

# Хирургическое лечение генитального пролапса в сочетании с гиперпластическими процессами эндометрия в постменопаузе

А.Х. Каранашева<sup>✉1</sup>, Ю.Э. Доброхотова<sup>1</sup>, С.А. Хлынова<sup>1</sup>, Э.А. Маркова<sup>1</sup>, Р.М. Фузаилова<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия;

<sup>2</sup>ГБУЗ «Государственная клиническая больница им. Ф.И. Иноземцева» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия

## Аннотация

Цель. Изучить результаты хирургического лечения пациенток в постменопаузе с генитальным пролапсом III и IV степени по классификации POP-Q в сочетании с гиперпластическими процессами эндометрия и оценить их качество жизни.

Материалы и методы. Пятьдесят одна пациентка пожилого и старческого возраста с пролапсом III–IV степени по классификации POP-Q в сочетании с гиперпластическими процессами эндометрия. Сформированы 2 группы: 1-я – 21 пациентка после одноэтапной влагалищной экстирпации матки с придатками и односторонней крестцово-остистой фиксации культи влагалища синтетическим эндопротезом-лентой в сочетании с реконструкцией II и III уровня поддержки тазового дна по DeLancey; 2-я – 30 пациенток после одноэтапной влагалищной экстирпации матки с придатками и срединной кольпорафии по технике Лефора и Нейгебауэра.

Результаты. Результаты оценивались через 1–7 лет после оперативного лечения. Исчезновение симптомов гиперактивного мочевого пузыря после операции отметили 4 (50,0%) из 8 пациенток 1-й группы и 4 (26,7%) из 15 женщин – 2-й. При урофлоуметрии после хирургического лечения отмечалось увеличение максимальной скорости потока ( $Q_{max}$ ) и снижение объема остаточной мочи ( $V_{om}$ ) в обеих группах ( $p < 0,001$ ). Рецидив генитального пролапса выявлен в апикальном отделе у 1 (4,8%) женщины, опущение передней стенки влагалища – у 1 (4,8%). Во 2-й группе рецидивов генитального пролапса не отмечено. Улучшение качества жизни по результатам обработки вопросника PFDI-20 отметили 19 (90,5%) женщин в 1-й группе и 29 (96,7%) – во 2-й.

Заключение. Отдаленные результаты предложенных оперативных пособий показали удовлетворительные результаты, пособия могут успешно применяться в пожилом и старческом возрасте. Выбор объема операции с учетом возраста, сексуальной активности, сопутствующей гинекологической и соматической патологии снижает количество осложнений и улучшает результаты хирургического лечения у данной категории больных.

**Ключевые слова:** пролапс гениталий, гиперплазия эндометрия, хирургическое лечение, срединная кольпорафия, крестцово-остистая фиксация культи влагалища синтетическим эндопротезом-лентой, качество жизни

**Для цитирования:** Каранашева А.Х., Доброхотова Ю.Э., Хлынова С.А., Маркова Э.А., Фузаилова Р.М. Хирургическое лечение генитального пролапса в сочетании с гиперпластическими процессами эндометрия в постменопаузе. Гинекология. 2023;25(4):397–402. DOI: 10.26442/20795696.2023.4.202412

© ООО «КОНСИЛИУМ МЕДИКУМ», 2023 г.

ORIGINAL ARTICLE

## Surgical treatment of genital prolapse in combination with endometrial hyperplastic processes in postmenopausal women

Albina Kh. Karanasheva<sup>✉1</sup>, Yulia E. Dobrokhotova<sup>1</sup>, Svetlana A. Khlynova<sup>1</sup>, Eleonora A. Markova<sup>1</sup>, Regina M. Fuzailova<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia;

<sup>2</sup>Inozemtsev City Clinical Hospital, Moscow, Russia

## Abstract

**Aim.** To study the long-term results of surgical treatment of postmenopausal patients with genital prolapse III and IV according to the POP-Q classification in combination with endometrial hyperplastic processes and to assess their quality of life.

**Materials and methods.** Fifty one elderly and senile patients with grade III–IV prolapse according to the POP-Q classification in combination with endometrial hyperplastic processes. 2 groups were formed: 1st – 21 patients after one-stage vaginal extirpation of the uterus with appendages and unilateral sacrospinous fixation of the vaginal stump with a synthetic endoprosthesis-tape in combination with reconstruction of II and III levels of pelvic floor support according to DeLancey; 2nd – 30 patients after one-stage vaginal extirpation of the uterus with appendages and median colporrhaphy using the Lefort and Neugebauer technique.

