многочисленные консервативные и хирургические методы. К консервативным методам лечения относятся упражнения на укрепление мышц тазового дна, пессарии, медикаментозное лечение. Данные методы лечения можно рекомендовать при неосложненных формах начальных стадий пролапса тазовых органов, либо пациенткам, которым противопоказано оперативное лечение, а также в комплексной терапии данной патологии.

В последние годы большое внимание уделяется совершенствованию техники реконструктивно-пластических операций при опущениях половых органов различной степени и нарушениях функций тазовых органов с использованием минимально инвазивных методов, современных шовных и синтетических материалов. Феномен дисплазии соединительной ткани послужил фактором обоснования использования синтетического материала для замещения фасциальных структур тазового дна. Таким требованиям в наибольшей степени отвечают влагалищные операции с использованием синтетических сетчатых протезов, укрепляющих или замещающих фасциальные структуры тазового дна.

Тактика ведения больных с выпадением матки и влагалища, объем и доступ хирургического лечения должны определяться возрастом больной, необходимостью сохранения генеративной функции, наличием и тяжестью сопутствующих генитальных и экстрагенитальных заболеваний, нарушением функции соседних органов. Основным

принципом хирургического лечения пролапса гениталий, вне зависимости от доступа, является коррекция всех структур, участвующих в сохранении нормального анатомо-топографического расположения тазовых органов, восстановление функций тазовых органов, применение новых технологий в лечении данной патологии.

В настоящее время наиболее эффективным методом лечения пролапса тазовых органов остается хирургический. На сегодняшний день насчитываются более 200 методов хирургической коррекции генитального пролапса. Хирургическое лечение носит анатомо-специфический характер, как правило, включает базовую «классическую» операцию (передняя и задняя кольпоррафия, кольпоперинеоррафия, гистерэктомия) и направлено на устранение всех анатомических дефектов тазового дна различными доступами (лапароскопический, лапаротомический, влагалищный и комбинированный).

#### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

За период с 2008 г. по 2010 г. в гинекологическом отделении РКБ им. Г.Г. Куватова г. Уфы проведено хирургическое лечение 818 пациенткам с пролапсом гениталий. Возраст больных варьировал от 33 до 82 лет. В отделении гинекологии проводилось устранение центральных дефектов передней стенки влагалища, устранение паравагинальных дефектов, устранение поперечных верхушечных дефектов, укрепление купола влагалища, устранение выпадения купола влагалища (фиксация к сакроспинальной связке и сакрокольпопексия), устранение дефектов прямокишечно-влагалищной фасции.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При анализе частоты и характера гинекологической патологии у каждой третьей больной диагностирована патология тела матки, у каждой четвертой – патология шейки матки (элонгация шейки матки, рубцовая деформация, гипертрофия шейки матки). При оценке акушерского статуса установлено, что у каждой четвертой были роды крупным плодом, у каждой третьей роды осложнились травмой мягких родовых путей. Ведущими жалобами были ощущение инородного тела в области промежности, затруднения во время акта дефекации, недержание мочи при напряжении, частое мочеиспускание.

Объем операций зависел от возраста, анатомической зоны пролапса, характера нарушения функций смежных органов, сопутствующей гинекологической патологии.

Хирургическая тактика у молодых женщин была направлена на коррекцию функциональных нарушений, восстановление анатомических взаимоотношений, сохранение или восстановление репродуктивной функции. С этой целью в отде-

---

#### Корреспонденцию адресовать:

НАСЫРОВА Светлана Фаниловна,  
453700, г. Уфа, ул. Айская, д. 75, кв. 65.  
Тел.: +7-919-615-4652. E-mail: ufa863@mail.ru

лении проводилась ампутация шейки матки при ее выраженной элонгации, передняя кольпорафия с укреплением фасции мочевого пузыря, кольпоперинеоррафия и леваторопластика, укорочение круглых связок матки, укрепление крестцово-маточных связок, устранение сопутствующей гинекологической патологии.

