

*На правах рукописи*

Гусева Евгения Сергеевна

**ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ ПОДХОДЫ К КОРРЕКЦИИ  
ГЕНИТАЛЬНОГО ПРОЛАПСА РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ**

14.01.01 - акушерство и гинекология

**АВТОРЕФЕРАТ**

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Санкт-Петербург – 2017

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном научном учреждении «Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О.Отта»

**Научный руководитель:**

**Беженарь Виталий Федорович** - доктор медицинских наук, профессор  
Федеральное государственное бюджетное учреждение высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад.И.П. Павлова МЗ РФ», заведующий кафедрой акушерства, гинекологии и неонатологии

**Официальные оппоненты:**

**Кира Евгений Федорович** - доктор медицинских наук, профессор,  
заведующий кафедрой женских болезней и репродуктивного здоровья ИУВ при НМЦХ им. Н.И.Пирогова МЗ РФ

**Новиков Евгений Иванович** – доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Минобороны России

**Ведущая организация:** Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии»

Защита диссертации состоится «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2017 г. в \_\_\_ часов на заседании диссертационного совета Д 999.120.02 на базе ФГБВОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский медицинский университет им.И.П.Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, (197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д.6-8)

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке ФГБВОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский медицинский университет им.И.П.Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации и на сайте [www.1spbgmu.ru](http://www.1spbgmu.ru)

Автореферат разослан «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2017г.

Ученый секретарь

диссертационного совета

доктор медицинских наук

Молчанов Олег Леонидович

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

*Актуальность темы.* В последнее десятилетие наблюдается стремительное развитие хирургических методик, направленных на решение проблемы пролапса тазовых органов (ПТО) у женщин. В большей степени генитальный пролапс влияет на качество жизни пациенток, причиняя им не только физические, но и моральные страдания, снижая чувство собственного достоинства и сексуальность (Адамян Л.В., 2013; Коршунов М.Ю., 2017; Goldstein I., 2013; Zhang L., 2015).

Заболевание нередко манифестирует в репродуктивном возрасте и носит прогрессирующий характер. В последние годы отмечается тенденция к «омоложению» данной патологии (Memon H., 2014; Schreiner L., 2017), увеличению числа пациенток с пролапсом I-II степени, даже после неосложненных родов, которые имеют предпосылки к развитию ПТО в виде дисплазии соединительной ткани (ДСТ), малосимптомные формы которой встречаются с частотой от 26 до 80% (Cartwright R., 2015), что делает актуальным поиск новых эффективных методов хирургической коррекции этого состояния. Одновременно увеличивается число осложненных и рецидивирующих форм генитального пролапса, частота которых по данным ряда авторов достигает 43 % (Айламазян Э.К., 2012; Радзинский В.Е., 2016; Tineke F. M. , 2015; Tineke F. M., 2017).

Наряду с тяжелыми формами ПТО, пристального внимания заслуживают случаи пролапса легкой и средней степени тяжести, при которых не столь существенно нарушена функция прямой кишки и мочевого пузыря, а более значимым для пациенток является снижение качества жизни и сексуальная дисфункция (Özengin N., 2017). Тазовые дисфункции, связанные с ПТО, такие как недержание мочи, газов, кала и др. отрицательно влияют на сексуальное здоровье женщин (Zielinski R., 2013; Swati J., 2016). Женщины, страдающие генитальным пролапсом, чувствуют себя застенчивыми, менее женственными и сексуально непривлекательными (Haddad R., 2013; Zielinski R., 2013; Soo Rim Kim, 2014). Коррекция пролапса гениталий позволяет не только восстановить анатомические взаимоотношения между органами малого таза, повысить качество жизни, но и повысить сексуальную активность у этих пациенток.

Текущие данные свидетельствуют о том, что использование синтетических имплантатов во влагалищной хирургии имеет не только положительные результаты, но и связано с появлением новых видов осложнений (US Food and Drug Administration, 2012; Clemons J.L., 2014; Dällenbach P., 2015). Основными проблемами после операций с использованием синтетических сеток являются боли и диспареуния. Сложившаяся ситуация приводит к необходимости разработки эндопротезов нового поколения с улучшенными свойствами, а также методик малоинвазивной имплантации протезов.

Проблема коррекции пролапса тазовых органов остается актуальной, требует поиска новых методик с минимальной инвазивностью и меньшим количеством осложнений при той же эффективности, с наименьшим влиянием на качество жизни пациенток. Так как сетка является постоянным имплантатом и значительно усложняет и делает рискованным любые повторные операции, для предотвращения и снижения частоты осложнений необходимо дифференцированно подходить к выбору метода оперативного лечения в зависимости от степени тяжести заболевания, факторов и групп риска по возникновению осложнений.

**Цель исследования:** обоснование дифференцированной хирургической тактики при использовании синтетических имплантатов у пациенток с пролапсом гениталий различной степени тяжести.

**Задачи исследования:**

- 1) Оценить клиническую эффективность вагинопексии с использованием троакарного имплантата в лечении генитального пролапса в зависимости от степени его тяжести за долговременный период наблюдения.
- 2) Оценить клиническую эффективность вагинопексии с бестроакарным имплантатом при коррекции пролапса гениталий за 3-летний период, оценить безопасность данной операции в зависимости от возникших осложнений.
- 3) Провести анализ частоты, структуры и причин ближайших и отдаленных послеоперационных осложнений у больных с пролапсом гениталий различной стадии после вагинопексии с различными синтетическими имплантатами разных размеров, а также выявить факторы и группы риска по возникновению осложнений при их использовании.

4) Оценить качество жизни пациенток через 1,6,12 месяцев при использовании различных синтетических имплантатов, оценить факторы, оказывающие влияние на неудовлетворенность пациенток результатом проведенного оперативного вмешательства

5) Разработать дифференцированные подходы к выбору метода коррекции пролапса гениталий в зависимости от степени тяжести заболевания, типа имплантата, направленные на повышение качества жизни пациенток в отдаленном периоде.

### **Научная новизна и теоретическая значимость работы.**

В исследовании впервые проведен сравнительный анализ ближайших и отдаленных послеоперационных осложнений, возникших после имплантации различных сетчатых протезов разной площади и объема, проанализированы корреляции возникновения этих осложнений от типа установленного сетчатого протеза и хирургической методики его имплантации, а также зависимость возникновения данных осложнений от факторов риска. Доказано, что объем сетчатого протеза, также как и методика его имплантации, не оказывают значимого влияния на частоту анатомических осложнений операции, влияя при этом на ее функциональные результаты.

Впервые с использованием психометрического метода проведена длительная динамическая оценка качества жизни пациенток, прооперированных по поводу генитального пролапса, позволившая объективизировать и индивидуализировать анатомические и функциональные результаты операций. Впервые в оценке качества жизни больных с пролапсом тазовых органов использован комплекс специализированных вопросников PFIQ-7 (Pelvic Floor Impact Questionnaire-7), PEDI-20 (Pelvic Floor Distress Inventory-20), вопросник ПД-КЖ, «Wexner score», PISQ-12 (Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire-12), что позволило научно обосновать алгоритмы выбора хирургической коррекции генитального пролапса.

Впервые доказана аналогичная эффективность применения сетчатого протеза меньшей площади с бестроакарной методикой имплантации и сетки больших размеров с троакарным доступом при коррекции генитального пролапса III стадии,

что позволяет получать оптимальные результаты лечения при минимальном объеме операции.

