

*Камоева С.В.*

## Новые способы хирургического лечения пролапса тазовых органов в сочетании с приобретённой патологией шейки матки

Кафедра акушерства и гинекологии № 1 Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова, г. Москва

*Камоева С.В.*

### New methods of surgical treatment prolapse of pelvic organs purchased in combination with cervical pathology

#### Резюме

В статье представлены результаты применения нового способа лечения элонгации шейки матки в сочетании с опущением передней стенки влагалища и цистоцеле у женщин репродуктивного и перименопаузального возраста. Метод отличается способом формирования шейки матки, не приводит к рубцовым стриктурам цервикального канала в послеоперационном периоде, способствует формированию косметической шейки, сохраняет фертильную функцию женщин детородного возраста. Эффективность метода составила 93,4%.

**Ключевые слова:** элонгация шейки матки, пролапс тазовых органов, цистоцеле, фертильная функция

#### Summary

The article presents results of new method therapy applied to elongation of cervix, coupled with anterior vaginal wall prolapse and cystocele for women of reproductive and premenopausal age. Method is differentiated by the approach to formation of cervix, it doesn't lead to cervix canal stricture in the postoperative period and favors to formation of cosmetic cervix, keeps fertile function of women in a reproductive age. Method effectiveness accounts for 93.4%.

**Key words:** elongation of cervix, pelvic organ prolapse, cystocele, fertile function

#### Введение

Проблема пролапса тазовых органов (ПТО) остаётся актуальной и требует дальнейших исследований, несмотря на значительное число научных работ, посвящённых этиопатогенезу, клинике и лечению этой гинекологической патологии. Элонгацию шейки матки (ЭШМ), являющуюся вариантом начального и неосложнённого проявления ПТО, можно рассматривать как модель, позволяющую установить клинико-морфологические и патогенетические особенности развития этой гинекологической патологии, а также влияния на неё ряда факторов риска – количества родов, особенности их течения, значение акушерского травматизма, роль морфологических изменений в тканях [1]. Частота разрывов шейки матки в родах, по данным разных авторов, составляет от 6% до 30% [2].

Травма шейки матки после родов, аборт, различных гинекологических манипуляций ведёт к нарушению иннервации и архитектоники органа. Подобные изменения приводят нередко к неэффективному хирургическому восстановлению шейки матки [3].

Между тем, шейка матки является сложным по строению и функции органом и представляет интерес для исследования с морфологической и иммуногистохимической точки зрения в условиях ПТО. Мышечный слой состоит из трёх слоев гладкомышечных волокон с примесью волокнистых соединительных и эластических волокон. Наружный и внутренний слои имеют продольно расположенные волокна, а средний слой состоит из циркулярных волокон с большим количеством венозных сосудов. При разрывах шейки в родах нарушается тонкий циркулярный слой мышц и, начинают функционировать только продольные мышцы, а это значит, что нарушается вся сложная архитектура шейки матки [5].

ЭШМ характеризуется удлинением шейки матки без и в сочетании с опущением стенок влагалища и/или опущением матки. Выделяют три степени ЭШМ: I степень – удлинение шейки матки до 5 см, II степень – удлинение до 7,5 – 8 см, III степень – удлинение шейки матки более 8 см [6].

I степень ЭШМ без опущения стенок влагалища клинически протекает бессимптомно [7]. Однако, в про-

цессе прогрессирования заболевания за счет действия разнонаправленных сил на шейку матки происходит ее дальнейшее удлинение [8]. Следует отметить, что начальное изменение (элонгация) шейки матки могут длительное время не беспокоить пациентку и диагностируются только лишь при гинекологическом осмотре и, как правило, далеко не всегда регистрируются. Большая нередко обращается к врачу лишь при ЭШМ П-Ш степени. Элонгация, рубцовая деформация, гипертрофия шейки матки не только являются причиной развития патологических состояний - декубитальных язв шейки матки, кольпитов, эндоцервицитов с длительным рецидивирующим течением, но и фоном для развития рака шейки матки [9].

Существует более 300 видов различных оперативных пособий по восстановлению дефектов тазового дна и шейки матки. Известны различные виды ампутаций шейки матки (клиновидная, конусовидная, высокая), манчестерская операция в различных модификациях в сочетании с кольпоррафией, леваторопластикой. А также, широко используются различные виды энергий: радиоволновая, электрическая, лазерная для проведения конизации шейки матки. [10,11].

*Целью* нашего исследования явилась разработка новых хирургических методов лечения ПТО в сочетании с элонгацией, рубцовой посттравматической деформацией шейки матки у женщин репродуктивного и пременопаузального возраста.

