

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2018

УДК 618.1-007.43-02:618.14-089.87

Ищенко А.И.<sup>1,2</sup>, Александров Л.С.<sup>1</sup>, Ищенко А.А.<sup>1</sup>, Горбенко О.Ю.<sup>1</sup>, Хохлова И.Д.<sup>1</sup>,  
Гаврилова Т.В.<sup>2</sup>, Гадаева И.В.<sup>1</sup>, Тарасенко Ю.Н.<sup>2</sup>**МНОГОУРОВНЕВАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПОСТГИСТЕРЭКТОМИЧЕСКОЙ  
ГЕНИТАЛЬНОЙ ГРЫЖИ**<sup>1</sup>ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), 119991, г. Москва;<sup>2</sup>Клиника акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирёва Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, 119045, г. Москва

Для корреспонденции: Хохлова Ирина Дмитриевна, канд. мед. наук, доцент каф. акушерства и гинекологии № 1 ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, e-mail: irhohlova5@gmail.com

*В статье представлен новый хирургический способ коррекции постгистерэктомической генитальной грыжи, сопровождающейся билатеральными паравагинальными дефектами.**Несмотря на использование множества хирургических методик и высокотехнологичных материалов для профилактики и лечения постгистерэктомической генитальной грыжи, частота этой патологии не снижается, а напротив, в силу множества причин имеет тенденцию к росту, что обуславливает необходимость разработки новых хирургических способов лечения.**Предложенная нами хирургическая программа многоуровневой коррекции постгистерэктомической генитальной грыжи с билатеральными паравагинальными дефектами, предусматривающая мультифокальную фиксацию анатомических структур при помощи полипропиленовых имплантатов, будет способствовать улучшению клинических результатов и их продолжительности, а также снижению частоты рецидивов заболевания.***Ключевые слова:** генитальный пролапс; постгистерэктомическая генитальная грыжа; реконструкция паравагинальных дефектов; многоуровневая хирургическая коррекция; синтетические имплантаты; кольпопексия; биоглей.**Для цитирования:** Ищенко А.И., Александров Л.С., Ищенко А.А., Горбенко О.Ю., Хохлова И.Д., Гаврилова Т.В., Гадаева И.В., Тарасенко Ю.Н. Многоуровневая хирургическая коррекция постгистерэктомической генитальной грыжи. *Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирёва.* 2018; 5(1): 12—18. DOI <http://dx.doi.org/10.18821/2313-8726-2018-5-1-12-18>**Ishchenko A.I.<sup>1,2</sup>, Aleksandrov L.S.<sup>1</sup>, Ishchenko A.A.<sup>1</sup>, Gorbenko O.Yu.<sup>1</sup>, Khokhlova I.D.<sup>1</sup>, Gavrilova T.V.<sup>2</sup>,  
Gadaeva I.V.<sup>1</sup>, Tarasenko Yu.N.<sup>2</sup>****MULTILEVEL SURGICAL CORRECTION OF POSTGISTERECTOMIC GENITAL HERNIA**<sup>1</sup>I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, 119991, Russian Federation;<sup>2</sup>V.F. Snegirev Clinic of Obstetrics and Gynecology of the I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, 119045, Russian Federation*The article presents a new surgical method for correcting posthysterectomic genital hernia, accompanied by bilateral paravaginal defects. Despite the use of many surgical techniques and high-tech materials for the prevention and treatment of posthysterectomic genital hernia, the prevalence rate of this pathology fails to decline, but on the contrary, for many reasons, it tends to grow, which calls for the development of new surgical methods of the treatment. The proposed surgical program of multilevel correction of posthysterectomic genital hernia with bilateral paravaginal defects, providing multifocal fixation of anatomical structures with polypropylene implants, will improve clinical results and their duration, as well as the fall of the prevalence rate of relapses of the disease.***Key words:** genital prolapse; posthysterectomic genital hernia; reconstruction of paravaginal defects; multilevel surgical correction; synthetic implants; colpopexy; BioGlue.**For citation:** Ishchenko A.I., Aleksandrov L.S., Ishchenko A.A., Gorbenko O.Yu., Khokhlova I.D., Gavrilova T.V., Gadaeva I.V., Tarasenko Yu.N. Multilevel surgical correction of postgisterectomic genital hernia. *V.F. Snegirev Archives of Obstetrics and Gynecology, Russian journal.* 2018; 1(5): 12—18. (in Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/2313-8726-2018-5-1-12-18>

For correspondence: Irina D. Khokhlova, MD, PhD, Associate professor of the Department of Obstetrics and Gynecology of the I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, 119045, Russian Federation; e-mail: irhohlova5@gmail.com

**Conflict of interest.** The authors declare no conflict of interest.**Acknowledgment.** The study had no sponsorship.

Received 07.12.2017

Accepted 12.12.2017

Одно из ведущих мест в структуре гинекологических заболеваний занимает пролапс внутренних половых органов — широко распространённая патология, существенно снижающая качество жизни больных [1—4].