**Results.** The study was evaluated 1–7 years after surgical treatment. The average age of patients at the time of surgery in group 1 was 63.12±4.32 years, in group 2 – 74.2±3.28 years. The number of women with somatic pathology in the 1st group was 1.7 times less in percentage terms than in the 2nd. The disappearance of symptoms of an overactive bladder after surgery was noted by 4 (50.0%) of 8 patients of the 1st group and 4 (26.7%) of 15 women of the 2nd. Uroflowmetry after surgical treatment showed an increase in the maximum flow rate ( $Q_{max}$ ) and a decrease in the volume of residual urine ( $V_{om}$ ) in both groups ( $p < 0.001$ ). Recurrence of genital prolapse was detected in the apical region in 1 (4.8%) woman, prolapse of the anterior vaginal wall in 1 (4.8%). There were no recurrences of genital prolapse in the 2nd group. A significant improvement in the quality of life after surgery, according to the results of processing the PFDI-20 questionnaire, was noted by 19 (90.5%) women in the 1st group and 29 (96.7%) – in the 2nd.

**Conclusion.** The long-term results of the proposed operational benefits have shown satisfactory results and can be successfully used in the elderly and senile age. The choice of the volume of surgery taking into account age, sexual activity, concomitant gynecological and somatic pathology reduces the number of complications and improves the results of surgical treatment in this category of patients.

**Keywords:** genital prolapse, endometrial hyperplasia, surgical treatment, median colporrhaphy, sacrospinous fixation of the vaginal stump with a synthetic band endoprosthesis, quality of life

**For citation:** Karanasheva AKh, Dobrokhotova YuE, Khlynova SA, Markova EA, Fuzailova RM. Surgical treatment of genital prolapse in combination with endometrial hyperplastic processes in postmenopausal women. Gynecology. 2023;25(4):397–402. DOI: 10.26442/20795696.2023.4.202412

## Информация об авторах / Information about the authors

<sup>✉</sup>Каранашева Альбина Хасанбиевна – канд. мед. наук, ассистент каф. акушерства и гинекологии лечебного фак-та ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова». E-mail: kar.albina@gmail.com; ORCID: 0000-0003-3410-2059

<sup>✉</sup>Albina Kh. Karanasheva – Cand. Sci. (Med.), Pirogov Russian National Research Medical University. E-mail: kar.albina@gmail.com; ORCID: 0000-0003-3410-2059

## Введение

Пролапс тазовых органов в общей популяции встречается у 40% женщин в возрасте от 45 до 89 лет, у 14% из них имеется выпадение матки [1]. Старший возраст, наследственность, патология соединительной ткани, большое количество родов в анамнезе и их осложнения, тяжелый физический труд, наличие хронических заболеваний кишечника и легких, крупные образования малого таза являются факторами риска формирования генитального пролапса [2, 3]. Частота пролапса половых органов возрастает с увеличением продолжительности жизни [4]. Наибольшее количество операций приходится на возраст от 60 до 69 лет (42,1 на 10 тыс. женщин). Несомненно, что такие факторы, как степень выраженности генитального пролапса, сексуальная активность, наличие сопутствующей гинекологической и экстрагенитальной патологии, влияют на доступ и объем хирургического вмешательства.

История хирургического лечения женщин с разной степенью выраженности опущения и выпадения тазовых органов начиналась с применения хирургических методов с собственными тканями вагинальным доступом. Эти операции доступны, относительно безопасны, исключают использование синтетических имплантатов и связанных с ними осложнений и имеют низкую себестоимость. Однако риск рецидива при использовании таких методов, по данным разных авторов, достигает 40%, а повторных операций – 17% в течение последующих 10 лет [5, 6]. Высокий процент рецидивов объясняется патогенезом генитального пролапса, в основе которого лежит дисплазия соединительной ткани. Использование заведомо несостоятельных собственных тканей компрометирует хирургические техники, применяемые для коррекции пролапса [7].

Сексуально неактивные пациентки пожилого и старческого возраста с генитальным пролапсом III и IV степени по классификации POP-Q имеют преимущество над более молодыми больными в том, что у них возможно применение такой классической операции, как техника срединной кольпорафии, предложенная в XIX в. французским гинекологом L. Le Fort и польским хирургом F. Neugebauer. Эта операция хорошо переносится возрастными женщинами, так как имеет низкую травматичность и может проводиться под регионарной анестезией. Поэтому выбор данной методики зачастую имеет преимущество над другими, когда сопутствующая соматическая патология повышает риски оперативного лечения и делает невозможным применение других хирургических вмешательств. Тем не менее данная методика имеет своих противников, утверждающих, что эта операция нарушает анатомию тазового дна и приводит к дисфункции смежных органов [6].

Появление гипоаллергенных синтетических эндопротезов позволило применить новые хирургические методики. Классические операции с использованием исключительно собственных тканей стали отходить на второй план. Апикальная поддержка имеет большое значение для стабильности тазового дна у женщин с выраженным пролапсом [8]. Фиксация влагалищной крестцово-остистой связки является одной из наиболее распространенных операций, выполняемых для восстановления потери апикальной поддержки, и считается эффективной и безопасной. Она показывает субъективный уровень успеха – 84–99% и объективный показатель успеха – 67–93% [9]. Влагалищная крестцово-остистая фиксация при помощи сетчатых имплантатов может выполняться в одностороннем или двустороннем порядке и должна сочетаться с реконструкцией II и III уровня поддержки тазового дна по DeLancey, когда речь идет о III и IV степени выраженности выпадения органов малого таза. Однако риск развития специфических mesh-ассоциированных осложнений остается высоким, поэтому в последнее время мы стали наблюдать расширение показаний к классическим вагинальным операциям [10]. При этом необходимо помнить, что коррекция генитального пролапса при помощи срединной кольпорафии и сетчатых протезов при сохраненной матке возможна только в отсутствие ее патологии, а так бывает далеко не всегда.

