

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2019

*Худoley Е.П., Ищенко А.И., Александров Л.С., Ищенко А.А.***ПРИМЕНЕНИЕ ПРИНЦИПОВ FAST TRACK ХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ  
ТАЗОВОГО ПРОЛАПСА**ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова»  
Минздрава России (Сеченовский университет), 119991, г. Москва, РоссияДля корреспонденции: Худoley Евгения Павловна, аспирант каф. акушерства и гинекологии № 1 ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), 119991, г. Москва, e-mail: [ewgenija.evgenya777@yandex.ru](mailto:ewgenija.evgenya777@yandex.ru)*В статье описан опыт применения принципов fast track хирургии у 46 пациенток с тазовым пролапсом. В 1-ю группу исследования включили 20 женщин, у которых периоперационное ведение выполняли с использованием принципов ускоренной реабилитации, во 2-ю группу — 26 женщин с периоперационным ведением по традиционной методике. Продолжительность госпитализации в 1-й группе составила примерно в 1,5 раза меньше по сравнению с пациентками 2-й группы, без снижения эффективности лечения.**Ключевые слова:* fast track хирургия; ERAS (Enhanced Recovery After Surgery); ускоренная реабилитация; ускоренное восстановление после операции; ускоренное выздоровление.*Для цитирования:* Худoley Е.П., Ищенко А.И., Александров Л.С., Ищенко А.А. Применение принципов fast track хирургии в лечении тазового пролапса. *Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирёва.* 2019; 6(2): 98-102.  
DOI <http://dx.doi.org/10.18821/2313-8726-2019-6-2-98-102>**Khudoley E.P., Ishchenko A.I., Aleksandrov L.S., Ishchenko A.A.****APPLICATION OF THE FAST TRACK PRINCIPLES OF SURGERY IN THE TREATMENT OF A PAZ PROLAPSE**

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, 119991, Russian Federation

*The article describes the experience of applying the principles of fast track surgery in 46 patients with pelvic prolapse. 1 group — 20 women who underwent perioperative management using the principles of accelerated rehabilitation, 2 group (26 women) — perioperative management according to the traditional method. The duration of hospitalization in 1 group was about 1.5 times less compared to the second, without reducing the effectiveness of treatment.**Keywords:* fast track surgery; ERAS (Enhanced Recovery After Surgery); accelerated rehabilitation; accelerated recovery after surgery; accelerated recovery.*For citation:* Khudoley E.P., Ishchenko A.I., Aleksandrov L.S., Ishchenko A.A. Application of the fast track principles of surgery in the treatment of a paz prolapse. *V.F. Snegirev Archives of Obstetrics and Gynecology, Russian journal.* 2019; 6 (2): 98-102. (in Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/2313-8726-2019-6-2-98-102>*For correspondence:* Evgeniya P. Khudoley, post-graduate student of the Department of obstetrics and gynecology № 1 of the I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, 119991, Moscow, e-mail: [ewgenija.evgenya777@yandex.ru](mailto:ewgenija.evgenya777@yandex.ru)**Information about authors:**Khudoley E.P., <http://orcid.org/0000-0002-0824-577X>Ishchenko A.I., <http://orcid.org/0000-0003-3338-1113>Aleksandrov L.S., <http://orcid.org/0000-0003-2512-5785>Ishchenko A.A., <http://orcid.org/0000-0002-4476-4972>**Conflict of interest.** The authors declare no conflict of interest.**Acknowledgment.** The study had no sponsorship.Received 15.02.2019  
Accepted 28.03.2019**Введение**

Учитывая темп современной жизни и увеличение распространённости тазового пролапса среди женщин репродуктивного и трудоспособного возраста, важное значение приобретает необходимость применения программ ускоренной реабилитации пациенток [1]. В последнее время в хирургическом лечении набирает популярность концепция fast-track surgery — FTS (ERAS/RRSP — Enhanced Recovery After Surgery/ Rapid Recovery After Surgery programs — программы ускоренной послеоперационной реабилитации) — это программы комплексного ведения хирургических больных, включающие подготовку на предопераци-

онном этапе, использование минимально инвазивных оперативных доступов и активное ведение послеоперационного периода с целью ускорения выздоровления за счёт оптимизации реабилитации, без снижения качества лечения [2–4]. Внедрение FTS как стандарта оказания медицинской помощи в России сталкивается с рядом препятствий: ограниченные технические возможности стационаров, недостаточное обучение специалистов концепции FTS и как следствие — нежелание отходить от сложившихся стереотипов, несоответствие FTS модели страховой медицины, реализуемой в стране. Решение этих проблем имеет важное медицинское и социальное значение.

