

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ГИСТЕРЭКТОМИИ

Бурибаева А.И., Юлдашев С.К.

Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр акушерства и гинекологии

АННОТАЦИЯ

Тотальная гистерэктомия одно из наиболее распространенных оперативных вмешательств в гинекологии, частота которой по данным разных авторов варьирует от 30% до 60%. Причем, количество производимых экстирпаций матки неуклонно ежегодно растет. Так, например, в США частота гистерэктомий среди полостных гинекологических операций составляет 36%, в России от 32,5% до 38,3%, в Швеции 38%, в Великобритании – 25% [1,2,5].

В настоящее время ежегодная заболеваемость с послеоперационным пролапсом культи влагалища составляет 2,04% [7]. Рост заболеваемости пролапсом культи влагалища, наблюдаемый в последние годы во всем мире, по мнению большинства исследователей, приобретает масштаб скрытой эпидемии [4,6,7]. Это объясняется, в том числе с увеличением частоты проводимых тотальных гистерэктомий.

На сегодняшний день известно, что в основе патогенеза лежит дисплазия соединительной ткани [3]. В обычных условиях матка является своеобразным "держателем" для свода влагалища, который при помощи фасций мышечно-связочного аппарата поддерживается в анатомическом положении. По сути, влагалище – это толстая мышечная трубка, составляющая единое целое с внутренней репродуктивной системой женщины. Опущение культи влагалища после удаления матки становится неизбежным по причине травмирования тазовой клетчатки, а также в тех случаях, когда патология имела место задолго до операции. Следует отметить, что во время проведения гистерэктомии, врач должен обратить особое внимание на анатомическое положение стенок вагинального канала и достаточно прочно зафиксировать купол влагалища, чтобы избежать нежелательных последствий [2,6].

После удаления матки даже при достаточной фиксации влагалища во время операции опущение все равно может возникнуть по причине ведения особого образа жизни так или иначе связанного с сильными физическими нагрузками,

неправильным питанием, вызывающим запоры. Кроме того, не нужно забывать, что избыточный вес также способствует развитию данного осложнения [7].

Нередко пролапс влагалища вызывается опущением органов после удаления матки в свободную полость, оставшуюся после операции. В таких случаях часто развивается цистоцеле или ректоцеле [2,3,5].

К сожалению, в литературе недостаточно освещены вопросы, касающиеся разработок мер предупреждения пролапса культи влагалища при проведении тотальной гистерэктомии.

Целью исследования. Изучить частоту пролапса культи влагалища после тотальной гистерэктомии.

Материалы и методы исследования. Проведено ретроспективный анализ историй больных (n=157) с пролапсом гениталий после тотальной гистерэктомии. Возраст пациенток варьировал в диапазоне от 45 до 58 лет, в среднем 48+4,6 лет. При гинекологическом осмотре степень выраженности генитального пролапса была оценена согласно классификации POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification).

Результаты исследования. Основными жалобами пациенток было дискомфорт в области гениталий с чувством инородного тела - у подавляющего большинства – 87 (55,4%), недержание мочи при кашле и чихании - почти у половины обратившихся - 61(38,8%), диспареуния - у каждой четвертой пациентки 9 (5,7%).

Показания к тотальной гистерэктомии явились - аномальные маточные кровотечения - у 28(17,8%) пациенток, миома матки в сочетании с аномальным маточным кровотечением - у 73 (46,5%), рецидивирующий гиперпластический процесс - у 56 (35,7%).

При гинекологическом осмотре были диагностированы следующие состояния - опущение стенок влагалища у 64 (40,8%) - цистоцеле, у 45 (28,7%) - ректоцеле, у - 48 (30,5%) цисто-ректоцеле.

Анализ генеративного анамнеза показал, что 3,2% страдали первичным бесплодием. Каждая третья пациентка в анамнезе имела 3 и более родов. Примерно одинаковое количество женщин не делали медицинский аборт – 77 (49%) и столько же - 80(51%) подверглись 1-3 абортам.

При анализе соматической патологии выяснено, что подавляющее большинство женщин - 146 (93%) имело избыточную массу тела. При этом у 67 (45,9%) пациенток ИМТ находилось в диапазоне от 30 до 34, остальные 79 (50,3%) имели ИМТ от 35 до 40. Каждая третья женщина страдала нейроциркуляторной дистонией по гипертоническому типу и варикозной болезнью – 52 (33,1%), каждая шестая – 26 (16,5%) отмечала наличие грыжи

позвоночного столба. Кроме того, более половины пациенток страдали различными заболеваниями желудочно-кишечного тракта - 31(20%), легочной системы – 14 (8,9%), приводящими к повышению внутрибрюшного давления и тем самым способствующими появлению и/или прогрессированию пролапса гениталий.

Выводы. Таким образом, по результатам ретроспективного анализа было установлено, что в подавляющем большинстве случаев пролапс культи влагалища развивался у женщин с нарушением жирового обмена, больше половина женщин (51%) делали медицинский аборт, и имели другие соматические заболевания.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ: (REFERENCES)

1. Capobianco, G. Efficacy and 9 years' follow-up of posterior intravaginal slingplasty for genital prolapse / G. Capobianco, E. Donolo, J.M. Wenger // *J Obstet Gynaecol Res.* – 2014. – Vol. 40(1). – P. 219–223.
2. Cervigni, M. A comprehensive view on the actual trend in pelvic organ prolapse repair / M.Cervigni, F.Natale. // *Abdominal Imaging.* — 2013. — Vol.38(5) - P.884-93.
3. Ching-Pei, T. Factors that affect early recurrence after prolapse repair by a nonanchored vaginal mesh procedure / Ching-Pei Tsai, Man-Jung Hung, Pao-Sheng Shen, Gin-Den Chen, Tsung-Hsien Su, Min-Min Chou. // *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology.* – 2014. – N.53. – P.337-342.
4. Choi, K.H. Management of pelvic organ prolapse / K.H. Choi, J.Y. Hong // *Korean J Urol.* – 2014. – Vol. 55. – P. 693–702.
5. Clemons, J.L. Impact of the 2011 FDA Transvaginal Mesh Safety Update on AUGS Members' Use of Synthetic Mesh and Biologic Grafts in Pelvic Reconstructive Surgery / J.L. Clemons, M. Weinstein, M.K. Guess, M. Alperin, P. Moalli, W.T. Gregory, E.S. Lukacz, V.W. Sung, B.H. Chen and C.S. Bradley. // *The Journal Of Urology.* – 2014. - Vol. 191. – P.1051-1059.
6. Cooper, J. Prevalence of genital prolapse symptoms in primary care: a crosssectional survey / J. Cooper, M. Annappa, D. Dracocardos, W. Cooper, S. Muller, C. Mallen // *Int Urogynecol J.* – 2015. – Vol. 26(4). –P. 505–510.
7. De Gouveia De Sa M, Claydon LS, Whitlow B, Dolcet Artahona MA. Laparoscopic versus open sacrocolpopexy for treatment of prolapse of the apical segment of the vagina: a systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J.* 2016Jan;27(1):3-17.