У пациенток в постменопаузе патологические процессы в органах малого таза, как правило, протекают бессимптомно, при этом риск развития злокачественных новообразований выше, чем у более молодых женщин [11]. В частности, к таким заболеваниям в пожилом и старческом возрасте относятся гиперпластические процессы эндометрия, обособившиеся на первых местах в структуре гинекологической патологии и представляющие медико-биологическую и социально-экономическую проблему [12].

В постменопаузе гиперпластические процессы эндометрия могут трансформироваться в аденокарциному в 10% случаев, атипичная гиперплазия – в рак эндометрия в 50% случаев [13–15]. Рак эндометрия занимает 3-е место в структуре онкологической заболеваемости в Российской Федерации [16, 17]. Факторами риска его развития у пациенток в постменопаузе с рецидивирующими гиперпластическими процессами эндометрия и полипами эндометрия являются поздняя менопауза, ожирение, сахарный диабет, артериальная гипертензия, прием эстрогенов [18, 19]. Более чем в 50% случаев женщины в постменопаузе имеют избыточную массу тела с индексом, превышающим 25 кг/м<sup>2</sup>, что увеличивает риск развития рака эндометрия на 200–400%, а значит, повышает и онконастороженность\* [20].

**Доброхотова Юлия Эдуардовна** – д-р мед. наук, проф., зав. каф. акушерства и гинекологии лечебного фак-та ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова», засл. врач РФ. E-mail: Pr.Dobrohotova@mail.ru; ORCID: 0000-0002-7830-2290

**Хлынова Светлана Анатольевна** – канд. мед. наук, доц. каф. акушерства и гинекологии лечебного фак-та ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова». E-mail: doc-khlinova@mail.ru; ORCID: 0000-0003-1554-3633

**Маркова Элеонора Александровна** – канд. мед. наук, ассистент каф. акушерства и гинекологии лечебного фак-та ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова». E-mail: markova.eleonora@mail.ru; ORCID: 0000-0002-9491-9303

**Фузаилова Регина Мирхалиловна** – врач акушер-гинеколог ГБУЗ «ГКБ им. Ф.И. Иноземцева». E-mail: fuzailovaregina@gmail.com; ORCID: 0000-0001-6741-5639

**Yulia E. Dobrohotova** – D. Sci. (Med.), Prof., Pirogov Russian National Research Medical University. E-mail: Pr.Dobrohotova@mail.ru; ORCID: 0000-0002-7830-2290

**Svetlana A. Khlynova** – Cand. Sci. (Med.), Pirogov Russian National Research Medical University. E-mail: doc-khlinova@mail.ru; ORCID: 0000-0003-1554-3633

**Eleonora A. Markova** – Cand. Sci. (Med.), Pirogov Russian National Research Medical University. E-mail: markova.eleonora@mail.ru; ORCID: 0000-0002-9491-9303

**Regina M. Fuzailova** – Obstetrician-Gynecologist, Inozemtsev City Clinical Hospital. E-mail: fuzailovaregina@gmail.com; ORCID: 0000-0001-6741-5639

\*Радзинский В.Е., Семятов С.М., Димитрова В.И., и др. Способ хирургического лечения пролапса гениталий у женщин. Патент на изобретение RU 2469669C1; 20.12.2012. Заявка №2011132581/14 от 03.08.2011 [Radzinsky VE, Semyatov SM, Dimitrova VI, et al. A method of surgical treatment of genital prolapse in women. Patent for invention RU 2469669C1; 12.20.2012. Application No. 2011132581/14 dated 08.03.2011 (in Russian)].

**Таблица 1. Анамнестические данные пациенток****Table 1. Patient history**

Показатель	Группы	
	1-я группа (n=21)	2-я группа (n=30)
Возраст, лет	63,12±4,32	74,2± 3,28
Индекс массы тела, кг/м <sup>2</sup>	28,45±4,38	27,98±4,22
Количество родов	1,89±0,57	1,92±0,32
Сексуально активные женщины, абс. (%)	12 (57,1)	–
Гинекологические заболевания, абс. (%)		
• миома матки	7 (33,3)	8 (26,7)
• лейкоплакия шейки матки	–	2 (6,7)
• воспаления матки и придатков в анамнезе	7 (33,3)	9 (30,0)
• гиперпластические процессы эндометрия в анамнезе	15 (71,4)	18 (60,0)
Предшествующие операции, абс. (%)		
• передняя/задняя кольпорафия	5 (23,8)	6 (20,0)
• гистероскопия, РДВ матки	19 (90,5)	27 (90,0)

Таким образом, старший возраст пациенток увеличивает вероятность сочетания различной гинекологической патологии. Высокая распространенность генитального пролапса и гиперпластических процессов эндометрия в постменопаузе, отсутствие достаточного эффекта от консервативной терапии, а также высокая вероятность озлокачествления определяют актуальность проблемы коррективы стандартных подходов к оперативному лечению у данной категории пациенток.