## Материалы и методы

Проведено комплексное клиничко-лабораторное обследование и хирургическое лечение 76 пациенток с ПТО в сочетании с элонгацией и рубцовой деформацией шейки матки. Период наблюдения составил 5 лет (2006-2011г.). Средний возраст пациенток составил 39,5± 9,7 лет. Основные жалобы на ощущение инородного тела в области промежности, бели, затруднения при мочеиспускании, боли и неудовлетворенность во время полового контакта. Акушерская патология имела у 45,5% женщин: разрывы влагалища, шейки матки, промежности, перинеотомия, роды крупным плодом.

Длительность заболевания от момента первого информирования пациентки врачом составила 5,6± 1,7 лет. У всех пациенток в процессе обследования было выявлено 2 клиничко-морфологические формы ЭШМ: ЭШМ, как единственный вариант ПТО - 7 (9,2%), ЭШМ в сочетании с опущением передней и/или задней стенок влагалища - 69 (90,8 %). Способ хирургического лечения элонгации шейки матки в сочетании с опущением передней и/или задней стенок влагалища заключался в устранении дефектов тазового дна и формировании косметической шейки матки. Способ заключался в следующем [12] Приоритетная справка на изобретение № 2011123162 «Способ хирургического лечения элонгации шейки матки в сочетании с опущением передней стенки влагалища и цистоцеле» от 09.06.2011г. (Камоева С.В., Макаров О.В., Нечаева Н.Ю.).

В мочевого пузыря вводится постоянный катетер Фолея. После обнажения влагалища в зеркалах шейка

матки захватывается пулевыми щипцами и низводится на себя. После гидропрепаровки, отступя 1,5-2см от наружного отверстия уретры, по передней стенке влагалища выкраивается и отсепаровывается полуовальный лоскут, разрез заканчивается циркулярно за шейкой. Стенки влагалища отсепаровываются в стороны за шейку матки. Мочевой пузырь отсепаровывается и погружается за лоно путём наложения последовательно 2-3 горизонтальных длительно рассасывающихся швов. Кардинальные связки пересекаются и оставляются на зажимах. Последовательно билатерально пересекаются и прошиваются восходящие ветви маточных артерий и вен. Цервикальный канал расширяется с помощью расширителей Гегара до №12, ножницами разрезается шейка матки по боковым ее поверхностям на две губы: переднюю и заднюю, оставляя не тронутой проксимальную её часть длиной 3-3,5см. Ампутируется передняя часть шейки матки, при этом фиксация кардинальных связок осуществляется к передне-боковым поверхностям передней части шейки матки после ее ампутации. Вдоль края передней стенки влагалища накладывается шов рассасывающейся нитью, оставляя концы нити свободными, начиная с правого края отсепарованной от шейки матки влагалищной стенки, на уровне верхнего угла бокового разреза шейки матки, вкалывая иглу снаружи внутрь, накладывается частый шов (отступя от края не более 1-2 мм) снизу вверх до нижней трети стенки влагалища выкроенного полуовального лоскута, где выкалывается игла изнутри кнаружи с переходом на левый край влагалищной стенки в аналогичной области, продолжая шов по левому краю влагалищной стенки сверху вниз до уровня верхнего угла бокового разреза шейки матки слева. Правый конец нити проводится с помощью иглы через наружный зев цервикального канала с выколом в переднюю часть шейки матки между фиксированными кардинальными связками на 1,5см выше ее ампутированного края и на 1,0см правее от средней линии. Игла проводится далее через правый край стенки влагалища на 1см выше его центра и на 1см отступя от края. Аналогично проводится левый конец нити через наружный зев цервикального канала с выколом в переднюю часть шейки матки между кардинальными связками на 1,5см выше ее ампутированного края и на 1,0см левее от средней линии, проводя иглу далее через левый край стенки влагалища на 1см выше его центра и на 1см отступя от края. Затем, взяв оба конца нити, постепенно затягивается шов и завязывается на передней стенке влагалища, при этом края стенки влагалища легко заворачиваются внутрь цервикального канала. Передняя губа шейки матки сформирована. Ампутируется задняя половина шейки матки. На край влагалищной стенки, отсепарованной от задней поверхности шейки матки, справа налево, накладывается частый шов (отступя от края не более 1-2 мм) рассасывающейся нитью, оставляя концы нити свободными. Правый и левый концы нити поочередно с помощью иглы проводятся через наружный зев цервикального канала с выколом в заднюю губу шейки матки на 1,5см выше ее ампутированного края, проводя иглу далее через стенку влагалища на 1см в одноимен-

ную сторону от средней линии и на 1 см отступая от края. Затем, взяв оба конца нити, постепенно затягивается шов и завязывается на задней стенке влагалища, при этом края стенки влагалища легко заворачиваются внутрь цервикального канала. Задняя губа шейки матки сформирована. Раневая поверхность шейки матки полностью покрыта слизистой. Завершается операция ушиванием оставшегося дефекта стенки влагалища.