Впервые отмечена возможность снижения развития функциональных осложнений при использовании протеза меньшей площади и сокращения глубины диссекции;

Впервые отмечены варианты влияния сетчатых протезов на сексуальную активность пациенток и кишечные дисфункции после операции, предложены пути снижения послеоперационных осложнений.

### **Практическая значимость.**

В исследовании доказано, что выбор методики оперативного лечения генитального пролапса у женщин должен быть дифференцированным, включать анализ факторов риска рецидивов заболевания, стадию ПТО, результаты специализированного предоперационного обследования, позволяя индивидуализировать подбор оптимального метода хирургической коррекции заболевания. Показано, что сетчатые протезы меньшей площади, требующие незначительной хирургической диссекции тканей промежности для имплантации, являются не менее эффективными по сравнению с т.н. «большими» имплантатами с троакарной методикой фиксации протеза, а в ряде случаев имеют значительные преимущества.

Установлено, что оценка качества жизни пациентки является важным этапом предоперационной подготовки, а правильный анализ состояния больной позволяет спрогнозировать функциональные осложнения, при этом, дифференцированный выбор метода оперативной коррекции пролапса позволяет улучшить качество жизни больных, снизить риск повторных оперативных вмешательств и послеоперационных осложнений. Полученные результаты позволяют рекомендовать сетчатые протезы меньшей площади с бестроакарной методикой имплантации больным со II-III стадией генитального пролапса, отсутствием признаков ДСТ, ведущих половую жизнь в целях снижения частоты функциональных осложнений. Показано, что при наличии признаков ДСТ, IV стадии генитального пролапса и отсутствии сексуальной активности пациентки, целесообразно использование протеза с

троакарной методикой проведения для получения оптимальных результатов лечения.

### **Основные положения диссертации, выносимые на защиту**

1. Использование имплантатов меньшей площади с бестроакарной методикой проведения имеет схожие анатомические результаты с троакарным методом имплантации сетчатых протезов большой площади.

2. Для определения тактики лечения пациенток с пролапсом тазовых органов при предоперационном обследовании целесообразно применение психометрического метода, позволяющего объективизировать состояние пациентки, выявить группу риска по возможным осложнениям, дифференцированно подойти к выбору имплантата для достижения оптимального результата.

3. При отсутствии факторов риска (дисплазия соединительной ткани, реконструктивно-пластические операции в анамнезе), целесообразно выбирать менее инвазивную операцию с меньшей глубиной диссекции и бестроакарной методикой проведения протеза во избежание возможных функциональных осложнений после операции.

4. Для профилактики возникновения диспареунии у пациенток, ведущих половую жизнь, предпочтительно выбирать бестроакарную методику имплантации сетчатого протеза.

### **Апробация, внедрение и личный вклад автора**

Материалы диссертации доложены на V Общероссийском семинаре «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии», (Сочи, 2012); XVII Международной научно-практической конференции "Пожилой больной. Качество жизни" (Москва, 2012); III Общероссийском семинаре «Репродуктивный потенциал России: здоровье женщины – здоровье нации». Казанские чтения (Казань, 2013); IV международной (XI итоговой) научно-практической конференции молодых учёных (Челябинск, 2013); IV ежегодной научной конференции молодых ученых и специалистов в Санкт-Петербурге «Репродуктивная медицина: взгляд молодых – 2013» (С.-Петербург, 2013); XVIII Международной научно-практической

конференции «Пожилой больной. Качество жизни» (Москва, 2013); VIII междисциплинарной конференции по акушерству, перинатологии, неонатологии «Здоровая женщина – здоровый новорожденный» (С.-Петербург, 2013); VI Российско-германском конгрессе по акушерству и гинекологии «Современные технологии акушерства и гинекологии в решении проблем демографической безопасности» (Калининград, 2014); международном конгрессе ICS 2013 (Барселона, 2013) и ISC 2014 (Рио де Жанейро, 2014); Европейском конгрессе ESGE 2013 (Берлин, 2013).

Алгоритм подбора сетчатого имплантата внедрен в работу гинекологического отделения с операционным блоком ФГБНУ НИИ АГиР им. Д.О. Отта, в учебный процесс кафедры акушерства, гинекологии и репродуктологии ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова МЗ РФ с 2015/2016 учебного года, и работу гинекологического отделения СПб ГБУЗ «Городская больница №15».

По теме диссертации опубликовано 15 научных работ, в том числе, 5 – в ведущих рецензируемых научных журналах и изданиях, определенных ВАК РФ.

Отбор пациенток в группы исследования и оперативное лечение выполнялись в отделении гинекологии с операционным блоком ФГБНУ НИИ АГиР им.Д.О. Отта с 2005 по 2014 гг.

### **Личный вклад автора.**

Личный вклад соискателя состоит в непосредственном участии в проведении отбора, обследования, анкетирования, хирургическом вмешательстве больных в обеих обследованных группах, послеоперационном ведении и наблюдении за больными в отсроченном периоде. Автором проведен анализ результатов исследования с использованием методов математической статистики, на основании которого сделаны выводы.

### **Структура и объем диссертации.**

Диссертация изложена в традиционной форме и содержит введение, обзор литературы, главы собственных исследований, заключение, выводы, практические рекомендации, указатель литературы. Работа представлена на 161 страницах машинописного текста, иллюстрирована 30 таблицами и 68 рисунками.



Библиографический указатель включает 111 источников литературы, из них 28 отечественных и 83 иностранных авторов.

## СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

### Материал и методы исследования

Для решения поставленных в исследовании задач проведено обследование 399 больных, оперированных по поводу ПТО в отделении гинекологии с операционным блоком ФГБНУ НИИ АГиР им. Д.О.Отта с 2005-2014 гг. с использованием троакарной и бестроакарной методик имплантации сетчатых протезов различной площади.

В зависимости от вида оперативного вмешательства больные были распределены на две группы: 1-я группа – 342 пациентки с ПТО II-IV стадии в сочетании с цисто-ректоцеле, которым выполняли хирургическую коррекцию пролапса с использованием троакарной системы с имплантатом большой площади «Пролифт»; 2-я группа – 57 пациенток с ПТО II-IV стадии в сочетании с цисто-ректоцеле, которым выполняли хирургическое лечение с использованием бестроакарной методики и имплантата малой площади «Просима».

Проводилась оценка и анализ характера и причин ранних послеоперационных осложнений. С целью оценки течения отдаленного послеоперационного периода и определения эффективности оперативного лечения выполняли клиническое обследование и анкетирование больных проводилось до операции, через 6 месяцев и через 1 год после операции. Дополнительное инструментальное обследование в отдаленном послеоперационном периоде проводилось только тем больным, у которых клинически был выявлен рецидив пролапса органов малого таза (цисто-и/или ректоцеле).

*Критериями включения в исследование являлись:*

1. Пациентки с ПТО в сочетании с цисто-ректоцеле II-IV стадии.
2. Пациентки с рецидивными формами ПТО II-IV стадии.
3. Пациентки с ПТО II-IV стадии, имеющие высокий риск развития рецидива пролапса (с наличием клинических маркеров дисплазии соединительной ткани; хронических экстрагенитальных заболеваний, приводящих к повышению

внутрибрюшного давления; работающих с применением тяжелого физического труда).

*Критериями исключения из исследования являлись:*

1. Пациентки с поливалентной аллергией (в связи с высоким риском отторжения синтетического материала).
2. Пациентки с тяжелой соматической патологией, являющейся противопоказанием к хирургическому вмешательству (в том числе тяжелый сахарный диабет).
3. Пациентки с онкопатологией.
4. Пациентки, не исключаящие в перспективе беременность и роды.