**Целью исследования** явилось изучение результатов хирургического лечения пациенток в постменопаузе с генитальным пролапсом III и IV степени по классификации POP-Q в сочетании с гиперпластическими процессами эндометрия и оценкой их качества жизни.

### Материалы и методы

В течение 2015–2022 гг. на базе гинекологического и консультативно-диагностического отделений ГБУЗ «ГКБ им. Ф.И. Иноземцева» проведено обследование и оперативное лечение 51 пациентки пожилого и старческого возраста с пролапсом III–IV степени по классификации POP-Q в сочетании с гиперпластическими процессами эндометрия. Результаты операции оценивались через 1–7 лет. При этом сформированы 2 группы: 1-я – 21 пациентка после одноэтапной влагалищной экстирпации матки (ВЭМ) с придатками и односторонней крестцово-остистой фиксации культи влагалища синтетическим эндопротезом-лентой в сочетании с реконструкцией II и III уровня поддержки тазового дна по DeLancey; 2-я – 30 пациенток после одноэтапной ВЭМ с придатками и срединной кольпорафии по технике, предложенной Лефором и Нейгебауэром [20].

Из исследования исключены пациентки со стрессовым недержанием мочи до оперативного лечения и хронической тазовой болью.

Всем женщинам проводилось стандартное обследование: сбор жалоб, данных анамнеза, жизни и заболевания, клиническое обследование. В дооперационном и послеоперационном периодах осуществлялся общий и гинекологический осмотр с определением степени выраженности генитального пролапса по классификации POP-Q. Отдельное внимание уделялось пальпации области крестцово-остистых связок для исключения неврологической патологии.

Помимо общеклинических методов обследования всем пациенткам проводили ультразвуковое исследование органов малого таза и мочевого пузыря, определяли объем остаточной мочи. Исследования выполнялись на аппарате General Electric Voluson E10. Качество мочеиспускания

определяли при помощи урофлуометрии. Осмотр урологом, неврологом и колопроктологом осуществляли по показаниям. Оценка качества жизни и субъективное отношение пациенток к оперативному лечению определялась по результатам ответов на урогинекологический вопросник PFDI-20.

Гистологическое исследование полученного операционного материала выполняли в патологоанатомическом отделении ГБУЗ «ГКБ им. Ф.И. Иноземцева» по стандартной методике.

Статистический анализ данных проводили с помощью электронных таблиц Microsoft Excel и пакета прикладных программ Statistica for Windows (версия 10). Использовались следующие уровни значимости различий:  $p < 0,05$ ;  $p < 0,01$ ;  $p < 0,001$ .

### Результаты и обсуждение

Характеристика и анамнестические данные пациенток отражены в табл. 1.

Анализ возрастного состава показал, что средний возраст больных на момент оперативного лечения в 1-й группе составил 63,12±4,32 года, во 2-й – 74,2± 3,28 года. Средний возраст начала менопаузы – 49,4±6,6 года. В анамнезе одно и более раздельное лечебно-диагностическое выскабливание (РДВ) слизистой цервикального канала и стенок полости матки под контролем гистероскопии по поводу гиперпластических процессов эндометрия выполнено у 15 (71,4%) пациенток в 1-й группе и 18 (60,0%) – во 2-й. Ранее часть пациенток получали гормональную терапию с положительным эффектом. В 1-й группе таких наблюдалось 11 (73,3%) человек, во 2-й – 11 (61,1%). Миома матки малых размеров выявлена у 7 (33,3%) пациенток в 1-й группе и 8 (26,7%) – во 2-й. Воспаления матки и придатков в анамнезе отмечены у 7 (33,3%) человек в 1-й группе и 9 (30,0%) – во 2-й.

Обращает на себя внимание большое количество предшествующих гинекологических операций в анамнезе, а именно передней, задней кольпорафии у 5 (23,8%) пациенток в 1-й группе и 6 (20,0%) – во 2-й. Иными словами, предложенные объемы оперативного лечения для коррекции генитального пролапса с применением mesh и срединной кольпорафии в нашем случае производились в том числе после неудачных операций собственными тканями.

