

О. В. Седнев

Калининградская областная  
специализированная больница,  
центр эндовидеохирургии

## АНАЛИЗ ОПЫТА ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ, ПРОВЕДЕННОЙ В КАЛИНИНГРАДСКОМ ОБЛАСТНОМ ЦЕНТРЕ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИИ

В приведенной работе дан анализ отдаленных результатов хирургического лечения пролапса гениталий, проведенного у 56 пациенток в Калининградском областном центре эндовидеохирургии с 1998 по 2002 год. В ходе анализа была выполнена сравнительная оценка долгосрочной эффективности ряда операций, используемых в нашем центре. Показана закономерность частоты развития таких послеоперационных осложнений, как дизурия и болевой синдром, связанный с натяжением фиксированных структур, а также частоты развития рецидива пролапса, от используемой технологии коррекции, и отсутствием зависимости их от степени выраженности опущения гениталий. Кроме этого, в статье обозначена точка зрения автора на пути снижения количества рецидивов генитального пролапса в отдаленном периоде.

■ **Ключевые слова:** коррекция пролапса гениталий, недержание мочи, тазовое дно.

### Актуальность проблемы

Статистика свидетельствует: каждая 5–7 женщина, обратившаяся за помощью к гинекологу, имеет генитальный пролапс той или иной степени выраженности. Практически половина пациенток (47%) с опущением и выпадением внутренних половых органов (ОиВВПО) — трудоспособного возраста, причем данная патология имеет четкую тенденцию к «омоложению» [3]. В настоящее время известны свыше 300 способов хирургической коррекции этой патологии (в том числе с применением лапароскопической техники). С одной стороны, это свидетельствует об актуальности проблемы, а с другой — говорит о недостаточной эффективности хирургических методик и высокой частоте рецидивов заболевания [1, 5]. По данным ряда авторов, хирургическое восстановление тазового дна составляет около 12–15% от общего числа операций на половых органах, проведенных в неспециализированных гинекологических стационарах [2, 7].

### Материалы исследования

Для изучения ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения пролапса гениталий было обследовано 56 женщин. Возраст пациенток колебался от 27 до 76 лет, средний возраст составил  $51,0 \pm 4,8$  года. 50 женщин имели в анамнезе от 1 до 6 родов, у 19 женщин роды осложнились травмой мягких тканей родового канала. Длительность заболевания колебалась в пределах от 3 до 25 лет.

В зависимости от имевшихся вариантов опущения половых органов с целью определения возможного варианта хирургического лечения все пациентки были разделены на следующие группы:

- первая группа — пациентки с опущением стенок влагалища (цистоцеле/ректоцеле) — 18 человек;
- вторая группа — с неполным выпадением матки — 22 человека;
- третья группа — с полным выпадением матки — 14 человек;
- четвертая группа — с полным выпадением культи матки — 2 человека.

Из общего количества женщин 38 имели различные клинические проявления синдрома дисплазии соединительной ткани (ДСТ):

- астеническое телосложение у 3 человек;
- долихостеномелия (длинные конечности) у 3 человек;
- арахнодактилия (длинные пальцы) у 3 человек;
- эластоз кожи у 36 человек;
- миопия у 6 человек;
- грыжи различных локализаций у 11 человек;
- варикозное расширение вен нижних конечностей у 21 человека;

- нефроптоз у 2 человек;
- хронические неспецифические заболевания легких (ХНЗЛ) у 8 человек;
- гипермобильность суставов у 3 человек;
- поперечное плоскостопие у 34 чел.

Основными жалобами, предъявленными пациентками первой группы, явились: мочевая инконтиненция (у 5 женщин); кишечная инконтиненция (у 1 человека); диспареуния (у 6 человек); 11 человек страдали синдромом неполного опорожнения прямой кишки.

Пациентки второй группы предъявляли преимущественно следующие жалобы: боли внизу живота, учащенное мочеиспускание, мочевая инконтиненция, диспареуния, отмечали синдром неполного опорожнения прямой кишки.

В третьей группе мочевая инконтиненция в сочетании с затрудненным мочеиспусканием при остаточном объеме мочи более 100 мл выявлялась у 5 человек, ноющие боли внизу живота и чувство инородного тела во влагалище беспокоило всех женщин рассматриваемой группы; у 9 человек было учащенное мочеиспускание, у 5 — зуд в области промежности и у 3 — декубитальные язвы.

У всех пациенток четвертой группы имелись жалобы на ноющие боли внизу живота, иррадиирующие в поясницу, чувство инородного тела во влагалище, мочеую инконтиненцию, сочетающуюся с учащенным и затрудненным мочеиспусканием при большом объеме остаточной мочи.