Цель исследования — провести анализ результатов хирургического лечения тазового пролапса при использовании принципов FTS по сравнению с традиционным ведением периоперационного периода.

### Материал и методы

В 2011–2016 гг. в Клинике акушерства и гинекологии имени В.Ф. Снегирёва и в отделении гинекологии Лечебно-реабилитационного центра Минздрава РФ проведено обследование и хирургическое лечение 46 пациенток с тазовым пролапсом. Пациенток разделили на 2 группы: в 1-ю (основную) группу включили 20 женщин, у которых периоперационное ведение выполняли с использованием концепции FTS, во 2-ю группу (контрольную) — 26 женщин с периоперационным ведением по традиционной методике.

Возраст пациенток колебался в пределах 31–79 лет. В репродуктивном возрасте (до 44 лет, согласно критериям Всемирной организации здравоохранения) находились 4 (20%) женщины в 1-й группе и 1 (3,8%) женщина — во 2-й. В трудоспособном возрасте (до 60 лет включительно) находились 14 (70%) пациенток в 1-й группе и 13 (50%) — во 2-й. Работающими были 9 (45%) женщин в 1-й группе, 8 (30,8%) — во 2-й. В постменопаузе находились 11 (55%) пациенток в 1-й группе, 22 (84,6%) — во второй; длительность постменопаузы изменялась в интервале 6 мес–22 года.

У всех женщин в анамнезе были хотя бы одни самопроизвольные роды, их количество у 1 женщины варьировало в пределах 1–4. Наиболее часто встречалось 2 самопроизвольных родов — у 11 (55%) женщин 1-й группы и у 16 (61,5%) женщин — 2-й группы. Одни самопроизвольные роды были у 7 (35%) женщин 1-й группы, у 9 (34,6%) — 2-й. Трое самопроизвольных родов в анамнезе было у 2 (10%) женщин 1-й группы и у 1 (3,8%) — 2-й. В родах перинео-/эпизиотомия была выполнена 13 (65%) пациенткам 1-й группы, 9 (34,6%) — 2-й группы. У половины женщин 1-й группы и у 7 (26,9%) — 2-й группы роды сопровождались травмами мягких родовых путей. Роды крупным плодом (4600 г) отмечены у 1 (3,8%) женщины во 2-й группе. Самопроизвольные аборт были в анамнезе у 3 (15%) женщин 1-й группы и у 2 (7,7%) — 2-й. Их количество у каждой конкретной женщины варьировало в пределах 1–5. Внематочные беременности имелись в анамнезе у 2 (7,7%) женщин 2-й группы. Искусственные аборты отмечены в анамнезе у 15 (75%) женщин 1-й группы и у 21 (80,8%) — 2-й. Их количество у каждой конкретной женщины изменялось в интервале 1–12. Значимых различий между группами по числу самопроизвольных абортов не выявлено.

Сопутствующая экстрагенитальная патология имела у 8 (40%) пациенток 1-й группы и у 16 (61,5%) — 2-й. Наиболее часто отмечены заболевания сердечно-сосудистой системы — у 9 (45%) женщин 1-й группы, у 13 (50%) — 2-й. Заболевания пищеварительной системы отмечены у 12 пациенток 1-й и у 12 женщин 2-й груп-

пы (60 и 46,1% соответственно). Аллергия отмечена у 3 (15%) пациенток в 1-й группе, у 4 (15,4%) — во 2-й. Патологию эндокринной системы имела 1 (5%) женщина 1-й группы и 3 (11,5%) — 2-й группы. Заболевания дыхательной системы выявлены у 2 (7,7%) пациенток во 2-й группе. В единичных случаях отмечена паховая грыжа, анемия и патология опорно-двигательного аппарата в 1-й группе, глаукома и заболевания мочевыделительной системы — во 2-й. По показаниям при наличии сопутствующей экстрагенитальной патологии пациенток консультировали узкие специалисты.

