

На правах рукописи

СЕЙКИНА ВИКТОРИЯ АЛЕКСАНДРОВНА

**ПРОГРАММА УСКОРЕННОГО ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ ПРИ
ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЖЕНЩИН С ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ
ВЫПАДЕНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ**

3.1.4. - Акушерство и гинекология

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Волгоград – 2022

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научный руководитель:

Доктор медицинских наук, профессор – **Жаркин Николай Александрович**

Официальные оппоненты:

Артымук Наталья Владимировна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии имени профессора Г.А.Ушаковой Федерального государственного бюджетного учреждения высшего образования «Кемеровский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Ищенко Анатолий Иванович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии №1 Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М.Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Ведущая организация: Государственное Бюджетное Учреждение Здравоохранения

Московской Области «Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии» ГБУЗ МО МОНИИАГ

Защита состоится «__» _____ 2023 г. в ____ часов на заседании диссертационного совета 21.2.005.04 при Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (400131, г.Волгоград, пл.Павших борцов, д.1).

С диссертацией моно ознакомиться в научной библиотеке Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации по адресу: 400131 г.Волгоград, пл.Павших борцов, д.1 и на сайте www.volgmed.ru, а с авторефератом – на сайте ВАК Министерства образования и науки РФ: www.vak.ed.gov.ru.

Автореферат разослан «__» _____ 2023 г.

Ученый секретарь диссертационного совета
21.2.005.04 доктор медицинских наук,
профессор

Селихова Марина Сергеевна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Неполное выпадение матки и стенок влагалища является одной из ведущих причин госпитализаций женщин в гинекологические отделения с целью проведения хирургического лечения. Частота обращаемости женщин по поводу данного заболевания невелика и не превышает одной пятой всех пациенток с пролапсом, несмотря на то, что более чем у половины женщин постменопаузального возраста имеются те или иные нарушения функции тазовых органов [Артымук Н.В., 2018]. Частота оперативных вмешательств по коррекции пролапса тазовых органов (ПТО) у женщин старше 60 лет составляет от 6,3% до 19%. [Васин Р.В., 2017; Краснопольская И.В., 2018; Силаева Е.А. с соавт, 2020].

Акушерский травматизм и паритет родов является одним из основных этиологических факторов развития ПТО [Аскерова М.Ш., 2021]. В настоящее время немаловажной причиной пролапса считается дисплазия соединительной ткани, обуславливающая структурный дефект связочного аппарата матки [Дубинская Е.Д. с соавт, 2017].

Разработка новых способов хирургического лечения пролапсов тазовых органов продолжается до настоящего времени. Несмотря на наличие большого числа вариантов операций, проблема рецидивирования ПТО остается актуальной. Количество повторных госпитализаций в связи с рецидивом генитального пролапса может достигать 30 % в зависимости от характера проведенной ранее операции [Glazener С., 2020]. Одной из наиболее распространенных операций за рубежом является сакрокольпопексия. Проведенные исследования показали, что риск рецидива апикального пролапса составляет 23%, а у женщин, прооперированных влагалищным доступом, достигает 41% [Massou E., 2016; Краснопольская И.В., 2018]. Осложнения, обусловленные использованием сетчатых протезов, существенно ограничивают эффективность оперативного лечения ПТО [Ерема В.В, 2021].

Наиболее перспективными направлениями в решение этих проблем в первую очередь являются разработка новых вариантов оперативного лечения [Шкарупа Д.Д., 2016; Steures P., 2019] и новых материалов для протезирования связочного аппарата [Ищенко А.И., 2021;].

Снижение качества жизни женщин в послеоперационном периоде после хирургической коррекции ПТО обусловлено традицией консервативного ведения послеоперационного периода [Коршунов М.Ю., 2017]. Назначение полупостельного режима до 5-7 суток, ограничивающей диеты, катетеризация мочевого пузыря более одних суток вызывает снижение качества жизни за счет значительных неудобств и ограничения двигательной активности пациенток. Это способствует формированию неудовлетворительных условий для заживления послеоперационной раны, что снижает эффективность оперативного лечения. Стандартный курс антибиотикотерапии при отсутствии инфекционного процесса, длительное назначение анальгетиков, а также средств для стимуляции мочеиспускания и перистальтики кишечника,

обусловленное продолжительным постельным режимом, приводит к большим финансовым затратам и значительно повышает стоимость законченного случая [Новиков Е.И. и соавт., 2022]. В различных направлениях хирургической практики в настоящее время активно используется концепция «ускоренного выздоровления» (ERAS - Enhanced Recovery After Surgery), которая является современной альтернативой традиционному периоперационному ведению пациенток. Данный подход Fast-track (быстрый путь), до сих пор не нашел широкого применения в гинекологической хирургической практике [Altman AD., 2020]. К настоящему моменту в литературе представлены единичные публикации по применению принципов ускоренного выздоровления в акушерстве, при кесаревом сечении, и в гинекологии по эндометриозу и онкологических заболеваниях [Лядов В.К. с соавт., 2020].

Таким образом, проведенный обзор научной литературы, касающейся хирургического лечения женщин с ПТО, показывает необходимость дальнейших исследований по улучшению результатов оперативного лечения тяжелых форм генитального пролапса, направленных на снижение числа рецидивов, повышение качества жизни, как в раннем послеоперационном периоде, так и в дальнейшем.

Характер исследования.

Тема носит прикладной характер и направлена на оценку возможности и целесообразности внедрения в клиническую практику протокола ускоренного выздоровления, а также внедрения усовершенствованного способа комбинированного хирургического лечения пролапса тазовых органов у женщин.

Цель исследования

Целью настоящего исследования является улучшение результатов хирургического лечения тяжелых форм пролапса тазовых органов у женщин в постменопаузе путем разработки и внедрения программы ускоренного выздоровления.

