

Применение органосохраняющих технологий коррекции апикального отдела влагалища при генитальном пролапсе

Е.Д. Минович

Центральная городская клиническая больница № 6, г. Донецк

Проведено изучение отдаленных результатов коррекции дефектов апикального отдела влагалища и гистероцеле при генитальном пролапсе в трех группах женщин: после производства «Манчестерской» операции, транспозиции подвешивающих матку связок и влагалищной экстирпации матки. Установлено, что применение «Манчестерской» операции является недостаточно эффективным методом хирургического лечения генитального пролапса, так как транспозиция кардинальных связок не устраняет смещения матки в сторону гименального кольца и не приводит к укреплению апикального отдела влагалища. Предложенный авторами способ хирургического лечения генитального пролапса – транспозиция подвешивающих связок матки – обеспечивает надежную фиксацию апикального сегмента и не уступает по своим отдаленным результатам влагалищной экстирпации матки, что особенно актуально для пациенток репродуктивного возраста.

Ключевые слова: генитальный пролапс, органосохраняющие операции.

Несмотря на огромное количество предложенных методов, число которых достигает нескольких сотен, хирургическое лечение генитального пролапса представляет значительные трудности, обусловленные необходимостью одновременной ликвидации основного заболевания, анатомо-функциональных нарушений со стороны смежных органов и восстановления архитектоники малого таза. Успешное решение данного вопроса определяется точной диагностикой и последующей коррекцией дефектов опорного и подвешивающего аппаратов гениталий, которые могут возникать среди всех или только среди отдельных структур [1].

Наиболее оптимальным методом устранения дефектов апикального отдела влагалища и гистероцеле в настоящее время большинством авторов считается выполнение трансвагинальной гистерэктомии с кольпоперинеолеваторопластикой, независимо от степени пролапса и возраста больных [2–5]. Стратегия трансвагинальной экстирпации в этом случае заключается в попытке выделения связочного аппарата матки, параметрия и паракольпиума для более проксимальной фиксации культи влагалища с целью восстановления анатомических соотношений влагалища и прилегающих органов [6].

Вместе с тем, удаление матки, даже с сохранением ткани яичника, в ряде случаев приводит к развитию синдрома постгистерэктомии в репродуктивном возрасте или усилению проявлений климактерических нарушений в перименопаузе [7], а также к возникновению сексуальных дисфункций [8, 9].

В последние десятилетия отмечается тенденция к «омоложению» заболевания. Если в 70-х годах пролапс

тазовых органов считался заболеванием преимущественно женщин преклонного возраста, то в настоящее время средний возраст больных составляет 50 лет, причем удельный вес пациенток моложе 40 – достигает 26–30% [10]. С учетом повышения требований к послеоперационному качеству жизни женщин это диктует необходимость разработки новых подходов к выбору хирургической тактики, направленной на сохранение репродуктивной и менструальной функций.

Одним из хирургических методов, позволяющих сохранить менструальную и детородную функции, является «Манчестерская» операция, которую ряд авторов [11, 12] считают достаточной для коррекции гистероцеле при отсутствии полного выпадения и сопутствующей гинекологической патологии. Вместе с тем, по мнению D.A. Richardson [13], «Манчестерская» операция является допустимой только при элонгации шейки, маскирующей опущение матки. В случаях смещения тела матки книзу данную операцию целесообразно дополнять высокой фиксацией культи шейки матки к крестцово-маточным связкам по Мак-Колу [14], выполняемой путем производства задней кольпотомии. Применение указанной процедуры позволяет адекватно корригировать смещение матки, однако не всегда является приемлемым в связи с недостаточной выраженностью у части больных крестцово-маточных связок.

В связи с этим, с целью реконструкции связочного аппарата матки, не требующей ее удаления, нами была разработана методика транспозиции подвешивающих матку связок (Декларационный патент на винахід № 38729 А от 15.05.2001). Данный способ хирургического лечения выпадения матки осуществляется следующим образом. После выполнения предварительных хирургических процедур производится передняя кольпотомия. Дно матки захватывают пулевыми щипцами и выводят из брюшной полости в кольпотомную рану. На маточные углы накладывают зажимы, захватывающие круглые связки, маточные трубы и собственные связки яичников (рис. 1).