Критериями для сравнительной оценки эффективности различных методов хирургического лечения ПТО считали: число интраоперационных, ранних и поздних послеоперационных осложнений, число рецидивов ПТО (цисто-и/или ректоцеле) в послеоперационном периоде, функциональный результат операции (изменение качества жизни и сексуальной функции после операции при использовании психометрического метода). Отдаленные результаты были прослежены у больных 1-й группы в сроке от 1 года до 8 лет, у больных 2-й группы – от 1 года до 3 лет. Эффективность хирургического лечения оценивали при комплексном обследовании с использованием анкетирования, клинического, ультразвукового (УЗИ уретровезикального сегмента мочевого пузыря, аппарат Voluson-730 expert, GE) и рентгенологического (эвакуаторная проктография) методов обследования. Пациенткам с цистоцеле и сочетанным нарушением мочеиспускания (стрессовое недержание мочи с/без ургентным компонентом) проводилось комплексное уродинамическое исследование (КУДИ, установка «Uroscreen» (tic Medizintechnik, Германия).

Для оценки стадии пролапса органов малого таза у больных обеих групп до и после хирургического лечения использовалась система описания и стадирования пролапса органов малого таза POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification), разработанная Международным обществом по недержанию мочи (International Continence Society, 1996).

Клиническое обследование включало изучение анамнеза заболевания, жалоб с последующим занесением полученных данных в разработанную карту. Изучался преморбидный фон, перенесенные и сопутствующие гинекологические и экстрагенитальные заболевания, наследственность, особенности менструальной, половой и репродуктивной функции. Особое внимание уделялось уточнению возможных причин заболевания (профессиональным вредностям, особенностям репродуктивного статуса), характеру нарушений функции смежных органов.

Объективизацию жалоб, количественную интерпретацию симптомов и контроль эффективности проведенной операции осуществляли путем анализа ряда вопросников, в том числе нами был выбран вопросник по оценке влияния дисфункции органов малого таза на различные аспекты жизни женщины PFIQ-7 (Pelvic Floor Impact Questionnaire-7), вопросник по оценке степени выраженности симптомов тазовой дисфункции PEDI-20 (Pelvic Floor Distress Inventory-20), вопросник ПД-КЖ (валидированный способ оценки симптомов дисфункций тазового дна и качества жизни у пациенток с пролапсом тазовых органов), «Wexner score» для оценки анальной инконтиненции и кишечной дисфункции, PISQ-12 (Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire-12), в котором отражены поведенческо-эмоциональная, психологическая составляющая сексуальных расстройств, а также поведение полового партнера.

Для оценки клинических маркеров дисплазии соединительной ткани использовалась «Шкала клинических критериев выраженности ДСТ», модифицированная Буяновой С.Н., Смольновой Т.Ю. (2001) применительно к больным с пролапсом гениталий.

Оценку состояния слизистой влагиалища проводили с использованием известных показателей: индекс вагинального здоровья (G. Bochman, 1995) и шкала интенсивности симптомов вагинальной атрофии D.Barlow (The North American Menopause Society, 2013). Степень ректоцеле определялась по классификации В.Д.Федорова и Ю.В.Дульцева, НИИ проктологии МЗ РФ (1984). Анатомический результат операции оценивался как «отличный» при стадии пролапса 0 или I, «хороший» – при II стадии пролапса, «неудовлетворительный» при рецидиве опущения тазовых органов в сочетании с цисто-ректоцеле.

Статистический анализ полученных в процессе исследования данных проводился с помощью пакета программ Statistica for Windows, версия 7, SPSS. Критерием статистической значимости ( $p$ ) получаемых выводов при индивидуальных сравнениях мы считали общепринятую в медицине величину  $\leq 0,05$ . При множественных сравнениях порог значимости был уменьшен до 0,01.

### Результаты исследования и их обсуждение

**Клиническая характеристика обследованных женщин.** Пациентки в исследуемых группах статистически значимо не отличались по возрасту, длительности менопаузы, продолжительности анамнеза пролапса, количеству баллов по ДСТ, ИМТ и другим факторам риска ПТО. Средний возраст обследованных женщин в 1-й группе к моменту операции составил  $60,5 \pm 9,4$  лет, при этом в постменопаузальном периоде находились 290 (84,8%) пациенток. Во 2-й группе средний возраст больных составил  $61,8 \pm 6,9$  лет, большинство женщин находились в постменопаузальном возрасте (98,3%). Среди женщин постменопаузального периода средний возраст менопаузы составил  $11 \pm 8,9$  лет в 1 группе и  $11,8 \pm 7,3$  лет во 2-ой. Длительность существования ПТО среди больных 1-й группы составила  $11 \pm 8,9$  лет, 2-й группы -  $6,2 \pm 7,5$  лет, при этом треть больных в обеих группах отметили ухудшение течения заболевания с наступлением менопаузы.

По акушерско-гинекологическому анамнезу, наличию в анамнезе реконструктивно-пластических операций на тазовых органах, сопутствующей экстрагенитальной патологии, проведению симультанных операций группы были однородными, однако значимо отличались друг от друга по стадии пролапса.

Среднее время наблюдения за пациентками 1-й группы составило  $4,1 \pm 1,7$  лет, и  $2 \pm 0,6$  лет во 2-ой группе. Среднее время выполнения операции составило:  $116,1 \pm 44,3$  минут в 1-й группе, и  $87,1 \pm 28,8$  минут во 2-й группе ( $p < 0,05$ ).

60 пациенток из 1-й группы (17,5 %) и 57 из 2-ой (100 %) были опрошены нами с помощью специализированных вопросников, которые позволяли оценить их качество жизни до операции, и затем отследить динамику изменений после нее. В 1-й группе признаки ДСТ легкой степени выраженности отмечались у 58% пациенток, средней степени выраженности – у 22%, тяжелыми проявлениями ДСТ страдали

20% больных. Во 2-й группе 54,4%; 40,4% и 5,2% соответственно. По результатам анкетирования было выявлено, что жалобы пациенток с генитальным пролапсом носили разнообразный характер, и не всегда отмечалась корреляция между анатомическими дефектами тканей промежности, стадией пролапса и клинической выраженностью жалоб больных. На первое место выступали ощущение «инородного тела» во влагалище/промежности, сексуальная дисфункция, нарушение моторно-эвакуаторной функции кишечника умеренной степени тяжести.

**Интраоперационные осложнения.** В 1-й группе интраоперационно возникло 5 (1,5%) случаев ранения органов малого таза (3 случая мочевого пузыря, 2 - прямой кишки), данное осложнение возникло вследствие выраженного рубцового процесса интраоперационной зоны диссекции после предыдущих операций в этих анатомических областях. Во 2-й группе ранений полых органов отмечено не было, вероятно, ввиду меньшей глубины требуемой диссекции тканей, отсутствия необходимости в создании глубоких боковых туннелей для проведения проводников. Следовательно, общее число интраоперационных осложнений в обеих группах было минимальным, статистически не различалось между группами.

**Ранние послеоперационные осложнения.** Течение раннего послеоперационного периода осложнилось формированием гематомы послеоперационной зоны у 11 (3,2%) больных 1-й группы (зона бедер и промежности), при этом данное осложнение не возникло ни в одном случае во 2-й группе. Атония мочевого пузыря возникла у 2 (0,6%) пациенток после троакарной методики и в 1 (1,7 %) случае после установки бестроакарной системы.

