

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН С ПРОЛАПСОМ ГЕНИТАЛИЙ

*Алексей Николаевич Додонов², Владимир Борисович Трубин¹,
Татьяна Борисовна Трубина^{1,2}*

*¹Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав. — доц. А.Г. Ящук) Башкирского государственного медицинского университета, ²Городская клиническая больница № 8 (главврач — доц. Р.Ф. Магафуров),
г. Уфа, e-mail: zxpola@yandex.ru*

Реферат

Разработана система диагностических и лечебно-реабилитационных мероприятий при опущении и выпадении гениталий, оптимизированы методика хирургического лечения и тактика ведения послеоперационного периода. Применение разработанной системы у 185 женщин основной группы позволило снизить уровень ранних послеоперационных осложнений в 2 раза, а частоту неудовлетворительных отдаленных результатов — в 3 раза.

Ключевые слова: пролапс гениталий, диагностика, лечебно-реабилитационные мероприятия, хирургическое лечение.

Опущение и выпадение внутренних половых органов, по данным различных авторов, встречается у 15–30% женщин. [2, 4, 8]. В последнее время наблюдается устойчивая тенденция к омоложению контингента с генитальным пролапсом. Современные исследования [1, 3, 4] показали, что доля женщин репродуктивного возраста составляет не менее трети, а по некоторым данным [5, 6, 7], — более половины от общего числа больных с пролапсом гениталий. Опущение гениталий почти всегда сопровождается дисфункцией тазовых органов — мочевого пузыря и прямой кишки. В настоящее время известно более 300 способов хирургической коррекции пролапса половых органов, что, с одной стороны, свидетельствует о детальном изучении этой проблемы, а с другой — о неудовлетворительных результатах хирургического лечения. По данным некоторых авторов [1,7,8], рецидив развивается у каждой третьей больной. До настоящего времени недостаточно изучены вопросы диагностики начальных форм заболевания и тактики лечения больных с генитальным пролапсом в сочетании с другими гинекологическими заболеваниями. Недостаточно разработана система послеоперационного наблюдения и ре-

билитации, что также провоцирует развитие рецидивов [5, 6].

Цель исследования: оптимизация медицинской помощи женщинам с опущением и выпадением внутренних гениталий.

Проведены комплексное обследование и хирургическое лечение 410 женщин в возрасте от 36 до 78 лет с пролапсом гениталий. Больные были подразделены на 2 группы — основную (185) и контрольную (225). Средний возраст больных контрольной группы составлял $54,6 \pm 3,3$ года, основной — $53,2 \pm 3,1$ года. Возрастной состав: до 40 лет — 21,3% и 19,5%, от 41 до 50 — 27,6% и 29,2%, от 51 до 60 — 28,4% и 29,7%, старше 60 лет — 22,7 и 21,6% в контрольной и основной группах соответственно. При обследовании применялись клинические, бактериологические, иммунологические эндоскопические (кольпоскопия, цистоскопия, ректороманоскопия), лучевые и морфологические методы.

По социальному положению больные распределились следующим образом: служащие — 41,8% и 44,3%, рабочие — 32,0% и 29,2%, домохозяйки — 26,2% и 26,5% в контрольной и основной группах соответственно.

Число родов и аборт в основной и контрольной группах было практически одинаковым. Одни роды и от 2 до 4 абортов в анамнезе перенесли 11,7% женщин, 2–9 родов и 2–10 абортов — 88,3%. Во время родов у 75% пациенток обеих групп произошли разрывы (I–II степени) или хирургическое рассечение промежности (эпизио-, перинеотомии). В момент обследования у 84,1% женщин обеих групп диагностированы экстрагенитальные заболевания в фазе ремиссии: до 40 лет чаще выявлялись заболевания желудочно-кишечного тракта, мочевыделительной сис-