Всем пациенткам в дооперационном периоде проведено РДВ матки под контролем гистероскопии. При морфологическом исследовании аденоматозные полипы на фоне железистой гиперплазии эндометрия (ГЭ) обнаружили у 7 (13,7%) человек, атипическую ГЭ – у 3 (5,9%), ГЭ без атипии – у 41 (80,4%), в 9 наблюдениях – в сочетании с полипами эндометрия. Несмотря на то, что у большинства больных при гистологическом исследовании не выявлено атипии, ГЭ в постменопаузе рассматривали как предраковое состояние, тем более когда речь шла о рецидиве заболевания. У 2 (6,7%) пациенток во 2-й группе при биопсии шейки матки под контролем кольпоскопии выявили простую лейкоплакию шейки матки, представленную паракератозом и гиперкератозом без атипии клеточного строения.

Анализ соматической патологии у обследуемой категории больных имел большое значение для определения объема оперативного вмешательства и представлен по группам в табл. 2.

Как видно из табл. 2, число пациенток с соматической патологией в 1-й группе в 1,7 раза меньше в процентном соотношении, чем во 2-й, что можно объяснить их старшим возрастом. В большинстве случаев среди женщин обследуемых групп имело место сочетание нескольких экстрагенитальных заболеваний.

**Таблица 2. Распределение соматических заболеваний в группах сравнения****Table 2. Prevalence of somatic diseases in comparison groups**

Соматическая патология	Группы			
	1-группа (n=21)		2-группа (n=30)	
Показатель	абс.	%	абс.	%
Гипертоническая болезнь	14	66,7	27	90,0*
Сахарный диабет 2-го типа	–	–	6	20,0
Варикозная болезнь вен нижних конечностей	4	19,0	13	43,3*
ИБС	6	28,6	16	53,3*
Заболевания ЖКТ (хронический гастрит, холецистит)	3	14,3	6	20,0
Заболевания мочевыделительной системы (МКБ, хронический пиелонефрит)	2	9,5	3	10,0

Примечание. ИБС – ишемическая болезнь сердца, ЖКТ – желудочно-кишечный тракт, МКБ – Международная классификация болезней; указана достоверность различий для средних значений признаков с использованием параметрического критерия Стьюдента; \*уровни значимости различий  $p < 0,05$ .

Пациентки 2-й группы отрицали половую жизнь, что являлось одним из критериев выбора объема оперативного вмешательства. В 1-й группе сексуально активных женщин отмечено более 50%, поэтому сравнение по данному критерию не представлялось возможным.

Продолжительность операций не имела достоверных различий и составляла  $78 \pm 7,92$  минуты (70–90 мин). При выполнении оперативного лечения не выявлено случаев интраоперационных осложнений и конверсий. Интраоперационная кровопотеря не превышала  $129,34 \pm 8,56$  мл (100–250 мл). Послеоперационный период протекал без осложнений, и ни одна больная не сообщила о чрезмерной боли после операции. При этом следует отметить, что у пациенток 1-й группы при крестцово-остистой фиксации избавить от кровотечений и послеоперационного болевого синдрома [21] стало возможным за счет более безопасной установки эндопротеза в 2,5 см от седалищной ости.

При морфологическом исследовании удаленных макропрепаратов у 2 (9,5%) пациенток 1-й группы выявили стромальную гиперплазию яичников, не диагностированную до хирургического вмешательства.

Эффективность оперативного лечения оценивалась на основании жалоб, объективных данных и информации, полученной при анализе ответов пациенток на вопросник PFDI-20. Жалобы во всех группах до операции оказались одинаковыми.

Гиперактивный мочевой пузырь в предоперационном периоде выявлен у 8 (38,1%) пациенток в 1-й группе и 15 (50,0%) – во 2-й. Он проявлялся никтурией, urgenностью и учащенным мочеиспусканием согласно положительным ответам женщин на 15 и 16-й вопросы опросника PFDI-20. Исчезновение симптомов гиперактивности в послеоперационном периоде отметили 4 (50,0%) из 8 пациенток 1-й группы и 4 (26,7%) из 15 женщин – 2-й. При развитии гиперактивности de novo у 2 (9,5%) пациенток 1-й группы и у 2 (6,7%) во 2-й назначали М-холинолитики, после чего у всех пациенток симптомы значительно уменьшились.

Запоры беспокоили пациенток во 2-й группе чаще, чем в 1-й, как до, так и после операции, при этом достоверных различий не выявлено ( $p > 0,05$ ). Анальная инконтиненция в виде недержания газов отмечалась в обеих группах чаще после операции: у 2 (9,5%) в 1-й и 3 (10,0%) во 2-й соответственно ( $p > 0,05$ ) по сравнению с дооперационным периодом, когда в 1-й группе данная жалоба беспокоила 1 (4,8%) пациентку и 2 (6,7%) – во 2-й ( $p > 0,05$ ).