В раннем послеоперационном периоде в обеих группах отмечались подслизистые гематомы небольших размеров (у 16 (4,7%) больных в 1-й группе и 5 (8,7%) во 2-й). Во всех случаях, в результате консервативной терапии произошла самостоятельная организация гематом, что не отразилось на дальнейших результатах оперативного лечения.

В обеих группах в 1 случае было отмечено раннее послеоперационное кровотечение из вен паравезикального сплетения, потребовавшее удаления установленного имплантата, с проведением в последующем передней кольпоррафии для коррекции цистоцеле. В обоих случаях анамнез пациенток был отягощен

наличием пластических операций на тазовом дне, что, по-видимому, могло изменить его анатомию, и при стандартном выполнении всех этапов операции не позволило избежать кровотечения.

Таким образом, общее число ранних послеоперационных осложнений, составило 30 (8,8%) в 1 группе, и 7 (12,3%) во 2-й. Несмотря на то, что ранние послеоперационные осложнения возникали несколько чаще у больных 1-й группы, статистически значимых различий не отмечено. При этом, осложнения не отразились на длительности пребывания больных в стационаре: больные 1-й группы пребывали 8 койко-дней (от 5 до 18 суток), 2-й группы - 6 койко-дней (от 4 до 17 суток).

**Отдаленные послеоперационные осложнения.** Частота эрозий стенки влагалища в 1-й группе составила 8,2%, во 2-й 15,8% ( $p > 0,05$ ). При этом, не была отмечена корреляционная связь между анамнестическими факторами риска (курением, ГБ, СД, длительностью менопаузы и пролапса, наличием рецидивирующего пролапса), активностью половой жизни (эрозии появлялись с одинаковой частотой у живущих и не живущих половой жизнью пациенток), стадией пролапса и типом коррекции, сопутствующих оперативных вмешательств (гистерэктомии, субуретральных слингов) в обеих группах. Лишь при операциях с использованием бестроакарной методики было отмечено, что все эрозии возникли в первый год освоения данной оперативной техники. Высокая частота возникновения эрозий после использования бестроакарной методики может быть связана и с необходимостью длительного (3-4 недели) нахождения временно фиксирующего протез устройства (VSD) во влагалище, что, безусловно, способствует нарушению местной микроциркуляции, формированию ишемии и снижению репаративных возможностей тканей. Активное ведение раннего послеоперационного периода (ежедневные обработки влагалища по катетеру антисептиком), мотивация и обучение пациенток правильному введению влагалищных свечей при наличии установленного VSD, местное применение эстрогенов позволило достоверно снизить частоту эрозий в последующие годы наблюдений.

Сморщивание имплантата через 2 месяца после операции в 1-й группе было выявлено у 2 (0,6%) пациенток при УЗИ тазового дна, однако это не повлияло на

послеоперационную стадию пролапса. Случаев сморщивания протеза во 2-й группе не было отмечено. Случаев отторжения имплантатов в нашем исследовании также не отмечалось.

Результаты хирургического лечения больных в обеих обследованных группах показали, что рецидивы ПТО возникали в минимально количестве наблюдений у пациенток, отягощенных наличием пластических операций в анамнезе и клинических маркеров ДСТ тяжелой степени выраженности (5% в 1-й группе и 5,3% во 2-й), а число рецидивов после обоих типов оперативного вмешательства не имело статистически значимых различий. При этом несколько чаще возникал рецидив опущения передней стенки влагалища: из 17 пациенток в 1-й группе рецидив цистоцеле возник у 11 больных, рецидив ректоцеле у 6. Из 3 пациенток во 2-й группе рецидив цистоцеле возник у 2 пациенток, сочетание рецидива цистоцеле II стадии с рецидивом ректоцеле 1 степени выявлено у 1 больной. Таким образом, оба типа сетчатых имплантатов обеспечивают эффективную коррекцию ПТО, при этом анатомический успех операции в 1-й группе составил 95%, и 95% во 2-й группе ( $p>0,05$ ).

При анализе возникших послеоперационных осложнений (эрозии стенки влагалища, рецидив ПТО, атония мочевого пузыря, элонгация шейки матки, гематома, травма смежных органов, абсцесс) было выявлено, что тип операции, то есть способ установки и вид установленного имплантата, не влияет на возникшие осложнения ( $p>0,05$ ). Из 399 человек в 1-й группе пациенток возникло 69 (20%) осложнений, во второй группе – 17 (29,8%), ( $p>0,05$ ). То есть возникающие послеоперационные осложнения возникают вне зависимости от вида установленного имплантата.

Стадия пролапса также не коррелировала с частотой возникших послеоперационных осложнений в обеих группах ( $p>0,05$ ). Известно, что самой неблагоприятной стадией в аспекте возникновения последующих рецидивов является III стадия генитального пролапса по POP-Q (Беженарь В.Ф., 2012; Lin Tzu-Yin, 2010; Huser M., 2012). Нами также было отмечено, что больше всего осложнений, в том числе рецидивов, возникло при коррекции III стадии пролапса

(54,7%), при IV стадии – 37,2%, при II стадии – 8,1%, однако различия между ними не были статистически значимыми ( $p>0,05$ ).

Вид хирургической коррекции заболевания также не повлиял на возникшие осложнения в обеих группах ( $p>0,05$ ). Было отмечено, что при изолированной коррекции опущения передней стенки влагалища осложнения возникли в 23,2% случаев, при опущении задней стенки влагалища – в 14%, при сочетанной операции на обеих стенках влагалища – в 62,8% ( $p>0,05$ ) (Таблица 1).

Таблица 1 - Сравнительный анализ осложнений обеих обследованных групп

	1-я группа (n=342)	%	2-я группа (n=57)	%	p=
<i>Интраоперационные осложнения</i>					
Перфорация полых органов (мочевого пузыря, кишки, сосудов)	5	1,5%	0	0%	$p>0,05$
Перфорация стенки влагалища (при диссекции)	0	0	1	1,7%	-
Перфорация стенки влагалища (при сопутствующих операциях)	0	0	1	1,7%	-
Всего	5	1,5%	2	3,5%	$p>0,05$
<i>Ранние послеоперационные осложнения</i>					
Кровотечение	1	0,3%	1	1,7%	-
Атония мочевого пузыря	2	0,6%	1	1,7%	$p>0,05$
Гематома послеоперационной зоны	11	3,2%	0	0	$p>0,05$
Подслизистая гематома (в области швов во влагалище)	16	4,7%	5	8,8%	$p>0,05$
Инфекция МВП	0	0	-	0	-
итого	30	8,8%	7	12,3%	$p>0,05$
<i>Поздние послеоперационные осложнения</i>					
Рецидив пролапса (в том числе рецидив по причине смещения имплантата)	17 (2)	5%	3 (1)	5,3%	$p>0,05$
Сокращение сетки (выявлено при УЗИ), не повлияло на стадию пролапса	2	0,6%	0	0	---
Эрозии сетки во влагалище	28	8,2%	9	15,8%	$p>0,05$
Инфекция послеоперационной раны	2	0,6%	1	1,7%	$p>0,05$
Элонгация шейки матки	14	4,1%	0	0	$p>0,05$
Инфекция мочевыводящих путей	1		1		---
Стрессовое недержание мочи De Novo	6	0,9%	0	0	$p>0,05$
Стрессовое недержание мочи, рецидив	4	1,2%	0	0	---
Ургентное недержание	14	4,1%	2	3,5%	$p>0,05$
Обструктивное мочеиспускание	-	0	1	1,7%	---
Итого	88	25,7%	17	29,8%	$p>0,05$

При анализе факторов риска возникших осложнений было выявлено, что значимое влияние оказало только наличие клинических маркеров ДСТ ( $p<0,01$ ), а также наличие пластических операций на стенках влагалища в анамнезе ( $p<0,01$ ), не значимыми оказались такие факторы как возраст, ИМТ, продолжительность



менопаузы и длительность анамнеза пролапса. При детальном анализе было отмечено, что наличие у пациенток ДСТ повлияло на последующий рецидив пролапса тазовых органов ( $p < 0,01$ ) и на возникшую после операции элонгацию шейки матки ( $p < 0,01$ ). Сравнительный анализ осложнений по группам отражен в таблице 1. Из представленной таблицы видно, что по послеоперационным осложнениям между группами (то есть между видами установленного имплантата) нет статистических различий. Осложнения минимальны в обеих группах.