Особая проблема — постгистерэктомический пролапс. Выпадение стенок и купола влагалища и/или

культы шейки матки является нередким осложнением после абдоминальной или вагинальной гистерэктомии и зачастую ассоциируется с уретровезикальной, ано-ректальной и сексуальной дисфункцией. Частота этой патологии, согласно данным различных авторов, достигает 12% [1, 5, 6].

Предшествующие оргоуносящие оперативные вмешательства, как правило, приводят к нарушению анатомического взаиморасположения, кровоснабжения и иннервации тазовых органов, а также повреждению связочного и фасциального аппаратов таза. Наиболее часто фасциальные дефекты возникают вблизи боковых стенок таза, где верхняя боковая борозда влагалища соединяется с фасцией, покрывающей внутреннюю запирающую мышцу, а также мышцу, поднимающую задний проход. В таких случаях паравагинальная реконструкция — единственный способ лечения, позволяющий восстановить нормальные анатомические соотношения в малом тазу.

Исследователи прошлых лет и наши современники зачастую рассматривают пролапс внутренних половых органов как генитальную грыжу или грыжу тазового дна, что объясняет многообразие клинических симптомов при этой патологии, поскольку грыжевое содержимое включает в себя не только внутренние гениталии, но и смежные с ними органы — мочеиспускательный канал, мочевой пузырь, прямую кишку, которые, вынужденно смещаясь, претерпевают анатомическую деформацию и, как следствие, функциональные нарушения различной степени тяжести [2, 7, 8].

Несмотря на использование множества различных хирургических техник для профилактики и лечения постгистерэктомиической генитальной грыжи, частота этой патологии не снижается. Это связано как с увеличением продолжительности жизни и числа гистерэктомий в мире, так и с функциональной несостоятельностью целого ряда оперативных вмешательств, неполным восстановлением взаиморасположения органов малого таза, а также степенью выраженности системной дисплазии соединительной ткани, отсутствием репарации или недостаточной коррекцией фасциальных дефектов, частота встречаемости которых варьирует в пределах 37,7—57,4% [9, 10].

Это обстоятельство обуславливает необходимость тщательного предоперационного обследования больных, учёта полученных данных при разработке индивидуальной хирургической программы, использования современных хирургических методик и высокотехнологичных материалов при выполнении оперативных вмешательств, что будет способствовать долговременному положительному клиническому эффекту и снижению частоты рецидивов заболевания.

Цель исследования — разработка нового хирургического способа лечения постгистерэктомиической генитальной грыжи, сопровождающейся билатеральными паравагинальными дефектами.

## Материал и методы

Настоящее исследование проводили в 2013—2017 гг. в Лечебно-реабилитационном центре Минздрава РФ и Клинике акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирёва — клинической базе кафедры акушерства и гинекологии № 1 лечебного факультета Первого Московско-

го государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова.

Под нашим наблюдением находилось 46 пациенток с постгистерэктомиической генитальной грыжей, которым провели комплексное клиническое обследование, хирургическое лечение и амбулаторное наблюдение в раннем и отсроченном послеоперационных периодах.

Всех пациенток разделили на 2 группы в зависимости от объёма предыдущей операции: в 1-ю группу вошли 20 больных после тотальной гистерэктомии абдоминальным и влагалищным доступами, а во 2-ю группу — 26 пациенток после субтотальной гистерэктомии.

Исследуемые группы сформировали методом сплошной тематической выборки, при которой критериями включения в работу явились:

- наличие постгистерэктомиической генитальной грыжи, сопровождающейся билатеральными паравагинальными дефектами;
- согласие больных на хирургическое лечение комбинированным (абдоминальным и влагалищным) доступом;
- согласие пациенток на использование сетчатых имплантатов;
- отсутствие профилактики постгистерэктомиического пролапса при предшествующей операции.

Критерии исключения:

- врождённая или приобретённая деформация костей таза и/или тазобедренных суставов, не позволяющая выполнить трансвагинальный этап операции;
- гнойно-воспалительные заболевания органов малого таза;
- поливалентная аллергия;
- отсутствие согласия на установку сетчатых имплантатов.

