

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СЛОЖНЫХ ФОРМ СОЧЕТАННЫХ ОПУЩЕНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Р.М. Новрузов, Б.А. Агаев

*Кафедра хирургических болезней № 2 (зав. – акад. АН Азербайджана Б.А. Агаев)
Азербайджанского медицинского университета, НИИ клинической медицины, г. Баку,
городская больница восстановительного лечения (главврач – К.Б. Ибадов), г. Сумгаит*

Опущения органов малого таза (ООМТ) – проблема социально-медицинского характера. Сложные и тяжелые формы пролапса нарушают образ жизни больных, создают трудности в их социальной среде, половых функциях и порой приводят к изоляции больных от общества [1, 3, 4]. 47,0% больных с ООМТ находятся в трудоспособном и репродуктивном возрасте, при этом у 43,0% из них имеют место функциональные нарушения различной тяжести в нижних мочевыделительных путях [1, 3, 5]. ООМТ составляют 17,0–28,0% гинекологических болезней, требующих хирургического лечения [2, 3, 5, 6]. Операции по ООМТ по частоте выполняемости находятся на третьем месте, уступая лишь эндометриозу и новообразованиям матки [3, 5]. Аппарат, фиксирующий органы малого таза в нормальном анатомическом положении, представлен в основном висцеральными мышцами и фасциями таза, в связи с чем морфофункциональные нарушения (недостаточность) мышц тазового дна считаются одними из основных причин изолированных и сочетанных опущений органов малого таза [3, 5, 6, 8, 10, 12].

Как считает большинство авторов, функциональные нарушения органов малого таза непосредственно связаны с их фиксирующим аппаратом. Известно, что гисто-органо-генетически, анатомически и функционально указанные органы представляют собой единый комплекс, обуславливающий возникновение общего клинического синдрома их десценции [4, 5, 7, 8].

Среди причин ООМТ особое место отводится дисплазиям соединительной ткани, многократным родам, родовым травмам, ятрогенным повреждениям при хирурги-

ческих вмешательствах, недостаточности эстрогенов в сочетании с нарушениями обмена веществ, возрастным изменениям в мышцах и соединительной ткани, нарастанию внутрибрюшинного давления (тяжелая физическая работа, хронические легочные заболевания, хронические запоры и др.), которые инициируют нестабильность мышечно-фасциального комплекса тазового дна и фиксирующего аппарата матки [6, 8–11].

Пролапс гениталий чаще всего наблюдается в позднем репродуктивном и пременопаузальном периодах. Если в 1970-е годы пролапс гениталий считался патологией лиц пожилого и старческого возраста, то в настоящее время средний возраст больных составляет около 50 лет, а у 26,0% пациентов возраст не превышает 40 лет [1].

Как видно из представленной характеристики, различные аспекты патогенеза, лечения и профилактики ООМТ не только сохраняют социально-медицинскую значимость, но и приобретают все возрастающую актуальность. Увеличивается частота случаев осложненных и клинически сложных форм ООМТ на фоне постепенного «омоложения» самой патологии [1, 3, 5].

До сих пор недостаточно в анатомо-функциональном аспекте обоснован выбор подвешивающих средств и соответствующих методов при вентросуспензии опущенных органов [6]. Кроме того, при субтотальных и тотальных экстирпациях матки нарушается целостность связочного аппарата, составляющего основу фиксирующей системы [3–5, 11]. Связочный аппарат, и так частично лишившийся прочности, подвергается растяжению, укорачиванию, складыванию под острым углом, дополнительному «подвешиванию груза»,

хронической или острой ишемии при наложении достаточно многочисленных швов при хирургических вмешательствах. Все это многократно увеличивает вероятность рецидивирования десценции [3, 6, 7, 12].

Из-за высокой частоты (до 55,0%) опущения свода и стенок влагалища, формирования цистоцеле после операций с вагинальным доступом, в последнее время предпочтение отдается методам хирургической коррекции с трансабдоминальным доступом. Мы также считаем более рациональным именно трансабдоминальный доступ.