**Функциональные результаты операций.** При анкетировании 60 пациенток 1-й группы, по всем использованным нами вопросам произошло статистически значимое улучшение качества жизни через 6 месяцев и через год после операции (Таблица 2). Аналогичные изменения отмечались и во 2-й группе (57 человек). В обеих группах по результатам большинства вопросов (PFIQ-7, PEDI-20, ПД-КЖ) было выявлено, что ни стадия ПТО, ни вид коррекции не имеют значимых различий в динамике улучшения качества жизни: после проведенной операции у всех больных при любой стадии ПТО и типе коррекции значительно повышается качество жизни.

Таблица 2 - Динамика изменения качества жизни после коррекции пролапса с использованием синтетических имплантатов,  $M \pm SE$

Средняя оценка, баллы Вопросник	1 группа (n=60)**			2 группа (n=57)		
	Перед операцией	Через 6 месяцев	Через 1 год	Перед операцией	Через 6 месяцев	Через 1 год
PFIQ-7 <sup>1</sup> , баллы	120 ( $\pm 7,8$ )	39 ( $\pm 4,4$ )	19 ( $\pm 3,1$ )*	130 ( $\pm 8,0$ )	36 ( $\pm 4,5$ )	11 ( $\pm 3,1$ )*
PEDI-20 <sup>1</sup> , баллы	88 ( $\pm 5,1$ )	25 ( $\pm 2,5$ )	17 (2,8)*	104 ( $\pm 5,2$ )	31 ( $\pm 2,6$ )	14 ( $\pm 2,9$ )*
POPDI-6 <sup>2</sup> , баллы	39 ( $\pm 2,9$ )	9 ( $\pm 1,4$ )	5 ( $\pm 1,0$ )*	44 ( $\pm 2,9$ )	11 ( $\pm 1,4$ )	4 ( $\pm 1,1$ )*
CRADI-8 <sup>2</sup> , баллы	20 ( $\pm 2,0$ )	9 ( $\pm 0,9$ )	8 ( $\pm 1,2$ )*	29 ( $\pm 2,1$ )	10 ( $\pm 0,9$ )	5 ( $\pm 1,2$ )*
UDI-6 <sup>2</sup> , баллы	30 ( $\pm 2,1$ )	7 ( $\pm 1,2$ )	4 ( $\pm 1,2$ )*	33 ( $\pm 2,2$ )	9 ( $\pm 1,3$ )	6 ( $\pm 1,2$ )*
ИДТД, %	41 ( $\pm 2,0$ )	15 ( $\pm 1,7$ )	9 ( $\pm 1,3$ )*	47 ( $\pm 2,1$ )	16 ( $\pm 1,7$ )	7 ( $\pm 1,4$ )*
ИВКЖ, %	47 ( $\pm 2,9$ )	17 ( $\pm 2,1$ )	13 ( $\pm 1,6$ )*	57 ( $\pm 2,9$ )	18 ( $\pm 2,1$ )	8 ( $\pm 1,7$ )*
Wexner <sup>3</sup> , баллы	5 ( $\pm 0,5$ )	3 ( $\pm 0,3$ )	4 ( $\pm 0,4$ )	5 ( $\pm 0,5$ )	2 ( $\pm 0,3$ )	1,5 ( $\pm 0,5$ )*
PISQ-12 <sup>4</sup> , баллы	11 ( $\pm 1,6$ )	10 ( $\pm 1,9$ )	10 ( $\pm 2,2$ )	12 ( $\pm 1,6$ )	23 ( $\pm 1,9$ )	44 ( $\pm 2,2$ )*

<sup>1</sup>лучшие баллы 0, худшие баллы 300

<sup>2</sup>лучшие баллы 0, худшие баллы 100

<sup>3</sup>лучшие баллы 0 (норма), худшие баллы 20 – полное анальное недержание

<sup>4</sup>лучшие баллы 48, худшие баллы 0

\* $p < 0,05$  по сравнению с дооперационными результатами

\*\* в 1-й группе анкетировались 60 пациенток

Согласно вопросам, в послеоперационном периоде у пациенток возникали многочисленные жалобы. Нами были выделены наиболее значимые из них и выяснилось, что основными жалобами были паховые боли, диспареуния, дисфункция кишечника. В 1-й группе 39 (65%) пациенток имели подобные субъективные ощущения, а во 2-й группе только 2 (3,5%) (Таблица 3).

При анализе влияния факторов риска на функциональные послеоперационные осложнения, нами не было выявлено значимого влияния возраста, продолжительности менопаузы, ИМТ, длительности анамнеза пролапса, симультанных операций на данный вид осложнений. При этом было отмечено значимое влияние типа установленного имплантата на возникшие осложнения (во 2-й группе осложнений было значимо меньше,  $p < 0,01$ ), стадии пролапса (больше всего функционально страдали пациентки после коррекции III и IV стадии ПТО, и не предъявляли функциональных жалоб после коррекции II стадии,  $p < 0,01$ ), и типа коррекции (отмечено гораздо меньшее количество осложнений после передней коррекции, и большее – после тотальной,  $p < 0,01$ ), а также выраженности признаков ДСТ ( $p < 0,01$ ). Также было выявлено, что наибольшее число осложнений, связанных с функциональным результатом операции и неудовлетворенность ее результатом, чаще возникает после коррекции III стадии пролапса (17 пациенток (14,5%), 15 (12,8%) - при IV стадии пролапса, и только 3 (2,5%) при II стадии ПТО.

Таблица 3 - Жалобы по результатам вопросников после операции

Жалобы	1-я группа (n=60*)		2-я группа (n=57)		p= (для групп после операции)
	До операции	После операции	До операции	После операции	
Паховая боль	0	14 (23,3%)	0	0	$p < 0,01$
Диспареуния	4 (6,6 %)	17 (28,3%)	1(1,7 %)	2 (3,5%)	$p < 0,01$
Апареуния	0	1 (1,7%)	-	0	$p > 0,05$
Дисфункция кишечника	0	7 (12%)	0	0	$p < 0,01$
Итого	4 (6,6 %)	39 (65%)	1(1,7 %)	2 (3,5%)	$p < 0,01$

\* в 1-й группе анкетировались 60 пациенток

Анализ анкеты, отражающей анальную инконтиненцию и кишечную дисфункцию («Wexner score»), позволил обнаружить значимое восстановление функции прямой кишки у пациенток обеих групп (Табл. 4). Так в 1-й группе у 80% прооперированных женщин был отмечен хороший результат после операции, при

этом 0 баллов (то есть полное отсутствие жалоб) было у 9 (15%) женщин. Удовлетворительный результат после операции отмечен у 5 (8,33%) больных и неудовлетворительный – у 7(11,67%) (Таблица 4; Рисунок 1). Во 2-й группе до операции 94,74% прооперированных пациенток отмечали хороший результат после операции, при этом 0 баллов по шкале было отмечено у трети прооперированных женщин (31,6%). Удовлетворительный результат после операции отмечен у 5,26% больных, ни одна пациентка не отметила более 10 баллов по шкале (Таблица 4; Рисунок 2).

