

VDK 618.16-007.44-089

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ У ЖЕНЩИН РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

А.Н. Додонов¹, к. м. н., **Т.Б. Трубина^{1,2}**, д. м. н., профессор, **В.Б. Трубин²**, д. м. н., профессор, ¹Городская клиническая больница № 8, г. Уфа, ²Кафедра акушерства и гинекологии, Институт последилового образования, Башкирский государственный медицинский университет

Проведено комплексное изучение состояния здоровья женщин с генитальным пролапсом. Выявлен высокий процент хронических экстрагенитальных и гинекологических заболеваний. Разработаны новые технологии хирургического лечения генитального пролапса, применение которых позволило улучшить отдаленные результаты.

State of health of women with genital prolapse were studied. High weight of internal and gynecological diseases were discovered. New technologies of the genital prolapse surgical treatment were developed, that let to improvement of the further results.

Одним из часто встречающихся гинекологических заболеваний является опущение и выпадение стенок влагалища и матки [2]. Единственным эффективным методом лечения опущения и выпадения внутренних гениталий женщины является хирургический [1,5]. Однако большое число предлагаемых модификаций хирургического лечения данной патологии свидетельствует о недостаточной эффективности каждого в отдельности оперативного вмешательства, отсутствии единого подхода в решении поставленной задачи [3,4].

Цель исследования – совершенствование методов хирургического лечения пролапса гениталий для улучшения отдаленных результатов и повышения качества жизни женщин.

Материалы и методы. Проведено комплексное обследование 387 женщин с опущением и выпадением внутренних гениталий в сочетании с опущением мочевого пузыря и прямой кишки.

Прооперировано 53% городских жительниц и 47% жительниц сельской местности. По социальному положению 48,1% женщин были работающими, остальные 51,9% представлены домохозяйками и пенсионерками. Из работающих: 33,6% – служащие, 66,4% – рабочие.

Наибольшее число (67,4%) женщин были в возрасте старше 50 лет. В возрасте до 40 лет прооперированы 11,6% пациенток, из них у 11,1% сделана трансвагинальная экстирпация матки без придатков. Все женщины имели в анамнезе роды и аборт. Одни роды и аборты (от 1 до 6) имели 12,4% женщин. Остальные 87,6% женщин имели от 2 до 9 родов и от 1 до 15

абортов. У всех женщин с пролапсом гениталий во время родов имели место разрывы промежности (первой и второй степени) и разрывы шейки матки (1- и 2-ой степени).

С полным выпадением матки прооперировано 13,4%, с неполным выпадением – 51,7%, с опущением стенок влагалища – 31,5%, с выпадением культи шейки и культи влагалища после ранее проведенных абдоминальных операций – 3,4% женщин.

При обследовании применялись современные информативные методы исследования: клинические, бактериоскопические, бактериологические, иммунофлюоресцентные, эндоскопические (кольпоскопия, цистоскопия), ультразвуковые, цитологические, рентгенологические (экскреторная урография, цистография), сфинктерометрия уретрального и анального сфинктера, гистоморфологические.

Все женщины имели в анамнезе острые вирусные респираторные заболевания и детские инфекции. Экстрагенитальные заболевания были выявлены у 92% пациенток, среди них ведущее место занимали сердечно-сосудистая патология (гипертоническая болезнь – 35,4%, ИБС – 43,1%, кардиосклероз – 24,3%). Другая патология представлена следующими заболеваниями: мочевой системы (хронический латентно протекающий пиелонефрит, хронический цистит) – 28,7%; заболевания желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, хронический панкреатит, хронический холецистит) – 28,1%; железодефицитная анемия – 18,9%; мастопатия – 21,9%; заболевания дыхательной системы (хронический бронхит) – 6,6%.

Прочие заболевания (зоб, остеохондроз, артрозоартрит, хроническая язва стопы, варикозная болезнь нижних конечностей) встречались в единичных наблюдениях и составили 3,6%. Таким образом, на каждую пациентку приходится 2,1 хронических экстрагенитальных заболевания.

При комплексном обследовании гениталий диагностированы патологические изменения шейки матки у 88,4% женщин, представленные рубцовой деформацией, псевдоэрозиями, эндоцервикозами с явлениями гиперкератоза, паракератозами, воспалительными изменениями эндоцервикса. Высокий удельный вес составила простая лейкоплакия, диагностированная в 14,2% наблюдений и подтвержденная гистологическим исследованием. У 76,7% диагностировано значительно выраженное удлинение шейки матки.