темы и железодефицитная анемия, после 50 лет — патология сердечно-сосудистой и мочевыделительной систем. Диагностированы сопутствующие гинекологические заболевания: патология шейки матки — 78,8% (рубцовая деформация, эрозированный эктропион, приобретенная эктопия, простая лейкоплакия), хронический сальпингооофорит — 41,9%. При обследовании мочевыделительной системы у женщин контрольной группы обращала на себя внимание значительная частота жалоб на дизурию: учащенное (52,9%) и затрудненное мочеиспускание (16,0%), никтурия (40,4%), недержание мочи при напряжении (29,8%). Изменения со стороны слизистой мочевого пузыря (трабекулярность или складчатость слизистой оболочки, расширение и инъецирование сосудов) были выявлены в 80,9% цистоскопий. У каждой шестой женщины диагностирован цистит. Атония, расширение мочеточников, почечных лоханок, чашечек обнаружались у 32,4% больных. При бактериологическом исследовании мочи микробное число свыше 100 тыс. в 1 мл выявлено у 28,5% женщин, хронический пиелонефрит — у 29,4%. На нарушение функции кишечника (преимущественно запоры) жаловались 78,2% больных. Ректоцеле диагностировано у 64,9% женщин, геморрой — у 30,2%. При сфинктерометрии по Аминеву недостаточность анального сфинктера наблюдалась в 26,2% случаев.

Показаниями к оперативному лечению в контрольной группе были полное (14,7%) и частичное (51,6) выпадение матки, опущение стенок влагалища (23,5%), выпадение культы шейки матки или культы влагалища после перенесенной абдоминальной гистерэктомии (10,2%). Этим больным в гинекологических отделениях многопрофильных больниц проводились следующие операции: трансвагинальная экстирпация матки — у 66,3%, передняя и задняя кольпорафия с перинеолеваторопластикой — у 30,6%, экстирпация культы шейки матки в сочетании с передней и задней кольпорафией и перинеолеваторопластикой — у 3,1%.

При гистологическом исследовании аденомиоз диагностирован у 20,8% пациенток, миома матки — у 31,1%. При гистологическом исследовании стенок влагалища в 89,3% наблюдений установлены

патологические изменения: гипер- и паракератоз, кольпит, эрозии, декубитальные язвы и лейкоплакия.

В раннем послеоперационном периоде у женщин контрольной группы в 3,5% наблюдений имело место нагноение раны промежности. Через 12 месяцев у 6,2% женщин, перенесших трансвагинальную экстирпацию матки, было выявлено опущение задней стенки влагалища I степени, у 4,8% — II степени. После передней и задней кольпорафии с леваторопластикой у 3,1% больных возник рецидив опущения стенок влагалища.

В основной группе применялась усовершенствованная нами система лечебно-реабилитационных мероприятий. На первом этапе проводилось комплексное обследование в условиях женской консультации, на втором — индивидуализированное хирургическое лечение с использованием трансвагинального доступа в условиях стационара. В послеоперационном периоде применялись иглорефлексотерапия и лазерное излучение малой интенсивности. Третий этап включал диспансерное наблюдение в женской консультации и дальнейшие реабилитационные мероприятия.

Показаниями к оперативному лечению в основной группе были полное (12,4%) или частичное (55,1%) выпадение матки, опущение стенок влагалища (22,2%), выпадение культы шейки матки и культы влагалища после абдоминальной гистерэктомии (10,3%). Трансвагинальная экстирпация матки с пластикой влагалища и тазового дна была выполнена у 125 (67,5%) из 185 больных основной группы с применением разработанного нами способа укрепления подвешивающего связочного аппарата (рац. предл. № 1986, утверждено 19.11.1998 г.). Отличие метода заключается в укорочении и увеличении толщины подвешивающего связочного аппарата матки путем формирования дубликатуры из связок. После экстирпации матки и ушивания брюшины мы предлагаем сшивать связки следующим образом: конец одной культы связок пришиваем примерно на 3 см выше конца культы связок с другой стороны, затем конец второй культы подшиваем примерно на 3 см выше конца первой. Таким образом достигаются и укорочение и

увеличение толщины связочного аппарата. В центр вновь созданного подвешивающего аппарата вводим дополнительную лигатуру, к которой подшиваем край задней стенки влагалища, что обеспечивает более плотное соединение связок матки и стенки влагалища.