**Таблица 3. Симптомы пролапса гениталий до и после оперативного лечения****Table 3. Symptoms of genital prolapse before and after surgery**

Симптомы	Группы			
	1-я группа		2-я группа	
	до операции, абс. (%)	после операции, абс. (%)	до операции, абс. (%)	после операции, абс. (%)
Ощущение инородного тела в области промежности	21 (100)	–	30 (100)	–
Обструктивное мочеиспускание	10 (47,6)	–	16 (53,3)	–
Стрессовое недержание мочи	–	1 (4,8)	–	4 (13,3) *
Гиперактивность мочевого пузыря	8 (38,1)	7 (33,3)	15 (50,0)	11 (36,7)
Запоры	7 (33,3)	3 (14,3)	10 (33,3)	7 (23,3)
Анальная инконтиненция	1 (4,8)	2 (9,5)	2 (6,7)	3 (10,0)
Боль и дискомфорт	4 (19,0)	1 (4,8) *	7 (23,3)	–
Инфекции мочевыводящих путей	2 (9,5)	–	4 (13,3)	2 (6,7)
Диспареуния	6 (28,6)	1 (4,8)	–	–

Примечание. Указана достоверность различий для средних значений признаков с использованием параметрического критерия Стьюдента; \* уровни значимости различий  $p < 0,001$ .

**Таблица 4. Показатели POP-Q до и после операции ВЭМ с придатками, крестцово-остистой фиксации культи влагалища синтетической эндопротезом-лентой в сочетании с реконструкцией II и III уровня поддержки тазового дна по DeLancey****Table 4. POP-Q parameters before and after vaginal hysterectomy with appendages removal, sacrospinous fixation of the vaginal stump with synthetic band endoprosthesis combined with reconstruction of DeLancey's levels II and III of pelvic support**

POP-Q	До операции	После операции	<i>p</i>
Aa	-0,19±1,21	-1,95±0,88	<0,01
Ba	2,89±1,13	-1,44±0,76	<0,001
C(D)	1,82±1,54	-8,13±0,92	<0,001
Ap	-2,32±0,74	-2,01±0,97	>0,05
Bp	-2,34±0,28	-2,54±0,45	>0,05
TVL	8,06±0,24	8,16±0,34	>0,05

Примечание. Здесь и далее в табл. 5: значения представлены в виде средней величины (см) ± стандартное отклонение.

В дооперационном периоде жалобы на боль и дискомфорт в нижних отделах живота предъявляли 4 (19,0%) пациентки в 1-й группе и 7 (23,3%) – во 2-й (табл. 3). После операции в 1-й группе 7 (33,3%) пациенток в течение 2–3 мес жаловались на боли незначительного характера в ягодичной и крестцово-копчиковой областях, не мешавшие обычной жизни. Одна (4,8%) из них отмечала дискомфорт в данной области в течение года после операции, что статистически значимо меньше, чем в дооперационном периоде ( $p < 0,01$ ). Дооперационное обследование области установки и одностороннее проведение эндопротеза-ленты через крестцово-остистую связку без жесткой фиксации к ней позволило не травмировать нервные окончания и сократить количество установленного имплантата, тем самым уменьшить жалобы на боли в послеоперационном периоде и диспареунию.

В исследуемых группах невозможно сравнивать анатомические результаты, так как после ВЭМ с придатками в сочетании со срединной кольпорафией у нас не выявлено



**Таблица 5. Показатели урофлоуметрии до и после операции****Table 5. Uroflowmetry values before and after surgery**

Группы	Урофлоуметрия				p
	До операции		После операции		
	V <sub>ом</sub> , мл	Q <sub>max</sub> , мл/с	V <sub>ом</sub> , мл	Q <sub>max</sub> , мл/с	
1-я	32,54±31,2	14,24±7,21	5,3±12,97	25,62±3,28	<0,001
2-я	34,28±33,6	12,92±5,23	4,4±11,58	22,94±3,52	<0,001

**Таблица 6. Результаты анализа ответов вопросника PFDI-20 в обследованных группах****Table 6. Results of the analysis of PFDI-20 questionnaire responses in the study groups**

Группы	Опросник PFDI-20		p
	До операции	После операции	
1-я	84,74±62,43	16,74±67,72	<0,001
2-я	83,86±54,28	15,24±86,36	<0,001

Примечание. Значения представлены в виде среднего балла ± стандартное отклонение.

случаев рецидива опущения и выпадения органов малого таза. Для пациенток 1-й группы рецидивом считали генитальный пролапс >2-й степени по классификации POP-Q.

При анализе показателей POP-Q у 19 (90,5%) пациенток 1-й группы в послеоперационном периоде отмечалось улучшение во всех отделах влагалища с сохранением его длины (TVL). В указанные сроки наблюдения (через 1–7 лет) рецидив генитального пролапса выявлен в апикальном отделе у 1 (4,8%) женщины, опущение передней стенки влагалища – у 1 (4,8%). Рецидив генитального пролапса их никак не беспокоил, так как стенки влагалища не выходили за пределы половой щели. Возможно, отсутствие жалоб у данных пациенток частично можно объяснить выраженным до операции пролапсом III–IV степени по классификации POP-Q и проведенной хирургической коррекцией на трех уровнях поддержки по DeLancey (табл. 4).