## Результаты и обсуждение

Интраоперационных осложнений ни в одном случае отмечено не было. В раннем послеоперационном периоде у 1 (1,3%) пациентки отмечена гипертермическая реакция, однако на фоне антибактериальной терапии данное состояние было купировано в течение двух дней, заживление швов первичным натяжением.

Контрольный осмотр проводился через 2,6, 12 мес., а затем ежегодно в течение 4-х лет. Наблюдалась нормальная архитектура влагалища, шейки матки и промежности, причём шейка матки располагалась высоко (точка С = -7,94 ± 1,14 см). Длина шейки матки при эхографии составила в среднем 2,4 ± 0,3 см., и расположена она на уровне интраспинальной линии. При контрольном осмотре для оценки состояния слизистой шейки матки проводилась расширенная кольпоскопия. Получены следующие результаты: 71 (93,4%) - шейка матки покрыта оригинальной слизистой, 2 (6,6%) - на 12 часах зона эктопии, 2 (2,6%) - незначительная рубцовая деформация

шейки матки. Следует отметить, что за период наблюдения (через 3-4 года после операции) 4 пациенткам была проведена гистероскопия, раздельное выскабливание слизистой матки по поводу дисфункции яичников пременопаузального возраста, 2 пациенткам произведён медицинский аборт по их желанию. Ни в одном случае не отмечено затруднений во время расширения цервикального канала. Следует также указать, что рецидив заболевания (элонгация шейки матки 2 ст. - средняя длина 6,5 ± 1,5) отмечен у 1 (1,3%) пациентки.

## Заключение

Таким образом, разработанный и предложенный нами способ хирургического лечения элонгации, рубцовой деформации шейки матки в сочетании с иными дефектами тазового дна не приводит к рубцовым стриктурам цервикального канала в послеоперационном периоде, способствует формированию косметической шейки и, что имеет важное значение, сохраняет фертильную функцию женщин детородного возраста. Эффективность предложенного метода составила 93,4%. ■

*Камоева С.В.* - к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии № 1 Российской национальной исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова, г. Москва; 129128 Москва, ул. Малаховая, 16,18. медико-санитарная часть № 33, sv02016@yandex.ru. Телефон: +7(499)187-9478, +7(909)970-3874

## Литература:

1. Клюковкина А.С. Элонгация шейки матки: вопросы патогенеза, клинико-морфологическая характеристика: Автореф. дисс... канд. мед. наук. - СПб. - 2007. - 16с.
2. Кулаков В.И., Адамян Л.В. Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. // Под ред. проф. В.И.Кулакова и проф. Л.В.Адамян. - М.-2006. С.3-11.
3. Кустаров В.Н., Сулуквадзе Т.С. Оптимизация хирургического лечения пролапса гениталий. Материалы VII Российского форума «Мать и дитя». - Москва. - 2004. С.430-431.
4. Костючек Д. Ф., Горделадзе А. С., Клюковкина А. С. Вопросы патогенеза элонгации шейки матки (клинико-морфологическое и иммуногистохимическое исследование) // Журнал акушерства и женских болезней. - 2005. - Выпуск III. - Том LIV. - С. 5-11
5. Воскресенский С. Л., Мазитов С. Р., Илькевич Ю. Г. Коллагенолиз в раскрытии шейки матки // Здравоохран. (Минск), 1996 - № 1. - С. - 52-55.
6. Рубин Б. Л., Каримова Д. Ф. Элонгация шейки матки и ее хирургическое лечение // Акушерство и гинекология. 1988. - №5. - С.36-37.
7. Noblett K, Lane F.L., Driskill C.S. Does pelvic organ prolapse quantification exam predict urethral mobility in stages 0 and I prolapse? II International Urogynecology Journal And Pelvic Floor Dysfunction. - 2005. - Vol.16. -N4.-P. 268-271.
8. Краснополский В. И., Буянова С. Н. Опущение и выпадение влагалища и матки // Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы / Под ред. проф. В. Н. Прилепской. - М.: МЕДпресс, 2000. 390 с.
9. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. JL, -Медицина. 1989. -464с.
10. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И. Влагалищная хирургия (Атлас) - М.:ОСЛН.-2008.- 256с
11. Клиффорд Р. Уиллис Атлас оперативной гинекологии.- М.:Медицинская литература,-2007.-С.225-230
12. Приоритетная справка на изобретение № 2011123162 «Способ хирургического лечения элонгации шейки матки в сочетании с опущением передней стенки влагалища и цистоцеле» от 09.06.2011г. (Камоева С.В., Макаров О.В., Нечаева Н.Ю.)