



© В. Ф. Беженарь, Е. С. Гусева,
А. А. Цыпурдеева, Е. И. Русина,
Л. К. Цуладзе

ФГБУ «НИИАГ им. Д. О. Отга»
СЗО РАМН, г. Санкт-Петербург;

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ КОРРЕКЦИИ ГЕНИТАЛЬНОГО ПРОЛАПСА РАЗЛИЧНЫМИ СИНТЕТИЧЕСКИМИ ИМПЛАНТАТАМИ

УДК: 618.1-007.42-089

■ Проведен сравнительный анализ осложнений операции, качества жизни больных, а также качества сексуальной жизни после коррекции генитального пролапса с использованием имплантатов Proxima™ и Prolift™. Отражены преимущества операции с использованием имплантата Proxima™ при коррекции генитального пролапса III стадии перед коррекцией с использованием имплантата Prolift™. Показана успешность операции Proxima™, ее безопасность ввиду малой инвазивности и незначительного количества осложнений, удовлетворенность пациенток результатами лечения, а также улучшением качества жизни и возобновлением сексуальной активности.

■ **Ключевые слова:** пролапс гениталий; имплантаты Proxima™ и Prolift™; осложнения операции; качество жизни; диспареуния; сексуальная активность.

Актуальность проблемы

В последнее десятилетие наблюдается стремительное развитие хирургических методик, направленных на решение проблемы пролапса тазовых органов (ПТО) у женщин. Большинство из этих операций основаны на использовании полипропиленовых и некоторых других имплантатов. По крайней мере, 200 000 таких операций проводятся каждый год в США [10, 20]. Пролапс органов малого таза в настоящее время носит характер скрытой эпидемии. Женщины не только живут дольше, чем когда-либо прежде, но и ведут более активный образ жизни и в пожилом возрасте. Демографические исследования показали, что женщины старше 80 лет являются наиболее быстро растущим сегментом населения в США и Канаде. В течение последующих 30 лет процент женщин, обратившихся за медицинской помощью, будет удвоен. [19].

FDA сообщает, что в 2010 году было выполнено 300 000 операций по коррекции генитально пролапса, в каждом третьем случае использовалась сетка (то есть 100 000 пациенток), и 3 из 4 (то есть около 75 000) так называемых MESH-операций были проведены вагинальным доступом [24]. В России до 15% гинекологических операций проводятся по поводу пролапса гениталий [5].

Неоднократно проведены исследования, в которых отражены преимущества использования полипропиленовых сеток по сравнению с коррекцией пролапса собственными тканями [8]. Однако, по-прежнему, не удается избежать отсутствия осложнений. Так, частота рецидивов, по данным разных авторов, составляет от 20–40%, что требует повторного хирургического вмешательства у трети пациенток. [16, 25]. Замечено, что анатомические неудачи чаще всего возникают у женщин с изолированной передней коррекцией [3], а также у пациенток с III степенью пролапса гениталий [1, 2, 16, 18].

Одновременно появляются новые осложнения, на которые на этапе освоения новых технологий не обращали столь пристального внимания (хронические тазовые боли, диспареуния, неудовлетворенность сексуальной жизнью), в связи с чем появляются все новые и новые, более усовершенствованные методики коррекции пролапса тазовых органов [21, 27], целью которых является повышение эффективности лечения при минимальной инвазивности, а также профилактика специфических осложнений при применении синтетических имплантатов. В настоящее время большинство хирургических техник основаны на прохождении троакаров через obturatorные мембраны, что в некоторых случаях приводит к специфиче-

ческому осложнению — паховым болям, в связи с чем снижается качество жизни пациенток и их сексуальная активность. Снижение инвазивности операции достигается за счет снижения интраоперационного проникновения в ткани, в том числе отсутствие прохождения проводников через obturatorные мембраны, что позволяет избежать болевого синдрома в паховых областях в послеоперационном периоде [7], а также значительно уменьшает частоту диспареунии.

Снижение сексуальной активности является наиболее распространенной формой женского сексуального расстройства у женщин в пери- и постменопаузе, что связано с гормональными перестройками, неудовлетворенностью собственным телом, значительным снижением физического и психического здоровья, высоким уровнем эмоционального и психического стресса, приводящего к межличностным трудностям [17]. В Европе снижение сексуальной активности у женщин данной группы составляет 7–16%, в США 10–30% [17]. Тазовые дисфункции, такие как пролапс гениталий, недержание мочи, газов и др. также отрицательно влияют на сексуальное здоровье женщин [15, 26]. Женщины, страдающие генитальным пролапсом, чувствуют себя застенчивыми, менее женственными и сексуально непривлекательными. Коррекция пролапса гениталий позволяет не только восстановить анатомические взаимоотношения между органами малого таза, повысить качество жизни, но и повысить сексуальную активность у этих пациенток.

К выбору методики хирургической коррекции у пациенток с генитальным пролапсом необходимо подходить дифференцированно в зависимости от тяжести пролапса, сопутствующей патологии, степени половой активности, чтобы обеспечить максимально благоприятное течение послеоперационного периода, наиболее оптимальные результаты при минимальном количестве осложнений. Современные тенденции вагинальной хирургии включают устранение внешних кожных разрезов (один разрез для установки систем), сведение к минимуму «слепых» этапов операции и прохождения игл (троакаров) в тканях, что снижает их травматичность [11]. Этим требованиям отвечает появившаяся в 2008 году реконструктивная операция с применением инновационного устройства GYNECARE PROSIMA™ Pelvic Floor Repair System (Gynecare, Johnson & Johnson), которая направлена на оптимизацию результатов коррекции пролапса тазовых органов II–III стадии, позволяя улучшить качество жизни после операции и возобновить сексуальную активность [9, 28]. Данная система основана на том, что имплантат проводится в ткани без использования «острых» троа-

каров, располагается без специальной фиксации глубоко в тканях между стенкой мочевого пузыря и стенкой влагалища спереди, или стенкой кишки и стенкой влагалища сзади, а его рукава расположены над внутренней запирающей мышцей и кпереди от фасции сухожильной дуги, и также сзади от крестцово-остистых связок, влагалище стабилизируется на 1 месяц специальным поддерживающим устройством (Vaginal Support Device, VSD), в течение данного времени происходит прочное «врастание» тканей в имплантат, и после удаления VSD обеспечивается надежная фиксация стенок влагалища [27]. Полезным свойством операции является сохранение оптимальной длины влагалища, в отличие от операций с использованием троакарных методик, когда за счет жесткой фиксации к сакроспинальной связке нередко происходит укорочение влагалища, приводящее впоследствии к диспареунии [3].

Многие клиники в США, Европе и России занимаются установкой именно данной системы (Proxima™), уже появились публикации некоторых результатов. При анализе литературы необходимо отметить, что количество осложнений после операции с использованием имплантата Proxima™ составляет небольшой процент. Так, в исследовании, проведенном в Кейптауне, тяжелых интраоперационных осложнений не было. У всех пациенток восстановилось спонтанное мочеиспускание в течение 5 дней. Отмечались 2 случая тазовой гематомы диаметром менее 7 см, которые не потребовали хирургического лечения. Один случай инфекции мочевыводящих путей. При среднем сроке наблюдения 6 месяцев (от 1 до 15 месяцев) степень анатомического успеха, определяемого как ведущая вагинальная точка выше гимена на 1 см, составила 94%. Не было ни одного случая возникновения недержания мочи *de novo* или диспареунии *de novo* [12].

В исследовании, проведенном в Польше, не было ни интра-, ни послеоперационных осложнений. Среднее время наблюдения составило 9 недель (5–14 недель). Отмечено, что средняя продолжительность пребывания в больнице составила 3 дня. Пациентки не нуждались в обезболивающих препаратах после операции. Не было инфекции мочевыводящих путей, пациенты показали хорошую переносимость устройства, поддерживающего влагалище в раннем послеоперационном периоде, т.н. VSD, и степень анатомического успеха 93% (90–100%) [9].