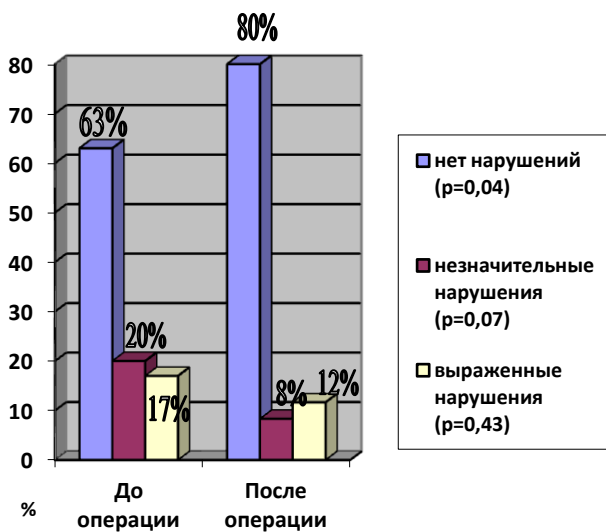


Рисунок 1 - Динамика изменения степени тяжести дисфункции кишечника у пациенток 1-й группы до и через 1 год после хирургической коррекции генитального пролапса (n=60).

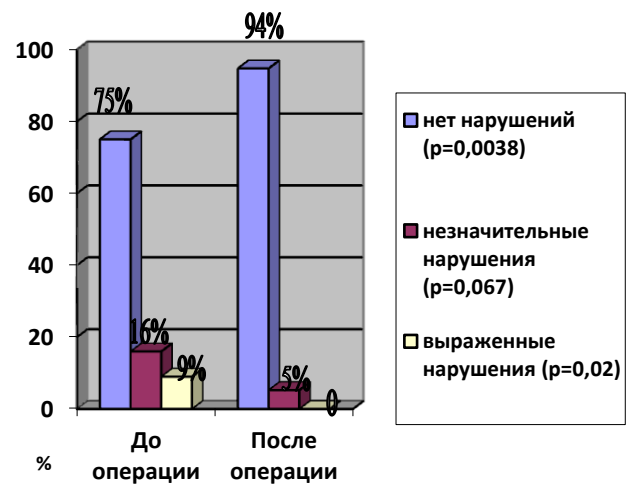


Рисунок 2 - Динамика изменения степени тяжести дисфункции кишечника у пациенток 2-й группы до и через 1 год после хирургической коррекции генитального пролапса (n=57).

В таблице 4 представлены результаты балльной оценки по шкале «Wexner score» до и после оперативного вмешательства с использованием обоих имплантатов. Отмечалось отсутствие значимых различий по вопроснику до оперативного лечения, лучшие результаты ( $p < 0,01$ ) и отсутствие неудовлетворительных результатов ( $p < 0,01$ ) после лечения при использовании бестроакарной методики во 2-й группе обследованных женщин. Выраженные нарушения и «неудовлетворительный результат» операции в 1-й группе был отмечен у 7(11,67%) больных, что можно объяснить возникновением в 3 случаях ректоцеле 3 степени (у пациенток с ДСТ) после коррекции передней стенки влагалища, что мы не расценивали как рецидив заболевания, однако, это

значительно повлияло на выраженность кишечной дисфункции у данных больных, и соответственно, на их качество жизни.

Таблица 4 - Балльная оценка «Wexner score» до и после операции

До операции	1-я группа (n=60*)	2-я группа (n=57)	p=
0-6 баллов (это хорошо)	38 (63%)	43 (75%)	p>0,05
7-9 баллов (незначительная степень выраженности симптомов)	12 (20%)	9 (16%)	p>0,05
Более /равно 10 баллов (умеренно выраженная дисфункция прямой кишки)	10 (17%)	5 (9%)	p>0,05
После операции			
0-6 баллов (это хороший результат после операции)	48 (80%)	54 (94,7%)	p>0,05
7-9 баллов (удовлетворительный результат после операции)	5 (8,3%)	3 (5,3%)	p>0,05
Более /равно 10 баллов (неудовлетворительный результат)	7 (11,7%)	0 (0%)	p<0,05

\* в 1-й группе анкетировались 60 пациенток

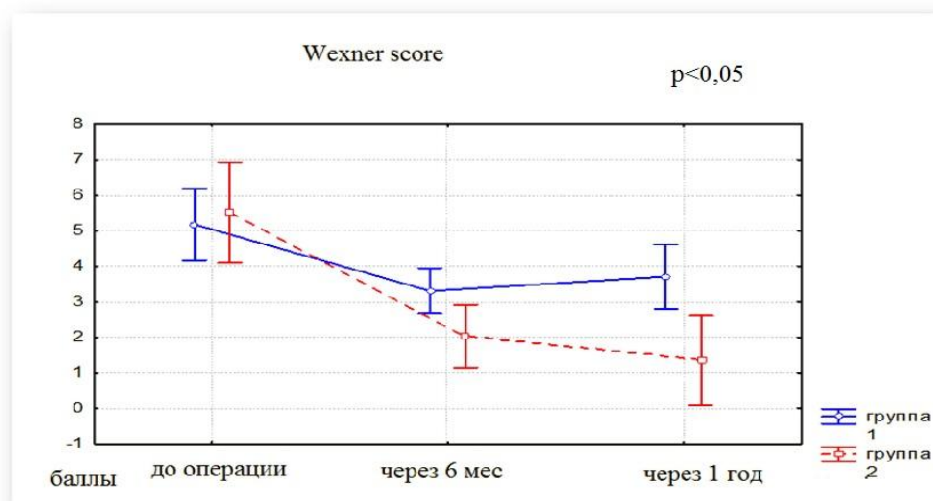


Рисунок 3 - Динамика улучшения по шкале «Wexner score» в обеих группах, отражено значимое улучшение состояния после обеих операций, более выраженная динамика ( $p<0,01$ ) после бестроакрной методики.

Таким образом, можно предположить, что при коррекции цистоцеле и отсутствии ректоцеле, у пациенток с клиническими признаками ДСТ, целесообразно коррекцию цистоцеле с использованием троакарной методики дополнять кольпоперинеолеваторопластикой для укрепления 3 уровня поддержки тазового дна и предупреждения возникновения ректоцеле. У других 4 пациенток неудовлетворенность результатом операции заключалась в появлении болей при дефекации у 2 пациенток, и сфинктерной недостаточностью у 2 больных. При оценке динамики улучшения кишечной функции в послеоперационном периоде

была выявлена корреляция между динамикой и типом установленного имплантата: лучшие результаты отмечались у пациенток 2-й группы (Рис. 3;  $p < 0,01$ ). Хороший функциональный результат достигался значимо чаще во 2-й группе ( $p < 0,01$ ), чем у больных в 1-й группе. Неудовлетворительный функциональный результат после операции не был отмечен ни в одном случае во 2-й группе, и был выявлен у каждой 10-й больной в 1-й группе ( $p < 0,01$ ).