У 31 (16,7%) женщины основной группы трансвагинальная экстирпация матки была выполнена при сочетании опущения стенок влагалища, несостоятельности мышц тазового дна и миомы матки больших размеров (14–16 нед. беременности) по разработанной нами методике (рац. предл. № 2336, утверждено 30.01.2001 г.). Из передней стенки влагалища на 1,5–2 см ниже наружного отверстия уретры вырезаем и отсепааровываем треугольный лоскут, обращенный основанием вниз. Разрез циркулярно продолжаем вокруг шейки матки на уровне переходной складки; мочевого пузыря и слизистую влагалища отслаиваем вверх. Кардинальные связки рассекаем и лигируем. Вскрываем брюшину пузырно-маточного и маточно-прямокишечного пространств, затем под контролем указательного пальца левой руки, введенного в задний проход, производим рассечение маточно-крестцовых связок. Зажимы на связки накладываем по диагонали к ребру матки. После этого все манипуляции осуществляем лишь на одной стороне матки без выведения ее наружу. Матку медленно подтягиваем через переднее отверстие наложенными на переднюю стенку пулевыми щипцами. Поэтапно сверху вниз на доступные для манипуляций связки по одной стороне накладываем зажимы до полного отсечения одного ребра матки от связок. После этого матку выводим наружу, и отсечение второго ребра под контролем зрения не представляет трудностей.

У 15 (8,1%) женщин, не живущих половой жизнью, сделана пластическая операция по поводу выпадения культи влагалища после перенесенной трансбдоминальной экстирпации матки по разработанной нами методике (патент на изобретение № 2197908, зарегистрирован 10.02.2003 РФ). По слизистой оболочке влагалища наносим контуры четырехугольного лоскута таким образом, чтобы верхний угол находился на 1,5–2 см ниже наружного отверстия уретры у основания

выпавшего купола влагалища, боковые углы — на уровне середины малых половых губ, а нижний угол — на уровне границы преддверия влагалища и промежности. Верхние стороны лоскута имеют вогнутую форму, изгибом обращенную к нижней стороне основания выпавшего купола. Намеченный лоскут отсепааровываем и удаляем. Лишенный слизистой оболочки купол влагалища погружаем путем последовательного наложения циркулярных швов. Затем накладываем погружные викриловые швы на мышцы и фасции тазового дна соединяя их между собой. Края слизистой оболочки влагалища вдоль верхних боковых сторон четырехугольника соединяем непрерывным кетгутовым швом, а края кожи нижних боковых сторон — узловыми кетгутовыми швами.

При пролапсе гениталий и недержании мочи одновременно с трансвагинальной экстирпацией у 52 (23,1%) женщин производилась операция Келли. У 41 (22,2%) больной была выполнена передняя и задняя кольпорафия с перинеолеваторопластикой. Трансвагинальная экстирпация культи шейки матки в сочетании с передней и задней кольпорафией и перинеолеваторопластикой проводилась у 4 (2,3%) женщин.

В послеоперационном периоде, кроме общепринятых методов, применялась иглорефлексотерапия для регуляции функции мочевого пузыря и кишечника, лазерное облучение послеоперационной раны для улучшения регенерации тканей. Больных выписывали в среднем на 10–12-й день.

В раннем послеоперационном периоде у 1,6% женщин основной группы имело место нагноение раны промежности. В отдаленном послеоперационном периоде (через один год) у 2,7% женщин, перенесших трансвагинальную экстирпацию матки, диагностировано опущение задней стенки влагалища I степени. Среди женщин, прооперированных по поводу опущения стенок влагалища, рецидивов не отмечалось.