Исследователи Кембриджа сообщают об анатомическом успехе 76,7–80%, о хорошей переносимости VSD, а также о необходимости нахождения VSD в течение 3–4 недель, и о целесообразности его раннего удаления [23].

Таблица 1

Распределение пациенток в зависимости от стадии пролапса гениталий с использованием имплантата Proxima™

Имплантат Proxima	Anterior	Posterior	Combined	Итого
Стадия пролапса				
0	–	–	–	–
I	–	–	–	–
II	15	0	4	19
III	19	3	12	34
IV	1	1	1	3
Итого	35	4	17	56

В России в Екатеринбурге проведена коррекция генитально пролапса II–III стадии с использованием системы Proxima™ 10 пациенткам, интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений не было отмечено, все пациентки были выписаны из стационара на 3–4-е сутки. В послеоперационном периоде основной жалобой было ощущение инородного тела во влагалище, которое проходило после удаления устройства для поддержки влагалища. Проводится дальнейшее наблюдение и оценка отдаленных результатов операции [6].

Исследователи кафедры урологии Московского государственного медико-стоматологического университета сообщают о годичном наблюдении 30 пациенток после коррекции генитального пролапса II–III стадии, отмечают степень анатомического успеха 77,8%, худшие анатомические результаты у группы с изолированной коррекцией переднего отдела тазового пролапса. Из интраоперационных осложнений в одном случае отмечают умеренное кровотечение, остановленное путем коагуляции. Один случай обширной гематомы малого таза через 2 недели после операции, в связи с чем, было произведено удаление сетчатого протеза с последующим проведением передней кольпоррафии. В 2 случаях была отмечена инфекция мочевыводящих путей. 3 случая недержания мочи *de novo*. 2 случая (6,7%) эрозии слизистой влагалища через год после операции. Худшие анатомические результаты отмечены в группе с изолированной передней коррекцией. Впервые в России в рамках данного исследования была проведена оценка качества жизни пациенток с помощью специализированных вопросников, а также оценка сексуальной функции. Отмечено улучшение показателей половой функции, 50% женщин возобновили половую жизнь, диспареуния *de novo* возникла в 12% случаев [3].

Данные показатели и значительные изменения в качестве жизни показывают, что «симптомный» пролапс может иметь важное влияние на общее самочувствие женщины и связанное со здоровьем качество жизни, влияя на ежедневную физиче-

скую активность, наличие/отсутствие болей, эмоциональный фон, социальную изоляцию, энергию и сон [14].

Цель исследования

Оценить и сравнить отдаленные результаты вагинопексии с применением имплантатов PROSIMA™ и PROLIFT™ и качество жизни пациенток через 1, 6, 12 месяцев после операции.

Материал и методы

За период с октября 2010 по декабрь 2012 гг. в отделении оперативной гинекологии ФГБУ НИИАГ им. Д.О. Отта СЗО РАМН было прооперировано 56 пациенток с пролапсом гениталий II–IV стадии по POP-Q (табл. 1, 2), которым была выполнена забрюшинная влагалищная кольпопексия с использованием системы Proxima™. Операция проводилась по стандартизированной методике. Все пациентки были оценены по системе POP-Q (ICS, 1996). В качестве группы сравнения проведена оценка 50 пациенток с пролапсом II–III стадии по POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification, International Continence Society, 1996) (табл. 4, рис. 1), которым была проведена его коррекция с использованием системы Prolift™ в этот же временной промежуток. Проведена оценка осложнений после операции и качества жизни женщин до и после лечения.

Система POPQ включает в себя измерение набора точек на передней и задней влагалищных стенках, шейке и теле промежности относительно установленной точки (девственной плевы). Все измерения проводятся при максимальном натуживании пациентки.

Эта классификация обладает рядом преимуществ.

- Воспроизводимость результатов (первый уровень доказательности).
- Положение пациентки практически не влияет на стадирование пролапса.
- Точная количественная оценка многих определенных анатомических ориентиров (а не только определение самой выпадающей точки).

Таблица 2

Анатомические результаты и успех коррекции пролапса гениталий различной степени с использованием имплантата Proxima™

Стадия пролапса	Все (n = 56)		Передняя коррекция (n=35)		Задняя коррекция (n=4)		Комбинированная коррекция (n=17)	
	До	Через год (n=56)	До	Через год (n=35)	До	Через год (n=4)	До	Через год (n=17)
0	–	52	–	32	–	4	–	16
I	–	2	–	1	–	0	–	1
II	19	1	15	1	0	0	4	0
III	34	1	19	1	3	0	12	0
IV	3	0	1	0	1	0	1	0
Точки по POP-Q	До	Через год	До	Через год	До	Через год	До	Через год
Указаны средние значения, см								
Aa	0,44	–1,9	1,0	–1,8	–1,5	–1,7	1,8	–2,2
Ba	0,44	–1,9	1,7	–1,7	–1,4	–1,8	1,0	–2,2
Ap	0,14	–2,24	–2,1	–2,0	1,5	–2,6	1,0	–2,1
Bp	–0,37	–2,27	–1,9	–2,0	1,4	–2,5	0,6	–2,3
C	–4,44	–6,04	–4,5	–5,9	–4,8	–6,0	–4,0	–6,2
TVL	9,04	8,74	8,8	8,6	9,1	8,8	9,2	8,8

На рисунке 1. представлено схематическое изображение всех девяти точек, использующихся в этой классификации, в сагиттальной проекции женского таза при отсутствии пролапса. Измерения проводят сантиметровой линейкой, маточным зондом или корнцангом с сантиметровой шкалой в положении пациентки лежа на спине при максимальной выраженности пролапса (обычно это достигают при проведении пробы Вальсальвы).

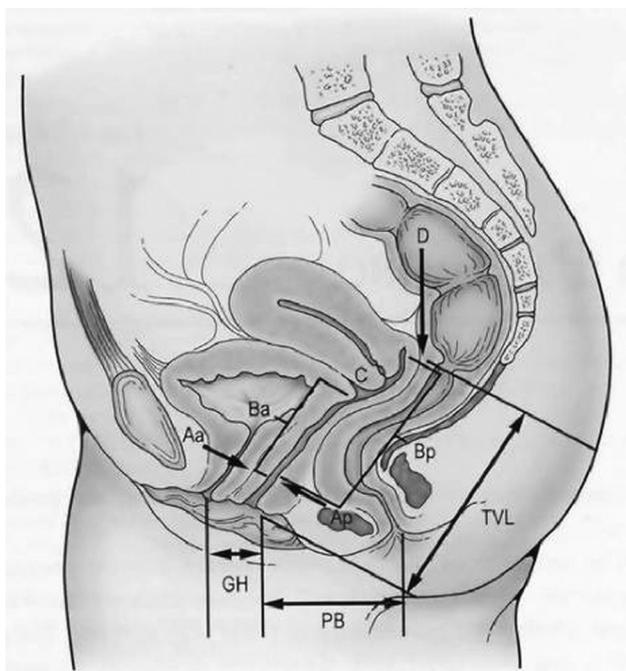


Рис. 1. Анатомические ориентиры для определения степени пролапса тазовых органов по классификации POP-Q

Анатомическую позицию шести определяемых точек (Aa, Ap, Ba, Bp, C, D) измеряют выше или проксимальнее гимена, при этом получают отрицательное значение (в сантиметрах). При расположении данных точек ниже или дистальнее гимена фиксируют положительное значение. Плоскость гимена соответствует нулю. Остальные три параметра (TVL, GH и PB) измеряют в абсолютных величинах.

Передние локализации.

