

РОЛЬ МЕСТНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОНЬЮГИРОВАННОГО ЭСТРОГЕНА В УЛУЧШЕНИИ ИСХОДОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ

Назаров Б.Б., Усинова З.Б., Ниязметов Р.Э.,

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан.

✓ Резюме,

Имеющие хирургические методы лечения пролапса гениталий не могут гарантировать отсутствие осложнений в послеоперационном периоде и рецидива. В данной статье описываем возможности профилактики послеоперационных осложнений и повторных эпизодов опущения половых органов локальной гормональной терапией препаратами конъюгированного эстрогена который непосредственно, улучшает регенеративные процессы в тканях мочеполовой системы. На основе нашего клинического опыта, мы пришли к выводу о высокой эффективности и безопасности местного применения в течение 5-7 дней конъюгированного эстрогена в подготовке стенок влагалища к оперативному лечению.

Ключевые слова: пролапс гениталий, хирургическая коррекция тазового дна, урогенитальная атрофия, конъюгированный эстроген.

ЖИНСИЙ АЪЗОЛАРИ ПРОЛАПСИСИ БЎЛГАН АЁЛЛАРГА, БОҒЛАНГАН ЭСТРОГЕННИ МАҲАЛЛИЙ ИШЛАТИШ ЖАРРОҲЛИК АМАЛИЁТИНИНГ НАТИЖАЛАРИГА ТАЪСИРИ

Назаров Б.Б., Усинова З.Б., Ниязметов Р.Э.,

Тошкент врачлари малаксини ошириш институти, Узбекистан.

✓ Резюме,

Жинсий аъзолари пролапсиси бўлган аёлларга, боғланган эстрогенни маҳаллий ишлатиш жарроҳлик амалиётининг натижаларига таъсир кўрсатади. Кўпгина кўлланиладиган жарроҳлик амалиёти, бу амалётдан кейин келиб чиқадиган асоратларининг камайтирмайди, шуни ҳисобга олган ҳолда боғланган эстроген жарроҳлик амалиётидан олдин 5-7 кун мобайнида қўллаш, тўқималарнинг битишига жуда яхши таъсир кўрсатади ва жарроҳлик амалиётининг асоратларини камайтиришга олиб келади.

Kalit so'zlar: genital prolaps, tos bo'shlig'ini jarrohlik tuzatish, urogenital atrofiya, konjugatsiyalangan estrogen.

THE ROLE OF TOPICAL USE OF CONJUGATED ESTROGEN IN IMPROVING OUTCOMES FOR SURGICAL TREATMENT OF GENITAL PROLAPSE

Nazarov B.B., Usinova Z.B., Niyazmetov R.E.,

Tashkent Institute of Postgraduate Medical Education,
100007 Uzbekistan Tashkent, Parkent 51 <https://t.me/tashiuv>.

✓ Resume,

Having surgical methods for treating genital prolapse cannot guarantee the absence of complications in the postoperative period and relapse. This article describes the possibilities for the prevention of postoperative complications and repeated episodes of prolapse of the genital organs of local hormonal therapy with conjugated estrogen drugs, which directly improves the regenerative processes in the tissues of the genitourinary system. Based on our clinical experience, we came to the conclusion about the high efficacy and safety of topical application for 5-7 days of conjugated estrogen in the preparation of the vaginal walls for surgical treatment.

Key words: genital prolapse, surgical correction of the pelvic floor, urogenital atrophy, conjugated estrogen.

Актуальность

По литературным данным, от 6 до 8% женщин жалуются на дискомфортное ощущение инородного присутствия внутри влагалища и 12 % женской популяции в целом имеют риск генитального пролапса [1, 2].

В СНГ и России распространенность опущения и выпадения половых органов оценивается в 15-45% [3]. Пролапс выявляется у 40 из 100 женщин в возрасте от 30 до 45 лет [4] и у каждой второй женщины старше 50 лет [4], в 10-20% наблюдений достигая выраженной стадии, требующей оперативного лечения [5]. Главный провоцирующий фактор опущения половых органов в молодом возрасте - это роды через естественные родовые пути, и хотя тургор молодых тканей удерживает гениталии от выраженного пролапса, его симптомы обнаруживаются при гинекологическом исследовании.

