

УДК 618.1-007.44:614.2

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕНИТАЛЬНОГО ПРОЛАПСА

**А. В. Смирнова<sup>1,2\*</sup>**, кандидат медицинских наук,  
**З. С. Абдуллаева<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, 153012, Россия, г. Иваново, Шереметевский просп., д. 8.

<sup>2</sup> ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н. Городкова» Минздрава России, 153045, Россия, г. Иваново, ул. Победы, д. 20

**Ключевые слова:** опущение и выпадение половых органов, пролапс гениталий, качество жизни, невротизация.

\* Ответственный за переписку (corresponding author): anguseva@yandex.ru.

Опущение и выпадение половых органов – пролапс гениталий (ПГ) – является актуальной проблемой в связи с достаточно широкой распространенностью данной патологии. Так, согласно последним данным, в нашей стране частота встречаемости ПГ выше II степени составляет 2–4 %, а в специализированных отделениях оперативной гинекологии – 28–39,8 %. Максимальное количество операций приходится на возраст от 60 до 69 лет (42,1 на 10 000 женщин). С увеличением продолжительности жизни частота ПГ возрастает.

Клинически ПГ проявляется нарушением нормального анатомического взаимоотношения матки, влагалища, мочевого пузыря, прямой кишки, в некоторых случаях – кишечника, и смещением этих органов вниз и за пределы входа во влагалище. Как правило, ПГ сочетается с анатомической и функциональной недостаточностью смежных органов и часто сопровождается мочевой и кишечной инконтиненцией. Клинические проявления опущения и выпадения внутренних половых органов доставляют физические и моральные страдания, снижают трудоспособность, сексуальную функцию, а следовательно, качество жизни женщин.

В настоящем исследовании была оценена динамика симптомов и качества жизни женщин с ПГ после хирургического лечения данного состояния.

Исследование проводилось на базе ФГБУ «ИвНИИ Мид им. В.Н. Городкова» Минздрава России.

В исследование включено 40 женщин в возрасте от 42 до 74 лет с различными формами ПГ II–IV степени по классификации POP-Q (с пролапсом матки и влагалища, цисто-, ректоцеле и выпадением свода влагалища после экстирпации матки), поступивших на оперативное лечение ПГ. Большая часть включенных в исследование (90 %) находились в постменопаузальном периоде.

Всем пациенткам выполнено хирургическое лечение в зависимости от характера ПГ и сочетанной гинекологической патологии. Большинство больных произведена манчестерская операция (57 %) в связи с неполным выпадением половых органов. Передний пролифт установлен у 13 % пациенток с изолированным цистоцеле. Передняя и задняя пластика влагалища произведена у 7 % женщин, у такого же количества – лапаротомия, субтотальная гистерэктомия с укреплением шейки матки в связи с сочетанием ПГ с миомой матки. При полном выпадении половых органов у 3 % выполнена влагалищная экстирпация матки. Хирургическое вмешательство и ранний послеоперационный период у всех пациенток протекали без осложнений.

Для оценки симптомов ПГ и нарушений функции мочевого пузыря и кишечника до операции применяли специализированный модернизированный опросник PFDI-20 (Pelvic Floor Distress Inventory). Отдельно оценивался уровень невротизации согласно «Шкале для психологической экспресс-диагностики уровня невротизации (УН)», разработанной в лаборатории клинической психологии Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева.

Спустя шесть месяцев после операции оценивали удовлетворенность результатами лечения по десятибалльной шкале. Различали высокую удовлетворенность – 8–10 баллов, среднюю – 6–7 баллов, низкую – менее 6 баллов.

Установлено, что у 23 % обследованных от момента появления первых симптомов ПГ до оперативного лечения прошло от 1 года до 5 лет, а у 70 % – более 10 лет.

Артифициальные аборт и самопроизвольные выкидыши имелись у 90 % женщин. Сопутствующая гинекологическая патология в анамнезе (патология шейки матки, воспалительные заболевания органов малого таза, доброкачественные новооб-

разования матки и придатков) наблюдалась у 33 % пациенток.

У большинства отмечено варикозное расширение вен нижних конечностей (у 67 %), гипертоническая болезнь (у 67 %), хронический гастрит (у 63%), патология щитовидной железы (у 15 %), сахарный диабет 2 типа (у 10 %). Семейный анамнез по ПГ у отягощен у 43 % обследованных.

Основные симптомы дисфункции мышц тазового дна (чувство давления и тяжести в нижних отделах живота, выпадение части органа из влагалища) испытывали 83 % женщин. Дизурическими явлениями в течение года страдали 47 % больных, один – пять лет – 33 %, пять – десять лет – 3 %, более десяти лет – 10 %. На чувство неполного опорожнения мочевого пузыря указали 90 % пациенток, а 53 % – на учащенное мочеиспускание (более 8 раз в сутки). Чувство рези и дискомфорт при мочеиспускании испытывали 37 % опрошенных. Среди пациенток с ПГ 73 % из-за непроизвольного подтекания мочи были вынуждены использовать специальные гигиенические впитывающие средства. Значительной части женщин (70 %) приходилось постоянно самостоятельно вправлять выпавшие стенки влагалища и шейку матки с целью создания комфортных условий для физиологических отпавлений. Затруднения при опорожнении кишечника (запоры) до операции испытывали 30 % пациенток, чувство неполного опорожнения кишечника – 27 %. Непроизвольное отхождение газов и стула отмечали около трети опрошенных (30 %).

Две трети больных ПГ (65 %, или 26 женщин) имели высокий уровень невротизации. Этот факт определя-

ет более пессимистический настрой на предстоящую операцию и на успех лечения в целом. Лишь у каждой пятой пациентки из основной группы выявлен низкий уровень невротизации (20 %, 8 женщин). Своевременное выявление невротизации при обследовании и проведение необходимой психологической коррекции позволило создать у больных позитивный настрой на предстоящее оперативное лечение.

После оперативного вмешательства только 60 % пролеченных соблюдали рекомендации врача по физической нагрузке и модификации образа жизни и только 17 % включенных в исследование женщин проводили профилактику рецидивов с помощью упражнений, направленных на укрепление мышц тазового дна.

Спустя шесть месяцев после операции боли и дискомфорт внизу живота по-прежнему беспокоили 17 % обследованных. У такого же числа пациенток сохранялись дизурические расстройства (подтекание мочи, стрессовое недержание, дискомфорт при мочеиспускании). Проблемы со стулом (запоры, недержание газов) возобновились у одной женщины (7 %). Несмотря на сохраняющиеся у некоторых пациенток симптомы дисфункции тазовых органов, более 90 % пролеченных отметили значительное субъективное улучшение качества жизни: высокую степень удовлетворенности – 70 % пациенток, среднюю – 23 %; не удовлетворена операцией была одна женщина с рецидивом ПГ после хирургического лечения.

Таким образом, значительная часть пациенток, подвергнутых хирургической коррекции ПГ, в целом довольна проведенным лечением и порекомендовала бы его другим больным с данной патологией.

---

## EFFECTIVENESS OF SURGICAL TREATMENT FOR GENITAL PROLAPSE

A. V. Smirnova, Z. S. Abdullayeva

**Key words:** ptosis and descent of genital organs, genital prolapse, quality of life, neurotization.