

УДК 618.14-007.44-089.843-031:611.871

© Коллектив авторов, 2011.

## К ВОПРОСУ ОБ ОБОСНОВАННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ВЛАГАЛИЩНОЙ ЭКСТИРПАЦИИ МАТКИ ПРИ ГЕНИТАЛЬНОМ ПРОЛАПСЕ

**С. В. Зелюк, Е. Д. Минович, В. А. Митюков, С. А. Петренко***Центральная городская клиническая больница №6 (гл. врач – С. В. Ткачук), г. Донецк.*

### TO THE PROBLEM ABOUT VALIDITY OF THE VAGINAL EXTIRPATION OF THE UTERUS IN CASES OF GENITAL PROLAPSE

**S. V. Zeliuk, E. D. Mirovich, V. A. Mitiukov, S. A. Petrenko**

#### SUMMARY

On the basis of data about mechanisms of the development of the disease and presented statistical data about frequency of different variants of the prolapse there was shown that performing of the vaginal extirpation of the uterus with anterior and posterior colporrhaphy in all patients without the consideration of the vaginal anatomical defects does not answers to the principles of individual approach in every specific case. Besides this, in performing of those procedures the correction of the defects is carried out at the expense of structures the incompatibility of which directly resulted in development of the disease that caused the high frequency of relapses.

### ДО ПИТАННЯ ПРО ДОЦІЛЬНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ПІХОВОЇ ЕКСТИРПАЦІЇ МАТКИ ПРИ ГЕНИТАЛЬНОМУ ПРОЛАПСІ

**С. В. Зелюк, Е. Д. Минович, В. О. Мітюков, С. О. Петренко**

#### РЕЗЮМЕ

На підставі даних про механізми розвитку захворювання та наданих статистичних даних про частоту різних видів пролапсу показано, що застосування піхової екстирпації матки з передньою та задньою кольпорафією у всіх хворих без урахування дефектів піхової анатомії, таких що мають місце, не відповідають принципам індивідуального підходу у кожному конкретному випадку. Окрім того, при виконванні даних процедур корекція дефектів здійснюється за рахунок структур, неспроможність яких призвела до розвитку захворювання, що є причиною високої частоти рецидивів.

**Ключевые слова: генитальный пролапс, влагалищная экстирпация матки.**

Основными задачами хирургического лечения генитального пролапса являются коррекция нарушенной взаиморасположения тазовых органов и связанных с ними функциональных расстройств, а также профилактика возникновения в дальнейшем новых дефектов опорного аппарата. Несмотря на огромное количество предложенных методов хирургического лечения, указанные задачи на сегодняшний день остаются не решенными в связи с большим количеством рецидивов заболевания, частота которых достигает 30% [1, 2].

При анализе 43 опубликованных в Украине за последние 5 лет литературных источников, касающихся в той или иной степени методов хирургической коррекции генитального пролапса, установлено, что в 86% из них указывается на применение влагалищной экстирпации матки с передней и задней кольпорафией как на наиболее эффективный метод лечения. При этом в ряде работ высказывается мнение, в том числе и категорическое, что данная комбинация хирургических процедур является методом выбора или «золотым стандартом» при этой патоло-

гии, причем, независимо от степени или вида пролапса. Вместе с тем, по данным тех же авторов, после производства влагалищной экстирпации матки с передней и задней кольпорафией также имеет место достаточно большой процент рецидивов [3-6].

В связи с этим в данной работе мы решили рассмотреть вопросы: всегда ли при пролапсе тазовых органов показана влагалищная экстирпация матки с передней и задней кольпорафией, и с чем может быть связана в ряде случаев неэффективность данных вмешательств.

Согласно классическим представлениям о механизме возникновения заболевания (Halban и Tandler), генитальный пролапс рассматривается как грыжа, которая возникает в связи с несостоятельностью соединительнотканых структур фасциально-лигаментарного аппарата, осуществляющего фиксацию и поддержку женских внутренних половых органов в противовес внутрибрюшному давлению [7, 8]. По утверждению D.H. Nichols [9], не менее, чем семь анатомических систем ответственны за удержание органов малого таза. Это тазовые кости, брюшина и

подбрюшинная клетчатка, круглые и широкие связки, комплекс кардинальных и крестцово-маточных связок, диафрагма таза (*m. levator ani* и ее фасции), урогенитальная диафрагма и промежность.

На основании биомеханического анализа нормальной утровоагинальной поддержки J.O. DeLancey [10] разделил ее на три уровня.

Проксимальный вагинальный уровень удерживает влагалище и матку в физиологичном положении близко к стенкам таза связками паракольпиума. Основную поддерживающую функцию при этом выполняют кардинальные и крестцово-маточные связки. Нарушения данного уровня поддержки ведут к развитию метроцеле и проксимального ректоцеле.