Задачи исследования

1. Изучить клинико-anamnestические данные пациенток с тяжелыми формами пролапса тазовых органов, госпитализированных для хирургического лечения в гинекологические стационары г. Волгограда.
2. Уточнить эффективность традиционного подхода к периоперационному ведению женщин с пролапсом тазовых органов.

3. Разработать способ хирургического лечения тяжелых форм пролапса тазовых органов у женщин путем комбинированного использования аллотрансплантата в сочетании с собственными тканями.
4. Изучить возможность и целесообразность внедрения протокола ускоренного выздоровления для лечения женщин с тяжелыми формами пролапса тазовых органов.
5. Оценить эффективность разработанного способа комбинированного хирургического лечения тяжелых форм пролапса тазовых органов в комплексе с протоколом ускоренного выздоровления и их влияние на качество жизни пациенток.

Методология и методы исследования.

Настоящее исследование выполнялось на клинических базах кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, в гинекологическом отделении ГБУЗ «Волгоградская областная клиническая больница №1». Критериями включения в исследование являлись: наличие средних и тяжелых форм ПТО у пациенток в возрасте постменопаузы (60-80 лет), требующих хирургического лечения. Критерии исключения: репродуктивный и пременопаузальный возраст, наличие тяжелой экстрагенитальной патологии, сочетание апикального пролапса с энтероцеле и/или гиперактивным мочевым пузырем, рецидив после предшествующего хирургического лечения.

Исследование представляет собой нерандомизированное когортное контролируемое исследование. Для достижения поставленной цели работа выполнена в два этапа. На первом этапе проведено ретроспективное когортное исследование для изучения клинико-anamnestических и социальных характеристик женщин с тяжелыми формами генитального пролапса, госпитализированных для оперативного лечения ПТО. На втором этапе проведено проспективное когортное исследование «случай – контроль» для изучения течения периоперационного периода при хирургическом лечении пролапса тазовых органов у женщин в постменопаузе, с применением разработанного протокола ускоренного выздоровления (период наблюдения 24 месяца). Оценивали эффективность разработанного метода хирургического лечения и его влияние на качество жизни женщин в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде. В процессе работы использовались клинико-anamnestический, функциональный, инструментальный и статистический методы исследования. Все пациентки были обследованы по единой схеме, включавшей выяснение жалоб, сбор анамnestических данных, общее физикальное и клинико-лабораторное обследование, оценку гинекологического статуса. Обязательным было выполнение функциональных проб (кашлевая проба и проб Вальсальвы). С целью выявления сопутствующей гинекологической патологии и определения

объема оперативного вмешательства, пациенткам основной группы произведено УЗИ органов малого таза. Всем пациенткам обеих групп проводилось рутинное лабораторное обследование. В группе сравнения послеоперационный период проводился традиционно, включал общепринятые ограничения по питанию, физической активности, длительное стояние катетеров, назначение антимикробных препаратов и лекарственных средств для стимуляции работы кишечника. В основной группе ведение периоперационного периода проводилось согласно разработанной программе ускоренного выздоровления при лечении женщин с тяжелыми формами ПТО. Статистическая обработка материалов исследования проведена с использованием стандартного пакета STATISTICA 13.3 программы Excel-2010