Aa. Точка, которая находится на 3 см проксимальнее (глубже) от наружного отверстия мочеиспускательного канала. По отношению к входу во влагалище эта точка может варьировать в положении от –3 (норма) до +3 (опущение).

Ba. Наиболее дистально (поверхностно) расположенная часть передней стенки влагалища. В отсутствии цистоцеле (опущения мочевого пузыря) или любого другого «переднего» опущения эта точка определяется как 3.

Верхние локализации.

C. Наиболее дистальный (близкий кнаружи) край шейки матки или влагалищной манжетки (рубца) после гистерэктомии (операции по удалению матки).

D. Локализация заднего свода влагалища (не определяется если пациентка перенесла удаление матки или гистерэктомию).

Задние локализации.

Ap. Точка по середине задней стенки влагалища, расположенная на 3 см проксимальнее (вглубь) от входа во влагалище. По отношению к половой щели (вход во влагалище) эта локализация может варьировать от –3 до +3.

Таблица 3

Распределение пациенток в зависимости от стадии пролапса гениталий с использованием имплантата Prolift™

Стадия пролапса \ Имплантат Proxima	Anterior	Posterior	Total	Итого
0	–	–	–	–
I	–	–	–	–
II	0	2	2	4
III	11	17	18	46
IV	16	10	88	114
Итого	27	29	108	164

Вр. Наиболее удаленная от входа во влагалища точка на задней стенке влагалища. В отсутствии пролапса определяется как –3.

Измерения

TVL. Наибольшая длина влагалища в его нормальном положении.

gh. Расстояние между средними точками входа во влагалище и наружного отверстия уретры.

рb. Измеряется от заднего края входа во влагалище до переднего края анального отверстия.

Стадирование POP-Q

Стадию устанавливают по наиболее выпадающей части влагалищной стенки. Может быть опущение передней стенки (точка Ва), апикальной части (точка С) и задней стенки (точка Вр).

Стадия 0 — нет пролапса. Все локализации находятся в их наивысших точках относительно входа во влагалище. Расстояние до точек Аа, Ар, Ва, Вр равно — 3 см; точек С и D ≤ –[tvL–2] см.

Стадия I — наиболее выпадающая часть стенки влагалища не доходит до гимена на 1 см. Наиболее дистальная (выступающая) точка пролапса расположена на 1 см выше входа во влагалище (ведущая точка пролапса < –1 см).

Стадия II — наиболее выпадающая часть стенки влагалища расположена на 1 см проксимальнее или дистальнее гимена (ведущая точка пролапса ≥ –1 см, но ≤ +1 см).

Стадия III — наиболее выпадающая точка более чем на 1 см дистальнее гименальной плоскости, но при этом общая длина влагалища (TVL) уменьшается не более чем на 2 см (ведущая точка пролапса > +1 см, но < + [tvL–2] см).

Стадия IV — полное выпадение. Наиболее дистальная часть пролапса выступает более чем на 1 см от гимена, а общая длина влагалища (TVL) уменьшается более чем на 2 см ведущая точка пролапса ≥ + [tvL–2] см).

Таблица 4

Анатомические результаты и успех коррекции пролапса гениталий различной степени с использованием имплантата Prolift™

Стадии пролапса	Все (n=164)		Передняя коррекция (n=27)		Задняя коррекция (n=29)		Тотальная коррекция (n=108)	
	До	Через год (n=50)	До	Через год (n=27)	До	Через год (n=7)	До	Через год (n=16)
0	–	30	–	15	–	4	–	11
I	–	12	–	6	–	2	–	4
II	4	6	0	4	2	1	2	1
III	46	2	11	2	17	0	18	0
IV	114	Не анализировались	6	Не анализировались	10	Не анализировались	88	Не анализировались
Точки по POP-Q	До	Через год	До	Через год	До	Через год	До	Через год
Указаны средние значения, см								
a	–0,4	–2,0	1,0	–1,9	–1,6	–1,8	1,8	–2,3
Ва	–0,47	–1,97	1,8	–1,8	–1,3	–1,9	0,9	–2,2
p	–0,57	–2,47	–2,2	–2,2	1,3	–2,8	–0,8	–2,4
Вр	–0,34	–2,34	–2,0	–2,1	1,6	–2,7	–0,6	–2,2
С	–4,34	–5,5	–4,7	–5,2	–4,8	–5,4	–3,5	–5,9
VL	9,0	7,4	8,9	7,2	9,0	7,8	9,1	7,2

Группа после коррекции с использованием Prosima™

Среднее время наблюдения составило $11,8 \pm 3$ месяцев (от 1 до 26 месяцев). Средний возраст пациенток составил $62,9 \pm 3,5$ года. Пропалс гениталий II стадии был диагностирован у 19 (33,9%) пациенток, III стадии у 34 (60,7%) больных, в 3 (5,4%) случаях выполнена коррекция пролапса IV стадии (табл. 1, 2). Забрюшинная влагалищная кольпопексия с использованием системы Prosima™ anterior была проведена 35 пациенткам (62,5%), имплантат Prosima™ posterior установлен 4 женщинам (7,1%), Prosima™ combined — 17 больным (30,4%) (табл. 1). Среднее время операции составило 93 ± 20 минут. У 21 (37,5%) пациентки операция проводилась под общей анестезией, у 35 (62,5%) — под КСЭА. У 29 пациенток имелось сопутствующее стрессовое недержание мочи, которое было скорректировано одновременно субуретральной пластикой TVT®-Obturator в 26 (46%) случаях, TVT®-ABBREVO в 3 (5,4%) случаях. У 12 (21,4%) пациенток имелась сопутствующая элонгация шейки матки (1–2 степени), в связи с чем, была произведена сопутствующая ампутация шейки матки. Гистерэктомия была выполнена 6 (10,7%) пациенткам. VSD удалялся на 21–23-е сутки после операции.

Группа после коррекции с использованием Prolift™

Обследованы пациентки с пролапсом гениталий II–III стадии, прооперированные в 2010–2012 гг. с использованием методики Prolift™. Всего за этот период времени с использованием методики Prolift™ прооперировано 164 пациентки с пролапсом II–IV стадии, из них пролапс II–III стадии наблюдался у 50 пациенток. Именно данная группа пациенток и была исследована. Среднее время послеоперационного наблюдения составило 19,8 месяцев (от 3 до 33 месяцев). Средний возраст пациенток составил $58,7 \pm 4,5$ года. При дооперационном обследовании пролапс гениталий II стадии был диагностирован у 4 (2,4%) пациенток, III стадии у 46 (28,1%) пациенток, IV стадии у 114 (69,5%) (табл. 3). Подробный анализ послеоперационных осложнений и качества жизни проведен в группе пациенток со II–III стадиями пролапса (табл. 5).

Среднее время операции составило 150 ± 25 минут. У 18 (36%) пациенток операция проводилась под общей анестезией, у 32 (64%) под КСЭА. У 23 (46%) пациенток имелось сопутствующее стрессовое недержание мочи, которое было скорректировано субуретральной пластикой TVT®-Obturator в 22 случаях (44%), Monarc™ в 1 случае (2%). У 6 (12%) пациенток имелась сопутствующая элонгация шейки матки (1–2 сте-

пени), в связи с чем, была произведена ампутация шейки матки. Сопутствующая гистерэктомия была выполнена 5 (10%) пациенткам.