Пролапс тазовых органов резко нарушает качество жизни, в том числе снижает социальную активность и негативно влияет на половые отношения [9]. Наиболее выражено нарушение качества жизни в случаях, когда пролапс тазовых органов сопровождается стрессовым недержанием мочи и/или нарушением функции кишечника. У 85,5% больных с опущением и выпадением гениталий развиваются функциональные расстройства смежных органов: недержание мочи (70,1%), нарушения дефекации (36,5%), диспареуния (53,3%) [10]. Кроме того, у определенного количества женщин пролапс тазовых органов сопровождается инфекционно-воспалительными осложнениями нижних и верхних мочевых путей, иногда представляющими угрозу для жизни [3, 5].

Цель исследования: улучшить исход оперативного лечения пролапса гениталий использованием местного конъюгированного эстрогена

Материал и методы

Настоящее исследование проводилось на базе кафедры акушерства и гинекологии №2 ТашИУВ и в перинатальном центре Бухарской области. В исследование было включено 102 пациенток, госпитализированных для проведения хирургической коррекции дисфункции тазового дна влагалищным доступом в гинекологическое во второго роддома г. Ташкента. Помимо общепринятого стандартного обследования, всем пациенткам до оперативного лечения проведен предоперационный курс конъюгированным эстрогеном. Статистическую обработку данных проводили с помощью стандартного пакета программы Statistica 7.0 (StatSoft, Inc., США). При $P < 0,05$ различия между сравниваемыми величинами признавали статистически достоверными.

Результат и обсуждение

Во время менопаузы уровень циркулирующих в крови эстрогенов понижается, что способствует атрофии тканей генитального тракта и появлению урогенитальных симптомов эстрогенового дефицита. Атрофия может быть скорректирована при помощи использования заместительной терапии эстрогенами, которая не влияет на уже существующий пролапс, но существенно улучшает состояние тканей, уменьшает воспаление, зуд и сухость во влагалище, которые беспокоят большинство женщин в менопаузе [3, 6, 11, 13].

Положительное воздействие эстрогенов на структуры урогенитального тракта не зависит от особенностей клинической картины и происхождения нарушений. В равной степени улучшают течение и прогноз болезни у многорожавших женщин, при врожденной слабости мышечных структур мочевыводящих путей, при перенесенном хирургическом вмешательстве [6]. Именно поэтому терапия эстрогенами у больных с пролапсом гениталий патогенетически оправдана, ее эффективность не вызывает сомнений.

Назначение эстрогенов позволяет восстановить экологию влагалища, препятствует рецидиву вагинальной и мочевого инфекции и играет важную роль в лечении недержания мочи, особенно стрессового и связанного с нестабильностью детрузора. Эстрогены не только способствуют удерживанию в уретре оптимального давления, но и препятствуют восходящей мочевой инфекции благодаря возникновению зоны повышенного давления в средней части уретры, которая действует как механический барьер, а также стимуляции секреции иммуноглобулинов парауретральными железами и слизи эпителием уретры [3].

Неудачи хирургического лечения во многом обусловлены недостаточной регенерацией тканей, связанной в свою очередь с теми же факторами, которые привели к пролапсу тазовых органов. Как подчеркивают многие исследователи, эффективность операции, профилактики рецидивов заболевания и возможных осложнений во многом определяется качеством предоперационной подготовки [15]. Поскольку большая часть пациенток, страдающих опущением половых органов, - это женщины позднего репродуктивного и менопаузального возраста, роль эстрогенизации тканей влагалища в обеспечении благоприятного послеоперационного прогноза трудно переоценить.

Одной из главных причин урогенитальных расстройств является гипоестрогения. Эстрогенный дефицит приводит к торможению пролиферативных процессов во влагалище, вследствие чего значительно уменьшается число эпителиальных слоев его слизистой оболочки [6].