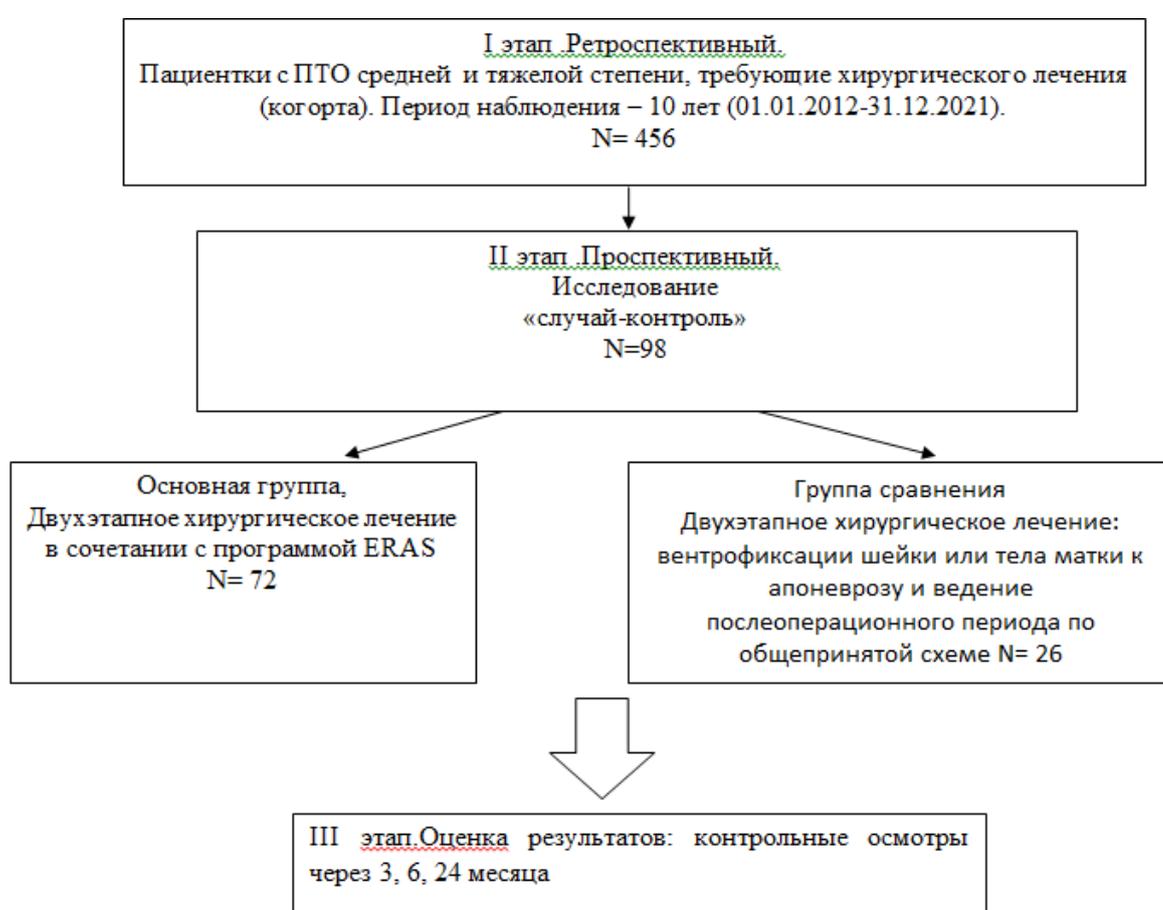


Рисунок 1 - Дизайн исследования

Степень достоверности, личное участие автора

Исследование проведено в соответствии с принципами level evidence (доказательной медицины). Достоверность полученных результатов научной работы, обоснование выводов, предложенных рекомендаций основываются на достаточном числе наблюдений (98). В работе

были использованы рекомендуемые для научных работ статистические методики и прикладные статистические пакеты программ с использованием программы STATISTICA 13.3.

Автором самостоятельно проведён анализ литературы, отбор пациенток в основную группу на этапе до операции, комплексное клиническое обследование, включающее сбор анамнеза, общий и гинекологический осмотр, анализ лабораторных данных. Автор участвовал во всех операциях пациенток основной группы, из них в 25% в качестве хирурга и в 75% в качестве ассистента. Автор лично проводил ведение больных в послеоперационном периоде в стационаре и консультировал на этапе 2-х летнего наблюдения. Статистическая обработка и анализ полученных данных, оформление диссертации, подготовка к публикации материалов диссертационного исследования в печать выполнены автором самостоятельно.

Положения, выносимые на защиту.

1. Общепринятое ведение периоперационного периода у женщин с ПТО 2-3 степени вызывает снижение качества жизни на госпитальном этапе за счет удлинения времени восстановления основных функциональных систем (сердечно-сосудистой, пищеварительной, мочевыделительной), сопровождается большой медикаментозной нагрузкой и значительными материальными затратами.
2. Применение протокола ускоренного выздоровления у пациенток с тяжелыми формами ПТО приводит к сокращению длительности госпитализации в среднем на 3 суток, снижению медикаментозной нагрузки, уменьшению материальных затрат на законченный клинический случай в среднем на 10565 рублей.
3. Хирургическое лечение по усовершенствованной методике с использованием синтетического протеза в комплексе с внедрением протокола ускоренного выздоровления приводит к повышению качества жизни пациенток с ПТО на госпитальном этапе и снижению частоты рецидивов в 3,3 раза по сравнению с общепринятым ведением послеоперационного периода.

Научная новизна исследования.

Подтверждены данные о причинно-следственной связи между паритетом родов, акушерским травматизмом и формированием ПТО. Впервые составлен медико-социальный портрет пациенток постменопаузального возраста с ПТО. Уточнена особенность клинического течения пролапса тазовых органов у женщин в постменопаузе на фоне соматической патологии, характеризующаяся низкими показателями качества жизни.

Впервые научно обоснован и внедрен протокол ускоренного выздоровления на хирургическом этапе лечения женщин с тяжелыми формами генитальных пролапсов.

Разработан и внедрен комбинированный метод хирургического лечения ПТО, позволяющий, в совокупности с протоколом ускоренного выздоровления снизить частоту рецидивов заболевания и повысить качество жизни пациенток на госпитальном этапе и в отдаленный периоды после операции.

Теоретическая и практическая значимость исследования

Расширены представления о структуре и тяжести ПТО у женщин в постменопаузальном возрасте, их влияние на качество жизни пациенток, что углубляет имеющиеся представления о выявляемости заболевания, эффективности консервативных методов лечения и оптимальных сроках хирургической коррекции пролапса. Доказана значимость оценки качества жизни больных как критерия эффективности проводимой терапии ПТО.

Показана целесообразность применения ПУВ в качестве периоперационного обеспечения пациенток постменопаузального возраста с тяжелыми формами ПТО.

В практическое здравоохранение внедрен эффективный и достаточно простой в освоении двухэтапный комбинированный метод хирургического лечения ПТО с использованием собственных тканей (1-й вагинальный этап) и аллотрансплантата (2-й абдоминальный этап), а также протокол ускоренного выздоровления.

Внедрение результатов исследования в практику

Результаты проведенного исследования внедрены в работу гинекологических стационаров г.Волгограда: ГБУЗ «Волгоградская областная клиническая больница №1», ГУЗ «Клиническая больница №7» г.Волгограда, а также в образовательный процесс на кафедре акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России (ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России).

Апробация работы

Материалы диссертации представлены и обсуждены на: XX Поволжской международной научно-практической конференции "Сохранение здоровья матери и ребенка - приоритетные направления" (призовое место в конкурсе молодых исследователей, доклад на английском языке), Волгоград, 2018; XIII Межрегиональной конференции РОАГ «Женское здоровье», Волгоград, 2019; XII Общероссийском научно-практическом семинаре «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии», Сочи, 2019; XXII Поволжской международной научно-практической конференции "Сохранение здоровья матери и ребенка – приоритетные направления", Волгоград, 2020; Всероссийском конгрессе с международным участием «Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья», Москва, 2020г.; Научно-практической конференции «Пути сохранения репродуктивного здоровья семьи»,

Астрахань. 2020; Международном интернет-семинаре «Славянский базар» в секции «Клиническая перинеология», Витебск, Республика Беларусь, 2020; Научно-практической конференции акушеров-гинекологов "Традиции и инновации в сохранении репродуктивного здоровья», Волгоград, 2020; XIV Общероссийском семинаре «Версии и контраверсии», Сочи, 2020 г; XXIV Поволжской научно-практической конференции с международным участием "Сохранение здоровья матери и ребенка - приоритетные направления», Волгоград, 2022.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Диссертационное исследование соответствует п.3 «Исследование эпидемиологии, этиологии, патогенеза гинекологических заболеваний», п.4 «Разработка и усовершенствование методов диагностики и профилактики осложненного течения беременности и родов, гинекологических заболеваний, оптимизации диспансеризации беременных и гинекологических больных» и п.5 «Экспериментальная и клиническая разработка методов оздоровления женщины в различные периоды жизни, вне и во время беременности и внедрение их в клиническую практику» паспорта специальности 3.1.4 – «Акушерство и гинекология».