Помимо пролапса тазовых органов (ПТО) у 7 (35%) пациенток 1-й группы и у 5 (19,2%) — 2-й группы имелись сопутствующие гинекологические заболевания, подтвержденные дополнительными методами обследования. Ведущее место в структуре сопутствующих гинекологических заболеваний занимала миома матки: у 5 (25 и 19,2% соответственно) женщин как в 1-й, так и во 2-й группе. Образования яичников были диагностированы у 5 (25%) пациенток в 1-й группе и у 3 (11,5%) — во 2-й. Эрозия шейки матки выявлена у 1 (3,9%) пациентки во 2-й группе.

Проявления дисплазии соединительной ткани (ДСТ) имели место у 13 (65%) пациенток 1-й группы и у 12 (46,1%) — 2-й группы. Выделяют 3 степени ДСТ (1 большой признак = 2 балла, 1 малый = 1 балл): слабовыраженная (лёгкая) — 1 балл, умеренно выраженная (средняя) — 2 балла, выраженная (тяжёлая) — 3 балла. Большие (главные) признаки ДСТ отмечены у 10 женщин как в 1-й, так и во 2-й группе (50 и 38,5% соответственно): варикозная болезнь у 3 (15%) женщин 1-й группы и у 1 (3,8%) — 2-й, нарушение моторной функции у 2 (10%) женщин 1-й группы и у 5 (19,2%) — 2-й, аллергия у 3 (15%) женщин 1-й группы и у 4 (15,4%) — 2-й, в единичных случаях (5%) в 1-й группе имелись межпозвоночная грыжа и сколиоз. Малые (второстепенные) признаки ДСТ отмечены у 2 (10%) пациенток 1-й группы и у 4 (15,4%) — 2-й: нарушение проводимости и ритма сердца у 2 (10%) женщин 1-й группы и у 3 (11,5%) — 2-й, нарушение рефракции до 40 лет — у 1 пациентки (3,8%) 2-й группы. Степени ДСТ: в 1-й группе: лёгкая — у 2 (10%) женщин, средняя — у 10 (50%), тяжёлая — у 1 (5%) женщины. Во 2-й группе: лёгкая — у 2 (7,7%) пациенток, средняя — у 7 (26,9%), тяжёлая — у 3 (11,5%).

Хирургические вмешательства в анамнезе отмечены у 13 (65%) пациенток 1-й группы и у 9 (34,6%) — 2-й группы. Наиболее частым хирургическим вмешательством была аппендэктомия — у 8 (40%) женщин в 1-й группе и у 3 (11,5%) — во 2-й; холецистэктомия — у 4 (15,4%) женщин во 2-й группе. Флебэктомия, резекция молочной железы, тонзилэктомия, гемотрансфузии имелись в единичных случаях в обеих группах (5 и 3,9% соответственно). Резекция щитовидной железы, стентирование почки, удаление кисты копчика, абдоминопластика отмечены в единичных случаях в 1-й группе (5%). Герниопластика, резекция доли лёгкого

встречалась в единичных случаях во 2-й группе (3,9%). У 1 (3,9%) пациентки 2-й группы в анамнезе была политравма, перелом костей таза.

Гинекологические операции в анамнезе были у 11 (55%) пациенток 1-й группы и у 16 (61,5%) — 2-й. Ранее хирургическое лечение пролапса тазовых органов проведено 3 (15%) пациенткам 1-й группы и 2 (7,7%) — 2-й. Наиболее частым вмешательством в анамнезе было выскабливание эндометрия и эндометрия — у 3 (15%) женщин в 1-й группе и у 4 (15,4%) — во 2-й. Диатермокоагуляция эрозии шейки матки выполнялась у 2 (10%) пациенток в 1-й группе и у 4 (15,4%) — во 2-й. Ампутация/экстирпация матки в анамнезе отмечена у 5 (25 и 19,2%, соответственно) женщин в 1-й и во 2-й группе. Тубэктомия/туботомия по поводу внематочной беременности в анамнезе имела у 2 (10%) пациенток в 1-й группе и у 4 (15,4%) — во 2-й. Консервативная миомэктомия отмечена у 3 (11,5%) пациенток 2-й группы.