Осложнения операции Prosima™ (табл. 5)

Все пациентки удовлетворительно перенесли нахождение VSD во влагалище в течение 21–23 суток, ни в одном случае VSD не был удален ранее. Одна пациентка отмечала мажущие кровянистые выделения из половых путей, боли и чувство «распираания» в промежности (возможно, связано с нерационально подобранным размером устройства VSD во время операции — пациентке был установлен размер L при длине влагалища 7 см до операции). Все пациентки отмечали обильные выделения из половых путей в течение 3 недель, однако считали их приемлемыми. Частота эрозий слизистой влагалища составила 14,3% (8 пациенток из 56), что мы связываем с техникой ушивания слизистой влагалища — все эрозии возникли в первый год применения нами данной операции, т.е. на этапе освоения методики. У 2 (3,6%) пациенток потребовалось однократное иссечение части имплантата с ушиванием дефекта слизистой влагалища, при последующем наблюдении отмечено полное заживление эрозии в сроке до 2 мес. У одной (1,8%) больной потребовалось 3-кратное иссечение части имплантата (в интервале 1 месяц), с полной эпителизацией в течение 6 месяцев. У 5 (8,9%) пациенток произошла самостоятельная эпителизация эрозии через 4–6 месяцев. В настоящее время нами используется двухрядный непрерывный шов для ушивания слизистой влагалища над имплантатом, в послеоперационном периоде проводится санация влагалища с применением вагинальных овулей Полижинакс № 10, а VSD (vaginal support device) удаляется через 21 день после операции, с дальнейшим использованием свечей Овестин в дозе 500 мкг/сутки интравагинально ежедневно в первые 2–3 недели, затем с постепенным снижением дозы до 500 мкг/сутки 2 раза в неделю, курс до 6 месяцев. Также высокая частота возникновения эрозий после использования Prosima™, возможно, объясняется необходимостью длительного (3–4 недели) нахождения VSD во влагалище. Это, во-первых, может приводить к местным нарушениям микроциркуляции, дисбиозу влагалища и, во-вторых, практически исключает возможность полноценного использования местных антисептических (антибактериальных) и эстрогенсодержащих средств, а также препаратов для коррекции дисбиоза, что влечет за собой снижение репаративного потенциала тканей и способствует формированию ишемии и эрозии слизистой влагалища.

Таблица 5

Сравнительный анализ осложнений

	Proxima (n=56)	%	Prolift (n=50)	%
<i>Интраоперационные осложнения</i>				
Перфорации полых органов (мочевого пузыря, кишки, сосудов)	–	0	–	0
Перфорация стенки влагалища	1 (перфорация левой стенки влагалища, произведено ушивание, возник рецидив пролапса)	1,8	–	0
Перфорация стенки влагалища при сопутствующих операциях	1 (при установке TVT-O перфорация правого бокового свода влагалища, иссечение и удаление правой ножки TVT-O)	1,8	–	0
<i>Ранние послеоперационные осложнения</i>				
Кровотечение	1 (из паравезикального венозного сплетения, удаление импланта, вскрытие и дренирование гематомы, гемотрасфузия)	1,8	–	0
Атония мочевого пузыря	1	1,8	–	0
Подслизистая гематома (в области швов)	5 (размерами от 1,5 × 1 см до 3,2 × 2,5 см), самостоятельная организация	8,9	4 (размерами 2 × 3 см, между стенкой влагалища и сеткой, самостоятельная организация)	8
Инфекция раны	1 (расхождение краев раны промежности, в последующем возник рецидив пролапса)	1,8	–	0
Инфекция МВП	–	0	–	0
<i>Поздние послеоперационные осложнения</i>				
Эрозии сетки во влагалище	8	14,3	4	8
Сокращение сетки (при УЗИ)	Не исследовали	–	–	–
Тромбоз глубоких вен	1 (вен бедра слева, консервативное лечение 1 месяц)	1,8	–	0
Недерж мочи <i>de novo</i>	0	0	3	6
Обструктивное мочеиспускание	1	1,8	–	0
Элонгация шейки матки	–	0	9	18*
Рецидив пролапса	1	1,8	–	0
Боль, в том числе паховая	0	0	12	24*
Диспареуния	1	1,8	4	8
Диспареуния <i>de novo</i>	1	1,8	8	16*
Апареуния	–	0	1	2
Дисфункция кишечника	–	0	11	22*

* — $p < 0,05$ по сравнению с коррекцией имплантатом Proxima™

Необходимо также отметить, что в нашей серии возник один рецидив пролапса гениталий III степени (1,8%) через год после операции с использованием Proxima™ anterior, развившийся у пациентки с наличием в анамнезе передней и задней кольпорафии, средней степени выраженности синдрома ДСТ, наличием инфекции мочевыводящих путей, санированной до операции, интраоперационными осложне-

ниями — перфорацией левой стенки влагалища с ее ушиванием, в раннем послеоперационном периоде — расхождением краев раны промежности, подкожной гематомой левой половой губы, а также возникшей после операции эрозии на передней стенке влагалища. Для устранения данного осложнения было проведено иссечение эрозии слизистой влагалища, выполнена передняя кольпорафия.

Таблица 6

Анатомический успех операции с использованием имплантата Proxima™

Стадия пролапса	Количество пациенток	До операции		Через 1 год	
		абс. (n=56)	%	абс. (n=56)	%
0		0	0	52	92,8
I		0	0	2	3,6
II		19	33,9	1	1,8
III		34	60,7	1	1,8
IV		3	5,4	0	0

В одном случае произошло кровотечение из паравезикального венозного сплетения с образованием забрюшинной гематомы 10×6 см, после установки системы Proxima™ anterior, кольпоперинеолеваторопластики у пациентки 60 лет с пролапсом гениталий II степени, цистоцеле II. В анамнезе у пациентки надвлагалищная ампутация матки при чревосечении. После установления диагноза гематомы, повторная операция произведена через 3 часа 50 минут, выполнено удаление переднего имплантата, вскрытие и дренирование забрюшинной паравезикальной гематомы, остановка кровотечения, тампонада ложа гематомы. Общая кровопотеря составила 1000 мл. Через 2 дня выполнено удаление тампонов, санация и дренирование паравезикального пространства. Дренаж удален на следующие сутки, заживление швов первичным натяжением, пациентка выписана на 16-е сутки в удовлетворительном состоянии. При контрольном осмотре через 2 месяца пролапс 0 стадии, инфильтратов в малом тазу нет.

Один случай тромбоза глубоких вен левого бедра в позднем послеоперационном периоде у пациентки после влагалищной пангистерэктомии, коррекции генитального пролапса III стадии с использованием системы Proxima™ anterior, кольпоперинеолеваторопластики. Интраоперационно и 7 дней после операции пациентка получала профилактику тромбоза эмболических осложнений низкомолекулярными гепаринами, с последующим переходом на НПВС в течение 2 месяцев. Тромбоз глубоких вен левого бедра возник через 3 недели после операции, проводилось консервативное лечение в хирургическом стационаре.

В одном случае возникла атония мочевого пузыря — у пациентки после коррекции генитального пролапса II стадии, цистоцеле II, со стрессовым недержанием мочи, выполнена влагалищная пангистерэктомия, Proxima™ anterior, кольпоперинеолеваторопластика, субуретральная пластика петлей TVT-Obturator. Операция выполнена по стандартной методике, интраоперационных осложнений не отмечалось, в раннем послеоперационном периоде возникла атония мочевого пузыря,

произведена катетеризация мочевого пузыря, получала ФТЛ в течение 7 дней (СМТ в миости-мулирующих параметрах), М-холиномиметики с положительным эффектом, осложнение купировано на 13-е сутки, выписана на 17-е сутки в удовлетворительном состоянии.

В одном случае возникло обструктивное мочеиспускание через 2 месяца после коррекции пролапса II стадии, цистоцеле II, ректоцеле II, смешанным недержанием мочи у пациентки 57 лет, выполнена забрюшинная влагалищная кольпопексия с использованием Proxima™ combined, субуретральная пластика петлей TVT-Obturator, леваторопластика. В течение 2 месяцев после операции отмечалось обструктивное мочеиспускание, признаки инфекции мочевыводящих путей, боли в уретре. Через 2 месяца выполнено рассечение слинга TVT-Obturator, пациентка получает препараты для лечения смешанного компонента недержания мочи с положительным эффектом. Анатомический успех коррекции пролапса у данной пациентки составляет 100% (пролапс 0 стадии).