Публикации

По материалам выполненных исследований автором опубликовано 7 печатных работ, из них 4 статьи в журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Министерства образования и науки Российской Федерации, одна – в издании, индексируемом в системе Scopus, одна – в международном издании. Получен один патент (Патент на изобретение RU 2581005 C1, 10.04.2016.) и одно рационализаторское предложение на медицинскую технологию (Рационализаторское предложение №8 от 26.12.2019, ВолгГМУ).

Объем и структура диссертации.

Диссертация изложена на 102 страницах машинописного текста и состоит из следующих разделов: введения, обзора литературы, главы «материалы и методы исследования», главы «результаты собственных исследований», заключения, выводов, практических рекомендаций, приложения, списка литературы, состоящего из 107 источников, из которых 45 отечественных и 62 зарубежных источников. Работа иллюстрирована 15 таблицами и 23 рисунками.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Результаты исследования и их обсуждение

В гинекологическом отделении Волгоградского областного центра хирургии тазового дна, входящего в состав Волгоградской областной клинической больницы №1, за 10 лет в период с 1 января 2012 года до 31 декабря 2021 года прооперировано 456 пациенток с ПТО различных возрастных групп. Наиболее часто нуждались в оперативном лечении женщины старше 60 лет. В структуре заболевания преобладали смешанные формы пролапса – 443(97,1%) случая и лишь в 13(2,9%) случаев – изолированный апикальный пролапс. Этим обусловлен характер жалоб пациенток – преимущественно нарушение функции мочеиспускания и дефекации, а не только выпадение матки.

На основании анализа анамнестических данных подтверждено наличие причинно-следственной связи между паритетом родов, акушерским травматизмом и формированием ПТО [Аскерова М.Ш., 2021]. Рубцовые изменения тканей после травм промежности выявлены у 167 (36,6%), а после эпизиотомии – у 251(55%) из 456 пациенток, включенных в исследование.

Несмотря на средний возраст прооперированных больных больше 60 лет, 95(20,8%) женщин сохранили социальную активность и были работающими пенсионерами. Это подчеркивает социальную значимость необходимости устранения пролапса и восстановление качества жизни, позволяющего выполнять посильную работу в семье и на производстве.

Женщины с тяжелыми формами ПТО, включенные в исследование, имели два и более сопутствующих экстрагенитальных заболевания. Особенно неблагоприятным фактором формирования ПТО и их рецидивирования является ожирение, которое имело место у 80% пациенток. Также преобладали такие заболевания как гипертоническая болезнь (84,7%), варикозное расширение вен нижних конечностей (38,7%), грыжи различной локализации, что является отражением дисплазии соединительной ткани, и носит системный характер.

Согласно результатам анкетирования ПТО-КЖ до хирургического лечения, качество жизни пациенток было сниженным в связи с наличием симптомов опущения внутренних половых органов, диспареунии, задержки мочеиспускания и необходимости вправления выпавшей матки для опорожнения мочевого пузыря, ограничения социальной роли работницы, бабушки, что сопровождалось выраженными эмоциональными реакциями. Немаловажным фактом является то, что, несмотря на

снижение качества жизни, лишь 62% пациенток получали консервативную терапию на предоперационном этапе и, тем не менее, заболевание прогрессировало. Это свидетельствует об острой необходимости активного выявления в рамках диспансеризации женщин постменопаузального возраста с ПТО и раннего начала их лечения.

Таким образом, проведенное исследование способствовало созданию медико-социального портрета пациенток постменопаузального возраста с ПТО. Уточнена особенность клинического течения пролапса тазовых органов у женщин в постменопаузе на фоне соматической патологии и консервативных методов лечения, характеризующаяся низкими показателями качества жизни. Обоснована необходимость оптимизации лечения с целью снижения частоты рецидивов и повышения качества жизни пациенток.

Одной из существенных трудностей в решении проблемы является низкая приверженность к лечению и поздняя обращаемость пациенток за медицинской помощью при наличии симптомов ПТО. Выявленные особенности анамнеза указывают на необходимость тщательного консультирования пациенток перед хирургическим лечением, включающее подробное объяснение элементов поведения на всех этапах лечебного процесса: предоперационного, раннего послеоперационного и после выписки из стационара.

В соответствие с целью и задачам исследования пациентки, поступившие на хирургическое лечение в связи с ПТО, были разделены на 2 группы, отличающиеся между собой характером периоперационного обеспечения: в группе сравнения были применены традиционные принципы, а в основной группе – протокол ускоренного выздоровления. В обеих группах операции проведены успешно, интраоперационных осложнений не было. Всем пациенткам удалось устранить пролапс и обеспечить желаемый результат хирургического вмешательства.

В группе сравнения объем кровопотери был минимальным на обоих этапах операции ($131 \pm 20,0$ мл и 67 ± 15 мл). Активизация пациенток осуществлялась после удаления мочевого катетера на 3-и сутки послеоперационного периода. Тем самым среднее время восстановления функции мочеиспускания имело место не ранее 3-х суток и составило $63 \pm 2,4$ часов. Согласно клиническому протоколу назначалась антибиотикотерапия в течение 5-7 суток, необходимость приема обезболивающих средств сохранялась до 6 суток – в среднем $3,7 \pm 0,83$ суток. Средний койко/день в стационаре в группе сравнения составил $10,6 \pm 0,4$ суток.