При анализе зависимости динамики по вопроснику кишечной дисфункции от стадии генитального пролапса, были выявлены «лучшие» изменения в динамике после коррекции IV стадии, хорошие результаты после коррекции II стадии, и самые неудовлетворительные результаты были выявлены после коррекции III стадии. По нашему мнению, III стадия генитального пролапса является самой «опасной» в аспекте возникновения послеоперационных осложнений, в том числе рецидивов, что и проявилось выраженной корреляционной зависимостью ( $p < 0,05$ ) по результатам анкетирования.

При анализе сексуальной дисфункции, согласно вопроснику PISQ-12, было выявлено: из 117 анкетированных женщин 59 пациенток (50,4%) вели половую жизнь до операции: 31 человек в 1-й группе, и 28 человек во 2-й группе. 59 пациенток не вели половой жизни из-за генитального пролапса. После операции в 1-й группе все 31 пациентки возобновили половую жизнь, и еще 5 пациенток начали ее после большого перерыва. Во второй группе также все 28 пациенток возобновили половую жизнь, и еще 11 начали ее после большого перерыва. При этом в 1-й группе, согласно вопроснику PISQ-12, пациентки в большинстве случаев отмечали ухудшение половой жизни ( $p < 0,01$ ), что связывали с появлением болей, дискомфортом, а во 2-й группе гораздо чаще ( $p < 0,01$ ) отмечали значительные улучшения в качестве сексуальной жизни, отсутствие диспареунии (Таблица 5).

Среднее количество баллов до операции в 1-й группе составляло  $11 \pm 1,6$ , во 2-й группе  $12 \pm 1,6$ . Различия не были статистически значимыми. Однако уже через полгода после операции отмечались статически значимые различия между группами, а через год после операции количество баллов в 1-й группе составило  $10 \pm 2,2$ , во 2-й группе  $44 \pm 2,2$ , что позволяло говорить о значительном повышении качества сексуальной жизни в отдаленном послеоперационном периоде после проведенной бестроакарной методики ( $p < 0,01$ ), что мы связывали с меньшей областью диссекции тканей во время операции при постановке имплантата малой

площади, меньшей операционной травмой, отсутствием проведения троакаров, созданием эластичной подвижной влагалищной трубки, что позволяло достичь лучшего функционального результата.

Таблица 5 - Оценка сексуальной жизни через 12 и более месяцев после проведенной операции (согласно вопроснику PISQ-12)

	1-я группа (n= 60*)		2-я группа (n= 57)		p=
	до операции	после операции	до операции	после операции	
Не вели половую жизнь	29 (48,3%)	24	29(50,9%)	18	
Вели половую жизнь	31 (51,7%)	31	28(49,1%)	28	
Начали половую жизнь после перерыва	-	+5	-	+ 11	
После операции: n=75 (100%)	Итого n=36		Итого n=39		
Диспареуния	4	17 (28,3%)	1	2 (3,5%)	p<0,01
Намного больше удовлетворения от сексуальной жизни	-	7 (19,4%)	-	31 (79,5%)	p<0,01
Сексуальная жизнь улучшилась незначительно	-	7 (19,4%)	-	1 (2,6%)	p<0,01
Ничего не изменилось	-	2 (5,6%)	-	4 (10,3%)	p>0,05
Сексуальная жизнь стала хуже	-	20 (55,6%)	-	3 (7,7%)	p<0,01
Сексуальная жизнь стала значительно хуже	-	0	-	0	-

\* в 1-й группе анкетировались 60 пациенток

При этом нами было выявлено, что наличие у пациенток эрозий стенок влагалища и, даже, рецидива после операции не коррелирует с появлением у них диспареунии и паховых болей. Появление диспареунии и паховых болей обусловлено, на наш взгляд, техническими особенностями троакарной методики: большой областью интраоперационной диссекции, глубоким проведением троакаров и «тяжелым» массивным каркасом сетки при указанном типе операции, что приводит к большей хирургической травме в послеоперационном периоде, и формирует жесткую конструкцию, жесткость и малоподвижность которой значительно отражается на качестве половой жизни. Так, у пациенток 1-й группы диспареуния возникла в 28,33% случаях после операции, а во 2-ой – лишь у 3,5 % (p<0,01). Успешность операции мы условно определяли как: 0-10 баллов – «ухудшение», 11-20 баллов – «без перемен», 21-30 баллов – «улучшение», 31-40

баллов – «хороший результат», 41-48 баллов – «отличный результат». В 1-й группе «отличный/хороший» результат был достигнут у 10 пациенток, а во 2-й – у 34 ( $p<0,01$ ), при этом «ухудшение/без перемен» отметили 23 пациентки из 1-й группы и 0 из 2-ой ( $p<0,01$ ).

## ВЫВОДЫ

1) Эффективность коррекции генитального пролапса II-IV стадии с использованием троакарной методики имплантации сетчатого протеза большой площади составляет 95%. Эффективность бестроакарной методики коррекции генитального пролапса II-IV стадии с использованием протеза малой площади составляет 94,5% ( $p>0,05$ ).

2) Частота интраоперационных, ранних и отдаленных послеоперационных осложнений после применения троакарной и бестроакарной методик коррекции генитального пролапса составляет 1,5% против 3,5% ( $p>0,05$ ); 8,8% против 12,3% ( $p>0,05$ ); 25,7% против 29,8% ( $p>0,05$ ) соответственно.

3) Общими факторами риска осложнений использования троакарной и бестроакарной методик коррекции пролапса тазовых органов являются наличие у пациентки признаков ДСТ средней и тяжелой степени и реконструктивно-пластических операций на тазовом дне в анамнезе, что оказывает значимое влияние на ближайшие и отдаленные анатомические и функциональные результаты независимо от использованной методики операции.

4) Риск рецидива пролапса тазовых органов определяется наличием признаков ДСТ (57% рецидивов при наличии ДСТ, и 8% при ее отсутствии,  $p<0,05$ ) и пластических операций на тазовом дне в анамнезе (4% при отсутствии данного фактора риска и 13% при его наличии,  $p<0,05$ ), что требует при выявлении данных факторов риска индивидуального подбора имплантата с большей площадью и троакарной методикой фиксации.

5) Качество сексуальной жизни улучшилось у 80% больных после применения бестроакарной методики коррекции генитального пролапса и у 19% после использования троакарной методики ( $p<0,01$ ). Снижение качества сексуальной жизни после применения троакарной методики является главной

причиной неудовлетворенности пациенток результатом проведенного оперативного вмешательства.

б) После применения троакарной методики коррекции генитального пролапса достоверно чаще отмечаются послеоперационные дисфункции кишечника (11,7%,  $p < 0,05$ ), что связано с площадью имплантата и глубиной операционной диссекции, в то время как применение малоинвазивной бестроакарной техники позволяет полностью избегать данных функциональных осложнений (0%).

### **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1) При обследовании пациенток с генитальным пролапсом до и после его хирургического лечения целесообразно оценивать качество жизни с использованием психометрического метода (PFIQ-7, CRADY, PISQ-12, шкала Wexner-a), что позволяет уточнить функциональные нарушения, соотнести их с анатомическими особенностями, и индивидуализировать выбор имплантата для хирургического лечения пациентки для достижения максимальной удовлетворенности результатом оперативного вмешательства.