Обследование пациенток проводили согласно стандартам оказания медицинской помощи у больных с пролапсом тазовых органов. Оно включало анализ жалоб, анамнеза, проведение физикального осмотра, гинекологического и ректального исследований, инструментальных (трансвагинальная и трансперинеальная эхография, магнитно-резонансная томография, кольпоскопия) и лабораторных методов (клинический, биохимический анализы крови, гемостазиограмма, общий анализ мочи, бактериоскопическое и бактериологическое исследование мазков из влагалища и цервикального канала, цитологическое исследование экзо- и эндоцервикса). По показаниям выполняли и другие методы исследования, при назначении которых ориентировались на индивидуальные клинические симптомы, данные анамнеза и необходимую предоперационную подготовку (электрокардиография, рентгенография органов грудной клетки, определение функции внешнего дыхания, доплерометрия сосудов нижних конечностей и др.), а также консультации специалистов — терапевта, эндокринолога, пульмонолога, уролога и др.

В процессе изучения данных анамнеза выясняли характер и время манифестации клинической симптоматики, этапы развития основного заболевания, особенности наследственности, экстрагенитальной патологии, показатели менструальной и репродуктивной функций. Учитывали характер предшествующих гинекологических заболеваний и оперативных вмешательств.

Во время клинического обследования проводили осмотр и пальпацию наружных и внутренних половых органов, поскольку именно гинекологическое исследование является базовым элементом в диагностике генитальной грыжи.

Ректальное исследование способствовало определению степени опущения задней стенки влагалища, выявлению ректоцеле и помогало дифференцировать последнее от энтероцеле.

При определении степени тазового пролапса ориентировались на международную классификацию количественной оценки пролапса тазовых органов, что позволило выявить степень пролапса у обследуемых 1-й и 2-й групп.

Ультразвуковое исследование органов малого таза осуществляли при помощи аппарата Toshiba Aplio (Япония), снабженного мультислотным трансвагинальным и конвексным датчиками. Магнитно-резонансную томографию проводили на томографе 1,5 Тл («Siemens Avanto», Германия).

Обработку полученных данных выполняли стандартными методами описательной и вариационной статистики с использованием *t*-критерия Стьюдента.

## Результаты и обсуждение

Средний возраст пациенток составил 67,9 года, при этом 6,5% из них были в возрасте 47—49 лет, 19,6% — 50—55 лет, 17,4% — 56—60 лет, 21,7% — 61—69 лет и 37,8% — 70—75 лет.

Детальный анализ жалоб пациенток показал выраженное их разнообразие, что характерно для тяжёлой степени генитального пролапса. Прежде всего больные (100%) отмечали значительный дискомфорт, ощущение инородного тела во влагалище и за его пределами, в связи с чем испытывали неловкость, неприятные и нередко болезненные ощущения при ходьбе. Боли тянущего и ноющего характера в нижних отделах живота и в пояснично-крестцовой области имели место у 93,5% пациенток, учащённые позывы к мочеиспусканию — у 63%, недержание мочи при напряжении — у 65,2%, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря — у 28,2%, urgentное недержание мочи — у 13% больных, что вызвало необходимость перманентного многолетнего использования памперсов. Запоры имели место у 28,3% пациенток; 65,2% сексуально активных женщин отмечали невозможность полноценной половой жизни, а также болевые ощущения во время контакта.

Многообразие клинических симптомов у пациенток с генитальной грыжей объясняется выраженными

анатомическими и функциональными нарушениями смежных с внутренними гениталиями органов, что совпадает с данными других исследователей [2, 4, 11].

Впервые слабое ощущение дискомфорта во влагалище появилось у 1 пациентки около 26 лет назад, у 25 — 10—15 лет назад, а у 20 — 7—9 лет назад. Симптомы уретровезикальной дисфункции прогрессировали одновременно с увеличением степени пролапса. Каждая третья пациентка по рекомендации участкового гинеколога пробовала использовать влагалищные пессарии, которые большинству больных удовлетворения не принесли.

Данные семейного анамнеза свидетельствовали в пользу наследственного характера заболевания, поскольку генитальный пролапс был у матерей в каждом четвёртом наблюдении и у бабушек по линии матери у каждой седьмой пациентки.

Среди экстрагенитальной патологии у 47,8% пациенток имелись сердечно-сосудистые заболевания, у 26% — хронический бронхит, у 34,7% — хронический гастрит, у 23,9% — хронический холецистит и желчекаменная болезнь, у 13% — грыжи, у 23,5% — варикозная болезнь, у 19,5% — гипермобильность и вывихи суставов, у 54,3% — артрозы крупных суставов и остеохондроз различных отделов позвоночника, что может свидетельствовать о возможных системных нарушениях структуры соединительной ткани [12].