Полученные данные по осложнениям проведенных операций сопоставимы с данными литературы [12, 27]. Анатомический успех (табл. 6), заключающийся в стадии POP-Q 0–1 через 1 год после операции, не нуждающийся в последующем хирургическом лечении, составил 96,4%, что также совпадает с данными литературы [12, 27].

Осложнения операции Prolift™ (табл. 5)

Интраоперационных осложнений не было, что может быть связано с достаточно большим опытом выполнения данной операции в институте (операция выполняется с 2005 года).

Ранние послеоперационные осложнения — 3 (6%) случая подслизистой гематомы размерами 2×3 см (расположенные между сеткой и стенкой влагалища, один случай после передней коррекции, 2 случая после задней коррекции, все случаи подслизистой гематомы не потребовали вскрытия, велись консервативно с самостоятельной организацией в течение недели).

Частота эрозий сетки во влагалище составила 8% (4 пациентки из 50). Размеры эрозии до 2 мм, без признаков воспаления, с грануляция-

Таблица 7

Анатомический успех операции с использованием имплантата Prolift

Стадия пролапса	Количество пациенток	До операции		Через 1 год	
		абс. (n=164)	%	абс. (n=50)	%
0		0	0	30	60
I		0	0	12	24
II		4	2,4	6	12
III		46	28,1	2	4
IV		114	69,5	Не анализировались	

ми по краю, у 3 пациенток произошла самостоятельная эпителизация через 1 месяц (проводилась терапия свечами Метилурацил интравагинально). У одной пациентки потребовалось однократное иссечение участка имплантата через 1 месяц после операции с последующей эпителизацией участка слизистой. Не возникло ни одного случая рецидива пролапса, однако необходимо отметить 9 случаев (18%) элонгации шейки матки 1–2-й степени через 2–4 месяца после операции, их которых в 5 случаях состояние было бессимптомным, а 4 пациенткам потребовалось повторное хирургическое вмешательство — ампутация шейки матки.

Недержание мочи *de novo* возникло в 3 (6%) случаях, в одном случае через 3 месяца проведена операция — субуретральная пластика TVT-Obturator, в остальных случаях в связи с наличием urgentных жалоб назначена терапия м-холинолитиками в течение 2 месяцев с положительным эффектом.

Необходимо отметить 1 случай острого инфаркта миокарда у пациентки 62 лет с пролапсом III стадии, цистоцеле III, ректоцеле III, стрессовым недержанием мочи и отягощенным соматическим анамнезом после операции Prolift™ Total, TVT-Obturator. Пациентка переведена в хирургический стационар широкого профиля, где получила соответствующее лечение с положительным результатом, ранний послеоперационный период без осложнений. В позднем послеоперационном периоде выявлена эрозия на передней стенке диаметром 2 мм, произошла самостоятельная эпителизация, в позднем послеоперационном периоде возникла элонгация шейки матки I степени без необходимости последующей коррекции.

Анатомический успех, заключающийся в стадии POP-Q 0–1 через 1 год после операции, не нуждающийся в последующем хирургическом лечении, составил 96% (табл. 7).

Одновременно проводилась оценка качества жизни прооперированных пациенток

В качестве основного метода оценки качества жизни использовался психометрический анализ (специализированные вопросники, в том чис-

ле вопросник по оценке степени выраженности симптомов тазовой дисфункции PEDI-20 (Pelvic Floor Distress Inventory-20), вопросник по оценке влияния дисфункции органов малого таза на различные аспекты жизни женщины PFIQ-7 (Pelvic Floor Impact Questionnaire-7), вопросник ПД-КЖ (валидированный способ оценки симптомов дисфункций тазового дна и качества жизни у пациенток с пролапсом тазовых органов), оценка сексуальной функции при пролапсе тазовых органов PISQ-12 (Pelvic organ prolaps/urinary incontinence sexual function questionnaire), шкала анальной инконтиненции Векснера (Wexner, 1993). Методы позволяют выявить наиболее значимые симптомы, влияющие на жизнь пациентки и оценить изменения симптомов в динамике.

В таблице 8 указана динамика изменения качества жизни после коррекции пролапса с использованием имплантата Proxima™. Указаны средние показатели по каждому вопроснику, и варианты максимальных и минимальных показателей по вопросникам.

У всех пациенток после коррекции имплантатом Proxima™, согласно проведенному опросу, отмечалось значительное повышение качества жизни после операции (табл. 8): согласно вопроснику PFIQ-7, среднее количество баллов уменьшилось с 210±30 до 30±10 через 6 месяцев после операции, и до 0+10 баллов через 1 год после операции (300 баллов — максимальное влияние дисфункции органов малого таза на качество жизни женщины, 0 баллов — минимальное). Согласно PEDI-20, включающей в себя оценку симптомов пролапса тазовых органов (POPDI-6), симптомов кишечной дисфункции (GRADY-8), нарушений мочеиспускания (UDI-6), количество суммированных баллов по трем шкалам уменьшилось с 180±30 до 40±10 через 6 месяцев после операции, и до 0+20 баллов через 1 год после операции. При использовании вопросника ПД-КЖ установлено, что ИДТД (индекс дисфункции тазового дна) значительно уменьшился с 52±15% до 10±3% через 6 месяцев после операции, и остался на том же уровне через 1 год после операции, а ИВКЖ (индекс влияния на качество жизни) уменьшился

Таблица 8

Качество жизни после коррекции пролапса с использованием имплантата Prosima™ (n = 56)

Средняя оценка, баллы Вопросник	Перед операцией	Через 1 месяц	Через 6 месяцев	Через 1 год	Изменение (по сравнению с исходным)
PFIQ-7, баллы	210(±30)	180(±40)	30(±10)	0(+10)	-210
PEDI-20*, баллы	180(±30)	160(±30)	40(±10)	0(+20)	-180
POPDI-6**, баллы	70(±30)	35(±25)	5(±2)	0(+20)	-70
CRADI-8**, баллы	50(±15)	45(±15)	15(±10)	0(+5)	-50
UDI-6**, баллы	60(±20)	80(±20)	20(±15)	0(+5)	-60
ИДТД, %	52(±15)	50(±20)	10(±3)	10(±3)	-42
ИВКЖ, %	85(±12)	65(±15)	25(±3)	3	-82
Wexner, баллы	6(±2)	5(±2)	3(±2)	3	-3

* — лучшие баллы 0, худшие баллы 300; ** — лучшие баллы 0, худшие баллы 100; *** — лучшие баллы 48, худшие баллы 0. PFIQ-7: худшие баллы 300, лучшие баллы 0; Wexner: 20 баллов — полное анальное недержание, 0 баллов — норма

с $85 \pm 12\%$ до $25 \pm 3\%$ через 6 месяцев после операции, и до 3% через 1 год после операции. При анализе анкет выявлена особенность — ухудшение (или тот же уровень) качества жизни через 1 месяц после операции (рис. 2). Это время, по-видимому, является критическим в связи с продолжительным нахождением устройства во влагалище, что все-таки доставляет определенный дискомфорт пациенткам, при этом в устной беседе с врачом пациентки отмечают приемлемость устройства, однако при анкетировании отмечают максимальные баллы, что говорит о неудовлетворительной переносимости устройства.

Согласно вопроснику PISQ-12 (табл. 9) через 8–12 месяцев после проведенной операции Prosima™ 23 (41,1%) пациенток возобновили половую жизнь, из них только одна пациентка отмечает диспареунию (данный симптом был у пациентки до операции), а 5 (8,9%) пациенток начали половую жизнь после большого перерыва (около 8 лет), при этом не отмечают болей и диспареунии. У этих пациенток до операции количество баллов по PISQ-12 составляло 6 ± 2 , через 6–8 месяцев 27 ± 6 баллов.

