
ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ РЕЦИДИВОВ ГЕНИТАЛЬНОГО ПРОЛАПСА

А.Е. Митичкин¹, С.В. Апресян¹, В.И. Димитрова¹,
О.А. Слюсарева²

¹Государственное бюджетное учреждение
«Городская клиническая больница № 36
Департамента здравоохранения города Москвы»
ул. Фортунатовская, 1, г. Москва, Россия, 105187

²Российский университет дружбы народов
ул. Миклухо-Маклая, 8, Москва, Россия, 117198

Актуальность проблемы пролапса гениталий (ПГ) обусловлена его высокой распространенностью, ранней манифестацией, высокой частотой рецидивов. Основным принципом хирургического лечения рецидива ПГ является подбор метода под конкретную пациентку. В данной работе представлены индивидуально подобранные методы хирургической коррекции рецидива ПГ. Своевременно подобранный хирургический метод коррекции рецидива ПГ является эффективным, надежным и доступным способом улучшения качества жизни женщин.

Ключевые слова: пролапс гениталий, вагинальная гистерэктомия

Актуальность проблемы ПГ обусловлена его высокой распространенностью, ранней манифестацией, высокой частотой рецидивов, не имеющей тенденции к снижению [2]. В структуре гинекологических заболеваний ПГ составляет от 28 до 39%, причем 15% нуждается в хирургической коррекции. Пик заболеваемости приходится на возраст старше 50 лет, причем в настоящее время отмечается тенденция к увеличению числа пациенток репродуктивного возраста, имеющих клиническую картину несостоятельности мышц тазового дна [2].

В последнее время отмечается тенденция к «омолаживанию» пролапса, преобладание его тяжелых форм, вовлечению в процесс смежных органов с нарушением их функции. ПГ сопутствует широкий спектр нарушений смежных органов: 70% — недержание мочи, 36% — нарушение дефекации, 53% — диспареуния. Многочисленные исследования, проведенные за последние годы, не выделили какую-либо единственную причину, ведущую к развитию пролапса, а лишь подтвердили многофакторность развития [2].

Самым эффективным методом лечения пролапса тазовых органов остается хирургический. При этом около 30% женщин нуждаются в повторном оперативном лечении в связи с развитием рецидива [1—3].

Принципами хирургической коррекции ПГ является: восстановление нормальной топографии органов малого таза, коррекция функциональных расстройств, применение комбинированных технологий с низким риском развития рецидива заболевания и хорошими функциональными результатами, использование совре-

менных синтетических материалов с учетом несостоятельности собственной соединительной ткани [1]. Трудности хирургического лечения ПГ связаны с возрастом пациенток и отягощенным соматическим анамнезом. Наиболее часто рецидивы ПГ возникают после перенесенной пластики влагалища, гистерэктомии лапароскопическим доступом, в 3 раза реже после надвлагалищной ампутации матки в сочетании с коррекцией связочного аппарата матки [1]. По сводным данным, рецидивов пролапса после гистерэктомии вагинальным доступом как минимум в два раза меньше, чем после оперативных вмешательств традиционным абдоминальным [1]. Большое число послеоперационных рецидивов требует поиска новых подходов в решении данной проблемы.

Основным принципом хирургического лечения рецидива ПГ является подбор метода под конкретную пациентку. Существующие методы хирургической коррекции рецидивов ПГ не всегда являются эффективными в том или ином случае. Так, операции на подвешивающем аппарате матки — «операции на все случаи жизни» не оправдали себя и являются неэффективными при ПГ. Эффективность Манчестерской операции доказана только при элонгации шейки матки и опущении стенок влагалища 1 степени, хотя данная операция используется до сих пор повсеместно. Влагалищный доступ отражает общемировую тенденцию среди врачей гинекологов, считающих доступ методом выбора. Это позволяет улучшить течение послеоперационного периода, избежать явления послеоперационного спаикообразования и рубцов на передней брюшной стенке [1]. В последнее время использование универсальных электрохирургических установок позволяет расширить показания к вагинальному доступу после перенесенных ранее полостных операций, в том числе у пациенток с кесаревым сечением в анамнезе и у нерожавших.