Указанные образования между зажимами пересекают и лигируют. При этом необходимо тщательно следить за гемостазом, особенно со стороны дистальных концов пересеченных связок (рис. 2). Проксимальные концы связок выводят из брюшной полости. После этого матку погружают обратно в брюшную полость, производят перитонизацию, а выведенные проксимальные концы связок фиксируют узловатыми швами к основанию отсепарированной шейки матки (рис. 3).

Преимуществом данного метода является возможность реконструкции связочного аппарата матки без ее удаления, что особенно важно у пациенток репродуктивного возраста. При этом высокая фиксация матки достигается за счет перемещения подвешивающих связок от дна

ЙОДОМАРИН – эффективное средство для профилактики йоддефицитных заболеваний

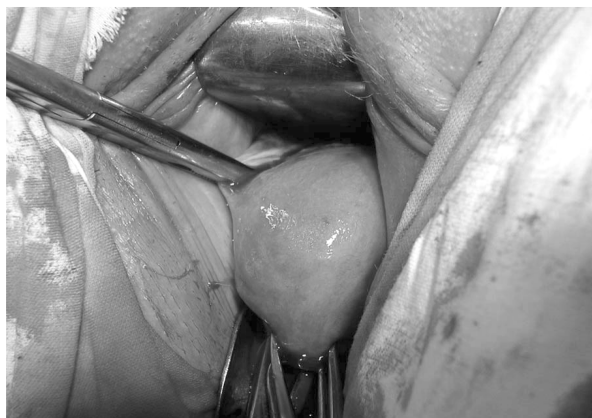


Рис. 1. Этап операции транспозиции подвешивающих матку связок (матка выведена из брюшной полости, наложен зажим на круглую связку матки, маточную трубу и собственную связку яичника справа)



Рис. 2. Этап операции транспозиции подвешивающих матку связок (круглая связка матки, маточная труба и собственная связка матки справа пересечены, концы их лигированы)



Рис. 3. Этап операции транспозиции подвешивающих матку связок (матка погружена в брюшную полость, проксимальные концы подвешивающих связок выведены из брюшной полости)

матки к основанию ее шейки. Недостатками метода, по сравнению с экстирпацией матки, является удлинение времени операции в связи с необходимостью наложения дополнительных лигатур.

Целью нашего исследования было сравнение эффективности различных методов коррекции апикального отдела влагалища при генитальном пролапсе.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной задачи проведен анализ отдаленных результатов коррекции влагалищной анатомии у 89 женщин репродуктивного возраста или находящихся в периоде перименопаузы через год после хирургического лечения генитального пролапса, которые были разделены на три группы. В первую группу включены 28 пациенток после производства «Манчестерской» операции. Возраст женщин данной группы колебался от 29 до 53 лет (средний возраст $44,46 \pm 2,7$ года), исходная степень пролапса составила $2,32 \pm 0,06$. Во вторую группу вошло 29 женщин после производства «Манчестерской» операции, дополненной транспозицией подвешивающих связок матки. Возраст женщин колебался от 32 до 53 лет (средний возраст $41,83 \pm 2,2$ года), исходная степень пролапса – $2,53 \pm 0,05$. Третья группа включала 32 пациентки в возрасте от 36 до 55 лет (средний возраст $46,53 \pm 2,3$ года), с исходной степенью пролапса гениталий $3,13 \pm 0,05$, после производства влагалищной экстирпации матки.

Анализ отдаленных результатов коррекции влагалищной анатомии проводился путем определения частоты рецидивов заболевания, требующих хирургической коррекции, случаев с недостаточно корригированными или частично рецидивировавшими дефектами анатомии, не требующих лечения и изучения вагинального профиля женщин исследуемых групп.