Обследованные больные отмечали, что сексуальная жизнь улучшилась значительно (9 пациенток из 28 (32%)), улучшилась незначительно (14 из 28 (50%)), ничего не изменилось (4 из 28 (14%)). Одна пациентка отметила ухудшение качества сексуальной жизни из-за болей во время полового акта (пациентка, ранний послеоперационный период которой осложнился атонией мочевого пузыря).

В таблице 10 представлена динамика изменения качества жизни после коррекции пролапса с использованием имплантата Prolift™. Указаны средние показатели по каждому вопроснику, и варианты максимальных и минимальных показателей по вопросникам.

У всех пациенток, согласно проведенному опросу, также отмечалось значительное повышение качества жизни после операции: согласно вопроснику PFIQ-7, среднее количество баллов уменьшилось с 200 ± 20 до 19 ± 5 через 6 месяцев после операции, и до 4 баллов через 1 год после операции. Согласно PEDI-20, включающей в себя оценку симптомов пролапса тазовых органов

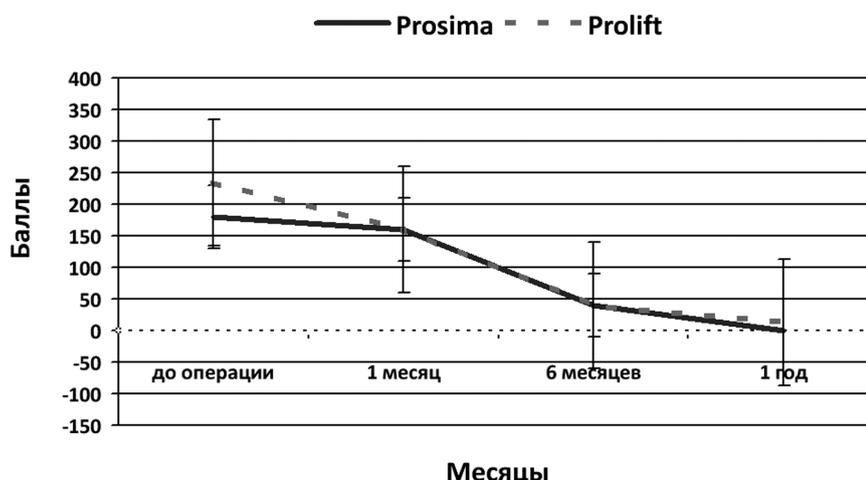


Рис. 2. Качество жизни больных обследованных групп по шкале PEDI-20

Таблица 9

Оценка сексуальной жизни через 8–12 месяцев после проведенной операции (согласно вопроснику PISQ-12)

Баллы	Proxima (n=56)		Prolift (n=50)	
	До операции	Через 6–8 мес	До операции	Через 6–8 мес
Баллы по PISQ-12	6(±2)	27(±6)	5(±2)	12(±6)
Возобновили половую жизнь	23(41,1%)	23(100%)	19(38%)	19(100%)
Начали половую жизнь после перерыва	–	5(8,9%)	–	2(4%)
Апареуния	–	–	–	1(2%)
	Итого n=28		Итого n=20	
Намного больше удовлетворения от сексуальной жизни	–	9(32%)	–	3(15%)
Сексуальная жизнь улучшилась незначительно	–	14(50%)	–	3(15%)
Ничего не изменилось	–	4(14%)	–	2(10%)
Сексуальная жизнь стала хуже	–	1(3,6%)	–	12(60%)*
Сексуальная жизнь стала значительно хуже	–	0	–	0
Диспареуния	1	1(3,6%)	4	4(20%)
Диспареуния <i>de novo</i>	–	1(3,6%)	–	8(40%)*

* — $p < 0,05$ по сравнению с коррекцией имплантатом Proxima™

(POPDI-6), симптомов кишечной дисфункции (GRADY-8), нарушений мочеиспускания (UDI-6), количество суммированных баллов по трем шкалам уменьшилось с 235 ± 30 до 40 ± 10 через 1 месяц после операции, и до 13 ± 10 баллов через 1 год после операции. При использовании вопросника ПД-КЖ установлено, что ИДТД (индекс дисфункции тазового дна) значительно уменьшился: с $52 \pm 15\%$ до $7 \pm 3\%$ через 6 месяцев после операции, и до 0 через 1 год после операции, а ИВКЖ (индекс влияния на качество жизни) уменьшился с $85 \pm 12\%$ до $15 \pm 3\%$ через 6 месяцев после операции, и до $7,5\%$ через 1 год после операции. Есть необходимость отметить, что после коррекции

Prolift™ послеоперационный период протекает более гладко. Повышение качества жизни происходит постепенно. Нет «критического» ухудшения в период 1 месяц.

В 11 случаях (22%) отмечается хроническая конституция (табл. 5), эти пациентки регулярно используют слабительные средства, без ожидаемого эффекта на протяжении всего периода наблюдения. В опросниках они отметили максимальные баллы в CRADY-8 и ПД-КЖ (в разделах, касающихся кишечной дисфункции).

12 (24%) пациенток отметили в опросниках паховые боли различного характера (таблицы 5, 9), тянущие боли внизу живота, а также боли внизу

Таблица 10

Качество жизни после коррекции пролапса с использованием имплантата Prolift™ (n=50)

Средняя оценка, баллы	Перед операцией	Через 1 месяц	Через 6 месяцев	Через 1 год	Изменение (по сравнению с исходным)
PFIQ-7, баллы	200(±20)	30(±10)	19(±5)	4	-196
PEIDI-20*, баллы	235(±30)	160(±30)	40(±10)	13(±10)	-222
POPDI-6**, баллы	200(±30)	135(±20)	24(±10)	4	-196
CRADI-8**, баллы	20(±15)	15(±3)	12(±3)	9	-11
UDI-6**, баллы	15(±5)	10(±5)	4(±2)	0	-15
ИДТД, %	52(±15)	10(±20)	7(±3)	0	-52
ИВКЖ, %	85(±12)	25(±15)	15(±3)	7,5	-77,5
Wexner, баллы	14(±2)	10(±2)	6(±2)	3	-11

* — лучшие баллы 0, худшие баллы 300; ** — лучшие баллы 0, худшие баллы 100; *** — лучшие баллы 48, худшие баллы 0; PFIQ-7: худшие баллы 300, лучшие баллы 0; Wexner: 20 баллов — полное анальное недержание, 0 баллов — норма

живота или спины, усиливающиеся по мере увеличения влагалищного дискомфорта. Даже через 1 год после операции есть пациентки, которые отмечают максимальное количество баллов по этим пунктам.

Согласно вопроснику PISQ-12 (табл. 9), через 8–12 месяцев после проведенной операции с использованием имплантата Prolift™ 19 (41,1%) пациенток возобновили половую жизнь, из них 4 пациентки отмечают диспареунию (данный симптом был у пациенток до операции), а у 8 (8,9%) пациенток отмечена диспареуния *de novo*. 2 пациентки возобновили половую жизнь после большого перерыва, болевого синдрома не отмечают. Одна пациентка отмечала апареунию, в связи с чем прекратила половую жизнь. У этих пациенток до операции количество баллов до операции по PISQ-12 составляло 5 ± 2 , через 10 месяцев 12 ± 6 баллов.

Из 20 пациенток, ведущих половую жизнь, только 3 пациентки отметили, что сексуальная жизнь улучшилась значительно, 3 — улучшилась незначительно, 2 — ничего не изменилось. 12 пациенток отметили ухудшение качества сексуальной жизни из-за болей во время полового акта.