Комплексное обследование женщин с пролапсом гениталий показало высокую частоту соматических (84,1%) и сопутствующих гинекологических заболеваний (78,8%), а также патологических измене-

ний в смежных органах (мочевыделительная система, нижний отдел кишечника). Анализ отдаленных результатов хирургического лечения больных контрольной группы выявил неудовлетворительные результаты в 14,1% наблюдений. Для повышения качества медицинской помощи разработана система диагностических и реабилитационных мероприятий. Оптимизированы методика хирургического лечения, а также тактика ведения послеоперационного периода и диспансерного наблюдения. Применение разработанной системы у женщин основной группы позволило снизить уровень ранних послеоперационных осложнений в 2 раза, частоту неудовлетворительных отдаленных результатов в 3 раза. По данным литературы, пролапс гениталий рецидивирует в 6–15% случаев [2, 7, 9]. Отсутствие рецидивов в основной группе через год после операции свидетельствует об эффективности разработанной нами системы — улучшении здоровья женщин и качества их жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Буянова С.Н., Петрова В.Д., Шагинян Г.Г., Смольнова Т.Ю. Эффективность различных методов лечения женщин с пролапсом гениталий, осложненным недержанием мочи // Журн. акуш. и жен. бол. — 2000. — Т. 49. — Вып. 4. — С. 28–30.
2. Лузина Л.В. Хирургическая коррекция десценции тазового дна с использованием биогенного материала — твердой мозговой оболочки: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — Уфа, 2007. — 21 с.
3. Мамаева А.В. Клиническое прогнозирование и возможности профилактики постгистерэктомического пролапса гениталий: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — Уфа, 2007. — 22 с.
4. Смольнова Т.Ю. Клинико-патогенетические аспекты опущения и выпадения внутренних половых

органов и патологии структур тазового комплекса у женщин при дисплазии соединительной ткани. Тактика ведения: Автореф. дисс. ... д-ра. мед. наук. — М., 2009. — 57с.

5. Яцук А.Г. Медико-генетическое прогнозирование десценции тазового дна у женщин Уральского региона // Казанский мед. ж. — 2008. — Т. 89. — № 2. — С. 169–173.

6. Яцук А.Г., Мамаева А.В. Причины развития постгистерэктомического пролапса гениталий // Казанский мед. ж. — 2008. — Т. 89. — № 4. — С. 492–495.

7. Jelovsek J. E., Christopher M., Matthew D. // Lancet. — 2007. — Vol. 369 (9566), — P. 1027–1038.

8. Stein T.A., Kaur G., Summers A. Comparison of bony dimensions at the level of the pelvic floor in women with and without pelvic organ prolapse // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2009. — Vol. 3 (241). — P.1–5.

9. Schwartz M., Abbott K.R., Glazerman L., Positive symptom improvement with laparoscopic uterosacral ligament repair for uterine or vaginal vault prolapse: interim results from an active multicenter trial. J. Minim. Invasive Gynecol. — 2007. — Vol. 14 (5). — P.570–576.

10. Petros P.E., Richardson P.A., The TFS mini-sling for uterine/vault prolapse repair: a three-year follow-up review // Aust. N. Z. J. Obstet. Gynaecol. — 2009. — Vol. 49 (4). — P.439–440.

Поступила 28.04. 2010.

OPTIMIZATION OF TREATMENT AND REHABILITATION OF WOMEN WITH GENITAL PROLAPSE

A.N. Dodonov, V.B. Trubin, T.B. Trubina

Summary

Developed has been a system of diagnostic and therapeutic rehabilitation measures for colpoptosis and genital prolapse, optimized was the method of surgical treatment and tactics of the postoperative period. The application of the developed system in 185 women from the main group helped to reduce the level of early postoperative complications by 2 times, and the frequency of poor long-term results — by 3 times.

Keywords: genital prolapse, diagnosis, treatment and rehabilitation measures, surgical treatment.