Среди органов малого таза опущению чаще всего подвергаются матка, вагина, задняя стенка мочевого пузыря, прямая кишка, а также культи (шейка) матки после ампутации органа. В части случаев наблюдается сочетанное опущение перечисленных органов, что и обуславливает нарушения их функций различной тяжести. Возникает необходимость выполнения нескольких комбинированных операций [1–5], после которых в 30,0–40,0% случаев имеют место рецидивы опущения [3–5]. После хирургического вмешательства остаются достаточно высокими показатели нарушения иннервации, васкуляризации, структуры и специфических функций отделных органов малого таза [3, 5].

Изложенное выше диктует необходимость продолжения разработки более эффективных методов хирургического лечения ООМТ.

Целью настоящего исследования являлись разработка и внедрение в практику метода хирургической коррекции сложного комбинированного опущения органов малого таза на основе сочетанного применения нескольких модифицированных классических операций с использованием связочного аппарата матки, апоневроза косых мышц передней стенки живота и аллопластики проленом.

Мы наблюдали 147 больных, оперированных в 1988–2005 гг. Из них у 128 пациенток был пролапс гениталий, у 19 – сложная форма комбинированного опущения. У всех больных имели место цистоцеле и ректоцеле различной степени. При интраабдоминальной ревизии у последних

19 пациенток обнаружен долиходуглас, а у 7 из них – также внутреннее опущение прямой кишки. У 6 больных этой же группы диагностирован «colon pelvinum», у одной – инвагинированная форма внутреннего опущения прямой кишки при фиброколоноскопии.

Всем больным была выполнена предложенная нами комбинированная операция вентросуспензии и вентрофиксации. В качестве фиксирующих средств использовались круглые связки матки, крестцово-маточные связки, лоскуты из апоневроза наружных косых мышц передней стенки живота, лоскут вместе с синтетическим материалом типа «пролен». Кроме того, применены частичная облитерация заднедугласового пространства, ректоутеропексия или ректосакропексия. Из-за отсутствия органических изменений в матке при УЗИ и интраоперационной ревизии ни у одной из этих пациенток не была выполнена субтотальная или тотальная экстирпация органа, т.е. сохранялись матка и ее придатки.

Основные этапы выполнения операции

1. Лапаротомию производят разрезом Пфанненштиля, после этого мобилизуют и выводят на раневую поверхность матку с помощью кетгутового захвата ее дна. Вскрывают маточно-пузырную складку с обеих сторон вплоть до широкой связки матки. При этом следует крайне осторожно производить указанную диссекцию. Так, во избежание повреждения задней стенки мочевого пузыря диссекцию следует выполнять тупым способом ближе к шейке матки и влагалищу, поскольку при грубой диссекции может наблюдаться неинтенсивное кровотечение из задней стенки мочевого пузыря. Подобное кровотечение можно остановить электрокоагуляцией или тампонированием поврежденной зоны.

При ликвидации цистоцеле, имеющего место до операции, применена следующая тактика. Начиная с маточно-пузырной складки осторожно изолируют заднюю стенку мочевого пузыря от передней стенки влагалища на протяжении 4–5 см. Производят гемостаз, после которого по мето-

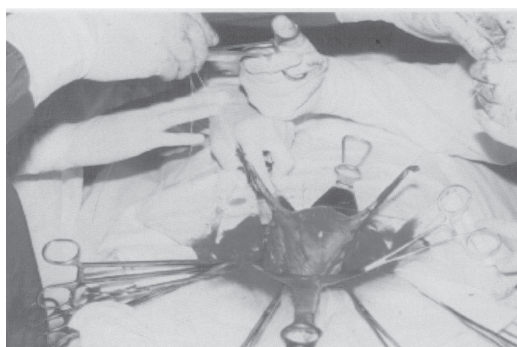


Рис. 1. Проксимальные концы круглых связок, выведенные на поверхность операционного разреза.