Как видно из табл. 5, после операции выявлено статистически значимое ( $p < 0,001$ ) увеличение максимальной скорости потока (Q<sub>max</sub>) и снижение объема остаточной мочи (V<sub>ом</sub>) в обеих группах наблюдения.

У 2 (9,5%) пациенток 1-й группы выявлены mesh-ассоциированные осложнения в послеоперационном периоде в виде эрозий эпителия влагалища. В амбулаторных условиях они иссечены. При обследовании через 3–6 мес рецидива не обнаружено. Обе пациентки регулярно использовали местные эстрогенсодержащие препараты, что не предотвратило формирование эрозий.

Качество жизни пациенток и удовлетворенность оперативным лечением оценивались по результатам обработки вопросника PFDI-20 (табл. 6).

После хирургического лечения значительное улучшение качества жизни отметили 19 (90,5%) пациенток в 1-й группе и 29 (96,7%) – во 2-й. В 1-й группе 2 (9,5%) женщины остались недовольны проведенным лечением. Одна из них выразила неудовлетворенность тем, что ей не разъяснили объем операции и возможные осложнения, вторая – стрессовым недержанием мочи de novo и установленным через 1 год среднеуретральным слингом. Во 2-й группе одна пациентка (3,3%) со стрессовым недержанием мочи de novo после хирургического лечения, отказавшаяся от установки среднеуретрального слинга. В целом 94,1% общего числа обследованных женщин оказались удовлетворены результатами лечения и готовы рекомендовать проведение таких операций другим пациенткам.

## Заключение

Отдаленные результаты двух оперативных пособий (одноэтапная ВЭМ с придатками, односторонняя крестцово-остистая фиксация культи влагалища синтетическим эндопротезом-лентой в сочетании с реконструкцией II и III уровня поддержки тазового дна по DeLancey и одноэтапная ВЭМ с придатками со срединной кольпорафией по технике, предложенной Лефором и Нейгебауэром) у пациенток с генитальным пролапсом III и IV степени по классификации POP-Q в сочетании с гиперпластическими процессами эндометрия показали удовлетворительные результаты и могут успешно применяться у женщин пожилого и старческого возраста, как с рецидивом пролапса в анамнезе, так и без него.

Выбор объема и доступа оперативного лечения с учетом возраста, сексуальной активности, сопутствующей гинекологической и соматической патологии снижает количество осложнений и улучшает результаты хирургического лечения у данной категории больных.

**Раскрытие интересов.** Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

**Disclosure of interest.** The authors declare that they have no competing interests.

**Вклад авторов.** Авторы декларируют соответствие своего авторства международным критериям ICMJE. Все авторы в равной степени участвовали в подготовке публикации: разработка концепции статьи, получение и анализ фактических данных, написание и редактирование текста статьи, проверка и утверждение текста статьи.

**Authors' contribution.** The authors declare the compliance of their authorship according to the international ICMJE criteria. All authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work.

**Источник финансирования.** Авторы декларируют отсутствие внешнего финансирования для проведения исследования и публикации статьи.

**Funding source.** The authors declare that there is no external funding for the exploration and analysis work.

**Информированное согласие на публикацию.** Пациенты подписали форму добровольного информированного согласия на публикацию медицинской информации.

**Consent for publication.** Written consent was obtained from the patients for publication of relevant medical information and all of accompanying images within the manuscript.

## Литература/References

- Gutman R, Maher C. Uterine-preserving POP. *Int Urogynecol J*. 2013;24:1803-13.
- Шкарупа Д.Д., Кубин Н.Д., Попов Э.Н., и др. Унилатеральный апикальный слинг – новый взгляд на сакроспинальную фиксацию. *Журнал акушерства и женских болезней*. 2019;68(1):37-46 [Shkarupa DD, Kubin ND, Popov EN, et al. Unilateral apical sling: a new look at the sacrospinous fixation. *Journal of Obstetrics and Women's Diseases*. 2019;68(1):37-46 (in Russian)]. DOI:10.17816/JOWD68137-46
- Haylen BT, Sand PK, Swift SE, et al. Transvaginal placement of surgical mesh for pelvic organ prolapse: more FDA concerns – positive reactions are possible. *Int Urogynecol J*. 2012;23:11-3. DOI:10.1007/s00192-011-1580-3
- Barber MD, Brubaker L, Burgio KL, et al. Comparison of 2 transvaginal surgical approaches and 126 perioperative behavioral therapy for apical vaginal prolapse: the OPTIMAL randomized trial. *JAMA*. 2014;311:1023-34.