Обсуждение

Обследовав относительно однородные группы прооперированных больных, можно сделать некоторые предварительные заключения, а именно — интраоперационно методики Prolift™ и Proxima™ значительно отличаются друг от друга по площади, глубине и травматичности диссекции тканей, при этом время операции при коррекции с использованием имплантата Prolift™ значительно превышает время операции Proxima™ (150 минут и 93 минуты соответственно), а степень анатомического успеха в данных группах практически одинакова у обеих операций — 96,4% у системы Proxima™, 96% у Prolift™.

Течение послеоперационного периода значительно отличается у больных в зависимости от вида использованной синтетической системы, отмечается худшая переносимость устройства для поддержки влагалища в послеоперационном периоде (VSD), что оказывает неблагоприятное влияние на функцию органов малого таза и качество жизни больных, значительно снижая их, однако после его удаления эти индексы примерно равны, то есть показатели по уровню качества жизни не имеют значительных различий через 6 месяцев и через 1 год.

В послеоперационном периоде количество эрозий стенки влагалища после операции с использованием Proxima™ достоверно больше, это также является объяснимым моментом, однако все случаи эрозий поддаются лечению с последующей полной эпителизацией слизистой.

Необходимо обратить внимание на 18% элонгаций шейки матки в позднем послеоперационном периоде после операции Prolift™, и отсутствие данного осложнения после операции Proxima™, что может быть связано с проявлениями дисплазии соединительной ткани и требует необходимости предоперационного обследования пациенток в данном направлении. Анализируя количество рецидивов необходимо отметить, что рецидив после операции Proxima™ нельзя считать достоверно значимым ввиду того, что он возник у пациентки с крайне отягощенным анамнезом, с проявлениями дисплазии соединительной ткани, и для сравнения частоты рецидивов требуется обследование и наблюдение за большей выборкой.

При оценке качества жизни наблюдается выраженная закономерность между коэффициентом индекса дисфункции тазового дна (ИДТД) и индекса влияния на качество жизни (ИВКЖ). ИДТД значительно ниже ИВКЖ, что еще раз подтверждает известный тезис: «Не столько сам пролапс приводит женщину к врачу, сколько сопутствующие ему симптомы дисфункций тазового дна» [4]. В обеих группах данная закономерность отчетливо прослеживается.

Такие послеоперационные осложнения, как хроническая констипация, болевые ощущения значительно различаются в обеих группах — в первой группе их практически нет, а во второй в 22% отмечена хроническая констипация, паховые боли в 24%, в том числе диспареуния (16%).

Несмотря на то, что сексуальную жизнь после операции возобновили примерно одинаковое количество пациенток, все-таки после коррекции пролапса с использованием имплантата Proxima™ больные отмечают, что сексуальная жизнь улучшилась значительно, а после операции с применением Prolift™ большая часть пациенток остается неудовлетворенной сексуальной жизнью.

Выводы

Последнее сообщение FDA обоснованно поднимает вопросы озабоченности по поводу использования сетчатых имплантатов при коррекции генитального пролапса в связи с высоким риском осложнений [13]. Однако, проведя оценку последствий своего отчета в сентябре 2012 года, FDA отмечает, что в мире по-прежнему не происходит снижения использования сетчатых имплантатов в хирургии пролапса гениталий, наоборот, имеется четкая тенденция к увеличению использования синтетических материалов, с одновременным снижением числа операций без использования имплантатов [24]. Это может говорить о том, что данные операции являются радикальным лечением данной патологии, с точки зрения

техники операции во всем мире достигнут высочайший класс в хирургии. Однако и у самых высококлассных профессионалов бывают осложнения, которые связаны не с погрешностями в технике, а с другими факторами, которые подлежат дальнейшему изучению для разработки методов их профилактики. Есть необходимость поиска менее инвазивных, но столь же эффективных методик, выявления и влияния на модифицируемые факторы риска, нахождения путей профилактики возможных осложнений.

Система PROSIMA™ демонстрирует успешность операции, как для анатомического, так и для функционального восстановления органов малого таза, свою безопасность ввиду малой инвазивности и незначительного количества осложнений [22], удовлетворенность пациенток результатами лечения в связи с исчезновением жалоб, связанных с нарушением дефекации, мочеиспускания, а также улучшением качества жизни и возобновлением сексуальной активности. Данная методика имеет специфическую минимально инвазивную систему фиксации, доступ, при котором троакары не проходят через obturatorные мембраны, дает полную коррекцию пролапса, при этом не затрагивает глубоких анатомических структур таза [7]. Период наблюдения за больными после коррекции пролапса системой Proxima™ составляет чуть более 2 лет, что требует дальнейших исследований для оценки отдаленных результатов лечения.

Литература

1. Беженарь В. Ф., Богатырева Е. В. Диагностика и хирургическое лечение ректоцеле при пролапсе тазовых органов с использованием системы Prolift™ // Журнал акушерства и женских болезней. — 2010. — Т. LIX(2). — С. 12–20.
2. Беженарь В. Ф., Богатырева Е. В. Новые возможности хирургической коррекции тазового пролапса с использованием синтетических имплантов: пути профилактики послеоперационных осложнений. // Акушерство. Гинекология. Репродукция. — 2012. — Т. 6(2). — С. 6–13.
3. Гвоздев М. Ю., Тупкина Н. В., Пушкарь Д. Ю., Касян Г. Р. Первый опыт применения в России бестроакарных сетчатых технологий в лечении больных с тазовым пролапсом // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2012. — Т. 5. — С. 57–63.
4. Коршунов М. Ю., Сазыкина Е. И. Опросник ПД-КЖ — валидированный способ оценки симптомов дисфункций тазового дна и качества жизни у пациенток с пролапсом тазовых органов // Журнал акушерства и женских болезней. — 2008. — Т. LVIII(3). — С. 86–93.
5. Куликовский В. Ф., Олейник Н. В. Тазовый пролапс у женщин: руководство для врачей. М: ГЭОТАР-Медиа, 2008.
6. Полянин Д. Ф., Лукач А. А., Британ М. С., Ольховикова С. В. Решение проблемы тазового пролапса при помощи системы Proxima Журнал акушерства и женских болезней. — 2011. — Т. LX (спецвып.). — С. 67.
7. Al-Salihi S., Lim J., Carey M. Video demonstration of vaginal surgery for prolapse using mesh and a vaginal support device // Int. Urogynecol. J. — 2009. — Vol. 20(suppl. 2). — P. S188–189.
8. Altman D., Väyrynen T., Engh M.E. et al. Anterior colporrhaphy versus transvaginal mesh for pelvic-organ prolapsed // N. Engl. J. Med. — 2011. — Vol. 364(19). — P. 826–836.
9. Baginska J.E. Proxima — a new device for pelvic organ prolapse repair. An initial experience // Eur. Urol. — 2011. — Vol. 10(9 suppl.). — P. 622.
10. Boyles S.H., Weber A.M., Meyn L. Procedures for pelvic organ prolapse in the United States, 1979–1997 // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2003. — Vol. 188. — P. 108–115.
11. Cervigni M., Natale F. A comprehensive view on the actual trend in pelvic organ prolapse repair // Abdom. Imaging. — 2013. — Vol. 38(5). — P. 884–893.
12. Chen J., Zhu L., Lang J.H., Shi H.H. et al. Prospective study on total pelvic reconstruction surgery with Proxima in the treatment of pelvic organ prolapse stage III. Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi. — 2012. — Vol. 47(9). — P. 664–668.
13. FDA's recent report raises legitimate concerns about surgical mesh for POP repair. "Urogynecologic Surgical Mesh: Update on the Safety and Effectiveness of Transvaginal Placement for Pelvic Organ Prolapse". July 2011. Food and Drug Administration Website. Available at: <http://www.fda>.
14. Fritel Xavier, Varnoux Noëlle, Zins Marie, Breart Gérard, Ringa Virginie. Symptomatic pelvic organ prolapse at midlife, quality of life, and risk factors // Obstet. Gynecol. — 2009. — Vol. 113(3). — P. 609–616.
15. Handa V., Cundiff G., Chang H. et al. Female sexual function and pelvic floor disorders. Obstet. Gynecol. — 2008. — Vol. 111. — P. 1045–1052.
16. Huser M., Pastorakova M., Belkov I., Sedlakova K. Outcomes of anterior vaginal wall repair using polypropylene mesh // Česka Gynecol. — 2012. — Vol. 77(5). — P. 407–413.
17. Lermann J., Häberle L., Merk S., Henglein K., Beckmann M.W., Mueller A., Mehlhorn G. Comparison of prevalence of hypoactive sexual desire disorder (HSDD) in women after five different hysterectomy procedures // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. Available online 10 January 2013.
18. Lin Tzu-Yin, Su Tsung-Hsien, Huang Wen-Chu. Polypropylene mesh used for adjuvant reconstructive surgical treatment of advanced pelvic organ prolapsed // J. Obstet. Gynaecol. Res. — 2010. — Vol. 36(5). — P. 1059–1063.
19. Lucente Vincente, Murphy Miles, Saiz Cristina. Vaginal prolapse repair: suture repair versus mesh augmentation. Controversies in Female Pelvic Reconstruction. — 2012. — Vol. 39. — P. 325–333
20. Lufi J. Pelvic organ prolapse: current state of knowledge about this common condition // J. Nurse Pract. — 2006. — Vol. 2. — P. 170–177.
21. Muffly T.M., Barber M.D. Insertion and removal of vaginal mesh for pelvic organ prolapse // Clin. Obstet. Gynecol. — 2010(53(1)):99–114.