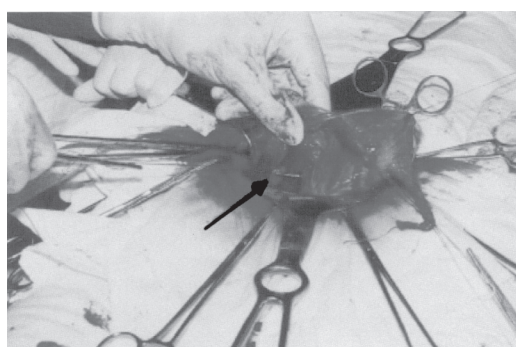


Рис. 2. Сочетанная фиксация круглыми и крестцово-маточными связками.

ду Атабекова на заднюю стенку мочевого пузыря без охвата слизистой органа накладывают 3–4 спиралевидных шва рассасывающейся ниткой (кетгут № 4); эти швы не завязывают и используют как держалки.

2. На расстоянии 2–3 см от пахового канала с обеих сторон перевязывают и режут круглые связки матки. При таком выборе места разреза связок их питание не нарушается, поскольку внутрибрюшинная часть связок снабжается артериальной кровью из тела матки, а дистальная – а. epigastricae inferior. Таким образом, полностью сохраняется кровообращение в круглых связках матки. Проксимальные концы круглых связок отделяют от широких связок и выводят на поверхность разреза; мелкие кровоизлияния блокируют электрокоагуляцией (рис. 1.). Дистальные же концы этих связок через разрез «окно» на бессосудистом участке широких связок с обеих сторон переносят на заднюю поверхность тела матки и подшивают к крестцово-маточным связкам. В результате достигается сочетанная фиксация круглыми и крестцово-маточными связками (рис. 2).

3. Долиходуглас, обнаруженный у 19 пациенток при ревизии малого таза, ликвидирован путем частичной облитерации полости наложением кисетного шва на ее дно после проксимального поднятия прямой кишки (метод Мошковича). 3 из 7 больных с внутренним опущением прямой кишки выполнена операция Кюммеля–Зеленина, а остальным – ректоутеропексия.

4. При формировании лоскута из апоневроза косых мышц передней стенки

живота из верхнего и нижнего краев апоневроза параллельно лапаротомному разрезу режут ланцетовидные полосы шириной 1,0–1,5 см. При этом с каждым из краев (верхним и нижним) лапаротомного разреза соприкасается основание одного и конец другого лоскутов. Особо следует отметить, что при выполнении этой операции зона мышечно-апоневротических стыков в косых мышцах остается интактной, основания лоскутов оказываются достаточно широкими и тем самым поддерживаются их адекватная васкуляризация. Следует подчеркнуть, что подобное формирование лоскутов также не нарушает вектор волокон и общий план строения апоневроза, что обеспечивает прочность и функциональность изготовленных лоскутов. При данном разрезе можно формировать апоневротические лоскуты необходимых размеров.

У 8 пациенток имело место фартукообразное опущение передней стенки живота. При выполнении им соответствующей операции, наряду с формированием апоневротического лоскута, предприняты дополнительные меры. Так у 5 из них перед вентросуспензией изготовленным лоскутам придавали форму двухслойной «полой связки» путем сшивания их краев друг к другу. Для этого использовали стерильную трубку диаметром 3,0–4,0 мм, которую окутывали лоскутом, после этого края последнего фиксировали друг к другу в продольном направлении вдоль всей трубки.