Цель исследования: усовершенствовать подход к выбору метода хирургической коррекции рецидивов пролапса гениталий.

Материалы и методы. В исследование было включено 99 женщин, обратившихся в гинекологический стационар с целью оперативного лечения по поводу рецидива ПГ. Всем пациенткам выполнен комплекс клинично-лабораторных исследований: оценка жалоб, сбор анамнеза, гинекологическое исследование, УЗИ органов малого таза, бактериоскопическое исследование содержимого влагалища, уродинамическое исследование. Все женщины по возрасту были разделены на 3 группы: репродуктивного периода от 35 до 45 лет, пременопаузального от 46 до 55 лет и постменопаузального — старше 56 лет. Каждая группа была разделена еще на 2 группы по виду хирургического доступа при первичной коррекции ПГ: абдоминальный и вагинальный (табл. 1).

Распределение больных по группам

| Период | Репродуктивный | | | | Пременопаузальный | | | | Постменопаузальный | | | |
|----------------------------------|---|---------------|--------------------|---------------|---|---------------|--------------------|---------------|---|---------------|--------------------|---------------|
| | абдоминальный | | вагинальный | | абдоминальный | | вагинальный | | абдоминальный | | вагинальный | |
| Объем оперативного вмешательства | НАМ | гистерэктомия | пластика влагалища | гистерэктомия | НАМ | гистерэктомия | пластика влагалища | гистерэктомия | НАМ | гистерэктомия | пластика влагалища | гистерэктомия |
| | сочетанная с коррекцией связочного аппарата | | | | сочетанная с коррекцией связочного аппарата | | | | сочетанная с коррекцией связочного аппарата | | | |
| n | 3 | 0 | 5 | 0 | 8 | 6 | 15 | 2 | 11 | 15 | 27 | 7 |
| всего | 8 | | | | 31 | | | | 60 | | | |

Результаты исследования и их обсуждение. При обследовании группы женщин репродуктивного возраста обнаружено опущение передней и задней стенки влагалища без уродинамических нарушений у 4 (50%), опущение передней стенки с нарушениями уродинамики у 2 (25%), цистоцеле в сочетании с опущением шейки матки/купола влагалища у 2 (25%). Первичная реконструктивно-пластическая операция у 60% женщин проводилась по поводу опущения стенок влагалища, у 40% женщин по поводу гиперпластических заболеваний матки и опущения передней стенки влагалища. Каждой пациентке была выполнена индивидуально-подобранная реконструктивно-пластическая операция. Пациенткам с опущением передней стенки влагалища III, IV степени и при наличии уродинамических нарушений производилась передняя пластика влагалища в сочетании с сетчатыми имплантатами. При опущении стенок влагалища II степени без уродинамических нарушений производилась пластика влагалища со вскрытием фасции мочевого пузыря.

При обследовании женщин пременопаузального возраста опущение передней и задней стенки влагалища обнаружено у 8 (25%), цистоцеле с нарушениями уродинамики у 3 (10%), цистоцеле в сочетании с опущением шейки матки/купола влагалища у 9 (30%), неполное и полное выпадение матки и влагалища 11 (35%). Первичные реконструктивно-пластические операции у 50% женщин производились по поводу сочетанных заболеваний матки и несостоятельности мышц тазового дна, у 50% по поводу изолированного опущения стенок влагалища. 15 пациенткам была произведена вагинальная гистерэктомия, сакровагинопексия, пластика стенок влагалища; 14 пациенткам с опущением и выпадением шейки матки/купола влагалища, перенесшим надвлагалищную ампутацию и экстирпацию матки произведена вагинальная экстирпация культи шейки матки, сакровагинопексия, пластика влагалища; 2 пациенткам с цистоцеле и нарушениями уродинамики произведена передняя пластика со вскрытием фасции мочевого пузыря и использование сетчатых имплантов.