Для стадирования ПТО использовали классификацию по системе количественной оценки пролапса тазовых органов Pelvic Organ Prolapse Quantification system (POP-Q) Международного общества по удержанию мочи (International Continence Society — ICS, 1996). I стадия ПТО диагностирована при влагалищном исследовании у 5 (25%) женщин 1-й группы и у 8 (30,8%) — 2-й группы. Наиболее часто диагностировали II стадию ПТО — у 16 (65%) женщин 1-й группы и у 14 (53,8%) — 2-й; III стадия выявлена у 2 (10%) женщин 1-й группы и у 4 (15,4%) — 2-й группы. Указанные стадии ПТО сочетались с цистоцеле у 4 (20%) женщин 1-й группы, 10 (38,5%) — 2-й; с ректоцеле — у 4 (20%) женщин 1-й группы; одновременно с цистоцеле и ректоцеле — у 4 (20%) женщин 1-й группы, у 11 (42,3%) — 2-й группы. Недержание мочи при напряжении выявлено в 7 случаях в 1-й и в 7 случаях во 2-й группе (35 и 26,9% соответственно). У 4 (15,4%) женщин 2-й группы диагностирована рубцовая деформация, гипертрофия шейки матки. Образования яичников были диагностированы у 5 (25%) пациенток в 1-й группе и у 3 (11,5%) — во 2-й. Всем им было проведено определение уровня онкомаркеров СА-125, СА19-9 в крови, ни в одном случае он не превышал допустимый предел. Для дифференциальной диагностики со злокачественными образованиями желудочно-кишечного тракта всем была проведена эзофагогастродуоденоскопия и у 2 (10%) пациенток в 1-й группе — колоноскопия.

Наибольшее число больных в обеих группах было со 2 степенью анестезиолого-операционного риска по классификации Московского научного общества анестезиологов-реаниматологов: 14 (70%) — в 1-й группе, 17 (65,4%) — во 2-й.

У всех пациенток перед операцией проведено субъективное исследование (сбор анамнеза заболевания и жизни), объективное обследование (общий осмотр и гинекологическое исследование).

Лабораторное обследование включало определение группы крови и резус-фактора, антител к вирусу

иммунодефицита человека, гепатитам В и С, реакцию Вассермана, клинический анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, коагулограмму, микроскопическое исследование отделяемого половых органов.

В инструментальное обследование входили: кольпоскопия, ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза, флюорография, электрокардиография. Пациенток консультировали терапевт и анестезиолог, они ознакомлены с возможными осложнениями лечения и подписали добровольное информированное согласие на операцию. С целью профилактики тромбоэмболических осложнений всем женщинам перед операцией назначали компрессионное бинтование нижних конечностей эластичными бинтами или использование компрессионных чулок.

Каждой женщине в 1-й группе в рамках концепции FTS была предоставлена подробная информация в максимально доступном изложении от специалистов, участвующих в лечении, об операции, наркозе, течении послеоперационного периода, плюсах FTS. Особое внимание уделяли психологическому статусу пациентки и её настрою по отношению к хирургическому лечению. При выявлении повышенной тревожности назначали седативные препараты коротким курсом. Время предоперационного голодания было сокращено (приём пищи был разрешён до 22.00, жидкости — до 6.00, допускали приём 150 мл глюкозы за 2 ч до операции для снижения стресса). Никому из пациенток не проводили механическую подготовку кишечника перед операцией.