Таким образом, пациентки группы сравнения в течение первых трех суток вынуждены были соблюдать постельный режим с обусловленными этим неудобствами и ограничениями, а также испытывали существенную медикаментозную нагрузку на протяжении всего периода госпитализации. Вполне вероятно, что с этими обстоятельствами связаны жалобы на

поллакиурию, затрудненное мочеиспускание и потребность в очистительной клизме у 15(57,7%) из 26 пациенток.

По мнению отечественных и зарубежных специалистов выполнение только передней/задней кольпоррафии обеспечивает субъективный положительный результат лишь в ближайший послеоперационный период, но сопровождается более частыми рецидивами в отдаленные сроки [Васин Р.В., с соавт., 2017; da Silveira S.D.R.B et al., 2020]. Простая вентрофиксация матки или культы шейки матки к апоневрозу в надлобковой области после вагинального этапа улучшает исходы операции, однако не исключает высокой частоты рецидивов вследствие возрастных морфологических дефектов мышечной и соединительной ткани [Ящук А.Г. с соавт., 2018; Дологаева М.К. с соавт., 2020]. Поэтому нами разработан авторский вариант операции в два этапа: первый этап – вагинальный с восстановлением целостности фасции мочевого пузыря, и второй этап – фиксация матки или шейки матки к апоневрозу латерально в подвздошной области слева и справа с помощью синтетического сетчатого протеза в виде узкой ленты. (Способ хирургического лечения пролапса тазовых органов. Прохвятилов С.А., Жаркин Н.А., Бурова Н.А., Сейкина В.А., Засядкина Н.Э. //Патент на изобретение RU 2581005 С1 от 10.04.2016г.). (Рисунок 2). В рамках исследования выполнено 29 операций по запатентованному методу. Ни в одном случае интраоперационных осложнений не было.

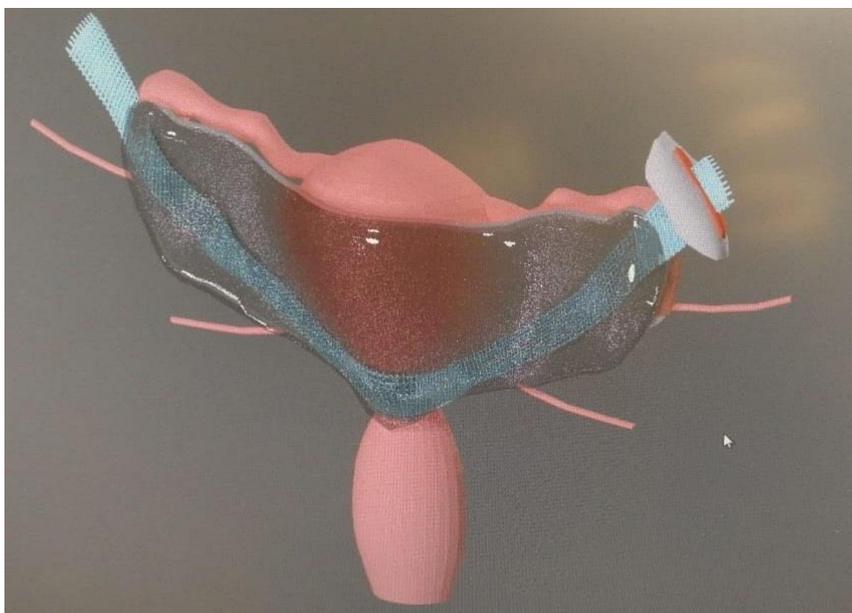


Рисунок 2 - 3D модель запатентованного метода латеральной фиксации матки к апоневрозу

Базисный протокол ускоренного выздоровления при гинекологических операциях разработан А. Альтманом и соавт., 2020 г.. Согласно разработанному ПУВ предоперационный этап включал подробное консультирование пациентки гинекологом-хирургом по вопросам

способа хирургического вмешательства, объяснялись возможные риски и осложнения хирургического вмешательства, необходимость модификации образа жизни и режима труда в послеоперационном периоде. В обязательном порядке проводилась консультация смежными специалистами для коррекции сопутствующей патологии. При проведении предоперационной подготовки пациенткам основной группы прием твердой пищи ограничивался 12 часами до операции. С целью снижения возможной контаминации операционной всем пациенткам двукратно назначалась очистительная клизма накануне оперативного вмешательства вечером и за 4 часа до начала операции. Протокол ускоренного выздоровления подразумевает профилактическое введение антимикробных препаратов однократно. При наличии выраженных трофических нарушений, с целью предоперационной подготовки на догоспитальном этапе назначалась обработка слизистой влагалища кремом с эстрогеновым компонентом в течение не менее 2-х недель. Во время оперативного вмешательства использовалась мультимодальная аналгезия с назначением в послеоперационном периоде нестероидных противовоспалительных средств (НПВС). Более быстрой активизации пациентки способствовало удаление катетеров и начало перорального питания к концу первых суток послеоперационного периода. Применение синтетических материалов с целью протезирования собственных связок, малоинвазивные доступы (влагалищный и лапароскопический) при коррекции ПТО снижало степень хирургической агрессии.

Внедрение протокола ускоренного выздоровления оказало положительное влияние на течение послеоперационного периода в виде быстрого восстановления функции мочевого пузыря, кишечника и снижения количества ранних послеоперационных осложнений в 3,3 раза (таблица 1).

