

ОПЫТ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕНИТАЛЬНОГО ПРОЛАПСА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИМ ДОСТУПОМ

Вергейчик А.Н., Поборцева А.А., Доведько Н.Г., Черкасов И.А., Жура К.Б.

УЗ «10-я городская клиническая больница», Минск

Введение. Опущения и выпадения внутренних половых органов относятся к той патологии, с которой врач встречается часто, но не всегда правильно и своевременно решает вопрос о лечении и реабилитации таких больных.

В настоящее время повышенное внимание к качеству хирургического лечения пролапса гениталий связано не только с высокой распространенностью этого заболевания (до 40% в разных возрастных группах), но и его неуклонным ростом.

Одной из основных проблем является увеличение числа молодых, социально и сексуально активных женщин, страдающих несостоятельностью тазового дна. Не менее одной трети числа пациенток с выпадением половых органов составляют женщины фертильного возраста, что делает эту проблему не только медицинской, но и социально значимой.

С увеличением количества гистерэктомий отмечается увеличение числа пациенток с пролапсом после радикальных операций на матке (постгистерэктомический пролапс). Пролапс культи влагалища или шейки матки после гистерэктомии у женщин, не имевших признаков опущения половых органов до операции, составляет 4-7%, а при наличии начальных признаков заболевания до оперативного вмешательства достигает 43%. Все выше перечисленное привело к увеличению доли апикальных форм выпадения половых органов, которые трудно поддаются коррекции традиционными методиками и, как правило, при-

водят к рецидиву.

В результате многочисленных и функционально неэффективных вмешательств по коррекции пролапса возникают рецидивы, которые развиваются у каждой третьей больной (от 33 до 61,3%) в течение трех лет после операции. Это часто является причиной инвалидизации пациенток.

При проведении хирургического лечения должна не только проводиться одновременная коррекция всех анатомических дефектов во время оперативного вмешательства, но и восстановление нарушенных функций смежных органов, сексуальной функции и максимально быстрая социальная реабилитация пациентки.

Сакропексия, наиболее патогенетически обоснованное вмешательство для достижения этих целей. Многолетний опыт ее применения показал превосходную толерантность и долгосрочную эффективность этой операции.

По заключению Американской Коллегии Акушеров-Гинекологов (2007) сакропексия наиболее эффективная методика для лечения апикального пролапса, является предпочтительной операцией у пациенток с выраженными и рецидивными формами выпадения половых органов, а также у сексуально активных женщин.

Однако в Республике Беларусь до настоящего времени методике не было уделено должного внимания и опыт ее применения, ограниченный небольшим количеством наблюдений, не был представлен в литературе.

Лапароскопический доступ в коррекции пролапса вызывает большой интерес во всем мире. Лапароскопический доступ имеет такие преимущества (сравнению с лапаротомией) как меньшая травматичность, снижение кровопотери, сокращение сроков пребывания в стационаре и более быстрое восстановление трудоспособности.

Целью работы является изучение эффективности сакропексии у пациенток с пролапсом тазовых органов и определение её роли в снижении риска развития постгистерэктомического пролапса.

Материалы и методы. В отделении гинекологии УЗ «10-я городская клиническая больница» г. Минска с мая 2014 года было выполнено 54 сакропексий лапароскопическим доступом в различных модификациях. Возраст пациенток от 38 до 69 лет. Время проведенного вмешательства от 78 минут до 189 минут. Попутно, при наличии показаний, выполнялась субтотальная (7 пациенток-12,9%) или тотальная (3 пациентки-5,5%) гистерэктомия, операция Берча (5 пациенток-9,2%), операция Мак-Кола (25 пациенток-46,2%), паравагинальная реконструкция (15 пациенток-27,7%). Выписка пациентов из стационара произведена на 5-8 сутки. Объем интраоперационной кровопотери до 50 мл. По ходу операции в двух случаях (3,7%) было кровотечение из вен крестца в месте фиксации аллотрансплантата в объеме до 150 мл - гемостаз произведен биполярным коагулятором. Оперативное вмешательство закончено лапароскопическим доступом. В одном случае (1,8%) у пациентки в послеоперационном периоде развился правосторонний ишиаз. К моменту выписки болевой синдром у данной

пациентки купирован применением НПВС ректально. Только у одной пациентки (1,8%) через 1 месяц выявлен рецидив пролапса (по данным МРТ сканирования обнаружен отрыв аллотрансплантата в месте фиксации к крестцу). При повторных осмотрах прооперированных пациенток (за исключением вышеописанного случая) через 2, 6 месяцев рецидивов пролапса не выявлено. Жалоб со стороны мочеполовых органов и качества жизни пациентки не предъявляли.

Результаты и обсуждения. При проведении сакропексии показано одномоментное устранение всех дефектов тазовой фасции, что позволит получить максимально эффективный результат от операции. Высокая частота различных нарушений мочеиспускания (70,3%) и возможность скрытого недержания мочи (12,1%) у пациенток с пролапсом гениталий, доказывают необходимость проведения перед операцией комплексного уродинамического исследования. Сопутствующие оперативные вмешательства, корригирующие стрессовое недержание мочи, должны выполняться по показаниям.

В предоперационное обследование пациенток с пролапсом должны быть включены клинические и инструментальные методы для комплексной оценки изменений тазового дна. В объем стандартного предоперационного обследования пациенток с пролапсом гениталий необходимо включать измерение шейки матки при ультразвуковом исследовании. Это позволяет исключить ее элонгацию и выбрать адекватный объем гистерэктомии (при наличии показаний).

При выполнении сопутствующей гистерэктомии и отсутствии патологии шейки матки предпочтение должно отдаваться надвлагалищной ампутации матки. При выраженных формах цистоцеле показано проведение ретциоскопии. При обнаружении латеральных дефектов пубоцервикальной фасции показано выполнение паравагинальной реконструкции, предпочтительно с использованием синтетического протеза. При выраженных формах ректоцеле, для его лучшей коррекции, необходимо фиксировать заднюю сетку протеза к пуборектальным мышцам.

После проведения сопутствующей тотальной гистерэктомии ушивать культю влагалища двумя рядами швов. Сетчатый протез фиксировать на расстоянии не менее 2 см от линии отсечения влагалища.

Всем пациенткам с пролапсом гениталий, учитывая выраженные дистрофические нарушения слизистой влагалища и хронический дисбактериоз, показано предоперационное проведение санации влагалища с целью профилактики гнойно-септических осложнений и снижения риска развития эрозии влагалища. В перименопаузе и менопаузе показано проведения местной гормонотерапии.

Выводы. Учитывая тенденцию к «омолаживанию» заболевания, генитальный пролапс представляется не только медицинской, но и социальной проблемой, поэтому к качеству оказания медицинской помощи у данной категории пациенток предъявляются повышенные требования. Лапароскопическая сакропексия является приоритетным методом лечения апикальных и рецидивных форм генитального пролапса. У женщин, ведущих активную половую жизнь, эта операция должна также являться методом выбора.