Средний вагинальный уровень удерживает среднюю часть влагалища между мочевым пузырем и прямой кишкой благодаря латеральному прикреплению пубоцервикальной фасции к стенке таза через *arcus tendineus fascia pelvis* спереди и латеральным прикреплением ректовагинальной перегородки к фасции седалищно-копчиковой мышцы сзади. На этом уровне горизонтально-поперечное приращение влагалища обеспечивает переднюю поддержку мочевого пузыря и заднюю поддержку прямой кишки. Нарушения данного уровня в виде перерастяжения фасций и/или паравагинальных и параректальных дефектов ведут к развитию цистоцеле и ректоцеле. При этом выделяется несколько клинически наблюдаемых зон, в которых встречаются нарушения поддержки передней стенки влагалища. Это паравагинальные латеральные – в местах, где *f. pubocervicalis* прикрепляется к стенкам таза; поперечные – впереди шейки матки, в месте приращения *f. pubocervicalis*; центральные – между латеральными краями влагалища (срединные дефекты); дистальные – в месте, где уретра перфорирует урогенитальную диафрагму. Данные изолированные дефекты встречаются в комбинации и отдельно [11].

На дистальном вагинальном уровне пубоцервикальная фасция сливается с урогенитальной диафрагмой, а ректовагинальная перегородка с сухожильным центром промежности. Повреждение данного уровня в его передней части приводит к уретроцеле и развитию стрессового недержания мочи, в задней – к укорочению промежности.

Таким образом, ответственность за поддержку различных тазовых органов несут различные опорные структуры. Исходя из понимания механизмов их континенции, эффективность хирургического лечения генитального пролапса определяется точной диагностикой в каждом конкретном случае уровней нарушения влагалищной анатомии и определением комбинации хирургических методов, позволяющих осуществлять их коррекцию.

Какую же цель ставит хирург, выполняя комбинацию хирургических методов в виде влагалищной экстирпации матки с передней и задней кольпора-

фией. Стратегия влагалищной 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 на первом уровне вагинальной поддержки. Задачей передней и задней кольпорафии является удаление излишков перерастянутых стенок влагалища с окружающими их фасциями. Следовательно, данная комбинация позволяет осуществлять одновременную коррекцию апикального, переднего и заднего влагалищных сегментов и на первый взгляд выглядит универсальной. Вместе с тем, возникает вопрос, во всех ли случаях генитального пролапса подобная комбинация является необходимой.

#### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В рамках исследования нами был изучен вагинальный профиль 509 пациенток в возрасте от 28 до 86 лет (средний возраст  $54,68 \pm 0,24$  года), страдающих пролапсом тазовых органов. Изучение проводилось с использованием количественной классификации POP-Q [12] на основании определения расположения девяти контрольных точек на стенках влагалища и шейки матки относительно плоскости гименального кольца.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Установлено, что полное выпадение матки и стенок влагалища имело место у 146 (28,7%) больных. Из 363 пациенток с неполным пролапсом у 39 (7,7% от общего количества больных) имели место изолированные дефекты влагалищной анатомии, которые располагались следующим образом: дефект переднего сегмента (цистоцеле) – 24, заднего (ректоцеле) – 2 и апикального (метроцеле) – 13. Таким образом, примерно 8,0% больных генитальным пролапсом нуждается в коррекции какого-либо одного дефекта влагалищной анатомии. Данное положение полностью согласуется с дефектоспецифической концепцией выбора методов хирургического лечения заболевания [13, 14], суть которой заключается в необходимости диагностики нарушений каждого сегмента в отдельности и выборе соответствующих методов и объема хирургической коррекции.

Следующим моментом, вызывающим сомнение, является адекватность применения влагалищной экстирпации матки с передней и задней кольпорафией в тех случаях, когда имеются нарушения соответствующих уровней влагалищной поддержки.

Так, при полном выпадении матки выделение ее связочного аппарата не позволяет осуществлять апикальную фиксацию выше межжестистой линии, так как он располагается ниже уровня гименального кольца. Результат операции в этом случае достигается за счет вправления влагалища и удержания его в таком положении в связи с сужением калибра после

производства кольпоррафии и леваторопластики. При этом, некоторые авторы для предотвращения рецидива пролапса предлагают именно максимальное уменьшение калибра влагалища при выполнении этих операций [15]. Нужно заметить, что данная концепция является абсолютно неприемлемой для большинства пациенток в связи с тем, что, по нашим данным, 36,0% из них находится в репродуктивном возрасте, а большинство – сохраняет половую активность [16].

Таким образом, адекватная фиксация купола влагалища после удаления матки возможна только лишь при ее неполном выпадении и высоком расположении связочного аппарата, параметрия и паракольпима, что, как следует из приведенных ранее статистических данных о частоте различных видов пролапса, имеет место примерно у 65,0% больных.

Использование передней и задней кольпоррафии при нарушениях поддержки переднего и заднего влагалищного сегмента также показано далеко не всем больным, так как позволяет корректировать только лишь центральные дефекты пубоцервикальной фасции и ректовагинальной перегородки. При наличии других изолированных дефектов или их комбинаций необходимо применение специфической паравагинальной реконструкции [17].