Менструальная функция и время наступления менопаузы в обеих группах были сходными и особенностей не имели. Так, возраст менархе в среднем составил  $13,6 \pm 1,8$  года, менопаузы —  $52,4 \pm 3,6$  года.

У 33 (71,7%) пациенток в прошлом было 1—2, а у 13 (28,3%) — 3—4 своевременных родов через естественные родовые пути. Травмой промежности и влагалища роды осложнились у 89,1% женщин, что является предрасполагающим к формированию пролапса фактором.

Среди гинекологических заболеваний в анамнезе у 10 (21,7%) больных имели место доброкачественные заболевания шейки матки (цервикальная эктопия, лейкоплакия без атипии, полипы цервикального канала, эндометриоз), у 12 (26%) — сальпингоофориты, у 9 (19,6%) — полипы и гиперплазия эндометрия, у 6 (13%) — узловатая форма внутреннего эндометриоза, у 8 (17,4%) — доброкачественные опухоли яичников и у большинства (32, или 69,6%) пациенток — миома матки.

20 пациенток (1-я группа) перенесли в прошлом тотальную гистерэктомию абдоминальным (16) и влагалищным (4) доступами, 26 больных (2-я группа) — субтотальную гистерэктомию абдоминальным доступом. Кроме того, 9 пациенток имели в анамнезе 1—5 лечебно-диагностических вмешательств (гистероскопия и раздельное диагностическое выскабливание эндоцервикса и эндометрия).

При осмотре пациенток обеих групп, гинекологическом и ректальном исследованиях наблюдались признаки несостоятельности тазового дна, о чём сви-

детельствовала зияющая половая щель (результат расхождения ножек мышц, поднимающих задний проход), истончённая, гипотоничная и укороченная промежность. Внутренние половые органы (стенки влагалища и культи шейки матки) пролабировали за область входа во влагалище. Имели место цисто- и ректоцеле.

Диагностику паравагинальных дефектов осуществляли во время гинекологического исследования и проведения пробы Вальсальвы. Показателем билатерально расположенных паравагинальных дефектов явилось отсутствие сопротивления исследующим пальцам при продвижении их вверх по боковым стенкам таза к верхнему краю ветви лобковой кости и выворот боковых сводов влагалища. При проведении пробы Вальсальвы в положении лёжа с фиксированными с помощью зеркал в нормальном положении боковыми сводами влагалища установлено отсутствие выпячивания передней стенки влагалища и устранение чрезмерной подвижности шейки мочевого пузыря.

При трансвагинальной и трансперинеальной эхографии наблюдали картину, характерную для несостоятельности тазового дна: уменьшение высоты сухожильного центра промежности менее 1 см, появление диастаза мышц в области сухожильного центра, уменьшение ширины мышечных пучков луковично-пещеристой мышцы (менее 1,5 см), что совпадает с данными литературы [3, 9]. При наличии шейки матки она определялась в грыжевом мешке за пределами входа во влагалище. В 26% наблюдений имела место элонгация шейки матки до 5—8 см. Контуры мочевого пузыря были деформированы, установлена дислокация уретровезикального сегмента, гипермобильность уретры, а также деформация контуров передней стенки прямой кишки.

Эхографическими маркерами дефектов тазовой фасции при тяжёлых степенях генитальной грыжи служили смещение задней стенки мочевого пузыря ниже уровня входа во влагалище и деформация последнего в виде «песочных часов», что совпадает с данными ряда авторов [9, 10, 13].

Магнитно-резонансная томография выявила истончение и асимметрию как лонно-прямокишечных мышц, так и мышц, поднимающих задний проход. Кроме того, отмечено выраженное смещение мочевого пузыря относительно лонно-копчиковой линии, а прямой кишки — относительно оси анального канала, что является томографическими маркерами несостоятельности тазового дна, генитальной грыжи, цисто- и ректоцеле и соответствует данным других авторов [14].

Томографическими показателями паравагинальных дефектов были значительное смещение задней стенки мочевого пузыря и его деформация.

Показанием к оперативному лечению у всех пациенток явилось наличие постгистерэктомической генитальной грыжи, сопровождающейся билатеральными паравагинальными дефектами.

Хирургическое лечение постгистерэктомической генитальной грыжи в настоящее время осуществляют

влагалищным, абдоминальным, лапароскопическим доступами и их комбинацией с использованием собственных, аллопластических и синтетических тканей для фиксации купола влагалища или культи шейки матки [15, 16—19].