Таблица 1 - Частота ранних послеоперационных осложнений в сравниваемых группах

	Основная группа	Группа сравнения
Гематома культи шейки матки	2/72	-
Задержка мочеиспускания	4/72	10/26
Диастаз швов промежности	2	0

В основной группе необходимость назначения лекарственных средств с целью восстановления функции мочеиспускания потребовалась 3(4,2%) пациенткам из 72. В группе сравнения подавляющему большинству (25 пациенток) рутинно были назначены лекарственные препараты для стимуляции работы кишечника, восстановления функции мочеиспускания ($\chi^2 = 79$, $p < 0,001$; ОР 23.1 95%ДИ 7.6;70.0). При этом восстановление функции мочеиспускания в

основной группе наступало в два раза быстрее, нежели в группе сравнения (24[20;48] versus 48[36;72]). ($P < 0,001$) (рисунок 3).

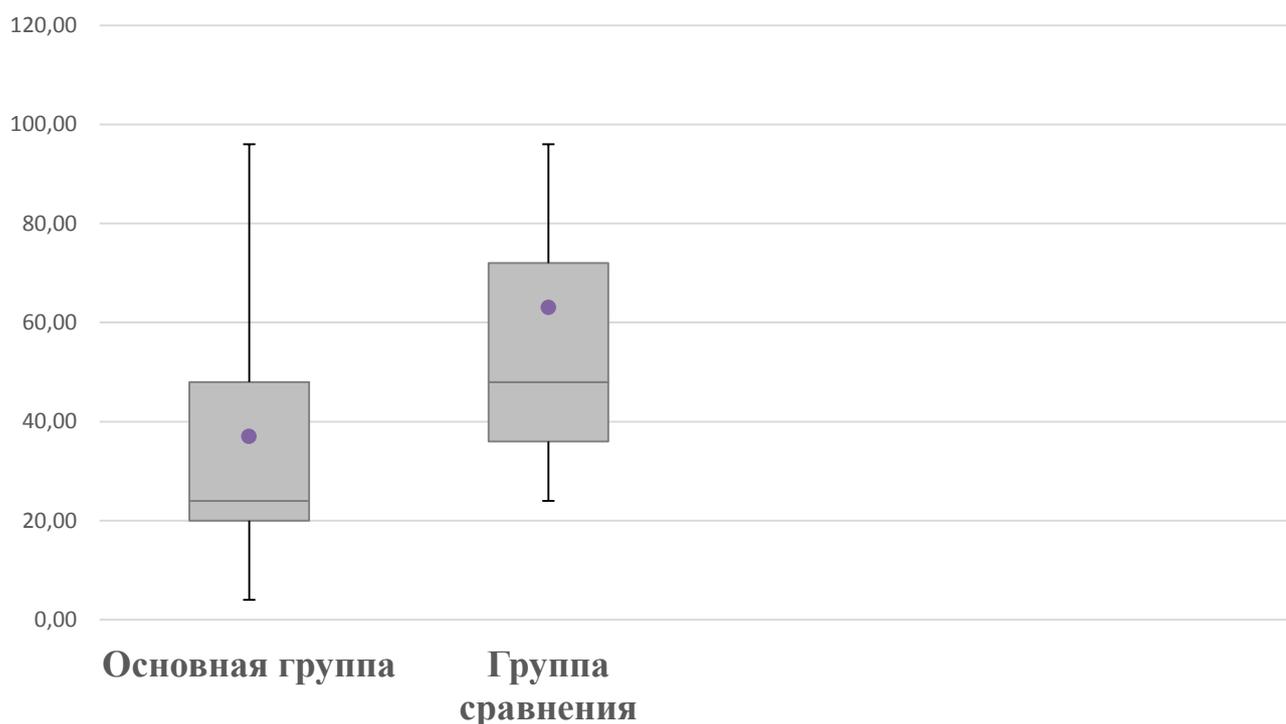


Рисунок 3 - Время восстановления функции мочеиспускания (часы) в сравниваемых группах

Активное состояние женщин на госпитальном этапе в послеоперационном периоде обусловило быстрое восстановление жизненно важных функций: дыхания, кровообращения, мочеиспускания. Применение малоинвазивных методик хирургического лечения позволило осуществить раннюю активизацию пациентки, уменьшить количество инвазивных процедур, избежать неоправданной полипрагмазии. Это способствовало активизации репаративных процессов, что вдвое уменьшило время пребывания пациенток в стационаре.

Наиболее пристальному вниманию были подвергнуты отдаленные результаты применения инновационных технологий, использованных в исследовании. Через 24 месяца наблюдения сохранение функций тазовых органов отметили 93,1% (26/29) женщин основной группы. Опущение передней стенки влагалища до уровня нижней трети (POP-Q 0–I) с сохранением фиксации мочевого пузыря и шейки матки были отмечены лишь в 3/72 случаях (4,1%) (таблица 2).

Таблица 2 - Послеоперационные рецидивы ПТО в сравниваемых группах

Вид рецидива	Всего		3 месяца		6 месяцев		24 месяца	
	Основная группа	Группа сравнения						
Опущение передней	3 (4,2)*	8(30,1)*	-	-	2(2,8)	-	1(1,1)	8(30,1)

стенки влагалища, POP-Q 0 (%)								
Цистоцеле, POP-Q 1 (%)	-	1(3,8)	-	-	-	-	-	1(3,8)
Ректоцеле (%)	2(2,8)	-	2(2,8)	-	-	-	-	-
Апикальный пролапс, POP-Q 1 (%)	1(1,4)*	3(11,5)*	1(1,4)	-	-	-	-	3(11,5)
Недостаточность мышц тазового дна (%)	5(5,9)	1(4,0)	-	-	-	1(4,0)	5(6,9)	-

*($\chi^2=12,259$, $p=0,002$) - Разница в частоте рецидивов между группами была статистически значимой.

Недостаточная состоятельность мышц тазового дна (зияние половой щели) без формирования ректоцеле была выявлена у 5/98 (7%) пациенток. В основной группе произошло 3/54 (5,5%) случая рецидива пролапса: в 2-х случаях рецидив заднего пролапса с формированием ректоцеле (POP-Q I), и в одном случае – рецидив апикального пролапса (POP-Q I) в результате отрыва сетки от шейки матки во время чрезмерной физической нагрузки через 2 месяца после операции. В последнем случае проведено повторное хирургическое лечение с фиксацией сетчатого импланта к шейке матки.