Показанием к хирургическому лечению явился симптоматически выраженный пролапс II-IV стадии. Для определения степени опущения гениталий использовали систему количественной оценки пролапса тазовых органов (POPQ). Согласно этой классификации II стадия пролапса диагностирована у 89 женщин (10,8%), стадия III – у 523 (63,9%), стадия IV – у 206 (25,3%). У 553 больных (67,6%) с II-IV стадией пролапса гениталий была произведена влагалищная гистерэктомия с установкой системы Prolift у 89 пациенток (33,6%). При наличии стрессового недержания мочи 15 пациенткам была одномоментно выполнена уретропексия синтетической петлей TVT-O. Сакровагинопексия выполнена у 74 больных, реконструкция переднего отдела тазового дна с использованием сетчатого импланта «Prolift-Anterior» была выполнена 62 пациенткам с III-IV стадией пролапса. Реконструктивные операции с применением «Prolift-Posterior» имели место у 16 пациенток, «Prolift total» – у 11 больных.

При выполнении операций использовались следующие виды анестезии: спинальная анестезия, эндотрахеальный наркоз, сочетанное обезболивание (спинальная анестезия + эндотрахеальный наркоз). Интраоперационных осложнений, таких, как ранение уретры, мочевого пузыря, не наблюдалось. Послеоперационные осложнения: гипотония мочевого пузыря имели место у

2,7%; кровотечений, гематом не наблюдалось. В 2 случаях имели место эрозия слизистой влагалища (лечены хирургически), сморщивание протеза с деформацией влагалища – 1 случай.

#### ВЫВОДЫ:

Таким образом, в гинекологическом отделении РКБ оказывается высококвалифицированная помощь женскому населению Республики Башкортостан, здесь внедрены современные диагностические и лечебные технологии, позволяющие добиваться положительных результатов при лечении больных с несостоятельностью мышц тазового дна различной степени сложности. Использование новейших технологий в диагностике и лечении данной патологии способствует повышению эффективности лечения и качества жизни пациенток.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Гинекология по Эмилю Новаку /под ред. Дж. Берека, И. Адаши. П. Хиллард. – М., 2002. – 896 с.
2. Оперативная гинекология /В.И. Краснопольский, С.Н. Буянова, Н.А. Щукина, А.А. Попов. – М., 2010. – 320 с.
3. Кулавский, В.А. Женское бесплодие СПГА /Кулавский В.А., Кулавский Е.В., Беглов В.И. – М., 2007. – 367 с.
4. Кулаков, В.И. Гинекология: национ. руков. /Кулаков В.И. – М., 2007. – 1072 с.
5. Куликовский, В.Ф. Тазовый пролапс у женщин: руков. для врачей /Куликовский В.Ф. – М., 2008.
6. Кулавский, В.А. Несостоятельность тазового дна женщин /В.А. Кулавский, Н.И. Никитин, Е.В. Кулавский. – Уфа, 2011. – 288 с.
7. Стрижаков, А.Н. Влагалищная хирургия: атлас /Стрижаков А.Н. – М., 2008. – 256 с.

#### Сведения об авторах:

КУЛАВСКИЙ Василий Агеевич, доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии, ГБОУ ВПО БГМУ Минздравсоцразвития России, г. Уфа, Россия.

НАСЫРОВА Светлана Фаниловна, канд. мед. наук, доцент, кафедра акушерства и гинекологии, ГБОУ ВПО БГМУ Минздравсоцразвития России, г. Уфа, Россия. E-mail: ufa863@mail.ru

ШАВАЛЕЕВА Фаниса Абдулловна, зав. гинекологическим отделением, Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова, г. Уфа, Россия.

#### Information about authors:

KULAVSKIY Vasilij Ageevich, doctor of medical sciences, head of the department of obstetrics and gynecology, Bashkir State Medical University, Ufa, Russia.

NASYROVA Svetlana Fanilovna, candidate of medical sciences, docent, department of obstetrics and gynecology, Bashkir State Medical University, Ufa, Russia. E-mail: ufa863@mail.ru

SHAVALEEVA Fanisa Abdullovna, manager a gynecology department, RCH of a name of G.G. Kuvatov, Ufa, Russia.