Еще у 3 больных сформированные подобным образом «связки» дополнительно протезировали проленом. Протезирование

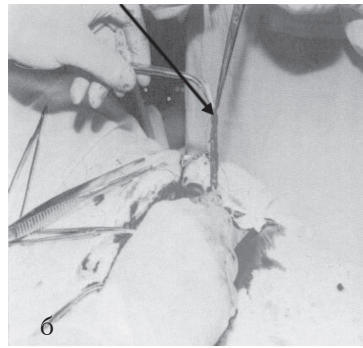
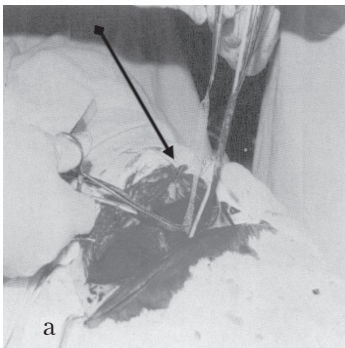


Рис. 3. Формирование единой «связки» из апоневроза косых мышц передней стенки живота и аллопластического протеза из пролена.

выполняют в следующем порядке. Сначала формируют окутывающий стерильную трубку пласт из апоневротического лоскута, как это описано выше. Затем берут кусок стерильного пролена шириной 5,0–6,0 мм и длиной, соответствующей длине апоневротической «полной связки». Проленовый кусок подшивают к стерильной трубке, находящейся внутри апоневротической «полной связки»; при этом не снимают держатели на дистальном конце лоскута. Далее стерильную трубку вытягивают в латеральном направлении вдоль апоневротической «полной связки», в результате проленовый кусок попадает во внутрь последней. Таким образом, формируют двухслойный комплект «апоневроз-пролен» с единым волокнистотканевым комплексом. При этом ни у одной из пациенток не отмечались явления перифокального воспаления, отторжения и расслоения в сформированном комплексе «апоневроз-пролен».

Ход формирования двухслойного апоневротически-проленового подвешивающего комплекса проиллюстрирован на рис. 3.

При собственно подвешивании сформированный лоскут переносят в «туннель», открытый пальцем за прямой мышцей живота; отсюда его экстраперитонеально опускают в малый таз, где заранее производят диссекцию маточно-пузырной складки. Здесь лоскут подшивают викриловой нитью №3 к передней стенке вагины. Аналогичную операцию выполняют также на противоположной стороне. Таким образом, передняя стенка вагины оказывается прочно подвешенной к передней стенке живота

с помощью апоневротических суспензоров.

Цель следующего этапа операции заключается в ликвидации опущения задней стенки мочевого пузыря – цистоцеле. Для этого в пузырь вводят катетер Фолея, баллон которого наполняют воздухом. Затем наполненный баллон катетера вместе с пузырем натягивают проксимальнее и вперед. В результате подобного перемещения значительно мобилизуется мочевой пузырь, формируется достаточное операционное поле дорсальнее его. В дальнейшем заднюю стенку мочевого пузыря поочередно в краниальном направлении подшивают кетгутowymi швами, наложенными заранее, к подвешивающим апоневротическим лоскутам, передней стенке тела матки или к ее дну, после этого перитонизируют маточно-пузырную складку. Так ликвидируется цистоцеле и/или сводится к минимуму риск его возникновения.

5. Проксимальные концы круглых связок, мобилизованных заранее, через оконное отверстие в перитонеально-мышечно-апо-

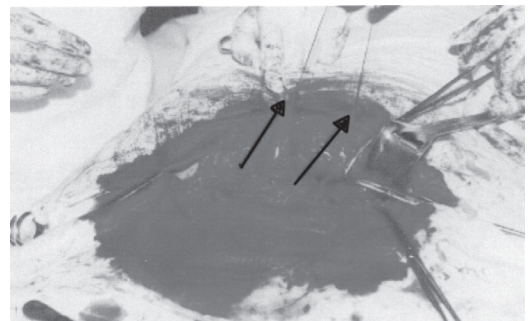


Рис. 4. Выведение проксимальных концов мобилизованных круглых связок на поверхность апоневроза выше симфиза.

невротическом пласте на 4,0-5,0 см выше симфиза выводят под кожу, где зашивают нерассасывающейся нитью как к апоневрозу, так и друг к другу (рис. 4).

Итак, все органы малого таза у пациенток с сочетанным опущением в той или иной степени подвешивают и фиксируют как в отдельности, так и в комплексе, что значительно усиливает эффективность выполненной операции.