Представленные данные характеризуют результаты хирургической работы отделения в период с апреля 1998 по ноябрь 2002 года.

Пациенткам первой группы, страдающим неосложненным генитальным пролапсом с формированием цисто- и ректоцеле, в 5 случаях в качестве базовой операции была проведена вентрофиксация матки четырьмя лигатурами через переднюю стенку матки к апоневрозу косых мышц живота с дополнительной операцией, направленной на закрытие дефектов опорных структур мочеполовой диафрагмы: передней кольпоррафией, задней кольпоррафией и перинеолеваторопластикой. В 13 случаях были выполнены только передняя кольпоррафия, задняя кольпоррафия и перинеолеваторопластика без базовой операции. При сочетании данного варианта пролапса со стрессовой инконтиненцией объем вмешательства был дополнен «антистрессовой» операцией: в 4 случаях трансвагинальной позадилонной slingовой уретропексией проленовым лоскутом и в одном случае — кольпосуспензией слизистым лоскутом (операция Тюболя–Лорана).

У 22 пациенток, страдавших неполным выпадением матки, составивших вторую группу, были проведены следующие операции:

- в 14 случаях в качестве базовой операции использовалась вышеописанная лигатурная вентрофиксация матки; у 7 пациенток была одновременно выполнена надвлагалищная ампутация матки по поводу миомы матки. 10 операций были проведены традиционным доступом, а 4 — лапароскопическим;

- в 3 случаях у пациенток второй группы в качестве базовой операции была применена апоневротическая вагинопексия в модификации Краснополяского в сочетании с надвлагалищной ампутацией матки; у одной больной с недержанием мочи при напряжении объем вмешательства включал трансвагинальную позадилонную slingовую уретропексию проленовым лоскутом; все операции были проведены традиционным доступом;

- в 3 случаях у пациенток этой же группы в качестве базовой операции была использована сакровагинопексия проленовым лоскутом с сопутствующей лапароскопической надвлагалищной ампутацией у одной, и влагалищной экстирпацией матки — у двух пациенток;

- в 2 случаях при этой же форме генитального пролапса была выполнена Манчестерская операция.

У 14 пациенток третьей группы с полным выпадением влагалища и матки были применены следующие методы хирургической коррекции генитального пролапса:

- в 3 случаях в качестве базовой операции использовалась вентрофиксация матки к передней брюшной стенке;

- в 2 случаях — апоневротическая вагинопексия в модификации Краснополяского с сопутствующей надвлагалищной ампутацией матки у одной пациентки и лапароскопически ассистированной экстирпацией матки — у другой;

- в 2 случаях — MESH-вагинопексия с сопутствующей лапароскопически ассистированной экстирпацией матки и трансвагинальной позадилонной slingовой уретропексией проленовым лоскутом;

- в 2 случаях — сакровагинопексия проленовым лоскутом с сопутствующей лапароскопически ассистированной экстирпацией матки;

- в 5 случаях проводилась влагалищная экстирпация матки со сшиванием укороченных связок без дополнительной фиксации купола влагалища.

У 2 пациенток (четвертая группа) с полным выпадением культи шейки матки были выполнены:

- вентрофиксация культи шейки матки к передней брюшной стенке;
- MESH-вагинопексия с сопутствующей трансвагинальной позадилоной slingовой уретропексией проленовым лоскутом.

Во всех случаях во второй, третьей и четвертой группах основной объем операции дополнялся передней, задней кольпоррафией и перинеолеваторопластикой.

### **Анализ отдаленных результатов проведенной коррекции генитального пролапса**

При ретроспективном анализе через 1–3 года после проведенного оперативного лечения были получены следующие данные.

В первой группе:

- в 7 случаях сохранилось цистоцеле II–III ст.;
- в 4 случаях, где не проводилась «антистрессовая» операция, развилась стрессовая мочевого инконтиненция;
- в 2 случаях сохранилась диспареуния;
- в 11 случаях рецидив опущения стенок влагалища не отмечен.

Рецидив пролапса гениталий в первой группе развился:

- после перенесенной вентрофиксации (5 операций) в 3 случаях;
- после передней кольпоррафии, задней кольпоррафии и перинеолеваторопластики, без базовой фиксации гениталий (13 операций) — в 5 случаях.

Во второй группе в позднем послеоперационном периоде сохранялись стойкие боли в нижних отделах живота, усиливавшиеся при напряжении мышц брюшного пресса и иррадиирующие в поясничную область — так называемые боли натяжения:

- после перенесенной вентрофиксации (14 операций) — в 8 случаях;
- после перенесенной апоневротической вагинопексии в модификации Краснополяского (3 операции) и после сакровагинопексии (3 операции) указанная симптоматика не отмечалась.

