

¹ Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова

² Российская детская клиническая больница Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова

³ Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова

⁴ Долгопрудненская центральная городская больница

⁵ Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова

Хирургическая коррекция пролапса тазовых органов при полном выпадении матки

Е.В. Сибирская, д.м.н., проф.^{1, 2}, И.В. Караченцова, к.м.н.^{2, 3}, К.С. Баранов⁴, Ю.А. Кириллова², П.О. Никифорова⁵

Адрес для переписки: Елена Викторовна Сибирская, elsibirskaia@yandex.ru

Для цитирования: Сибирская Е.В., Караченцова И.В., Баранов К.С. и др. Хирургическая коррекция пролапса тазовых органов при полном выпадении матки. Эффективная фармакотерапия. 2023; 19 (7): 70–72.

DOI 10.33978/2307-3586-2023-19-7-70-72

Полное выпадение матки – часто встречающаяся патология у рожавших женщин старшего возраста. В настоящее время единого золотого стандарта хирургической тактики ведения женщин с полным выпадением матки не существует. На клиническом примере продемонстрировано, что операцией выбора считается влагалищная экстирпация матки без придатков. Это обусловлено меньшей частотой интраоперационных осложнений и особенностями течения послеоперационного периода, а также ранней активизацией и реабилитацией.

Ключевые слова: влагалищная экстирпация, полное выпадение матки, пролапс тазовых органов, цистоцеле, ректоцеле

Актуальность

На сегодняшний день пролапс является многофакторной проблемой и выявляется, по некоторым данным, у 41–50% женщин при физикальном обследовании. При этом только 3% женщин отмечают какие-либо симптомы [1].

На основании рекомендаций АСОГ выделяют пролапс передней стенки влагалища (цистоцеле), задней стенки влагалища (ректоцеле) и выпадение матки, которое иногда называют апикальным пролапсом. Цистоцеле, как правило, встречается в два раза чаще, чем ректоцеле, и в три раза чаще, чем выпадение матки. Ведущей причиной пролапса является беременность, поскольку в норме опора тазового дна обеспечивается мышцей, поднимающей задний проход, и связочным аппаратом. В норме влагалище располагается в горизонтальной плоскости параллельно *m. levatorani* [2]. Во время родов влагалище смещается по вертикальной оси, что приводит к конфигурации соединительнотканного аппарата с последующими изменениями архитектоники связочного аппарата влагалища [3]. При биомеханическом моделировании доказано, что во втором периоде родов *m. levatorani* растягивается более чем на 200% сверх порога растяжения [4].

К другим этиологическим факторам относятся этническая принадлежность, возраст, паритет, повышенный индекс массы тела, системные заболевания соединительной ткани, гистерэктомия и пролапс у близких родственников [5]. Кроме того, выделяют причины экстрагенитального характера: хронический кашель, хронический запор и рутинный подъем

тяжестей. Ведущей акушерской причиной считаются оперативные влагалищные роды с применением акушерских щипцов и вакуум-экстрактора [5, 6].

Обычно симптомы при пролапсе тазовых органов включают в себя функциональные расстройства смежных органов малого таза. Это требует поиска оптимальных решений и участия смежных специалистов – урологов и проктологов [7]. Полиэтиологичность пролапса тазовых органов делает возможным применение широкого спектра консервативных методов лечения, включающих физические упражнения, лазерные и радиоволновые методики, объем-образующие препараты и др. [6, 8].

Обсуждая данную проблему, нельзя не сказать о «подводных камнях». В частности, речь идет о высоком проценте рецидивов: порядка 30% прооперированных женщин нуждаются в повторных операциях [9]. Как правило, это следствие неправильной хирургической тактики, недооценки степени пролапса и переоценки коллагенового потенциала связочного аппарата [10].

В настоящее время золотого стандарта лечения пролапса не существует. Известно множество методов коррекции, как консервативных, так и хирургических [6, 11]. При выборе тактики лечения хирург в первую очередь обращает внимание на возраст женщины. В более молодом возрасте следует выполнять максимально органосберегающие операции, позволяющие женщине реализовать впоследствии репродуктивную функцию и сохранить сексуальный потенциал. В более старшем возрасте предпочтение отдают улучшению качества жизни, подразумевающему комфорт и отсутствие рецидивирующего течения [12, 13].



Клинический случай

Пациентка С. 66 лет европеоидной расы обратилась в декабре 2022 г. в Долгопрудненскую центральную городскую больницу для оперативного лечения полного выпадения матки и опущения стенок влагалища с формированием цисто- и ректоцеле.