В группе сравнения зарегистрирован более высокий процент рецидива апикальной формы пролапса (11,5 против 1,5), что обусловлено растяжением апоневроза в месте фиксированного тела матки.

Помимо более частого рецидивирования пролапса, 12(46,1%) женщин группы сравнения отмечали проявления поллакиурии, которые можно объяснить ограничением объема мочевого пузыря за счет сформированной преграды в виде матки, подшитой к передней брюшной стенке. Объективно это проявлялось статистически значимым увеличением числа пациенток с проблемным мочеиспусканием по анкете ПТО-КЖ ($p<0,001$).

Статистически значимая разница между группами по показателям качества жизни в отдаленный период наблюдения отсутствовала во всех временных точках (рисунок 3). Однако общая тенденция меньшей симптоматики в основной группе сохранялась.

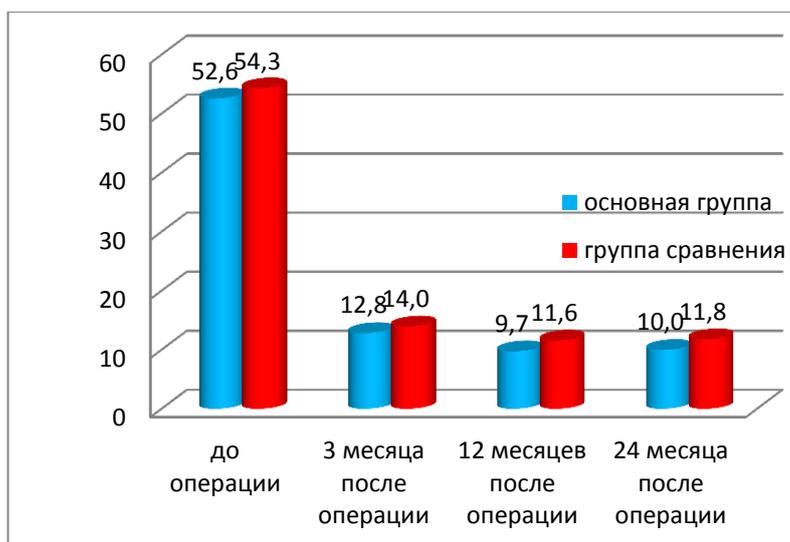


Рисунок 4 - Результаты оценки качества жизни пациенток до и после операции по опроснику «Пролапс тазовых органов - качество жизни». Общая сумма баллов по результатам заполнения опросника ПТО-КЖ

Для оценки экономических затрат рассчитана стоимость одного пациенто/дня при хирургическом лечении пролапса тазовых органов для учреждений здравоохранения, которая на период исследования составила в среднем в 4500руб. Внедрение инновационных технологий позволило сократить продолжительность госпитального этапа лечения пациенток с ПТО в среднем на 3 дня, что сократило финансовые затраты на один клинический случай на 10593 руб.

Таким образом, программа ускоренного выздоровления вполне допустима и даже целесообразна у пациенток с тяжелыми формами генитального пролапса. Внедрение в клиническую практику данного протокола позволяет снизить количество послеоперационных осложнений, уменьшить время пребывания пациентки в стационаре и объем затрачиваемых материальных ресурсов, снизить финансовые затраты на проведение лечения, а также уменьшить число рецидивов ВЖПО. Преимущества предложенной технологии заключается в снижении частоты осложнений, повышении качества жизни пациенток, экономии материальных затрат.

Выводы.

1. Медико-социальный портрет пациенток постменопаузального возраста с ПТО характеризуется сохраняющейся социальной активностью (ведение домашнего хозяйства в сельской местности и продолжение работы на производстве жительниц города), наличием хронической коморбидной патологией, тяжелым течением заболевания, которое представлено смешанными формами в 97,3% случаев и обуславливает низкий уровень качества жизни.

2. Традиционный подход к периоперационному ведению женщин с тяжелыми формами ПТО сопровождается вынужденным ограничением активности до 4-5 суток послеоперационного периода, отсроченным восстановлением функции тазовых органов, необходимостью использования комплекса лекарственных препаратов (антибиотики, стимуляторы перистальтики кишечника, опиоидные анальгетики, симптоматические средства и др.).
3. Частота рецидивов ПТО при традиционном ведении периоперационного периода составила 11,5% в течение 2-х лет наблюдения. Проявление поллакиурии отмечали 46,1% пациенток группы сравнения.
4. Внедрение ПУВ при хирургическом лечении тяжелых форм ПТО возможно за счет применения комбинированного метода оперативного вмешательства, сочетающего в себе использование собственных тканей с восстановлением целостности урогенитальной фасции на 1-м (вагинальном) этапе и латерализацию фиксации к апоневрозу ленточного синтетического протеза на 2-м (абдоминальном) этапе.
5. Эффективность ПУВ достигается при условии комплексного подхода, включающего предоперационное консультирование, оптимизированную хирургическую технику, раннее начало энтерального питания и активизацию пациенток после удаления периферических и мочевых катетеров в течение 1-х суток послеоперационного периода.
6. Целесообразность ПУВ обусловлена возможностью активного ведения послеоперационного периода, что способствовало статистически значимому снижению частоты ранних послеоперационных осложнений ($t=2.68$, $p=0.008633$), уменьшению назначения антимикробных препаратов ($\chi^2 = 21$, $p<0,001$; ОР 2.6 95%ДИ 1.4;4.7), симптоматических лекарственных средств ($\chi^2=79$, $p<0,001$; ОР 23.1 95%ДИ 7.6;70.0), сокращению сроков госпитализации в 2 раза, снижению частоты рецидивов в 3,3 раза.
7. Внедрение протокола ускоренного выздоровления обеспечило сокращение финансовых затрат на лечения одного клинического случая в среднем на 10593 руб.

