

УДК 618.1-007.44-089.28/29

ОПУЩЕНИЕ И ВЫПАДЕНИЕ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У ЖЕНЩИН: РЕШЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО АСПЕКТА ПРОБЛЕМЫ

Н.А. Нечипоренко, д.м.н., профессор; М.В. Кажина, д.м.н., профессор;
Г.В. Юцевич

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

УОЗ «Гродненская областная клиническая больница»

Приведена методика хирургического лечения генитального пролапса с использованием сетчатых протезов по технике Prolift anterior и(или) posterior. Сетчатые протезы определенной формы укладываются между мочевым пузырем и передней стенкой влагалища и между прямой кишкой и задней стенкой влагалища и фиксируются в таком положении к фиброзным структурам таза. Операция устраняет цисто- и ректоцеле, а также выпадение матки или культю влагалища. Анализ 25 операций позволяет положительно оценить этот метод лечения.

Ключевые слова: генитальный пролапс, хирургическое лечение, сетчатые протезы.

The genital prolapse surgical treatment technique with the use of reticular prostheses with the applied method of Prolift anterior and/or posterior is highlighted in the article. The certain shape reticular prostheses are placed between the bladder and the anterior wall of the vagina and between the rectum and the posterior wall of the vagina and are fixed in such a position to the fibrous structures of the pelvis. The operation removes cysto- and rectocele and also repairs the prolapse of the uterus or the vagina stump. The analysis of 25 operations allows to evaluate positively this method of treatment.

Key words: genital prolapse, surgical treatment, reticular prostheses.

Введение

Нарушения статики женских внутренних половых органов, проявляющиеся опущением или выпадением влагалища и матки, отмечаются примерно у 50% рожавших женщин, и от 10 до 20% этих женщин нуждаются в хирургическом лечении [1, 5].

Опушение и выпадение внутренних половых органов (ОиВВПО) может быть причиной целого ряда функциональных расстройств органов таза: различные виды нарушений акта мочеиспускания, интерстициальный цистит; гидроуретеронефроз (одно- или двусторонний); нарушения функции толстой кишки; тазовые боли.

Единственным методом лечения ОиВВПО является хирургическое вмешательство. Однако широко применяемые в настоящее время в большинстве учреждений нашей страны влагалищные операции для коррекции ОиВВПО, такие как передняя и задняя кольпорафия, а также влагалищная экстирпация матки часто дают рецидивы (от 24 до 43%), а у части оперированных эти вмешательства являются причиной нарушения функции тазовых органов, значимо снижая качество жизни женщины [2, 6, 7].

Недостатки традиционных методов хирургического лечения ОиВВПО требуют внедрения новых малоинвазивных и эффективных операций, обеспечивающих высокое качество жизни женщин.

В большей мере таким критериям отвечают чрезвлагалищные операции с использованием синтетических сетчатых протезов.

В последние годы для трансвагинальной хирургической коррекции ОиВВПО разработан и применяется целый ряд оригинальных систем, включающих сетчатые протезы определенной формы и приспособления для фиксации протезов в нужном положении.

Наиболее удачной системой для хирургической реконструкции связок матки и фасций влагалища при ОиВВПО является система GYNECARE Prolift (Johnson&Johnson, США). Протезы этой системы позволяют за счет укрепления или замещения несостоятельных фасций передней и задней стенок влагалища и крестцово-маточных связок ликвидировать цисто- и ректоцеле, а также выпадение матки [3, 4].

В настоящем сообщении мы представляем собственный опыт использования синтетических сетчатых протезов, устанавливаемых чрезвлагалищным доступом по технике Prolift anterior и Prolift posterior

Материал и методы

Наблюдали 25 женщин с ОиВВПО III-IV стадии (по классификации POP-Q). Возраст женщин 36-75 лет. Длительность опущения или выпадения половых органов 6-18 лет, у 15 женщин имело место стрессовое недержание мочи различной степени, которое женщины отмечали в течение 3-10 лет, причем у всех вначале развилось ОиВВПО, а затем присоединилось недержание мочи. Все женщины подверглись стандартному гинекологическому и урологическому обследованию. У 11 женщин диагностировано цистоцеле III ст., у 8 – цистоцеле и ректоцеле II-III ст., у 3 – полное выпадение матки и у 3 – выпадение культю влагалища после гистерэктомии. Все женщины оперированы.