Дизурическая симптоматика выявлялась:

- после перенесенной вентрофиксации (14 операций) — в 7 случаях;
- после перенесенной апоневротической вагинопексии в модификации Краснополяского (3 операции) — в 1 случае;
- после перенесенной сакровагинопексии (3 операции) указанная симптоматика не отмечалась;
- в 1 случае после перенесенной Манчестерской операции в раннем послеоперационном периоде отмечалось учащенное мочеиспускание.

Через 2–3 года после хирургического вмешательства у 8 пациенток, перенесших вентрофиксацию, развился рецидив генитального пролапса:

- в 3 случаях имело место полное выпадение стенок влагалища и элонгированной шейки матки, несмотря на ранее проведенную фиксацию;
- в 5 случаях развилось цистоцеле II–III ст.

Рецидив пролапса гениталий после перенесенной апоневротической вагинопексии в модификации Краснополяского, а также после сакровагинопексии не наблюдался.

В третьей группе на протяжении первого года после операции у 1 из 3 женщин, перенесших вентрофиксацию, сохранялись «боли натяжения». После других вариантов коррекции пролапса болевой синдром не отмечался. Дизурия беспокоила 4 женщин: 1 пациентка перенесла вентрофиксацию; 1 — MESH-вагинопексию; 2 — влагалищную экстирпацию матки без базовой операции.

Результаты контрольного осмотра женщин третьей группы показали:

- у 2 женщин третьей группы, у которых в качестве базовой операции использовалась вентрофиксация матки к передней брюшной стенке, дополненная передней кольпоррафией, задней кольпоррафией и перинеолеваторопластикой, развилось полное выпадение влагалища с элонгацией шейки матки, сопровождавшееся недержанием мочи при напряжении;

- у 1 пациентки, перенесшей апоневротическую вагинопексию в модификации Краснополяского с сопутствующей лапароскопически ассистированной экстирпацией матки, развилось цистоуретероцеле без мочевого инконтиненции;

- у 2 пациенток, которым была выполнена влагалищная экстирпация матки, со сшиванием укороченных связок (без базовой операции), развился рецидив генитального пролапса (цистоуретероцеле без инконтиненции в одном случае, и полное выпадение купола влагалища в другом).

Ни в одном случае, где была применена сакровагинопексия проленовым лоскутом, MESH-вагинопексия с сопутствующей лапароскопически ассистированной экстирпацией матки и трансвагинальной позадилоной slingовой уретропексией проленовым лоскутом рецидивы не отмечены.

В четвертой группе у обеих пациенток длительно сохранялась дизурическая симптоматика, синдром неполного опорожнения прямой кишки, «боли натяжения». У пациентки, у ко-



торой в качестве базовой операции была применена лигатурная вентрофиксация культи шейки матки к апоневрозу, вновь сформировалось цистоцеле III ст. Во втором случае рецидива опущения стенок не наблюдалось.

### Результаты исследования и их обсуждение

Таким образом, для лечения генитального пролапса у 56 пациенток в качестве базовых операций, обеспечивающих жесткую фиксацию гениталий, были применены:

- вентрофиксация матки к апоневрозу косых мышц живота в 23 случаях; после ее применения рецидив пролапса развился у 14 пациенток;
- апоневротическая вагинопексия в модификации Краснопольского или MESH-вагинопексия в 8 случаях; рецидив развился у 1 пациентки;
- сакровагинопексия проленовым лоскутом в 5 случаях; рецидив пролапса не наблюдался;
- Манчестерская операция в 2 случаях; рецидив пролапса не наблюдался;
- базовая операция не применялась в 18 случаях; рецидив пролапса был отмечен у 9 пациенток.

Всего рецидив опущения и выпадения внутренних половых органов (ОиВВПО) был выявлен при контрольном осмотре спустя 1–3 года после корригирующей операции у 24 пациенток, что составило  $42,9 \pm 6,6\%$ . Высокий процент рецидивирования пролапса гениталий можно объяснить, во-первых, закономерной трансформацией соединительной ткани, составляющей патогенез синдрома наследственной коллагенопатии, частным проявлением которого является пролапс гениталий [6], во-вторых, использованием в качестве базовой операции методики лигатурной вентрофиксации матки к апоневрозу косых мышц живота, чей удельный вес в общем количестве вариантов коррекции самый высокий (41,1%), как и частота развития рецидивов после ее использования (60,9%) вне зависимости от степени выраженности пролапса; в-третьих, в ряде случаев, полным отказом от базовой фиксации наиболее устойчивых к растяжению структур крестцово-маточных и кардинальных связок (32,1%).