Анамнез болезни: с 2012 г. наблюдалась у гинеколога с жалобами на опущение стенок влагалища. По рекомендации специалиста выполнялась гимнастика Кегеля. С 2017 г. пациентка отмечала прогрессирование пролапса (рис. 1).

На момент осмотра: жалобы на ощущение инородного тела в области промежности.

Физикальное обследование: выраженное выбухание передней стенки влагалища, сочетающейся с пролабированием передней стенки прямой кишки и диастазом леваторов порядка 3 см. Кашлевая проба отрицательная.

Проведены вагинальная гистерэктомия без придатков, кольпорафия, кольпоперинеолеваторопластика. Операция выполнялась под спинномозговой анестезией, с помощью гидропрепаровки осуществлен субфасциальный разрез по средней линии передней стенки влагалища. Отсепарирована передняя стенка влагалища по средней линии вверх и латерально. Мочевой пузырь тупым путем отведен от передней поверхности шейки матки и смещен вверх. Пузырно-шеечные связки сначала пересечены, затем прошиты и перевязаны. Вскрыт задний свод. Наложены зажимы на крестцово-маточные и кардиальные связки с последующим пересечением и прошиванием. Отсепарирована брюшина в области пузырно-маточной складки. Клеммированы и лигированы концевые отделы маточных труб, собственные яичниковые связки, маточные сосуды и круглые связки матки. Тело матки удалено. При осмотре придатков все изменения соответствовали возрастной норме. Проведена перитонизация, культя связок связаны экстраперитонеально. Целостность стенок влагалища восстановлена викриловым швом.

На следующем этапе операции выполнен субфасциальный разрез по средней линии задней стенки влагалища. На ректо-вагинальную фасцию наложены сближающие швы, задняя стенка ушита непрерывным швом, промежность – косметическим (рис. 2). Кровопотеря составила 100 мл. Макропрепарат отправлен на гистологическое исследование. По результатам выявлены лейомиомы с различной степенью фиброза и дистрофических изменений, наботовы кисты, хронический цервицит и хронический вагинит.

Пациентка в удовлетворительном состоянии выписана домой на третьи сутки.

Обсуждение

Данный клинический случай показывает, что при полном выпадении матки операцией выбора является влагалищная экстирпация без придатков.

Нами проведен поиск работ в электронной базе PubMed по ключевым словам: uterus prolapse, vaginal extirpation, vaginal hysterectomy, uterine descent. В результате найдено 16 систематических обзоров и метаанализов, посвященных сравнению лапароскопической гистерэктомии и вагинальной экстирпации матки без придатков.



Рис. 1. До оперативного вмешательства



Рис. 2. После оперативного вмешательства (первые сутки)

По мнению S.H. Lee и соавт., влагалищная экстирпация – операция выбора, поскольку продолжительность оперативного вмешательства и боль в послеоперационном периоде ниже [14, 15].

В метаанализе E.M. Sandberg и соавт. помимо указанных выше преимуществ отмечен более низкий процент перехода на лапаротомический доступ [16]. Одним из осложнений, ассоциированных с лапароскопической гистерэктомией, является ранение мочевого пузыря или мочеточников. По данным R.J. Detollenaere и соавт., риск выше на 1,8% [17]. При этом N. Johnson и соавт. приводят другой показатель – 2,61% [18].

Необходимо учитывать, что в рутинной практике врача акушера-гинеколога операцией выбора должна быть влагалищная экстирпация. Это обусловлено более низким риском интраоперационных осложнений. Еще одно преимущество – сравнительно ранняя активизация и меньшая потребность в анальгезии в раннем послеоперационном периоде [6, 13, 15].

Заключение

На сегодняшний день единого золотого стандарта хирургического лечения пролапса тазовых органов не существует. При полном выпадении матки операцией выбора признана влагалищная гистерэктомия без при-

датков. Основными преимуществами данной операции являются продолжительность оперативного вмешательства, а также сравнительно короткая реабилитация, малая кровопотеря и самочувствие пациенток старшего и пожилого возраста в послеоперационном периоде.