Коррекция ОиВВПО проводилась синтетическими сетчатыми протезами (сетка Gyne MESH soft «Johnson & Johnson» или ЭСФИЛ ES3535 бело-синий (Россия)). Установка протезов проводилась по технике Prolift anterior и(или) posterior.

Пластика передней стенки влагалища сетчатым протезом по технике Prolift anterior

Больная укладывается на операционном столе в положении для влагалищных операций. Обезболивание: эндотрахеальный наркоз, перидуральная или спинномозговая анестезия.

Шейка матки захватывается пулевыми щипцами и матка максимально низводится.

Передняя стенка влагалища рассекается продольно на всю толщину от уровня шейки мочевого пузыря по направлению к шейке матки или к куполу культю влагалища. Тупым путем стенка влагалища с фасцией отслаивается от задней стенки мочевого пузыря вправо и влево до момента, когда палец хирурга окажется в околопузырном пространстве и начнет определять поверхность внутренних запирающих мышц, сухожильные дуги тазовой фасции и седалищные ости с двух сторон.

После этого на коже промежности справа и слева от наружного отверстия уретры делаются по 2 разреза в точках «а» и «в» длиной 0,5-0,8 см (рис. 1). Через эти разрезы в полость таза будет вводиться изогнутый перфоратор с надетым на него проводником-трубкой.

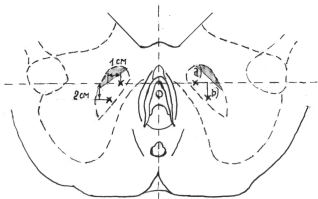


Рисунок 1 – Точки введения перфораторов системы Gynekar Prolift Anterior в полость таза для фиксации протеза передней стенки влагалища (По Т. Rechberger, 2007)

Установка проводников-трубок для проведения «рукавов» передней части протеза

Изогнутый перфоратор с надетым на него пластмассовым проводником в виде трубки вводится через верхний кожный разрез на промежности (точка «а» рис.1) через запирающее отверстие в полость таза. Перфоратор должен пройти через запирающее отверстие у его медиального края, через начало сухожильной дуги тазовой фасции (рис. 2-3).

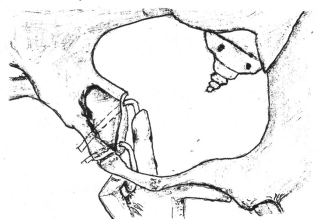


Рисунок 2 – Места перфорации сухожильной дуги тазовой фасции со стороны полости таза (По Т. Rechberger, 2007)

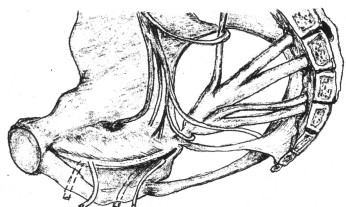


Рисунок 3 – Положение трубок-проводников, проходящих через сухожильную дугу тазовой фасции (правая сторона) (по Т. Rechberger, 2007)

Указательный палец другой руки, введенный через разрез стенки влагалища, должен находиться со стороны внутренней поверхности запирающего отверстия и контролировать продвижение инструмента.

После проведения перфоратора через сухожильную дугу тазовой фасции перфоратор выводится в верхней части разреза влагалища. Перфоратор извлекается из трубки-проводника, которая остается в ране и фиксируется зажимом.

По такой же методике устанавливается проводник и с другой стороны.

По этим проводникам будут проведены «рукава» протеза, фиксирующие переднюю его часть под шейкой мочевого пузыря.

Установка проводников-трубок для проведения «рукавов» задней части протеза

Изогнутый перфоратор с надетым на него трубчатый проводником вводится в полость таза через нижний разрез кожи промежности (точка «в» рис. 1). Перфора-

тор проходит через запирающую мембрану в нижнем отделе запирающего отверстия и проводится через дистальную часть сухожильной дуги тазовой фасции под постоянным контролем указательного пальца другой руки (рис. 3). Перфоратор извлекается из проводника и последний выводится в рану влагалища. Такую же процедуру проводим и с другой стороны. Таким образом для установки переднего протеза необходимо установить 4 трубчатых проводника (по 2 слева и справа от средней линии).

Теперь при отсутствии оригинального протеза системы Gynekar prolift anterior приступаем к выкраиванию протеза для пластики передней стенки влагалища из большого фрагмента сетки.