Снижения процента рецидива опущения и выпадения внутренних половых органов, с нашей точки зрения, можно добиться:

- применением схем комплексной профилактики и терапии ДСТ-синдрома:
  - немедикаментозной терапии (подбор адекватного режима, лечебная физкультура, физио- и психотерапия);

- диетотерапии (полноценное питание, обогащенное комбинациями аминокислотных, липидных и др. биодобавок);

- медикаментозной терапии (коррекция метаболических нарушений, направленная на стимуляцию коллагенообразования, стабилизацию обмена гликозаминогликанов, улучшение биоэнергетического состояния организма и др.);

- отказ от лигатурной вентрофиксации матки к апоневрозу косых мышц живота (несмотря на ее привлекательность в плане анатомической доступности фиксируемых структур и простоты исполнения) в пользу операций, обеспечивающих более функциональное смещение влагалишной трубки, а значит и защиту «слабых мест» тазовой диафрагмы от постоянного действия внутрибрюшного давления и других факторов развития пролапса;

- следованием современным принципам хирургического лечения синдрома недостаточности тазового дна [4]:

- использование малоинвазивных технологий;

- коррекция не только анатомических, но и функциональных расстройств;

- широкое использование синтетических материалов;

- «лучшая операция должна быть первой»...;

- коррекция всех расстройств, желательно одномоментная.

Крайне малый опыт и весьма небольшой период времени, прошедший после применения таких технологий, как апоневротическая вагинопексия в модификации Краснопольского, MESH-вагинопексия или сакровагинопексия проленовым лоскутом, в настоящий момент не позволяет нам сделать объективные выводы об их долгосрочной эффективности. Однако ряд таких показателей, как отсутствие или крайне низкий процент «болеи натяжения», отсутствие симптомов опущения гениталий в тот же период времени, когда при применении других технологий коррекции в большом проценте случаев рецидив уже развивался, дает повод для весьма оптимистичного прогноза в отношении их перспективности.

### Литература

1. Адамьян Л. В., Блинова М. А., Сашин Б. Е. Современные концепции хирургического лечения опущения и выпадения женских половых органов // Материалы межд. конгресса: Эндоскопия в диагностике, лечении и мониторинге женских болезней. – М., 2000. – С. 622–635.
2. Буянова С. Н., Петрова В. Д., Шагинян Г. Г. и др. Эффективность различных методов лечения женщин с пролапсом гениталий, осложненным недержанием мочи //

- Журнал акушерства и женских болезней. — 2000. — Т. XLIX. — № 4.
3. Краснополский В. И., Буянова С. Н., Петрова В. Д. и др. Диагностика типов недержания мочи у женщин при пролапсе гениталий // Вестник Российской Ассоциации акушеров-гинекологов. — 1999. — № 3.
  4. Краснополский В. И., Попов А. А. Методы коррекции пролапса гениталий // Курс лекций по хирургии тазового дна. Московский областной НИИ акушерства и гинекологии Минздрава России.
  5. Кулаков В. И., Селезнева Н. Д., Краснополский В. И. Оперативная гинекология. — М.: Медицина, 1990. — 464 С.
  6. Смольнова Т. Ю., Савельев С. В., Титченко Л. И. и др. Пролапс гениталий — следствие травматических родов или генерализованной дисплазии соединительной ткани? // Акушерство и гинекология. — 2001. — № 4.
  7. David R., Bolling, Jr., M. D. Clinical Associate Professor Department of Obstetrics and Gynecology Gynecologic Disorders, Differential Diagnosis and Therapy. Ed. By C. J. Pauerstein.

# ANALYSIS OF THE SURGERY EXPERIENCE IN CORRECTION OF GENITALS PROLAPSE REALISED IN THE KALININIGRAD REGIONAL CENTRE OF ENDO VIDEO SURGERY

Sednev O. V.

■ **The summary:** The present work contains the analysis of the follow-up genitals prolapse surgery carried out with the 56 patients in the Kaliningrad regional centre of endo video surgery within the 1998 - 2002. In process of the analysis we have made a comparative assessment of long-term effectiveness of a number of the operations practiced in our centre. We have shown the evolution frequency pattern of such postoperative complications as dysuria and pain syndrome due to the fixed structures tentation, as well as prolapse relapse pattern depending on the applied correction technology. We have also shown lack of their dependance on the degree of prolapse evidence. In addition the author has outlined his point of view on the ways of decreasing the amount of relapses in the follow-up genitals prolapse.

■ **Key words:** correction of genitals prolapse, urinary incontinence, pelvic floor.