Как правило, хирургические техники, осуществляемые трансвагинальным доступом, базируются на укреплении купола влагалища собственными тканями (культи связок матки и придатков) и различных видах фиксации (суспензии): к апоневрозу, подвздошно-копчиковой фасции, крестцово-остистой связке с использованием сетчатых имплантатов или без них [20].

Абдоминальные и лапароскопические хирургические техники также предусматривают укрепление купола влагалища собственными тканями, вентросуспензию апоневротическими лоскутами, высокую суспензию к крестцово-маточным связкам с восстановлением целостности тазовой фасции и сакрокольпопексию при помощи синтетических сетчатых имплантатов, выполнение которой возможно и при лапароскопическом доступе [3].

Однако наличие дефектов тазовой фасции диктует необходимость дополнения операций по укреплению купола влагалища или культи шейки матки реконструкцией фасциальных дефектов, иначе оперативное вмешательство окажется функционально несостоятельным и повлечёт за собой рецидив генитальной грыжи.

В настоящее время научное сообщество привыкает к мысли, что все нарушения поддерживающего аппарата тазовых органов обусловлены изолированными дефектами тазовой фасции. По мнению Г. Херта [4], современной хирургической коррекцией считается реконструкция дефектов чётко определённой локализации. При этом одними из первых были описаны и изучены паравагинальные дефекты — разрывы лобково-шеечной фасции в области её прикрепления к боковым стенкам таза вдоль сухожильной дуги фасции таза, что зачастую приводит к возникновению цистоуретроцеле. Хирургическое вмешательство в этом случае имеет целью соединить латеральный край лобково-шеечной фасции с боковой стенкой таза, что может быть выполнено как влагалищным, так и абдоминальным и лапароскопическим доступами [17, 21—25].

Для обеих групп больных с генитальной грыжей мы разработали две четырёхэтапные хирургические программы в рамках одного оперативного вмешательства с абдоминально-влагалищным доступом.

У пациенток 1-й группы программа включала:

- I этап — устранение генитальной грыжи путём укрепления и фиксации купола влагалища к прочным анатомическим структурам (латеральная лигатурная вентрокольпосуспензия абдоминальным доступом);
- II этап — сокращение свободного пространства в малом тазу (облитерация Дугласова кармана);

- III этап — комбинированная реконструкция билатеральных паравагинальных дефектов оригинальным способом (лигатурно-mesh-клеевая);
- IV этап — укрепление тазового дна влагалищным доступом.

У пациенток 2-й группы программа предусматривала:

- I этап — устранение генитальной грыжи путём укрепления и фиксации культи шейки матки к прочным анатомическим структурам (сакроцервикопексия-mesh-лигатурная);
- II этап — сокращение свободного пространства в малом тазу (облитерация Дугласова кармана);
- III этап — комбинированная реконструкция билатеральных паравагинальных дефектов (лигатурно-mesh-клеевая);
- IV этап — укрепление тазового дна влагалищным доступом.

Для выполнения разработанных хирургических программ мы сочетали абдоминальный и влагалищный доступы.

Применяли спинальную анестезию.

**Объём операции у пациенток 1-й группы:** лигатурная вентрокольпосуспензия абдоминальным доступом; комбинированная лигатурно-mesh-клеевая реконструкция билатеральных паравагинальных дефектов; передняя кольпорафия; кольпоперинеолеваторопластика.

У 5 и у 4 пациенток соответственно выполняли дополнительное укрепление передней и задней стенок влагалища полипропиленовыми имплантатами в связи со значительным объёмом цисто- и ректоцеле.

**Ход операции. I этап.** После поперечного надлобкового чревосечения проводили ревизию органов малого таза, при необходимости — адгезиолизис, а затем мобилизацию купола влагалища, после чего прошивали последний справа и слева нерассасывающимися лигатурами, которые при помощи зонда-проводника обратным ходом выводили экстраперитонеально на переднюю брюшную стенку над апоневрозом и фиксировали к последнему, подтягивая лигатуры, способствуя формированию физиологического вектора влагалища. Затем выполняли перитонизацию.