Большинство пациенток (15) находились под постоянным наблюдением в течение 2 лет после хирургической коррекции опущения органов малого таза. Комплексный клиничко-лабораторно-инструментальный контроль выполнялся в интервале 6–12–24 месяцев после операции.

У одной пациентки образовалась пузырно-влагалищная фистула спустя 17 дней после операции, что, вероятнее всего, было обусловлено ишемией зоны зашивания задней стенки мочевого пузыря к передней стенке влагалища. Спустя 4 месяца после хирургической коррекции опущения органов малого таза этой больной первагинально выполняли фистулэктомию по Лацко – послеоперационный период протекал без осложнений.

Одна пациентка в течение 3 месяцев после операции жаловалась на ноющие боли и чувство растяжения в правой подвздошной области в зоне формирования апоневротического лоскута; жалобы прекратились после консервативного обезболивающего лечения. Еще у одной пациентки диагностировано ректоцеле, которое было ликвидировано путем кольпоперинеопластики через 8 месяцев после первой операции.

Таким образом, при хирургической коррекции сочетанного опущения органов малого таза их оптимальная фиксация обеспечивается патогенетически обоснованным комплексным применением суспензоров из апоневроза косых мышц передней стенки живота изолированно и вместе с аллопластическим материалом, а также круглых связок матки в условиях выполнения традиционных методов суспензии и фиксации ООМТ. Предложен-

ные нами средства, методические приемы и ход выполнения операции могут быть использованы также в целях профилактики опущения сводов и стенки влагалища после субтотальных и тотальных экстирпаций матки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Буянова С. Н., Петрова В. Д. и др. // Журн. акуш. и жен. бол. – 2000. – Вып. 4 – С. 28–30.
2. Исмаилова М. К. Пути улучшения хирургического лечения опущений и выпадений внутренних половых органов: Автореф. дисс. канд. мед. наук. – Баку, 2003.
3. Краснопольский В. И. // Акуш. и гин. – 1985. – № 5. – С. 58–60.
4. Макаров О. В. // Акуш. и гин. – 2001. – № 3. – С. 59–60.
5. Манагадзе Л. Г., Лопаткин Н. А. и др. Оперативная урология (классика и новации). – М., 2003.
6. Рижинашвили И. Д. Хирургическое лечение опущений и выпадений матки и влагалища с использованием апоневротического лоскута: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 1991.
7. Смольнова С. В., Савельев С. В. и др. // Акуш. и гин. – 2001. – № 4. – С. 33–37.
8. Novruzov R.M., Gahramanov V.I., Mamedov E. A. et al. // Abstracts of IX International Euroasian Congress of Surgeons and Gastroenterologists. – Baku, 2006. – P. 41.
9. Carley M.E., Turner R.J., Scott D.E., Alexander J.M. // J. Am. Assoc. Gynecol. Laparosc. – 1999. – Vol. 6. – P. 85–89.
10. Connolly A.M., Thorp J.M. // Clin. Obstet. Gynecol. – 1999. – Vol. 42 – P. 820–835.
11. Dannecker C., Anthuber C. // J. Perinat. Med. – 2000. – Vol. 28. – P. 175–184.
12. Novruzov R.M., Gahramanov V.I. // VI International Euroasian and Azerbaijanian Congress of Gastroenterologists and Surgeons. Baku, 2003. – P. 210.

Поступила 12.09.07.

OUR EXPERIENCE OF SURGICAL TREATMENT OF COMPLEX FORMS OF ASSOCIATED PROLAPSUS OF PELVIC ORGANS

P.M. Novruzov, B.A. Agayev

Summary

Designed and implemented in practical work was a complex surgical correction method of combined prolapsus of pelvic organs. All patients underwent the proposed surgical method with ventrosuspension and ventrofixation via abdominal access. Suggested method of the operation can be used also for the prevention of prolapsus of vaginal wall after subtotal and total uterus extirpate.