В основном рецидивы ПГ встречались у женщин в постменопаузе, так как первичные реконструктивно-пластические операции на органах малого таза в 70% производятся в период перименопаузы. При обследовании данной группы женщин

у 70% отмечалось неполное и полное выпадение матки/купола влагалища. Данным пациентам была произведена вагинальная гистерэктомия либо экстирпация культы шейки матки с срединной кольпорафией по Нейгебауру—Лефору, дополненной перинеолеваторопластикой, позволяющей сохранить половую функцию и имеющую хорошие отдаленные результаты. После такой операции рецидивов не наблюдается. У 30% женщин, перенесших реконструктивно-пластические операции, отмечалось повторное опущение передней стенки влагалища, сопровождающееся стрессовым недержанием мочи. Данным пациенткам произведена передняя пластика влагалища со вскрытием фасции мочевого пузыря. У пациенток этой возрастной группы применение сетчатых имплантов для коррекции уродинамических нарушений не требовалось.

При анализе полученных данных можно отметить, что рецидивы ПГ в меньшей степени появляются после операций, выполненных вагинальным доступом. Преимущества вагинального доступа при рецидивах ПГ становятся очевидны после планирования анестезиологического пособия, такие вмешательства в 99% проводятся под спинномозговой и эпидуральной анестезией, которая является более безопасной для пациентов с отягощенным соматическим анамнезом. Использование биполярной аргоноплазменной коагуляции сокращает величину интраоперационной кровопотери с 350 до 170 мл. Главным условием эффективности оперативных вмешательств при ПГ является восстановление анатомии и функции всего комплекса, вовлеченных структур: связочного аппарата, мышц тазового дна, мочевого пузыря, мочеиспускательного канала и кишечника.

Следует отметить, что у пациенток репродуктивного возраста при коррекции рецидивов ПГ операцией выбора остается пластика стенок влагалища с использованием сетчатых имплантов, пременопаузального — вагинальная гистерэктомия с сакровагинопексией, дополненная пластикой влагалища, у пациенток пожилого возраста — вагинальная гистерэктомия с срединной кольпорафией по Нейгебауру—Лефору и перинеолеваторопластикой.

Данный подход позволяет добиться хороших отдаленных результатов: спустя 3 года более половины пациенток независимо от возраста удовлетворены своим самочувствием, при этом рецидивов ПГ не отмечалось. Хочется отметить, что выбор метода хирургического лечения — дело индивидуальное, и главными ориентирами для врача служат объективные критерии: степень ПГ, сопутствующие заболевания, возраст, социальная и жизненная активность пациентки, наличие симптомов нарушения функции прямой кишки или мочевого пузыря.

Своевременно подобранный хирургический метод коррекции рецидива ПГ является эффективным, надежным и доступным способом улучшения качества жизни женщин.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- [1] Maiyskova I.Yu., Dimitrova V.I. Vaginal access to modern operative gynecology. *Status-praesens*. 2013. Vol. 3. Iss. 14. P. 22—27.
- [2] Radzinskiy V.E. *Perineologiya: Monograph. Second Edition corrected and supplemented*. M.: PFUR, 2010. P. 372.
- [3] Walters M.D. Surgical treatment of vaginal apex prolapse. *Obstet. Gynecol.* 2013. Vol. 121. No. 2. P. 354—374.

SURGICAL CORRECTION OF RECURRENT GENITAL PROLAPSE

**A.E. Mitichkin¹, S.V. Apresyan¹, V.I. Dimitrova¹,
O.A. Slyusareva²**

¹State Clinical Hospital № 36 Moscow Department of Public Health
Fortunatovskaya str., 1, Moscow, Russia, 105187

²Peoples' Friendship University of Russia
Miklukho-Maklay str., 6, Moscow, Russia, 117198

Genital prolapse (GP) issue is important due to high prevalence, early onset and high rates of recidivation. The basic principle of surgical treatment of GP recidivation is an individual method selection for a specific patient. This paper presents individually selected methods of surgical correction for GP recidivation treatment. Timely selected surgical correction method of the prolapse recidivation is effective, reliable and affordable way to improve the quality of women's live.

Key words: genital prolapse, vaginal hysterectomy