**II этап.** Проводили облитерацию Дугласова кармана 3—4 медленно рассасывающимися швами по Мошковичу или Гальбану.

**III этап.** Острым и тупым путём входили в позадилононное пространство, ориентируясь на внутренние поверхности лонных костей и фасцию внутренней запирающей мышцы. Смещая мочевой пузырь поочередно то вправо, то влево, накладывали 3—4 нерассасывающихся шва, соединяющих участок левой стенки влагалища, выпяченной вспомогательным инструментом или пальцем ассистента со стороны влагалища, с сухожильной дугой фасции таза на той же стороне стенки таза на уровне шейки мочевого пузыря без завязывания лигатур. Если белая линия не визуализиро-

валась, не была прочной или полностью отделилась от стенки таза, швы накладывали на фасцию, покрывающую внутреннюю запирающую мышцу.

Далее осуществляли аналогичные симметричные действия с другой (правой) стороны позадилононного пространства малого таза.

После завершения двухстороннего наложения незавязанных лигатур проксимальнее и дистальнее швов наносили равномерный слой хирургического клея BioGlue (США) толщиной 1,5—3 мм с последующим помещением на эту область полипропиленового имплантата размером 4—5 × 1,5—2 см. Через 2—3 мин, в течение которых происходит полимеризация клея, завязывали лигатуры с обеих сторон поочередно, устраняя таким образом билатеральные паравагинальные дефекты. Далее выполняли послойное ушивание операционной раны на передней брюшной стенке.

**IV этап.** Влагалищным доступом оценивали произошедшие в результате предыдущих этапов операции изменения. У 11 из 20 пациенток потребовалось выполнить кольпоперинеолеваторопластику, у 5 и 4 больших соответственно в связи со значительным объёмом цисто- и ректоцеле — укрепление передней или задней стенки влагалища при помощи полипропиленовых сетчатых имплантатов, после чего производили переднюю кольпорафию или кольпоперинеолеваторопластику.

**Объём операций у пациенток 2-й группы:** сакроцервикопексия абдоминальным доступом; комбинированная лигатурная билатеральная реконструкция паравагинальных дефектов; передняя кольпорафия; кольпоперинеолеваторопластика. У 5 и 6 пациенток соответственно включили дополнительное укрепление передней или задней стенки влагалища полипропиленовыми имплантатами в связи с выраженным объёмом цисто- или ректоцеле.

**Ход операции. I этап.** После поперечного надлобкового чревосечения, ревизии органов малого таза и адгезиолизиса осуществляли мобилизацию культи шейки матки и вскрывали париетальную брюшину по задней стенке таза правее от средней линии вплоть до мыса крестца. Затем дистальный конец полипропиленового имплантата размером 18—20 × 3 см подшивали к передней и задней стенке культи шейки матки двумя-тремя нерассасывающимися лигатурами, а проксимальный конец фиксировали к продольной связке позвоночника в области мыса крестца, используя также нерассасывающиеся лигатуры. После этого выполняли перитонизацию, оставляя имплантаты ретроперитонеально.

**II этап.** При значительном объёме Дугласова кармана осуществляли его облитерацию тремя-четырьмя швами по Мошковичу или Гальбану.

**III этап.** Острым и тупым путём входили в позадилононное пространство, достигая стенок влагалища и сухожильной дуги тазовой фасции. Смещая мочевой пузырь вправо и влево, накладывали, не завязывая, три—четыре нерассасывающихся шва поочередно с каждой стороны, соединяя ими боковые стенки влагалища с

сухожильной дугой тазовой фасции или же с фасцией внутренней запирающей мышцы на уровне шейки мочевого пузыря. Затем, по аналогии с 1-й группой пациенток, наносили равномерный слой хирургического клея по линии швов с последующим помещением в эту область полипропиленового имплантата размером 4—5 × 1,5—2 см. После 2—3-минутного ожидания зашивали лигатуры с обеих сторон, устраняя таким образом билатеральные паравагинальные дефекты. Послойно ушивали операционную рану передней брюшной стенки.

*IV этап.* Оценивали результаты предыдущих этапов операции трансвагинально. У 14 из 26 пациенток дополнительно потребовалось выполнить кольпоперинеолеваторопластику, а у 6 и 5 больных соответственно — укрепление передней и задней стенок влагалища полипропиленовыми имплантатами, после чего осуществляли переднюю кольпорафию и кольпоперинеолеваторопластику.

Продолжительность операции в 1-й и 2-й группах составила в среднем 2 ч и варьировала в пределах 1 ч 50 мин — 2 ч 10 мин.

Интраоперационная кровопотеря у пациенток в 1-й и 2-й группах составила 200—250 мл.

После операции проводили антибактериальную, обезболивающую, десенсибилизирующую и антикоагулянтную терапию. Число койко-дней колебалось в пределах 4—7.