Приготовление сетчатого протеза для реконструкции передней стенки влагалища и его установка

Оптимальной формой протеза для коррекции цистоцеле является трапеция 6 см • 3 см • 6 см (высота трапеции • длина меньшего основания • длина большего основания). К углам приготовленного таким образом протеза можно пришить «рукава» в виде лент шириной 1 см и длиной 12-15 см из того же материала. При соответствующем навыке можно вырезать весь протез с «рукавами» из одного фрагмента сетки.

Передние «рукава» протеза (у меньшего основания трапеции) захватываются петлями Цейса, проведенными по трубчатым проводникам снаружи внутрь, протягиваются обратным ходом по их просвету и выводятся на промежность. Задние «рукава» протеза таким же образом протягиваются по нижним проводникам. Задняя часть протеза оказывается у шейки матки и фиксируется к ней одним швом.

Таким образом, сетчатый протез создает подобие гамака для мочевого пузыря. Гамак фиксируется в нужном положении за счет четырех «рукавов» протеза, проведенных через сухожильные дуги тазовой фасции. «Рукава» протеза, выстоящие из ранок на промежности, отсекаются на уровне кожи.

Коррекция опущения или выпадения задней стенки влагалища сетчатым протезом по технике Prolift posterior

Система Gynekar Prolift позволяет провести реконструкцию задней стенки влагалища за счет замещения разрушенной прямокишечно-влагалищной фасции с одновременной фиксацией матки или купола культи влагалища, если ранее была выполнена экстирпация матки.

После гидравлической препаровки тканей задней стенки влагалища последняя рассекается продольно и мобилизуется передняя стенка прямой кишки. Тупо пальцем проникают в седалищно-прямокишечное пространство справа и слева, смещая прямую кишку медиально. При этом указательным пальцем надо дойти до седалищных остей и крестцово-остистых связок с обеих сторон.

Выполняются 2 разреза на коже ягодиц справа и слева от анального отверстия в точках, показанных на рис 4. В один из этих разрезов вводится изогнутый перфоратор с надетым на него трубчатый проводником. Перфоратор продвигается вглубь под контролем указательного пальца, введенного в рану задней стенки влагалища и установленного на седалищной ости. Перфоратор проводится через крестцово-остистую связку с одной и другой стороны и после удаления стилета перфоратора трубчатые проводники выводятся в рану влагалища (рисунки 5 и 6). Оригинальный протез Prolift posterior или изготовленный в операционной Т-образный протез с двумя «рукавами» у верхних углов укладывается между прямой

кишкой и задней стенкой влагалища (форма протеза прямоугольная: длина 5-6 см, ширина 3-3,5 см). Проксимальный край протеза пришивается к задней поверхности шейки матки, а «рукава» его выводятся по просвету трубчатых проводников на кожу ягодич. Трубочные проводники удаляются. Избыток протеза отсекается. Возможное гофрирование протеза устраняется наложением отдельных выравнивающих швов.

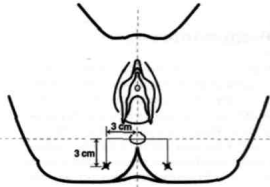


Рисунок 4 – Точки введения перфораторов системы Gynecare Prolift Posterior в полость таза для фиксации протеза задней стенки влагалища (По T. Rechberger, 2007)

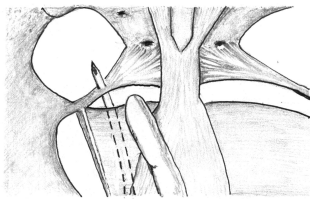


Рисунок 5 – Проведение перфоратора через крестцово-остистую связку справа на расстоянии 1-2 см от седалищной кости (по T. Rechberger, 2007)

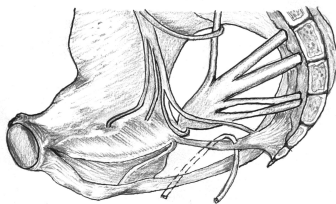


Рисунок 6 – Положение трубки-проводника, проведенного через крестцово-остистую связку (правая сторона) (по T. Rechberger, 2007)

Таким образом установленные передний и задний протезы фиксированы к сухожильным структурам таза и обеспечивают физиологическое положение матки, а также ликвидируют цисто- и ректоцеле в силу замещения несостоятельной влагалищной фасции при сохранении физиологической оси влагалищной трубки.

Разрезы на стенках влагалища ушиваются рассасывающимися нитями. Иссекать избыток стенок влагалища, как это делается при кольпоррафии, не надо. Это позволяет избежать излишнего рубцевания и одновременно позволяет добиться достаточной толщины тканей, покрывающих сетчатый протез. Через 4-5 недель после операции стенки влагалища сокращаются настолько, что имевший место избыток стенок исчезает.