При гистологическом исследовании эндометрия в 89,7% наблюдений диагностировано состояние эндометрия, соответствующее возрасту пациентки. В 10,1% наблюдений диагностированы гиперпластические процессы, представленные преимущественно полипами (железисто-кистозными и железисто-фиброзными), при этом в 40% женщины-носительницы полипов находились в постменопаузальном периоде (в возрасте от 53 до 76 лет) и патология эндометрия у них клинически ничем не проявлялась.

В результате гистологического исследования матки диагностированы миомы у 33,1% женщин. В половине наблюдений миомы диагностированы в период постменопаузы (в возрасте старше 53 лет). Ранее данная патология в этой возрастной группе не была диагностирована.

При гистологическом исследовании удаленных при трансвагинальной экстирпации маток был диагностирован внутренний эндометриоз у 25,6% женщин, в том числе 14,2% в период постменопаузы. Ранее эндометриоз не был диагностирован.

В результате гистологического исследования ткани стенки влагалища установлены патологические процессы в 94,8% наблюдений, представленные гиперкератозами, паракератозами, воспалительными подэпителиальными инфильтратами, эрозиями слизистой, декубитальными язвами, лейкоплакии слизистой влагалища составили 7,6%.

Во всех наблюдениях при сочетанной патологии органов малого таза (пролапс гениталий, опущение мочевого пузыря и прямой кишки) проведено оперативное лечение как радикальное (удаление матки), так и органосохраняющее (пластические операции) трансвагинальным доступом.

Оперативное лечение проводилось после предварительного комплексного обследования соответствующей предоперационной подготовки. В качестве анестезиологического пособия применялся интубационный наркоз и эпидуральная анестезия.

Нами разработан и применен способ укрепления подвешивающего связочного аппарата при трансвагинальной экстирпации матки (рационализаторское предложение № 1986 от 19.11.98). Целью применения предложенного способа является укорочение и создание более мощного по толщине подвешивающего связочного аппарата матки путем формирования

дубликатуры из связок. После экстирпации матки и ушивания брюшины связки мы предлагаем сшивать следующим образом. Конец одной культы связок пришивается примерно на 3 см выше конца культы связок с другой стороны, затем конец второй культы подшивается примерно на 3 см выше конца первой.

Таким образом, создается утолщение и укорочение его длины. В центр вновь созданного подвешивающего аппарата вводится дополнительная лигатура, к которой подшивается край задней стенки влагалища с целью более плотного соединения тканей связок и стенки влагалища.

При рецидивах выпадения культы влагалища после экстирпации матки у женщин пожилого возраста, когда половая жизнь исключена, мы предлагаем следующий способ оперативного лечения (патент на изобретение № 2197908, зарегистрирован в Государственном реестре изобретений Российской Федерации 10 февраля 2003).

По слизистой влагалища очерчивают четырехугольный лоскут таким образом, что верхний угол находится на 1,5-2 см ниже наружного отверстия уретры у основания выпавшего купола влагалища, боковые углы – на уровне середины малых половых губ, нижний угол – на уровне границы преддверия влагалища и промежности, верхние стороны имеют вогнутую форму, изгибом обращенную к нижней стороне основания выпавшего купола. Намеченный лоскут отсекают и удаляют. Лишенный слизистой купол влагалища погружают путем последовательного наложения циркулярных швов. Затем накладывают погружные викриловые швы на мышцы и фасции тазового дна, соединяя их между собой. Края слизистой влагалища верхних боковых сторон четырехугольника соединяют непрерывным кетгуттовым швом. Края кожи нижних боковых сторон соединяются узловыми кетгуттовыми швами.

Нами предложен способ хирургического лечения миомы матки в сочетании с опущением стенок влагалища (рационализаторское предложение № 2336 от 30.01.01).

При наличии миом больших размеров ввиду затруднения извлечения матки через влагалище после максимального отделения и лигирования связок предложен метод кускования. Однако данный способ требует дополнительных временных затрат и является достаточно трудоемким. В ряде случаев при миомах матки метода кускования удастся избежать. При наличии миомы матки до 13-14 недель и опущения стенок влагалища нами предложен следующий способ трансвагинальной экстирпации матки. Из передней стенки влагалища на 1,5-2 см ниже наружного отверстия уретры вырезается и отсекается треугольный лоскут, обращенный основанием вниз, разрез циркулярно продолжается вокруг шейки матки на уровне переходной складки, мочевого пузыря и слизистая влагалища отслаиваются вверх. Кардинальные связки рассекаются и лигируются. Вскрывается брюшина пузырно-маточного и маточно-прямокишечного пространств, что при наличии миомы обычно не представляет затруднений. Затем под контролем указательного пальца левой руки, введенного в заднее отверстие, производится рассечение маточно-крестцовых связок. Зажимы на