Анализируя данные, полученные в результате амбулаторного наблюдения пациенток 1-й и 2-й групп в раннем и отсроченном (6—36 мес) послеоперационном периодах, проводили тщательное анкетирование и отметили удовлетворенность пациенток результатами хирургического лечения, что выразилось в значительном улучшении их самочувствия и настроения, повышении социальной и сексуальной активности.

При гинекологическом исследовании, трансвагинальной и трансперинеальной эхографии купол влагалища у пациенток 1-й группы и культи шейки матки у пациенток 2-й группы располагались высоко и значимого смещения тазовых органов при натуживании не наблюдалось.

## Заключение

Поскольку до настоящего времени не существует универсальной операции для коррекции постгистерэктомической генитальной грыжи, хирурги-гинекологи и врачи смежных специальностей (урологи, проктологи) продолжают изучать особенности и механизмы её патогенеза и предлагать различные хирургические техники с целью оптимизации результатов хирургического лечения.

Разработанная нами программа многоуровневой хирургической коррекции постгистерэктомической генитальной грыжи, сопровождающейся билатеральными паравагинальными дефектами, с мультифокальной фиксацией анатомических структур и использованием

полипропиленовых имплантатов будет способствовать улучшению и долговременности клинических результатов, а также уменьшению частоты рецидивов заболевания.

**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

## ЛИТЕРАТУРА

(п.п. 6, 9—11, 13, 15—25 см. REFERENCES)

1. Буянова С.Н., Савельев С.В., Гришин В.А., Спенгалова Т.Н. Некоторые аспекты пролапса гениталий. *Акушерство и гинекология*. 2001; (3): 39-43.
2. Попов А.А. Хирургическое лечение осложнённых и неосложнённых форм пролапса гениталий. В кн.: *Материалы II Российского форума «Мать и дитя»*. М.; 2000: 271.
3. Радзинский В.Е., ред. *Перинеология*. М.: Медицинское информационное агентство; 2006.
4. Херт Г. *Оперативная урогинекология*. Пер. с англ. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2003.
5. Груздев В.С. К патогенезу пролапсов женского полового канала. *Акушерство и гинекология*. 1924; (2): 142-52.
7. Краснополянский В.И., ред. *Патология влагалища и шейки матки*. М.: Медицина; 1999.
8. Петрос П. *Женское тазовое дно, функции, дисфункции и их лечение в соответствии с интегральной теорией*. М.: МЕДпресс-Информ; 2016.
12. Смольнова Т.Ю., Буянова С.Н., Савельев С.В., Петрова В.Д. Дисплазия соединительной ткани как одна из возможных причин недержания мочи у женщин с пролапсом гениталий. *Урология*. 2001; (2): 25-30.
14. Пучков К.В., Филимонов В.Б., Васин Р.В., Васина И.В. Диагностические возможности и значение ультразвукографии и магнитно-резонансной томографии при тазовом пролапсе. *Журнал акушерства и женских болезней*. 2009; 58 (5): 67-8.

## REFERENCES

1. Buyanova S.N., Savel'yev S.V., Grishin V.A., Spengalova T.N. Some aspects of prolapse of the genitals. *Akusherstvo i ginekologiya*. 2001; (3): 39-43. (in Russian)
2. Popov A.A. Surgical treatment of complicated and uncomplicated forms of genital prolapse. In: *Materials of the II Russian forum "Mother and Child"*. [Materialy II Rossiyskogo foruma «Mat' i ditya»]. Moscow; 2000: 271. (in Russian)
3. Radzinskiy V.E., ed. *Perineologiya* [Perineologiya] Moscow: Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo; 2006. (in Russian)
4. Khert G. *Operative urogynecology*. [Operativnaya uroginekologiya]. Moscow: GEOTAR-Media; 2003. (in Russian)
5. Gruzdev V.S. To the pathogenesis of prolapses of the female sexual canal. *Akusherstvo i ginekologiya*. 1924; (2): 142-52. (in Russian)
6. Marchionni M., Bracco G.L., Cleccucci V. et al. True icidauce of vaginal vault prolapse. Thirteen years of experience. *J. Reprod. Med.* 1999; 44 (8): 679-84.
7. Krasnopolskiy V.I., ed. *Pathology of the vagina and cervix*. [Patologiya vlagalishcha i sheyki matki]. Moscow: Meditsina; 1999. (in Russian)
8. Petros P. *Female pelvic floor; function, dysfunction and their treatment in accordance with integral theory*. [Zhenskoye tazovoye dno, funktsii, disfunktsii i ikh lecheniye v sootvetstvi s integral'noy teoriyey]. Moscow; 2015. (in Russian)
9. Bechev B., Magunska N., Ivanov S., Kovachev E. Laparoscopic Burch colposuspension with paravaginal repair. *Akush. and Ginekol.* (Sofia). 2016; 55(3): 21-3.
10. Silva-Filho A.L., Santos-Filho A.S., Figueiredo-Netto O., Triginelli S.A. Uncommon complications of sacrospinous fixation for treatment of vaginal vault prolapse. *Arch. Gynecol. Obstet.* 2005; (4): 358-62.
11. Demirci F., Ozdemir I., Somunkiran A., Gul O.K., Gul B., Doyran G.D. Abdominal paravaginal defect repair in the treatment of paravaginal defect and urodynamic stress incontinence. *J. Obstet. Gynaecol.* 2007; 27(6): 601-4.
12. Smol'nova T.Yu., Buyanova S.N., Savel'yev S.V., Petrova V.D. Dysplasia of connective tissue as one of the possible causes of urinary incontinence in women with genital prolapsed. *Urologiya*. 2001; (2): 25-30. (in Russian)