Результаты и обсуждение

Все 25 женщин подверглись стандартному гинекологическому обследованию. При осмотре цистоцеле II-III ст. отмечено у 8, цистоцеле и ректоцеле II-III ст. – у 6; полное выпадение матки – у 7; полное выпадение культы влагалища после гистерэктомии – у 4. Недержание мочи диагностировано у 8 женщин (стрессовое у 5, императивное – у 3), причем у 2 из них выделение мочи из уретры при кашле отмечалось только после вправления выпавших из половой щели органов, что мы расценили как скрытое недержание мочи.

Больным были выполнены следующие операции: пластика передней стенки влагалища по технике Prolift anterior – 8; пластика передней и задней стенок влагалища при выпадении стенок влагалища и матки или культы влагалища по технике Prolift anterior и posterior – 17. Во всех случаях протезы готовили во время операции, вырезая их из одного фрагмента сетки. В 5 случаях вмешательство было дополнено slingовой операцией для коррекции стрессового недержания мочи.

В ходе выполнения 25 операций по коррекции опущения или выпадения внутренних половых органов протезами по технике Prolift anterior и posterior осложнений не было. Продолжительность операции полной реконструкции тазового дна по методике Prolift anterior и posterior с приготовлением протезов составила 80-90 минут. Кровопотеря 50-100 мл.

Операцию заканчивали введением тампона во влагалище и установкой катетера Фолея в мочевого пузырь на 1-2 дня. Послеоперационный период протекал гладко. Болевой синдром был невыраженным, пациентки начинали ходить на следующий день после операции.

Через 1,5 месяца после операции у одной женщины образовалась эрозия задней стенки влагалища, и наступил рецидив выпадения матки, что потребовало удаления протезов и нового вмешательства по устранению пролапса. Причиной осложнения явилось нарушение техники установки и фиксации сетчатых протезов.

У второй пациентки образовалась влагалищная спайка, которая пересечена на 30 сутки после сетчатой пластики полного выпадения матки.

У 24 женщин в сроки от 1 до 6 месяцев после операции рецидива пролапса нет, но у двух появились признаки гиперактивного мочевого пузыря, которые купируются периодическим приемом детрузитола или везикара.

Результаты выполненных нами 25 операции по коррекции ОиВВПО сетчатыми протезами по технике Prolift anterior et posterior убеждают в перспективности этого вида хирургического лечения данной патологии.

Вывод

Хирургическая коррекция ВиОВПО влагалищным доступом с использованием сетчатых протезов по технике Prolift anterior et posterior является малоинвазивной и высокоэффективной методикой лечения.

Литература

1. Буянова С.Н. Тактика ведения больных со сложным и смешанным недержанием мочи / С.Н. Буянова [и др.] // V Всероссийская конференция «Расстройства мочеиспускания у женщин». – Москва, 22-23 мая 2006. – С.8-9.
2. Краснополянский В.И. TVM (transvaginal MESH) – новый взгляд на хирургию генитального пролапса / В.И. Краснополянский [и др.] // V Всероссийская конференция «Расстройства мочеиспускания у женщин». – Москва, 22-23 мая 2006. – С.9-11.
3. Перинеология / В.Е. Радзинский [и др.]; под общей редакцией В.Е.Радзинского. – Москва: Медицина, 2006. – 330с.
4. Prolift mesh (Gynecare) for pelvic organ prolapse. Surgical treatment using the TVM-Group technique: a retrospective study of 687 patients / M. Cosson [et al.] // J. Gynecol. Obstet Bio; Reprod. – 2004. – V. 33. – P.577-587.
5. Cutner A. The vaginal vault / A. Cutner, E.Sohier // BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynecology. – 2004. – Vol. 11. – (Suppl.). – P.79-83.
6. Epidemiology of surgical managed pelvic organ prolapsed and urinary incontinence / A. Olsen [et al.] // Obstet. Gynecol.. – 1997. – Vol.89. – P.501-506.
7. Rechberger T. Prolift anterior, posterior i total + uniwersalne szstemz do operacyjnej rekonstrukcji zaburzec statzki narzedyw miednicz mniejszej kobiety / T.Rechberger, J. Tomaszewski // Urogniekologia praktyczna (Red. T.Rechberger). – Lublin, 2007. – S.279-282.

Поступила 16.04.09