Исследование вагинального профиля проводилось по отношению трех основных контрольных точек к плоскости гименального кольца: точка С – передняя губа шейки матки или купол влагалища; TVL – длина влагалища; Ва – наиболее низко расположенная точка на участке передней влагалищной стенки между гименальным кольцом и точкой С [15].

Учитывая то, что коррекция пролапса заднего сегмента у всех больных была проведена с использованием стандартной кольпоперинеолеваторопластики, исследование расположения точки Вр (наиболее низко расположенная точка на задней влагалищной стенке между гименальным кольцом и задним сводом или куполом влагалища) не проводилось.

Недостаточно корригированными или частично рецидивировавшими мы считали те случаи, когда при исследовании вагинального профиля какая-либо из определяемых контрольных точек располагалась по отношению к плоскости гименального кольца ближе, чем на 3 см, то есть соответствовала пролапсу I степени.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Через год после оперативного лечения генитального пролапса случаев рецидивов заболевания, требующих хирургической коррекции, не было отмечено ни в одной группе женщин.

Частота случаев с недостаточно корригированными или частично рецидивировавшими дефектами анатомии апикального отдела влагалища и результаты изучения вагинального профиля женщин исследуемых групп представлены в таблице 1.

ТАРДИФЕРОН – золотой стандарт ВОЗ в лечении железодефицитной анемии

Отдаленные результаты применяемых методов хирургической коррекции дефектов апикального отдела влагалища и гистероцеле

Группа пациенток	Частота недостаточно скорректированных или частично рецидивировавших дефектов апикального отдела влагалища	Контрольные точки вагинального профиля		
		С	TVL	Ва
Первая (n=28)	7 случаев (25,0+8,18%) p ₂ <0,05 p ₃ <0,05	-4,45±0,27 p ₂ <0,05 p ₃ <0,05	-8,59±0,29 p ₂ >0,05 p ₃ <0,05	-3,66±0,21 p ₂ >0,05 p ₃ <0,05
Вторая (n=29)	0 случаев (3,23+3,12%) p ₁ <0,05 p ₃ >0,05	-6,40±0,17 p ₁ <0,05 p ₂ <0,05	-8,80±0,21 p ₁ >0,05 p ₃ <0,05	-4,07±0,13 p ₁ >0,05 p ₂ <0,05
Третья (n=32)	2 случая (6,25+3,38%) p ₁ <0,05 p ₂ >0,05	-5,59±0,19 p ₁ <0,05 p ₂ <0,05	-7,02±0,22 p ₁ <0,05 p ₂ <0,05	-3,47±0,15 p ₁ <0,05 p ₂ <0,05

Как видно из таблицы 1, в группе женщин после производства «Манчестерской» операции случаи с недостаточно скорректированными или частично рецидивировавшими дефектами анатомии апикального отдела влагалища отмечались достоверно чаще, чем в других группах, и частота их достигала 25%. Это обусловило минимальное значение точки С, обозначающей расстояние от передней губы шейки матки или купола влагалища до плоскости гименального кольца.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что выполняемая при данной операции транспозиция кардинальных связок не устраняет смещение матки в сторону гименального кольца. При этом кажущийся положительный эффект операции является более косметическим, чем лечебным, так как достигается за счет ампутации элонгированной шейки матки и сужения просвета влагалища в связи с производимой кольпоперинеолеваторопластикой.

Частота случаев с недостаточно скорректированными или частично рецидивировавшими дефектами анатомии апикального отдела в группах пациенток после производства влагалищной экстирпации матки и «Манчестерской» операции, дополненной транспозицией подвешивающих связок, между собой достоверно не отличалась. Вместе с тем, в группе женщин после производства влагалищной экстирпации матки отмечалось достоверное, по сравнению с другими группами, укорочение длины влагалища, что может обуславливать в ряде случаев развитие диспареунии. Также в этой группе было отмечено наименьшее значение точки Ва – наиболее низко расположенной точки на участке передней влагалищной стенки между гименальным кольцом и точкой С.