Оперативные вмешательства мы условно разделили на базовые и дополнительные. Базовые — основные этапы лечения ПТО, дополнительные — вмешательства, направленные на коррекцию мочевого выделительной, ректальной дисфункции и сопутствующей гинекологической патологии. Кольпоперинеолеваторопластика (КПП) выполнена 14 (70%) пациенткам 1-й группы и 23 (92,3%) — 2-й группы. Пластику стенок влагалища с использованием синтетических имплантатов провели 7 (35%) пациенткам 1-й группы и 24 (92,3%) — 2-й группы; экстраперитонеальную лигатурную гистеросуспензию — 3 (15%) женщинам в 1-й и 17 (65,4%) — во 2-й группе. Всем пациенткам с диагностированным недержанием мочи проведена соответствующая коррекция (TVT-O, уретровезикопексия свободной синтетической петлей). Ампутация/экстирпация матки проведена у 3 (15%) пациенток в 1-й группе и у 2 (7,2%) — во 2-й, промонтофиксация — у 2 (10%) пациенток из 1-й группы. Интраоперационно всем пациенткам устанавливали постоянный мочевой катетер, с целью профилактики инфекционных осложнений проводили антибактериальную терапию препаратами широкого спектра действия внутривенно. В ходе хирургического вмешательства в подавляющем большинстве случаев во всех группах применяли малоинвазивные хирургические доступы. Преимущественно использовали влагалищный доступ: у 12 (60%) женщин в 1-й группе и у

9 (36,4%) — во 2-й. Комбинированный (лапароскопический плюс влагалищный) доступ использовали у половины пациенток 1-й и 2-й группы для базового и дополнительного этапа хирургического вмешательства. В единичных случаях (5%) в 1-й группе применяли лапароскопический и лапаротомный доступ.

В 1-й группе в рамках программы FTS дренирование брюшной полости не проводилось ни в одном случае. Большинство операций во всех группах выполнено под спинномозговой анестезией (СМА) и эндотрахеальным наркозом (ЭТН). СМА применяли у 12 (26,1%), ЭТН — у 29 (63%) пациенток 1-й и 2-й группы. Под внутривенной анестезией выполнены по 2 операции в 1-й и 2-й группе (10 и 7,7% соответственно). В единичном случае в 1-й группе (5%) применили комбинированный наркоз (эпидуральная анестезия плюс ЭТН). В послеоперационном периоде назначали антибактериальную, анальгетическую, антикоагулянтную (по показаниям) терапию.

У пациенток 1-й группы ранний послеоперационный период проводили с применением принципов программы FTS, в рамках которой мочевого катетер удаляли сразу после операции или в 1-й день, активизацию пациенток начинали сразу после возобновления их ориентации в собственной личности, времени и пространстве, проводили ингаляцию увлажнённого кислорода через назальный катетер со скоростью 4 л/мин. С целью обезболивания назначали кеторол 60 мг внутривенно 5–7 дней, после выписки из стационара рекомендовали препараты группы нестероидных противовоспалительных средств по 1 свече (50 мг) ректально на ночь в течение 7–10 дней. Для стимуляции кишечника назначали прокинетики внутримышечно с первых суток послеоперационного периода до появления самостоятельного стула. С целью профилактики инфекционных осложнений всем пациенткам в раннем послеоперационном периоде проводили курс антибактериальной терапии препаратами широкого спектра действия в течение 5–7 суток. Средний объём инфузионной терапии (для сохранения нормоволемии) составил 1500 мл. Для инфузионной терапии в раннем послеоперационном периоде назначали 500 мл стерофундина, 500 мл раствора натрия хлорида 0,9% или 500 мл раствора Рингера. С целью профилактики тромбозомболических осложнений всем женщинам перед операцией и в течение 2–4 нед после операции (в зависимости от степени риска) назначали эластическую компрессию нижних конечностей. По показаниям с первых суток после операции назначали антикоагулянтную терапию низкомолекулярными гепаринами в течение 7–10 дней подкожно под контролем коагулограммы, после их отмены по показаниям назначали Тромбо АСС внутрь. До восстановления самостоятельного стула всем пациенткам назначали 0 стол, после — основной вариант стандартной диеты.