связки при этом накладываются по диагонали через отверстие к ребру матки. После этого все манипуляции осуществляются лишь на одной стороне матки без выведения ее наружу. Матка постепенно слегка подтягивается через переднее отверстие наложенными на переднюю стенку пулевыми щипцами. Зажимы накладываются сверху вниз через переднее отверстие на максимально доступные для манипуляций связки по одной стороне поэтапно до полного отсечения одного ребра матки от связок. После этого матка выводится наружу и отсечение второго ребра под контролем зрения не представляет трудностей. Остальные этапы операции выполняются по обычной методике Мейо. Придатки осматриваются. Брюшина ушивается кистетным швом. Культы связок сшиваются между собой. Слизистая влагалища ушивается непрерывным кетгуттовым швом, производится задняя кольпоперинеолеваторопластика.

При производстве задней кольпоперинеолеваторопластики для обеспечения оптимальной результативности хирургического лечения предложены различные способы отсепаровки лоскута слизистой задней стенки влагалища (рационализаторское предложение № 2420, утверждено 06.11.01). При выборе формы лоскута слизистой используется индивидуальный подход.

Трансвагинальная экстирпация матки произведена у 264 женщин, в том числе у 56 с применением нами разработанного способа укрепления подвешивающего связочного аппарата. У 12 женщин одновременно с трансвагинальной экстирпацией матки выполнено одностороннее удаление придатков: по поводу кист яичников (8), в том числе по поводу серозной кисты (4), кисты желтого тела (2), фолликулярной (1), дермоидной (1), по поводу хронического аднексита (4). В одном наблюдении одновременно с экстирпацией матки сделано 2-стороннее удаление придатков по поводу хронического аднексита и у 3 женщин удалены трубы с обеих сторон и сделана двухсторонняя резекция кистозно измененных яичников. Трансвагинальная экстирпация культы шейки матки при ее выпадении после ранее перенесенной трансабдоминальной ампутации матки выполнена у 8 женщин. У 2 пациенток произведена разработанная нами операция по поводу выпадения влагалища после ранее произведенной трансабдоминальной экстирпации матки. Во всех наблюдениях при трансвагиналь-

ной экстирпации матки и культы шейки матки производилась передняя кольпорафия и кольпоперинеолеваторопластика. При частичном недержании мочи у женщин производилась одновременно с трансвагинальной экстирпацией или модификацией манчестерской операции операция Келли или применялся способ хирургического лечения, разработанного нами.

Трансвагинальная экстирпация матки сделана у 27 женщин при сочетании опущения стенок влагалища, несостоятельности тазового дна и миомы больших размеров (более 12-13 недель беременности), в том числе у 24 – без придатков, у 3 – с удалением труб и резекцией яичников. Одновременно у них производилась передняя и задняя кольпорафия перинеолеваторопластика.

У 113 женщин сделаны органосохраняющие операции, в том числе у 64 – модификация манчестерской операции, разработанная нами, у 4 двухэтапная операция (на первом этапе – лазерохирургическое лечение фоновых заболеваний шейки, на втором этапе – передняя и задняя кольпорафия с перинеолеваторопластикой), у 45 – передняя и задняя кольпорафия с перинеолеваторопластикой.

При динамическом наблюдении в течение одного года после операции рецидивов заболевания не было выявлено.

Выводы. Таким образом, применение усовершенствованных технологий хирургического лечения генитального пролапса способствует улучшению отдаленных результатов и повышению качества жизни женщин после операции.



ЛИТЕРАТУРА

1. Бализин И.В. Современная диагностика опущений и выпадений женских гениталий и методы их хирургической коррекции у онкологических и гинекологических больных. Дис. ... докт. мед. наук. Ростов-на Дону; 1995.
2. Буянова С.Н., Петрова В.Д., Шагинян Г.Г., Смольнова Т.Ю. Эффективность различных методов лечения женщин с пролапсом гениталий, осложненным недержанием мочи. Журнал акушерства и женских болезней 2000; том XLIX; 4: 28-30.
3. Макаров О.В., Мазо Е.Б., Кривоборзов Г.Г. и др. Комбинированное оперативное лечение генитального пролапса. Акуш. и гинек. 2000; 1: 40-44.
4. Савельева И.С. Комплексная реабилитация и экспертная оценка трудоспособности больных, оперированных по поводу опущения и выпадения внутренних половых органов. Автореф. ... канд. мед. наук. М.; 1993.
5. Стежкова В.В., Сапелкина И.М., Гусев С.А. Морфологическое обоснование выбора метода оперативного лечения больных с опущением и выпадением внутренних половых органов. Акуш. и гинек. 1993; 6: 36-39.