В результате женщину начинают беспокоить такие симптомы, как сухость, жжение и неприятный запах, а при инфицировании мочевых путей присоединяются также дизурические жалобы. Подобные симптомы часто, хотя и не всегда отмечают пациентки с опущением половых органов [4]. Наличие этих симптомов ухудшает прогноз послеоперационного течения заболевания по двум причинам. Во-первых, высока вероятность инфекционных осложнений. Во-вторых, эти симптомы свидетельствуют о возможной вялой регенеративной способности тканей. Именно поэтому пациенткам с пролапсом гениталий, обусловленным эстрогенным дефицитом, перед плановым оперативным лечением необходимо восстановить функциональное состояние гормонозависимых тканей урогенитальной системы, а в ее нижних отделах - стимулировать механизмы естественной биологической защиты.

Эффективность препаратов эстриола местно в процессе подготовки к влагалищным пластическим операциям и послеоперационного ведения больных постменопаузального возраста с опущением и выпадением внутренних половых органов была продемонстрирована в клинических исследованиях [9]. Терапия эстриолом в течение двух недель перед slingовыми операциями рекомендуется женщинам постменопаузального возраста со стрессовым недержанием мочи, обусловленным утеровагинальным пролапсом [15].

Короткий период связи эстриола с ядерным рецептором обуславливает безопасность местного применения лекарственных форм. Конъюгированные эстрогены формы крем, который содержит смесь конъюгированных эстрогенов, животного происхождения в виде натриевых солей, растворимых в воде. Один грамм крема содержит: активные вещества - конъюгированные эстрогены - 0,625 мг.

Применение препаратов конъюгированного эстрогена способствует восстановлению нормального влагалищного эпителия при его атрофических изменениях в пери- и постменопаузе, нормализации микрофлоры влагалища, тем самым повышая сопротивляемость эпителия влагалища к инфекционным и воспалительным процессам.

Наши пациенты поступили на оперативное лечение со следующими состояниями: II стадия пролапса гениталий - 24 (23,5%), III стадия - 45 (44,1%); IV стадия - 33 (32,3%) пациентка. Стадия пролапса определялась по системе количественной оценки пролапса внутренних половых органов ICS (POP-Q). У большинства больных пролапс гениталий сопровождался нарушением функции соседних органов: 69 (67,6%) пациенток страдали нарушением мочеиспускания, причем наиболее часто беспокоило учащенное мочеиспускание - 59 (57,8%) женщин, затрудненное мочеиспускание 10 (9,8%) - больных; у 38 (37,2%) пациенток выявлены запоры. Сопутствующая патология (признаки дисплазии соединительной ткани) наблюдалась у 61 (59,8%) женщин; заболевания, приводящие к хроническому повышению внутрибрюшного давления - у 72 (70,5%) пациенток.

Для каждой больной с учетом возраста, имеющейся основной и сочетанной гинекологической и экстрагенитальной патологии составлялась индивидуальная программа предоперационной подготовки, хирургического лечения и послеоперационного ведения.

Крем содержащий конъюгированный эстроген вводили интравагинально по 0,5 г - 2,0 г один раз в день от 5 до 7 дней, после операции 5 дней.

Результаты наблюдения за пациентками, обратившимися в нашу клинику, позволили сделать следующие выводы.

1. Конъюгированный эстроген эффективен в подготовке стенок влагалища к оперативному вмешательству по поводу опущения половых органов и послеоперационной реабилитации.

2. Конъюгированный эстроген позволяет полностью избавиться от симптомов вагинальной атрофии.

3. При наличии нарушений мочеиспускания в большинстве случаев на фоне применения конъюгированного эстрогена их выраженность уменьшается.

Заключение

Таким образом, роль предоперационной подготовки стенок влагалища с использованием эстроген содержащих препаратов у пациенток с опущением половых органов дает хорошие результаты. Комбинированная терапия (хирургическое вмешательство + гормональные препараты) дает возможность не только повысить эффективность, но и устранить влияние эстрогенного дефицита на ткани урогенитального тракта. Комплексный подход улучшает качество жизни пациенток и обеспечивает хорошего самочувствия и полноценной жизни пациенток, в том числе страдающих генитальным пролапсом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Гутикова, Л.В. Дисплазия соединительной ткани в генезе пролапса гениталий: определение тактики ведения пациенток / Актуальные вопросы акушерства и гинекологии: материалы Респ. науч.- практ. конф. с междунар. участием, посвященной 50-летию каф. акушерства и гинекологии УО "ГрГМУ" (20-21 октября 2011 года): ГрГМУ, 2011. - С. 42 - 44.
2. Гутикова, Л.В. Хирургическая коррекция пролапса гениталий / БГМУ: 90 лет в авангарде медицинской науки: сб. науч. тр. - Минск: БГМУ, 2011. - Т.2. - С. 9-10.