В группе женщин после производства «Манчестерской» операции, дополненной транспозицией подвешивающих связок, расположение всех контрольных точек вагинального профиля было более благоприятным, чем в группе после производства экстирпации матки. Вместе с тем, напрашивающийся на основании полученных данных вывод о преимуществе данной операции был бы не корректен в связи с более старшим средним возрастом женщин третьей группы и более выраженной исходной степенью генитального пролапса. В то же время из полученных результатов, безусловно, следует, что влагалищная экстирпация матки не является операцией выбора при генитальном пролапсе, а производство транспозиции подвешивающих связок может адекватно скорректировать пролапс апикального отдела влагалища и гистероцеле, особенно у пациенток более молодого возраста и с умеренными степенями заболевания.

ВЫВОДЫ

1. Применение «Манчестерской» операции является недостаточно эффективным методом хирургического лечения генитального пролапса, так как транспозиция кардинальных связок не устраняет смещения матки в сторону гименального кольца и не приводит к укреплению апикального отдела влагалища.

2. Предложенный способ хирургического лечения генитального пролапса – транспозиция подвешивающих связок матки – обеспечивает надежную фиксацию апикального сегмента и не уступает по своим отдаленным результатам влагалищной экстирпации матки, что особенно актуально для пациенток репродуктивного возраста.

**Застосування органозберігаючих технологій корекції апікального відділу піхви при генітальному пролапсі
Є.Д. Мірович**

Проведено вивчення віддалених результатів корекції дефектів апікального відділу піхви та гістероцеле при генітальному пролапсі у жінок, розподілених на три групи: після «Манчестерської» операції, транспозиції підвісних зв'язок та піхвової екстирпації матки. Встановлено, що «Манчестерська» операція є недостатньо ефективним методом хірургічного лікування захворювання, оскільки транспозиція кардинальних зв'язок не ліквідує зміщення матки в бік гіменального кільця і не сприяє зміцненню апікального відділу піхви. Запропонований авторами спосіб хірургічного лікування генітального пролапсу – транспозиція підвісних зв'язок – забезпечує надійну фіксацію апікального сегмента, а віддалені результати цього методу є не гіршими, ніж після піхвової екстирпації матки, що особливо актуально для пацієнток репродуктивного віку.

Ключові слова: генітальний пролапс, органозберігаючі операції.

**Using of organ preserving technologies in correction of the vaginal apical part at genital prolapse
Ye.D. Mirovich**

The study of removed results in the correction of vaginal apical part defects and hysterocoele at genital prolapse in three groups of women: after «Manchester» operation, transposition of suspensory ligament of uterine and vaginal hysterectomy is done. It is stated that using of «Manchester» operation isn't enough effective method of surgical treatment of genital prolapse, because transposition of cardinal ligaments doesn't eliminate displacement of uterine to side of the hymenal ring and doesn't strengthen vaginal apical part. The method proposed by the authors of genital prolapse surgical treatment – transposition of suspensory ligaments of uterine – provides reliable fixation of the apical segment and isn't worse due to its removed results than vaginal hysterectomy of uterine, and it is especially important reproductive women.

Keywords: genital prolapse, organ preserving operations.