На 3-и сутки после операции всем пациенткам назначали клинический и биохимический анализ крови, общий анализ мочи. Перед выпиской из стационара

проводили осмотр, включающий сбор жалоб, общий осмотр, оценку состояния послеоперационных швов. Критериями для выписки были отсутствие жалоб, удовлетворительное состояние, данные общего осмотра, влагалищного исследования и УЗИ, соответствующие объёму перенесённой операции, отсутствие патологических изменений показателей крови.

После выписки осмотр проводили через 1, 3, 6, 12 и 24 мес, а далее — каждый год после операции, осмотр включал сбор жалоб и гинекологическое исследование. Статистическую обработку полученных результатов проводили стандартными методами статистического анализа с использованием программы Microsoft Excel, Statistica, SPSS 7,5 for Windows. При оценке эффективности лечения применяли статистический критерий Мак-Нимара  $\chi^2$ . Изучаемой единицей является пара наблюдений до и после операции, поэтому данный критерий чётко выявляет различия в качественных признаках.

### Результаты исследования

До операции наиболее характерными были жалобы на ощущение инородного тела во влагалище — у 7 (35%) пациенток в 1-й группе и у 15 (57,7%) — во 2-й, и на дискомфорт в области промежности — у 5 (25%) женщин в 1-й группе и у 3 (11,5%) — во 2-й. Жалобы на недержание мочи при физической нагрузке, кашле, чихании предъявляли по 7 пациенток в 1-й и 2-й группе (35 и 26,9% соответственно). Жалобы на затруднённое мочеиспускание выявлены в 3 (6,2%) случаях во 2-й группе; диспареуния отмечена в единичных случаях в 1-й и 2-й группе (5 и 3,9% соответственно); жалобы на меноррагию и альгоменорею предъявляли 2 (10%) женщины в 1-й группе и 3 (11,5%) — во 2-й группе. Время от момента появления жалоб до хирургического лечения составило от 3 месяцев до 21 года.

Среднее время операции в 1-й группе составило 67,7 мин (15–120 мин), во 2-й — 99,4 мин (35–185 мин). Такая существенная разница связана с различным объёмом операции. Средняя интраоперационная кровопотеря зависела от объёма операции и вида доступа и составила 111 мл (30–300 мл) в 1-й группе и 132,3 мл (50–200 мл) — во 2-й группе. Объём интраоперационной кровопотери ни в одном случае не превышал допустимый. Величина и динамика основных показателей крови до и после операции в исследуемых группах практически не отличались.

Во 2-й группе на 2-е сутки после коррекции недержания мочи свободной синтетической петлёй и КПЛП 1 пациентка (3,8%) отметила отсутствие самостоятельного мочеиспускания и боли внизу живота. В связи с этим была произведена репозиция свободной синтетической петли, передняя кольпоррафия. Однако мы не смогли напрямую связать возникновение данных осложнений с особенностями ведения периоперационного периода.

Средняя продолжительность стационарного лечения после КПЛП составила 3,6 койко-дня в 1-й группе

и 5,2 (5–9) койко-дня во 2-й группе; после пластики стенок влагалища с использованием сетчатых имплантатов — 3,3 (2–4) койко-дня в 1-й группе и 5,2 (5–9) койко-дня — во 2-й; после экстраперитонеальной лигатурной гистеросуспензии — 4 и 5,3 (5–9) койко-дня соответственно; после коррекции недержания мочи — 3,5 (2–4) и 5,3 (5–6) койко-дня соответственно; после ампутации/экстирпации матки — 4 и 5 койко-дней. Продолжительность госпитализации при периоперационном ведении больных согласно концепции FTS была примерно в 1,5 раза меньше по сравнению с традиционным ведением.