22. Sayer T., Lim J., Gauld J.M. et al. Prosima Study Investigators. Medium-term clinical outcomes following surgical repair for vaginal prolapse with tension-free mesh and vaginal support device // *Int. Urogynecol. J.* — 2012. — Vol. 23(4). — P. 487–93.
23. Slack M., Carey M. P., Smith D. J., Robinson D. Clinical experience of a novel vaginal support device and balloon used to simplify mesh augmented vaginal surgery for prolapse // *Int. Urogynecol. Journal* — 2009. — Vol. 20(suppl. 2). — P. S73–S239.
24. Reynolds S., Gold K., Ni Shenghua et al. Immediate effects of the initial FDA notification on the use of surgical mesh for pelvic organ prolapse surgery in medicare beneficiaries. N.Y.: Wiley Periodicals. — 2012.
25. Togami J.M., Brown E., Winters J.C. Vaginal mesh - the controversy. In: Section of Female Urology and Voiding Dysfunction, Ochsner Clinic Foundation. New Orleans: Published online. — 2012.
26. Zielinski R., Miller J., Low L.K., Sampelle C., DeLancey J.O.L. The relationship between pelvic organ prolapse, genital body image, and sexual health. *Neurourology Urodynamics*. — 2012. — Vol. 31. — P. 1145–1148.
27. Zyczynski H.M., Carey M.P., Smith A.R. et al. One-year clinical outcomes after prolapse surgery with nonanchored mesh and vaginal support device // *Am. J. Obstet. Gynecol.* — 2010. — Vol. 203(6). — P. 587–589.
28. Zyczynski H.M., Slack M., Reisenauer C. et al. A new operation for vaginal prolapse repair using mesh and a vaginal support device: 1 year anatomic and functional results of an inter-

national multicentre study // *Int. Urogynecol. J.* — 2009. — Vol. 20(suppl.2). — P. 157–158.

Статья представлена М.Ю. Коршуновым,
ФГБУ «НИИАГ им. Д.О. Отта» СЗО РАМН,
Санкт-Петербург

COMPARATIVE ASSESSMENT OF LIFE QUALITY OF PATIENTS AFTER THE CORRECTION OF GENITAL PROLAPSE WITH DIFFERENT SYNTHETIC IMPLANTS

Bezhenar V. F., Guseva Ye. S., Tsyurdeyeva A. A.,
Rusina Ye. I., Tsuladze L. K.

■ **Summary:** There was made a comparative analysis of surgical complications, life quality of patients and also sexual life quality after the correction of genital prolapse with the implants Prosima™ and Prolift™. There were reflected the advantages of the operation when the implants Prosima™ were used while correcting the genital prolapsed of III stage compared with the use of the implant Prolift™. There was shown the success of the operation Prosima™, its safety because of little invasiveness and few number of complications, satisfaction of the patients with the results of the treatment and also the improvement of the life quality and restoration of sexual activity.

■ **Key words:** pelvic organ prolapse; implants Prosima™ and Prolift™; complications of surgery; quality of life; dyspareunia; sexual activity.

■ Адреса авторов для переписки

Беженарь Виталий Федорович — д. м. н., профессор, руководитель отделения оперативной гинекологии. ФГБУ «НИИАГ им. Д.О. Отта» СЗО РАМН. 199034, Россия, Санкт-Петербург, Менделеевская линия, д. 3. **E-mail:** bez-vitaly@yandex.ru.

Гусева Евгения Сергеевна — аспирант отделения оперативной гинекологии. ФГБУ «НИИАГ им. Д.О. Отта» СЗО РАМН. 199034, Россия, Санкт-Петербург, Менделеевская линия, д. 3. **E-mail:** guseva.es@mail.ru.

Цыпурдеева Анна Алексеевна — к. м. н., старший научный сотрудник отделения оперативной гинекологии. ФГБУ «НИИАГ им. Д.О. Отта» СЗО РАМН. 199034, Россия, Санкт-Петербург, Менделеевская линия, д. 3. **E-mail:** Tsyurdeeva@mail.ru.

Русина Елена Ивановна — к. м. н., старший научный сотрудник отделения оперативной гинекологии. ФГБУ «НИИАГ им. Д.О. Отта» СЗО РАМН. 199034, Россия, Санкт-Петербург, Менделеевская линия, д. 3. **E-mail:** pismo_rusina@mail.ru.

Цуладзе Лилия Карловна — врач, акушер-гинеколог отделения оперативной гинекологии. ФГБУ «НИИАГ им. Д.О. Отта» СЗО РАМН. 199034, Россия, Санкт-Петербург, Менделеевская линия, д. 3. **E-mail:** iag@mail.ru.

Bezhenar Vitaliy Fedorovich — Doctor of medical sciences, professor, The Head of Operative Gynecology Department, D. O. Ott Research Institute of Obstetrics and Gynecology, RAMS. 199034, St. Petersburg, Mendeleyevskaya Line, 3, Russia. **E-mail:** bez-vitaly@yandex.ru.

Guseva Yevgeniya Sergeyevna — PhD student of department of Operative Gynecology. D. O. Ott Research Institute of Obstetrics and Gynecology, RAMS. 199034, St. Petersburg, Mendeleyevskaya Line, 3, Russia. **E-mail:** guseva.es@mail.ru.

Tsyurdeyeva Anna Alekseyevna — assistant professor of Operative Gynecology Department. D. O. Ott Research Institute of Obstetrics and Gynecology, RAMS. 199034, St. Petersburg, Mendeleyevskaya Line, 3, Russia. **E-mail:** Tsyurdeeva@mail.ru.

Rusina Yelena Ivanovna — assistant professor of Operative Gynecology Department. D. O. Ott Research Institute of Obstetrics and Gynecology, RAMS. 199034, St. Petersburg, Mendeleyevskaya Line, 3, Russia. **E-mail:** pismo_rusina@mail.ru.

Tsuladze Liliya Karlovna — obstetrician gynecologist of Operative Gynecology Department. D. O. Ott Research Institute of Obstetrics and Gynecology, RAMS. 199034, St. Petersburg, Mendeleyevskaya Line, 3, Russia. **E-mail:** iag@mail.ru.