2) При предоперационном обследовании больных с ПТО для подбора типа имплантата целесообразно уточнять наличие в анамнезе пластической операции по коррекции пролапса, и оценивать наличие/отсутствие признаков ДСТ во избежание развития послеоперационных осложнений (элонгации шейки матки или рецидива генитального пролапса).

3) У сексуально активных пациенток предпочтительнее является бестроакарная операция с имплантацией сетчатого протеза малой площади во избежание возможного появления диспареунии, обусловленной глубокой интраоперационной травмой при троакарной методике.

4) У пациенток с генитальным пролапсом II-III стадии целесообразно применять имплантат с меньшей площадью сетчатого протеза и бестроакарной методикой имплантации с целью снижения функциональных осложнений. Пациенткам с IV стадией ПТО при отсутствии у них вышеуказанных факторов риска, ведущих половую жизнь, также предпочтительнее установка имплантата с меньшей площадью диссекции.



## СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. **Новые возможности хирургической коррекции тазового пролапса с использованием синтетических имплантов: пути профилактики послеоперационных осложнений / В.Ф. Беженарь, Е.В. Богатырева, А.А. Цыпурдеева, Л.К. Цуладзе, Е.И. Русина, Е.С. Гусева // Акушерство, гинекология и репродукция. - 2012. - Т.6, № 2. - С. 6-13.**
2. **Осложнения при коррекции тазового пролапса с использованием проленовой системы Prolift™: пути профилактики и качество жизни. / В.Ф. Беженарь, Е.В. Богатырева, А.А. Цыпурдеева, Л. К. Цуладзе, Е.И. Русина, Е.С. Гусева // Акушерство и гинекология. - 2012. – №.4, ч.2.- С. 116-121.**
3. **Эффективный клинический опыт использования субуретральных слингов в лечении недержания мочи у женщин / В.Ф. Беженарь, Е.И. Русина, Л.К. Цуладзе, А.А. Цыпурдеева, Н.Г. Павлова, Е.С. Гусева, Г.Г. Марьева, К.Е.Кира // Журнал акушерства и женских болезней. - 2012 г. - Том LXI. - Выпуск 5. – С. 30-38.**
4. Оценка качества жизни больных после коррекции генитального пролапса с использованием системы Prosima™ / В.Ф. Беженарь, Е.С. Гусева // Сборник тезисов. V Общероссийский семинар «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии». 8-11 сентября 2012г, г.Сочи. – С. 28-30.
5. Качество жизни после коррекции генитального пролапса с использованием системы Prosima / Е.С. Гусева // IV ежегодная научная конференция молодых ученых и специалистов «Репродуктивная медицина: взгляд молодых – 2013». – Санкт-Петербург. - Сборник тезисов, 12 апреля 2013года. – С. 50-51.
6. Первый опыт коррекции генитального пролапса с использованием системы Prosima™ / Е.С. Гусева, В.Ф. Беженарь // III общероссийский семинар «Репродуктивный потенциал России: здоровье женщины – здоровье нации». Казанские чтения. – Казань. - 27 февраля - 1 марта 2013г - Сборник тезисов. – С. 14-15.
7. **Современные подходы к решению проблемы генитального пролапса влагалищным доступом (аналитический обзор) / Е.С.Гусева // Журнал акушерства и женских болезней. – 2013. - Том LXI, Выпуск 6. – С. 51-62.**
8. Сравнительная оценка сексуальной функции после коррекции генитального пролапса с использованием различных синтетических имплантатов. / В.Ф. Беженарь, Е.С. Гусева // Сборник тезисов IV международной (XI итоговой) научно-практической конференции молодых учёных. – Челябинск. - 25 апреля 2013года. – С. 82-85.
9. Сравнительный анализ сексуальной функции после коррекции генитального пролапса с использованием различных синтетических имплантатов / Е.С. Гусева, В.Ф. Беженарь, Л.К. Цуладзе // Клиническая геронтология №1. - 2013 г. – С. 23-24.
10. Bezhenar V., Guseva E. The pelvic floor repair with the use of Prosima™ implant - the assessment of complications and life quality // ICS, Barselona - 2013. - abstr. №765. - <http://www.ics.org/Abstracts/Publish/180/000765.pdf>

11. 7-year old clinical experience of treating women's urinary incontinence using suburethral slings / Bezhenar V., Rusina E., Guseva E // 43rd Annual Scientific Meeting of the International Continence Society (ICS) 2013, Barcelona Monday 26th to Friday 30th August 2013 <http://www.ics.org/Abstracts/Publish/180/000768.pdf>
12. Bezhenar Vitaly, Guseva Evgeniya, Botchorishvili Revaz. Laparoscopic promontopexy: prospective analysis of complications, anatomical and functional results // Springer Gynecol Surg. – 2013. - 10 (Suppl 1). – S96.
13. Bezhenar V., Guseva E. Immediate and long-term results of laparoscopic promontopexy // ICS, Rio de Janeiro – 2014. – abstr. №814. - <http://www.ics.org/Abstracts/Publish/218/000814.pdf>
14. **Сравнительная оценка осложнений и качества сексуальной жизни после коррекции генитального пролапса различными синтетическими имплантатами / В. Ф. Беженарь, Е. С. Гусева, А. А. Цыпурдеева, Е. И. Русина, Л. К. Цуладзе // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2014. – Т.14, № 2. – С. 57-62.**
15. Дифференцированные подходы к хирургической коррекции генитального пролапса с применением различных синтетических имплантатов / Е.С. Гусева, В.Ф. Беженарь // Акушерство и гинекология Санкт-Петербурга. – 2017. - №1. – С. 46-54.

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

- ДСТ – дисплазия соединительной ткани
- ИВКЖ – индекс влияния пролапса на качество жизни
- ИДТД – индекс дисфункции тазового дна
- КЖ – качество жизни
- КУДИ – комплексное уродинамическое исследование
- ОиВВПО – опущение и выпадение внутренних половых органов
- ПД-КЖ – Пролапс Дисфункция-Качество Жизни
- ПТО – пролапс тазовых органов
- УЗИ – ультразвуковое исследование
- CRADI-8 (Colorectal-Anal Distress Inventory 8) – вопросник субъективной оценки тяжести симптомов дисфункции нижних отделов желудочно-кишечного тракта
- FDA – Food and Drug Administration – Сообщество по контролю за лекарствами и пищевыми продуктами (США)
- ICS – International Continence Society – Международное общество по проблемам, связанным с недержанием мочи
- Mesh – англ., сетка
- PFDI-20 (Pelvic Floor Distress Inventory) – вопросник субъективной оценки тяжести симптомов, вызванных пролапсом
- PFIQ-7 (Pelvic Floor Disorders Impact Questionnaire) – вопросник по влиянию различных дисфункций тазового дна на психологическую и социальную составляющие качества жизни
- PISQ-12 (Pelvic Organ Prolapse/ Urinary Incontinence Sexual Questionnaire) – вопросник поведенческо-эмоциональной, психологической составляющей сексуальных расстройств, а также оценка поведения полового партнера
- POPDI-6 (Pelvic Organ Prolapse Distress Inventory 6) – вопросник субъективной оценки тяжести симптомов, вызванных пролапсом
- POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification) - система описания и стадирования пролапса органов малого таза
- TVM – Tension-free Vaginal Mesh – технология установки имплантата в «свободном» натяжении
- UDI-6 (Urinary Distress Inventory 6) – вопросник субъективной оценки тяжести симптомов расстройств мочеиспускания
- VSD – Vaginal Support Device – устройство для поддержки влагалища
- «Wexner score» - метод балльной оценки анальной инконтиненции