

УДК 618.1-089.12:618.182.4

ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА ПРИ ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

© 2005 г. Ю.С. Сидоренко, Г.А. Неродо, Н.Е. Левченко

The method of fixation of vaginal stump to the base of round uterine ligaments has been worked out. The method is performed as the final stage of panhysterectomy and prevents prolapse or complete inversion of vagina due to the formation of «frame» out of ligaments holding vaginal stump.

Достаточно важной проблемой в онкогинекологии является несостоятельность мышц тазового дна после влагалищных либо абдоминальных экстирпаций матки. Родовые травмы поддерживающих структур (мышечное тазовое дно), окружающих тканей (парацервикальные и паравагинальные связки) и внутритазовой фасции (перивезикальная и периректальная фасция) являются наиболее значимыми этиологическими факторами. Конституциональные факторы, состояния, зависящие от продолжительного повышения внутрибрюшного давления (чрезмерный физический труд, ожирение, хронический бронхит), постменопаузальная атрофия также предрасполагают к тазовой релаксации [1]. Особую проблему составляет коррекция пролапсов гениталий после гистерэктомии. Заболевание в определенном смысле является увечьем, нарушающим жизнь женщины [2]. При этой патологии практически всегда имеются цисто-, ректо- или энтероцеле в сочетании с недержанием мочи, рубцовыми изменениями тканей и связочных структур. Несмотря на множество модификаций гистерэктомий, все авторы едины во мнении о необходимости сохранять тазовое дно. При истончении, атрофии мышц рецидивы после передней и задней кольпорафии и леватропластики достигают 53 % [3]. Нарушения функционального и анатомического характера связочного аппарата тазовых органов не только приводят к их опущению, но и сказываются на функции анатомически смежных органов и систем, к которым относятся мочевыводящие пути и нижние отделы толстой кишки, так как гениталии близки к ним топографически.

Система мочевыделения при этом претерпевает следующие изменения: перегибы, патологические расширения, изменения просвета и направления, везикализации уретры, зияние наружного отверстия, снижение силы сфинктера, повышение подвижности тазового дна вместе с увеличением подвижности уретры, увеличение емкости мочевого пузыря, его вторичная эктопия, деформация, появление цистоцеле, воронкообразное углубление дна, нарушение проходимости везико-уретральной области, пузырно-мочеточниковый рефлюкс, воспалительные изменения слизистой и др. В мочеточниках вытягиваются и расширяются устья, они выпрямляются,

ущемляются тканями, приближаются к шейке, снижается их тонус, нарушается отток мочи, происходит их расширение. В лоханках наблюдаются пиелозктазии, гидронефроз, деформация чашечек и фимкифов.

В самих почках – хронические и латентные пиелонефриты, нефроптоз, почечная недостаточность, септический шок. Данная патология возникает как в результате ущемления мочеточников между дном матки, мышцами, фасциями тазового дна, так и вследствие периодических гормональных колебаний, зависящих от состояния организма.

Все это приводит к нарушению мочеиспускания, появлению недержания мочи, увеличению количества остаточной мочи, ее задержки, парадоксальной ишурии и т.п. Высокий процент недержания мочи (28–43 %) обусловлен вызываемой пролапсом задержкой мочи, что стимулирует ее недержание. Инфицирование мочевых путей встречается в 18,6 % случаев [4].

Ряд авторов [5] констатировали снижение скорости клубочковой фильтрации почек, особенно у больных с полным выпадением матки, что подтверждалось радионуклидным исследованием (изотопная ренография). После операции скорость клубочковой фильтрации нормализовалась. Однако поздно проведенное оперативное лечение может не успеть исправить необратимые изменения в почках.

Целью нашего исследования явился поиск наиболее эффективных способов профилактики несостоятельности мышц тазового дна у различных категорий больных, подвергающихся хирургическому вмешательству. В исследование включены 48 больных с различной генитальной и онкогенитальной патологией в возрасте от 26 до 78 лет, которым была произведена экстирпация матки. У 24 % пациенток до оперативного вмешательства имелось опущение стенок влагалища различной степени выраженности.

Нами разработан метод фиксации влагалища к основанию круглых маточных связок, который является заключительным этапом выполнения пангистерэктомии и предотвращает пролапс или полную инверсию влагалища за счет формирования «каркаса» из связок, удерживающего культю влагалища.

Способ фиксации культи влагалища заключается в том, что после экстирпации матки круглую маточную связку отсекают ближе к маточному углу, отсекаровывают от брюшины, ее покрывающей на протяжении 3–4 см от ее дистального отдела. Культю правой круглой маточной связки подтягивают к левому углу культи влагалища и фиксируют к нему и к задней стенке культи влагалища отдельными швами. Аналогично подтягивают культю левой круглой маточной связки к правому углу культи влагалища и фиксируют к нему и к передней стенке культи влагалища отдельными узловыми швами. Заключительным этапом обе связки укрывают отсекарованной брюшиной.

Все 48 пациенток, прооперированных нашим способом, были обследованы в сроки через 1, 6, 12, 24 мес. после вмешательства. Комплекс исследований включал беседу с женщиной, осмотр, ультразвуковое, а также

комбинированное уродинамическое исследование. В результате проведения клинико-инструментального обследования больных с примененным способом предотвращения и устранения гинекологических пролапсов мы выявили хорошие ближайшие и отдаленные результаты у всех 48 пациентов, заключающиеся в сохранении и восстановлении мышц тазового дна.

Предложенный нами способ является малоинвазивным, обеспечивает индивидуальный подход к лечению указанной патологии, профилактирует и устраняет гинекологические пролапсы, повышает качество жизни больных и способствует ускорению реабилитации больных.

Литература

1. *Хириш Х., Кезер О., Икле Ф.* Оперативная гинекология. М., 2001. С. 242.
2. *Баисова Э.Ш.* Выбор метода оперативной коррекции пролапса матки: Дис. ... канд. мед. наук. М., 1999.
3. *Петрова В.Д. и др.* // Акушерство и гинекология. 2000. № 7. С. 58–60.
4. *Глебова Н.Н. и др.* // Здоровоохранение Башкортостана. 1998. № 2.
5. *Гилязутдинова З.Ш., Боголюбова И.М.* // Республиканская науч.-практ. конф. Башкирии: Тез. докл. Уфа, 1989. С. 23.

Ростовский научно-исследовательский онкологический институт 20 декабря 2004 г.