Поздние послеоперационные осложнения отмечены в единичных случаях в 1-й и 2-й группе (5 и 3,8% соответственно) в виде эрозии слизистой влагалища с пролабированием сетчатого имплантата. Через 15 дней после выписки из стационара, где была проведена установка переднего сетчатого имплантата и КПЛП, обратилась к врачу пациентка из 1-й группы с жалобами на скудные кровянистые выделения из половых путей, слабость, периодические тянущие боли внизу живота. При осмотре визуализировался дефект слизистой передней стенки влагалища с пролабированием сетчатого протеза, из которого подтекало тёмная кровь. Диагностирована эрозия слизистой передней стенки влагалища с пролабированием сетчатого протеза. Проведено иссечение фрагмента сетчатого протеза, передняя кольпоррафия. Аналогичная ситуация отмечена у пациентки из 2-й группы через 8 мес после лапароскопии, экстраперитонеальной лигатурной гистеросуспензии, установки переднего и заднего сетчатого протеза. Диагностирована эрозия слизистой передней стенки влагалища с пролабированием сетчатого протеза. Произведено иссечение фрагмента сетчатого протеза, кольпоррафия.

Единичные рецидивы ПТО отмечены в 1-й и 2-й группе (5 и 3,8% соответственно). У пациентки из 1-й группы проведена коррекция недержания мочи синтетической петлёй, после операции она продолжала отмечать недержание мочи. Спустя 3 мес после лечения проведена операция TVT, кольпоррафия. Во 2-й группе через 7 мес после экстраперитонеальной лигатурной гистеросуспензии, установки переднего сетчатого протеза, КПЛП пациентку начало беспокоить ощущение инородного тела во влагалище. При осмотре выявлен рецидив ПТО, произведена надвлагалищная ампутация матки с придатками лапароскопическим доступом, промонтофиксация культи шейки матки сетчатым им-

плантатом. Спустя 3 года 7 мес после коррекции недержания мочи синтетической петлёй и установки переднего и заднего имплантата пациентка из 1-й группы обратилась с жалобами на дискомфорт в области промежности. При влагалищном исследовании по передней стенке влагалища в средней её трети визуализировалось образование 10 × 7 мм, эрозия шейки матки. При кольпоскопии выявлена лейкоплакия шейки матки. Произведено выскабливание слизистой цервикального канала, конизация шейки матки, удаление образования передней стенки влагалища.

### Заключение

Таким образом, применение принципов FTS в ведении пациенток с ПТО позволяет сократить продолжительность госпитализации, что даёт возможность увеличить оборот койки в стационаре, восстановить трудоспособность больных в более короткие сроки, при этом не снижая эффективности лечения.

**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Ищенко А.И., Александров Л.С., Ищенко А.А. и др. Мультиmodalная стратегия ведения больных хирургического профиля (fast track хирургия). *Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирёва*. 2017; 4 (4): 172-7.
2. Мазитова М.И., Мустафин Э.Р. Fast track хирургия — мультиmodalная стратегия ведения хирургических больных. *Медицинский журнал*. 2012; 5 (93): 799-802.
3. Волкова Е.Э., Вашакмадзе Л.А., Хомьяков В.М. и др. Ускоренная госпитальная реабилитация больных после расширенно-комбинированных операций по поводу рака грудного отдела пищевода и кардии. *Сибирский онкологический журнал*. 2013; 1 (55): 52-8.
4. Пучков К.В., Коренная В.В., Подзолкова Н.М. Fast track: хирургические протоколы ускоренной реабилитации в гинекологии. *Гинекология*. 2015; 17 (3): 40-5.

### REFERENCES

1. Ishchenko A.I., Aleksandrov L.S., Ishchenko A.A. et al. Multimodal strategy of surgical patients (fast track surgery). *Arkhiv akusherstva i ginekologii im. V.F. Snegireva*. 2017; 4 (4): 172-7. (in Russian)
2. Mazitova M. I., Mustafin E. R. Fast track surgery — multimodal strategy of surgical patients management. *Meditinskiy zhurnal*. 2012; 5 (93): 799-802. (in Russian)
3. Volkova E.V., Vashakmadze L.A., Khomyakov V.M. et al. Express in-hospital rehabilitation of patients after extended-combined operations for cancer of the thoracic esophagus and cardia. *Sibirskiy onkologicheskij zhurnal*. 2013; 1 (55): 52-58. (in Russian)
4. Puchkov K.V., Korennaya V.V., Podzolkova N.M. Fast track: surgical protocols for accelerated rehabilitation in gynecology and obstetrics. *Ginekologiya*. 2015; 17 (3): 40-5. (in Russian)