13. Martan A., Masata J., Halaska M., Otcenasek M., Svabik K. Ultrasound imaging of paravaginal defects in women with stress incontinence before and after paravaginal defects repair. *Ultras. Obstet. Gynecol.* 2002; 19(5): 496-500.
14. Puchkov K.V., Filimonov V.B., Vasin R.V., Vasina I.V. Diagnostic possibilities and significance of ultrasonography and magnetic resonance imaging for pelvic prolapse. *Zhurnal akusherstva i zhenskikh bolezney.* 2009; 58(5): 67-8. (in Russian)
15. Bechev B., Magunskan N., Ivanov S., Kovachev E. Laparoscopic Burch colposuspension with paravaginal repair. *Akush. and Ginekol. (Sofiya).* 2016; 55(3): 21-3.
16. Diwadkar G.B., Chen C.C., Paraiso M.F. An update on the laparoscopic approach to urogynecology and pelvic reconstructive procedures. *Curr. Opin. Obstet. Gynecol.* 2008; 20(5): 496-500.
17. Fatton B., Savari D., Amblard J., Jacquetin B. How to manage multicompartiment pelvic organe prolapse? *Progl. Urol.* 2009; 19(13): 1086-97.
18. Schar G. Reconstructive surgery of female pelvic floor prolapse. *Ther. Umsch.* 2010; 67(1): 31-7.
19. Beer M., Kulin A. Surgical techniques for vault prolapse: a review of the literature. *Eur. J. Obstet. Gynaec. Reprod. Biol.* 2005; 119(2): 144-55.
20. De Tayrac R., Boileau L., Fara J.F., Monneins F., Raini C., Costa P. Bilateral anterior sacrospinous ligament suspension associated with a paravaginal repair with mech: short-term clinical results of a pilot study. *Int. Urogynecol. J.* 2010; 21(3): 293-8.
21. Behnia-Willison F., Seman E.I., Cook J.R., Oshea R.T., Keirse M.J. Laparoscopic paravaginal repair of anterior compartment prolapse. *J. Minim. Invasive Gynecol.* 2007; 14(4): 475-80.
22. Chinthakanan O., Miklos J.R., Voore R.D. Laparoscopic Paravaginal Defect Repair: Surgical Technique and a Literature Review. *Surg. Technol. Int.* 2015; 27: 173-83.
23. Hosni M.M., El-Feky A.E., Agur W.I., Khater E.M. Evaluation of three different surgical approaches in repairing paravaginal support defecets: a comparative trial. *Arch. Gynecol. Obstet.* 2013; 288(6):1341-8.
24. Price N., Jackson S.R. Advances in laparoscopic techniques in pelvic reconstructive surgery for prolapse and incontinect. *Maturitas.* 2009; 62(3): 276-80.
25. Rodriguez L.V., Bukkapatnam R., Shah S.M., Raz S. Transvaginal paravaginal repair of highgrade cystocele central and lateral defects with concomitant suburethral sling: report of early results, outcomes, and patient satisfaction with a new technique. *Urology.* 2005; 66 (5 Suppl.): S57-65.

Поступила 07.12.2017  
Принята к печати 12.12.2018

### Уважаемые авторы и читатели журнала!

Обращаем Ваше внимание на то, что мы обновили сайт нашего журнала.

**Новый адрес сайта: [www.medlit.ru/journalsview/obstetrics](http://www.medlit.ru/journalsview/obstetrics)**

**Вы можете подписаться через наш сайт на электронную версию журнала или купить отдельные статьи по издательской цене. Для этого нужно пройти регистрацию на сайте.**