ЙОДОМАРИН – эффективное средство для профилактики йоддефицитных заболеваний

ЛИТЕРАТУРА

1. Shull B.L. Pelvic organ prolapse: Anterior, superior, and posterior vaginal segment defects. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1999; 181: 6–11.
2. Porges R.F., Smilen S.W. Long-term analysis of the surgical management of pelvic support defects. *Am. J. Obstet. Gynec.* 1994; 171 (8): 1518–1526.
3. Григоренко А.П., Яворська Л.О. Оперативне лікування жінок з випадінням внутрішніх статевих органів. Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. К: Інтермед; 2004: 113–117.
4. Жерновая Я.С., Сумцов Г.А., Маренцева Л.В., Теренова Н.І. До питання про вагінальну гістеректомію. Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. К: Інтермед; 2004: 165–167.
5. Вдовиченко Ю.П., Григоренко А.П., Бойчук В.М., Боцюра М.Д. Деякі аспекти патогенезу випадіння матки та стінок піхви у жінок, хірургічна корекція. Репродуктивное здоровье женщины 2005; 1 (21): 198–200.
6. Cruikshank S.H., Kovac S.R. Randomized comparison of three surgical methods used at the time of vaginal hysterectomy to prevent posterior enterocele. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1999; 180: 859–865.
7. Доброхотова Ю.Э. Анатомо-функциональное состояние яичников у женщин репродуктивного возраста после гистерэктомии. *Климактерий и постменопауза* 1999; 3: 33–35.
8. Kim D.N., Lee E.S. Alteration of sexual function after classic intrafascial supracervical hysterectomy and total hysterectomy. *J. Am. Assoc. Gynecol. Laparoscopy* 2003; 10 (2): 60–64.
9. Мельников С.Н. Сексуальные дисфункции у женщин после гистерэктомии и их коррекция. Репродуктивное здоровье женщины 2006; 2 (27): 34–36.
10. Буянова С.Н., Смольнова Т.Ю., Иоселиани В.Ф., Куликов В.Ф. К патогенезу опущения и выпадения внутренних половых органов. *Вестник Рос. ассоциации акушеров-гинекологов* 1998; 1: 77–79.
11. Суслопаров Л.А., Липина В.И. Манчестерская операция и влагалищная экстирпация матки как методы лечения опущения женских половых органов. *Акушерство и гинекология* 1986; 11: 57–59.
12. Пирогова В.І., Томич М.В., Верніковський І.В., Годиш О.Я. Эффективность оперативных втручань при пролапсі тазових органів. Репродуктивное здоровье женщины 2005; 1 (21): 225–226.
13. Richardson D.A., Scotti R.J., Ostergard D.R. Surgical management of uterine prolapse in young women. *J. Reprod. Med.* 1989; 34 (2): 388–396.
14. Colombo M., Milani R. Sacrospinous ligament fixation and modified McCall culdoplasty during vaginal hysterectomy for advanced uterovaginal prolapse. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1998; 179 (1): 13–20.
15. Bump R.C., Mattiasson A., Brubaker L.P. et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1996; 175: 10–17.

Н О В О С Т И М Е Д И Ц И Н Ы

ПРОГРАММИРОВАНИЕ ГЕНОТИПА ЧЕЛОВЕКА ОПАСНО

Превращение непредсказуемого таинства рождения человека в разработку технологического продукта угрожает нравственным устоям нашей цивилизации, напоминают в Русской православной церкви.

"Рассматривая ребенка как технологический продукт по выбору ("человек имеет право иметь столько "продуктов", сколько хочет, тогда, когда хочет и – в перспективе – таких, каких хочет"), забывая о том, что человек не вправе претендовать на роль творца себе подобных существ, мы приходим к совершенной утрате основополагающего представле-

ния об уникальности и суверенном достоинстве всякой человеческой личности", – сказал в опубликованном во вторник в "Московской правде" интервью секретарь Отдела внешних церковных связей по межправославным отношениям протоиерей Николай Балашов.

Таким образом отец Николай прокомментировал предложения недавно созданного в США медцентра "программировать" будущего ребенка – заранее "заказывать" пол, внешний облик и таланты малыша, после чего сотрудники центра подберут "подходящие" клетки и введут их матери путем

искусственного оплодотворения.

"Вставая на этот путь, человечество не понимает, к каким потрясениям он может нас привести", – отметил представитель РПЦ. В перспективе этот путь ведет к "конкурентной борьбе "товаров" на рынке вместо всего того, что мы привыкли называть человеческими отношениями".

Ряд опрошенных изданием ученых назвали данные эксперименты "аферой чистой воды", "пиаром искусственного оплодотворения" и "ненаучной фантастикой".

www.promedic.ru

ТАРДИФЕРОН – золотой стандарт ВОЗ в лечении железодефицитной анемии