Литература

1. Le Normand L., Cosson M., Cour F., et al. Clinical practice guidelines: synthesis of the guidelines for the surgical treatment of primary pelvic organ prolapse in women by the AFU, CNGOF, SIFUD-PP, SNFCP, and SCGP. J. Gynecol. Obstet. Hum. Reprod. 2017; 46 (5): 387–391.
2. Оразов М.Р., Радзинский В.Е., Хамошина М.Б. и др. Взгляд на патогенетические механизмы формирования пролапса тазовых органов. Трудный пациент. 2018; 16 (1–2): 9–15.
3. Weintraub A.Y., Gliner H., Marcus-Braun N. Narrative review of the epidemiology, diagnosis and pathophysiology of pelvic organ prolapse. Int. Braz J. Urol. 2019; 46 (1): 5–14.
4. Meriwether K.V., Antosh D.D., Olivera C.K., et al. Uterine preservation vs hysterectomy in pelvic organ prolapse surgery: a systematic review with meta-analysis and clinical practice guidelines. Am. J. Obstet. Gynecol. 2018; 219 (2): 129–146.e2.
5. Камоева С.В., Савченко Т.Н., Иванова А.В., Абаева Х.А. Современные генетические аспекты пролапса тазовых органов у женщин. Акушерство, гинекология и репродукция. 2013; 7 (1): 17–21.
6. Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Пивазян Л.Г., Мурватова К.К. Лечение пролапса органов малого таза и недержания мочи у женщин: систематический обзор. Проблемы репродукции. 2022; 28 (6): 75–80.
7. Jelovsek J.E., Maher C., Barber M.D. Pelvic organ prolapse. Lancet. 2007; 369 (9566): 1027–1038.
8. Burrows L.J., Meyn L.A., Walters M.D., Weber A.M. Pelvic symptoms in women with pelvic organ prolapse. Obstet. Gynecol. 2004; 104 (5 Pt 1): 982–988.
9. Солуянов М.Ю., Любарский М.С., Королева Е.Г., Ракитин Ф.А. Ошибки и осложнения хирургического лечения пролапса тазовых органов с использованием синтетических материалов. Успехи современного естествознания. 2012; 10: 48–52.
10. Barber M.D. Pelvic organ prolapse. BMJ. 2016; 354: 3853.
11. Reid F. Assessment of pelvic organ prolapse: a practical guide to the pelvic organ prolapse quantification. Obstet. Gynaecol. Reprod. Med. 2014; 24 (6): 170–176.
12. Deprest J.A., Meyn L.A., Walters M.D., Weber A.M. International Urogynecological Consultation (IUC): pathophysiology of pelvic organ prolapse (POP). Int. Urogynecol. J. 2022; 33 (7): 1699–1710.
13. Адамян Л.В., Сонова М.М., Сибирская Е.В. и др. Новое в лечении миомы матки. Учебно-методическое пособие. М., 2017; 34.
14. Lee S.H., Oh S.R., Cho Y.J., et al. Comparison of vaginal hysterectomy and laparoscopic hysterectomy: a systematic review and meta-analysis. BMC Womens Health. 2019; 19 (1): 1–12.
15. Сибирская Е.В., Мовсесян М.Х., Мовсесян Э.Х. Симптом хронической тазовой боли у женщин с эндометриозом и миомой матки (обзор литературы). Проблемы репродукции. 2018; 24 (5): 91–96.
16. Sandberg E.M., Twijnstra A.R.H., Driessen S.R.C., Jansen F.W. Total laparoscopic hysterectomy versus vaginal hysterectomy: a systematic review and meta-analysis. J. Minim. Invasive Gynecol. 2017; 24 (2): 206–217.
17. Detollenaere R.J., den Boon J., Vierhout M.E., et al. Uterus preserving surgery versus vaginal hysterectomy in treatment of uterine descent: a systematic review. Ned. Tijdschr. Geneesk. 2011; 155 (42): A3623–A3623.
18. Johnson N., Barlow D., Lethaby A., et al. Methods of hysterectomy: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ. 2005; 330 (7506): 1478.

Surgical Correction of Pelvic Organ Prolapse Association with Total Uterine Prolapse

Ye.V. Sibirskaya, PhD, Prof.^{1,2}, I.V. Karachentsova, PhD^{2,3}, K.S. Baranov⁴, Yu.A. Kirillova², P.O. Nikiforova⁵

¹ A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry

² Russian Children's Clinical Hospital of N.I. Pirogov Russian National Research Medical University

³ N.I. Pirogov Russian National Research Medical University

⁴ Dolgoprudny Central City Hospital

⁵ N.I. Pirogov National Medical and Surgical Center

Contact person: Yelena V. Sibirskaya, elsibirskaya@yandex.ru

Total prolapse of the uterus is a common pathology in older women who have given birth. To date, there is no single 'gold standard' in the surgical management of women with total uterine prolapse. Using the example of this case report, we would like to demonstrate that the operation of choice should be considered – vaginal extirpation of the uterus without appendages. This is due to the lower frequency of intraoperative complications and the peculiarities of the course of the postoperative period, as well as early activation and rehabilitation.

Key words: vaginal extirpation, total uterine prolapse, pelvic organ prolapse, cystocele, rectocele