Следующим и, наверное, наиболее значимым моментом, которым можно объяснить высокую частоту рецидивов после выполнения данных операций, является то, что коррекция в этом случае осуществляется за счет собственных соединительнотканых структур, несостоятельность которых явилась причиной возникновения заболевания. Изменения фасциально-лигаментарного аппарата тазовых органов, обусловленные системной дисплазией соединительной ткани, либо дистрофическими нарушениями, связанными с травматическими повреждениями иннервации, возрастом, эстрогенной недостаточностью, метаболическим синдромом и другими факторами, не устраняются хирургическими методами лечения. Следовательно, рецидив генитального пролапса в большинстве случаев необходимо рассматривать не как неудавшуюся операцию, а как продолжение заболевания [18].

В настоящее время разработаны органосохраняющие хирургические методы, основанные на формировании новых точек апикальной фиксации к жестким тазовым структурам (поперечная пре-сакральная связка, крестцово-остистая связка). Выполнение этих операций, в зависимости от клинической ситуации, возможно, как абдоминальным, так и трансвагинальным и лапароскопическими доступами. При нарушении фасциальной поддержки влагалища патогенетически обоснованным является создание «неофасции» трансобтураторным и транслютеальным доступом с использованием синтетических материалов.

## ВЫВОДЫ

Широкое внедрение вышеуказанных методов в практику здравоохранения позволит существенно повысить эффективность хирургического лечения генитального пролапса.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы / под ред. В. Н. Прилепской. – М.: МЕДпресс, 2000. – С. 361–391.
2. Коршунов М. Ю. Проплапс тазовых органов / М. Ю. Коршунов, Е. И. Сазыкина. – СПб.: Н-Л, 2003. – 14 с.
3. До питання про вагінальну гістеректомію / [Жернова Я. С., Сумцов Г. А., Маренцева Л. В., Теренова Н. І.] // Зб. наук. праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: «Інтермед», 2004. – С. 165–167.
4. Ефективність оперативних втручань при пролапсі тазових органів / В. І. Пирогова, М. В. Томич, І. В. Верніковський [та ін.] // Репродуктивне здоров'я жінки. – 2005. – № 1 (21). – С. 225–227.
5. Вагинальная гистерэктомия при сочетании миомы матки и пролапса гениталий у женщин в климактерическом периоде / Н. С. Золотухин, Л. И. Бутина, Ю. А. Петров [и др.] // Репродуктивное здоровье женщины. – 2005. – № 1 (21). – С. 248–251.
6. Баркалов О. А. Оцінка оперативного лікування у жінок з приводу випадіння внутрішніх статевих органів / О. А. Баркалов, С. О. Петренко, О. Н. Мацинін // Зб. наук. праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: Інтермед, 2005. – С. 21–24.
7. Варгасова В. Г. Об оперативном лечении полных выпадений матки / В. Г. Варгасова // Журнал акушерства и женских болезней. – 1992. – Том XXVII. – С. 705–714.
8. Gill E. J. Pathophysiology of pelvic organ prolapse / E. J. Gill, W. G. Hurt // *Obstet. Gynecol. Clin. North Am.* – 1998. – Vol. 25, № 4. – P. 757–812.
9. Nichols D. H. Vaginal surgery / D. H. Nichols, C. L. Randall. – Baltimore: Williams & Wilkins, 1996. – 117 p.
10. DeLancey J. O. Anatomy and biomechanics of genital prolapse / J. O. DeLancey // *Clin. Obstet. Gynecol.* – 1993. – Vol. 36, № 5. – P. 897–909.
11. Shull B. L. Surgical management of prolapse of the anterior vaginal segment: an analysis of support defects, operative morbidity, and anatomic outcome / B. L. Shull, S. J. Benn, T. J. Kuehl // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 1994. – Vol. 171, № 7. – P. 1429–1436.
12. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction / R. C. Bump, A. Mattiasson, L. P. Brubaker [et al.] // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 1996. – Vol. 175. – P. 10–17.
13. Shull B. L. Pelvic organ prolapse: anterior, superior, and posterior vaginal segment defects / B. L. Shull // *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1999. – Vol. 181. – P. 6–11.

14. Запорожан В. Н. Генитальный пролапс – новый взгляд на старую проблему / В. Н. Запорожан, А. А. Процепко // Репродуктивное здоровье женщины. – 2003. – № 4. – С. 76–81.
15. The anatomic and functional outcomes of defect-specific rectocele repairs / W. E. Porter, A. Steele, P. Walsh [et al.] // Am. J. Obstet. Gynecol. – 1999. – Vol. 181. – P. 1353–1359.
16. Минович Е. Д. Результаты хирургического лечения пролапса гениталий у женщин репродуктивного возраста // Проблемы, достижения и перспективы развития медико-биологических наук и практического здравоохранения. – 2007. – Т. 143, ч. III. – С. 174–176.
17. Запорожан В. М. Оперативна гінекологія : практ. порадник / В. М. Запорожан. – Одеса: ОДМУ, 2006. – 448 с.
18. Минович Є. Д. Патогенетична профілактика та реабілітація при опущеннях та випаданнях внутрішніх статевих органів у жінок групи ризику: дис. ... доктора мед. наук: 14.00.01 / Минович Євген Давидович. – Одеса, 2008. – 348 с.