3. Опыт применения синтетических материалов в хирургии генитального пролапса и стрессового недержания мочи / Е.Ю. Глухов, Е.Э. Плотко, Э.Л. Мамин, В.Н. Хаютин // Рос. вестн. акуш.-гин. - 2008. - С. 14 - 15.
4. Оптимизация предоперационной подготовки больных с пролапсом гениталий / Нечайкин А.С. // Бюллетень науки практики. - 2017. - №12.
5. Применение системы Prolift при пролапсе тазовых органов / В.Ф. Беженарь, Л.К. Цуладзе, А.А. Цыпурдеева [и др.] // Рос. вестн. акуш.-гин. - 2008. - С. 7 - 8.
6. Пушкар, Д.Ю. Тазовые расстройства у женщин / Д.Ю. Пушкар, Л.М. Гумин - М: Мед Пресс Информ. - 2014. - 254 с.
7. Роль дисплазии соединительной ткани в патогенезе пролапса гениталий и недержания мочи / С.Н. Буянова, С.В. Савельев, В.Д. Петрова [и др.] // Рос. вестн. акуш.-гин. - 2015. - № 5. - С. 15 - 18.
8. Попов А.А. и др. Сравнительная оценка результатов лапароскопической сакровагинопексии вагинальной экстраперитонеальной вагинопексии (PROLIFT) в лечении генитального пролапса / А.А. Попов, В.Д. Петрова, Г.Г. Шагинян [и др.] // Журн. акуш. и жен. болезней. - 2006. - С. 83.
9. Гутикова Л.В. Тактика ведения больных с опущением и выпадением внутренних половых органов и особенности техники выполнения оперативных вмешательств / Л.В. Гутикова, Л.С. Бут-Гусайм, В.А. Биркос, Т.В. Янушко, Н.А. Олешко, Л.В. Рутковская, Т.И. Воробьева // ARS medica (урология и урогинекология). - 2014. - № 10 (30). - С. 163 - 168.
10. Краснополянский В.И. и др. Трехлетний опыт применения системы Prolift для коррекции генитального пролапса / В.И. Краснополянский, А.А. Попов, Т.Н. Мананникова [и др.] // Рос. вестн. акуш.-гин. - 2008. - С. 33 - 36.
11. Курбанов Б.Б. Сравнительная оценка эффективности хирургического лечения пролапса гениталий. // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова 2018, т. 13, № 2
12. Буянова С.Н. и др. Эффективность различных методов лечения женщин с пролапсом гениталий, осложненным недержанием мочи / С.Н. Буянова, В.Д. Петрова, Г.Г. Шагинян, Т.Ю. Смольнова // Журн. акуш. и жен. болезней. - 2004, XLIX. - № 4. - С. 26 - 27.
13. Beer M. et al. Surgical techniques for vault prolapse: a review of literature / M. Beer, A. Kuhn // Eur. J. Obst. Gynec. Reprod. Biol. - 2014. - Vol. 119. - P. 144 - 155.
14. Biller D.H. et al. Vaginal vault prolapse: identification and surgical options / D.H. Biller, G.W. Daliva // Cleve Clin. J. Med. - 2015. - Vol. 72, № 4. - P. 1 - 8.
15. Das R.K. Optimizing pelvic surgery outcomes / R.K. Das // Cleve Clin. J. Med. - 2013. - Vol. 72, №4. - P. 28 - 32.
16. Kohli N. et al. An overview of the clinical manifestations, diagnosis, and classification of pelvic organ prolapse / N. Kohli, D.P. Goldstein // UpToDate. - 2007. - P. 110 - 112.

Поступил 09.03. 2020