5. Zyczynski HM, Carey MP, Smith AR, et al. Proxima Study Investigators. One-year clinical outcomes after prolapse surgery with nonanchored mesh and vaginal support device. *Am J Obstet Gynecol*. 2010;203(6):587-8. DOI:10.1016/j.ajog.2010.08.001
6. Буянова С.Н., Шукина Н.А., Зубова Е.С., и др. Пропалс гениталий. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2017;17(1):37-45 [Buianova SN, Shchukina NA, Zubova ES, et al. Genital prolapse. *Russian Bulletin of Obstetrician-Gynecologist*. 2017;17(1):37-45 (in Russian)]. DOI:10.17116/rosakush201717137-45
7. Ильина И.Ю., Доброхотова Ю.Э. Нехирургические методы коррекции пролапса гениталий и нарушений мочеиспускания. *Гинекология*. 2016;18(2):28-31 [Ильина ИЮ, Доброхотова ЮЭ. Non-surgical methods of correction of genital prolapse and urinary disorders. *Gynecology*. 2016;18(2):28-31 (in Russian)].
8. Barber MD, Maher C. Apical prolapse. *Int Urogynecol J*. 2013;24(11):1815-33. DOI:10.1007/s00192-013-2172-1
9. Petri E, Ashok K. Sacrospinous vaginal fixation – current status. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2011;90(5):429-36.
10. Reisenauer C, Oberlechner E, Schoentfish B, et al. Modified LeFort colpocleisis: clinical outcome and patient satisfaction. *Arch Gynecol Obstet*. 2013;288(6):1349-53.
11. Капитанова О.В., Чечнева М.А. Гиперплазия эндометрия в пери- и постменопаузе. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2020;20(3):35-40 [Kapitanova OV, Chechneva MA. Endometrial hyperplasia in peri- and postmenopausal women. *Russian Bulletin of Obstetrician-Gynecologist*. 2020;20(3):35-40 (in Russian)]. DOI:10.17116/rosakush20202003135
12. Сабанцев М.А., Шрамко С.В., Левченко В.Г., и др. Гиперплазии эндометрия: без атипии и с атипией. *Гинекология*. 2021;23(1):18-24 [Sabantsev MA, Shramko SV, Levchenko VG, et al. Endometrial hyperplasia: without atypia and with atypia. *Gynecology*. 2021;23(1):18-24 (in Russian)]. DOI:10.26442/20795696.2021.1.200666
13. Доброхотова Ю.Э., Сапрыкина Л.В. Гиперплазия эндометрия. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018 [Dobrokhotova IuE, Saprykina LV. Giperplasiia endometrii. Moscow: GEOTAR-Media, 2018 (in Russian)].
14. Endometrial cancer. Practice Bulletin N 149. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol*. 2015;125:1006-26.
15. Ghoubara A, Emovon E, Sundar S, et al. Thickened endometrium in asymptomatic postmenopausal women – determining an optimum threshold for prediction of atypical hyperplasia and cancer. *J Obstet Gynaecol*. 2018;38(8):1146-9. DOI:10.1080/01443615.2018.1458081
16. Александрова Л.М., Старинский В.В., Каприн А.Д., Самсонов Ю.В. Профилактика онкологических заболеваний как основа взаимодействия онкологической службы с первичным звеном здравоохранения. *Исследования и практика в медицине*. 2017;4(1):74-80 [Aleksandrova LM, Starinsky VV, Kaprin AD, Samsonov YuV. Prevention of oncological diseases as the basis of interaction of oncological service with primary link of health care. *Research in Practical Medicine Journal*. 2017;4(1):74-80 (in Russian)]. DOI:10.17709/2409-2231-2017-4-1-10
17. Адамян Л.В., Мельникова Н.С., Касян В.Н. Патология эндометрия в постменопаузе: нужен ли ультразвуковой скрининг? *Проблемы репродукции*. 2019;25(2):113-9 [Adamyan LV, Melnikova NS, Kasyan VN. Endometrial pathology in postmenopausal women: do we need ultrasound screening? *Russian Journal of Human Reproduction*. 2019;25(2):113-9 (in Russian)]. DOI:10.17116/repro201925021113
18. Giannella L, Cerami LB, Setti T, et al. Prediction of Endometrial Hyperplasia and Cancer among Premenopausal Women with Abnormal Uterine Bleeding. *Biomed Res Int*. 2019;2019:8598152. DOI:10.1155/2019/8598152
19. Trimble CL, Method M, Leitao M, et al. Society of Gynecologic Oncology Clinical Practice Committee. Management of endometrial precancers. *Obstet Gynecol*. 2012;120(5):1160-75. DOI:10.1097/aog.0b013e31826bb121
20. Mowat A, Wong V, Goh J, et al. A descriptive study on the efficacy and complications of the Capio (Boston Scientific) suturing device for sacrospinous ligament fixation. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2018;58(1):119-24. DOI:10.1111/ajo.12720
21. Thompson J. Anatomy of pelvic arteries adjacent to the sacrospinous ligament: importance of the coccygeal branch of the inferior gluteal artery. *Obstet Gynecol*. 1999;94(6):973-7. DOI:10.1016/s0029-7844(99)00418-4

Статья поступила в редакцию / The article received: 29.05.2023

Статья принята к печати / The article approved for publication: 06.12.2023



OMNIDOCTOR.RU