Практические рекомендации

1. Пациенткам с ПТО 2-3-й степени, нуждающимся в хирургическом лечении, целесообразно применять комбинированный метод хирургической коррекции собственными тканями на вагинальном этапе и латеральную фиксацию матки к апоневрозу синтетическим протезом.
2. Ведение периоперационного периода по протоколу ускоренного выздоровления будет способствовать более благоприятным условиям для заживления послеоперационных ран и восстановления функции тазовых органов. ПУВ при хирургическом лечении женщин с тяжелыми формами ПТО включает:

Предоперационный этап

- Тщательное предоперационное консультирование пациентки
- Ношение компрессионного трикотажа II класса на протяжении всего периоперационного периода
- Назначение НМГ за 12 часов до начала операции
- Проведение антибиотикопрофилактики (однократное введение суточной дозы антибиотика широкого спектра действия за 60 минут до операции)

Интраоперационный период

- Комбинированное хирургическое лечение: 1 этап – влагалищный: передняя и задняя кольпоперинеоррафия, леваторопластика с обязательным восстановлением уrogenитальной диафрагмы. 2- этап – абдоминальный: латеральная фиксации матки\шейки матки к апоневрозу синтетическим имплантатом
- Использование анестетиков короткого действия, мультимодальная анестезия

Послеоперационный период

- Ранний пероральный прием жидкостей (через 2 часа после операции)
- Раннее энтеральное питание (с 1-х суток) комплексными смесями
- Ранняя активизация пациентки (с 1-х суток)
- Отказ от медикаментозной стимуляции кишечника
- Удаление периферических и мочевого катетера к окончанию первых суток

Список работ, опубликованных по теме диссертации

Работы, опубликованные в изданиях, рекомендованных ВАК РФ:

1. **Сейкина В.А.** Пропалс тазовых органов у женщин. Современные методы коррекции. /Сейкина В.А., Жаркин Н.А., Бурова Н.А., Прохвятилов С.А. // **Вестник Волгоградского государственного медицинского университета.** 2017. № 4 (64). С. 8-12.
2. **Сейкина В.А.** Модификация способа комбинированного хирургического лечения тяжелых форм выпадения женских половых органов. /Сейкина В.А., Жаркин Н.А., Бурова Н.А., Прохвятилов С.А. // **Таврический медико-биологический вестник.** 2018. Т21.№4 с.65-72
3. **Сейкина В.А.** Программа ускоренного выздоровления при хирургическом лечении женщин с тяжелыми формами выпадения женских половых органов. /Сейкина В.А., Жаркин Н.А., Бурова Н.А., Прохвятилов С.А. // **Акушерство и гинекология.** 2022. № 3. С. 122-128. [Scopus]
4. **Сейкина В.А.** Десятилетний опыт комбинированного хирургического лечения тяжелых пролапсов тазовых органов у женщин. /Жаркин Н.А., Сейкина В.А., Прохвятилов С.А., Бурова Н.А. // **Доктор.Ру.** 2022. Т. 21. № 5. С. 67-74.//
Работы, опубликованные в других изданиях
5. **Сейкина В.А.** Обоснование способа хирургического лечения тяжелых форм пролапса женских половых органов. /Сейкина В.А., Жаркин Н.А., Бурова Н.А., Прохвятилов С.А. // **Волгоградский научно-медицинский журнал.** 2018. № 4 (60). С. 44-49.
6. **Сейкина В.А.** Alternative combined surgical treatment of severe pelvic organ prolapsed. /Seikina V.A., Zharkin N.A., Burova N.A., Prohvatilov S.A. // **Open Journal of Gynaecology and Obstetrics Research.** 2019. Т. 1. № 1. С. 26-30.
7. **Сейкина В.А.** Результаты использования принципов ускоренного выздоровления после оперативного лечения пролапсов тазовых органов у женщин. /Жаркин Н.А., Сейкина В.А., Прохвятилов С.А., Бурова Н.А. // Сб. тезисов 26-го Конгресса с межд. участием «Амбулаторно-поликлиническая помощь в эпицентре женского здоровья». М., 2020 – 251 с. Акушерство и гинекология. № 4, 2020, Приложение с. 87-89
8. **Сейкина В.А.** Способ хирургического лечения пролапса тазовых органов. /Прохвятилов С.А., Жаркин Н.А., Бурова Н.А., Сейкина В.А., Засядкина Н.Э. // Патент на изобретение RU 2581005 С1, 10.04.2016. Заявка № 2015113694/14 от 13.04.2015
9. **Сейкина В.А.** Медицинская технология ускоренного выздоровления женщин с тяжелыми формами генитального пролапса после оперативного лечения. /Жаркин Н.А., Бурова Н.А., Сейкина В.А., Прохвятилов С.А.. // Рационализаторское предложение, 26.12.2019, ВолгГМУ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

ВФ - вентрофиксация матки

ДНО – доброкачественное новообразование

ИМТ – индекс массы тела

ПТО-КЖ – валидированный опросник «пролапс тазовых органов-качество жизни»

ЛС -лапароскопия

ЛТ - лапаротомия

НАМ - надвлагалищная ампутация матки

ПУВ – протокол ускоренного выздоровления

ПТО - пролапс тазовых органов

УЗИ – ультразвуковое исследование

ERAS – (enhanced recovery after surgery) – ускоренное выздоровление после хирургического лечения

POP-Q - (Pelvic Organ Prolapse Quantification) - количественная оценка пролапса гениталий

СЕЙКИНА ВИКТОРИЯ АЛЕКСАНДРОВНА

**ПРОГРАММА УСКОРЕННОГО ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ
ЛЕЧЕНИИ ЖЕНЩИН С ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ВЫПАДЕНИЯ ЖЕНСКИХ
ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ**

Специальность: 3.1.4. Акушерство и гинекология

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук