

Оптимізація хірургічного лікування рецидивного цистоцеле і генітального пролапса

В.В. Яцентюк

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

Результати проведених досліджень свідчать, що використання вдосконаленої методики хірургічного лікування рецидивного цистоцеле і генітального пролапса дозволяє покращити результати оперативного втручання, а також суттєво знизити частоту рецидивів протягом 3–5 років після операції. Отримані результати необхідно використовувати в практичній охороні здоров'я на рівні спеціалізованих гінекологічних відділень.

Ключові слова: цистоцеле, генітальний пролапс, хірургічне лікування, оптимізація.

Частота зустрічальності пролапсу тазових органів в структурі гінекологічної захворюваності, за даними різних авторів, варіює від 15% до 30% [2]. Незважаючи на зниження народжуваності і зайнятості жінок на важкому виробництві, проблема лікування опущення статевих органів залишається однією з найбільш актуальних для акушерів-гінекологів. Пролапс статевих органів, як правило, поєднується з анатомічною і функціональною недостатністю суміжних органів і призводить до сечової і кишкової інконтиненції [1].

Клінічні симптоми опущення і випадання внутрішніх статевих органів приносять жінці фізичні і моральні страждання, знижують працездатність, сексуальну активність, впливають на якість життя. Найчастішою проблемою у хворих із пролапсом тазових органів є формування цистоцеле (ЦЦ) при опущенні передньої стінки піхви. Найявність ЦЦ, у свою чергу, може призводити до значного опущення шийки сечового міхура і посилює тяжкість порушень сечовипускання [3].

Хірургічне лікування у хворих з пролапсом тазових органів розглядається як єдиний ефективний метод лікування, а кількість операцій, запропонованих для корекції даної патології, складає більше 200 модифікацій. Проте висока частота рецидивів захворювання (від 16% до 43%) свідчить про недостатню ефективність використовуваних в даний час хірургічних методик [4].

Розвиток функціональної хірургії таза на основі сучасних технологій представляє можливості для профілактики післяопераційних рецидивів шляхом використання нової методології: застосування малоінвазивних методик, обов'язкова корекція всіх функціональних розладів органів малого таза, використання сучасних синтетичних матеріалів для заміщення дефектів тазової фасції [1].

Усе викладене вище свідчить, що проблема хірургічної корекції ЦЦ при генітальному пролапсі залишається актуальною і вимагає подальшого дослідження найбільш ефективних і менш травматичних способів оперативного лікування. На особливу увагу заслуговує вирішення питань про тактику ведення хворих з рецидивними формами ЦЦ і генітального пролапсу, особливо в аспекті післяопераційної реабілітації.

Мета дослідження: підвищення ефективності оперативного лікування ЦЦ і генітального пролапса на основі вдосконалення і впровадження тактики хірургічного втручання і реабілітаційних заходів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для досягнення поставленої мети нами було обстежено 100 хворих, яких оперували у відділенні оперативної гінекології КМКЛ № 1 з 2011 по 2015 р.

Критерієм включення пацієнток у дослідження була наявність ЦЦ і скарги на сечовий дискомфорт як провідне захворювання, що потребує хірургічного лікування. При цьому ЦЦ могло поєднуватися з опущенням і випаданням внутрішніх статевих органів (ОіВВСО) або іншою гінекологічною патологією.

Критерієм виключення з групи дослідження служила відсутність показань для хірургічної корекції ЦЦ.

Хворих було розподілено на дві групи: 1-у групу склали 50 хворих, які поступили у відділення з ЦЦ різного ступеня вираженості, але без зсуву шийки і тіла матки. У 2-у групу включено 50 жінок, в яких ЦЦ поєднувалося з випаданням матки.

Кожну групу було розподілено на дві підгрупи залежно від використаної методики оперативного лікування:

- підгрупа 1.1. – 25 жінок, прооперованих в обсязі передньої кольпоррафії за загальноприйнятою методикою;
- підгрупа 1.2. – 25 жінок, прооперованих в обсязі передньої кольпоррафії за удосконаленою нами методикою, яка описана нижче;
- підгрупа 2.1. – 25 жінок, прооперованих в обсязі піхвової екстирпації та передньої кольпоррафії за загальноприйнятою методикою;
- підгрупа 2.2 – 25 жінок, прооперованих в обсязі піхвової екстирпації та передньої кольпоррафії за вдосконаленою нами методикою.

Особливостями у жінок підгруп 1.1 та 2.1 були наявність первинного ЦЦ, а у підгрупах 1.2 та 2.2 – рецидивний варіант ЦЦ, що і змусило нас використовувати вдосконалену методику передньої кольпоррафії.

Подібна систематизація хворих обрана для уточнення взаємозв'язку анатомічної диспозиції матки і сечового міхура, а також визначення оптимального методу хірургічного втручання.

Обстеження хворих проводили на амбулаторному етапі згідно з загальноприйнятим алгоритмом і адаптованим нами для хворих з ЦЦ.

Алгоритм обстеження хворих з ЦЦ.

I етап – клінічне обстеження:

- вивчення анамнестичних даних;
- оцінювання скарг хворої;
- інтерпретація щоденників сечовипускання;
- огляд загальний і вагінальний (з виконанням функціональних проб і виявленням дефекту лобково-шийкової фасції);
- лабораторні методи обстеження з обов'язковим посівом сечі на стерильність у пацієнток зі значними розмірами ЦЦ і у жінок, що пред'являють скарги на неповне спорожнення сечового міхура і утруднене сечовипускання;
- оцінювання стану сполучної тканини із застосуванням шкали клінічних критеріїв вираженості ДСТ.

II етап – ультразвуграфічне дослідження:
 - сечового міхура з тривимірною реконструкцією зображення і діагностикою дефектів лобково-шийкової фасції;
 - УЗД нирок у пацієнок з вираженим ЦЦ (III–IV ступеня) і симптомами утрудненого сечовипускання;
 - УЗД матки і придатків.

III етап – уродинамічне дослідження у пацієнок з ургентним і змішаним нетриманням сечі.

Аналіз отриманих результатів був підставою для вибору лікувальної тактики.

Удосконалений нами алгоритм оперативного лікування полягав в тому, що додатково до загальноприйнятої тактики оперативного лікування (шляхом зшивання залишків везиковагінальної фасції або зміцнення її протезом без фіксації до опорних структур малої миски), після зшивання залишків везиковагінальної фасції фіксують краї синтетичної сітки до щільних тканин нижніх дуг лобкових кісток. Хворим з ЦЦ першим етапом після сагітального розтину стінки піхви роблять латеральне відсепарування клаптів слизової оболонки піхви гострим та тупим шляхом. Особливу увагу приділяють тому, що відсепарування виконували на межі м'язової та адвентиційної оболонок піхви, тобто на слизовій оболонці піхви не залишалась лобково-міхурово-піхвова фасція. У випадку дискретного розриву перегородки, якщо є можливість, виконують ушивання дефекту перманентним швом-капрон № 2–3. В інших випадках виконують зшивання залишків лобково-міхурово-шийкової фасції в сагітальному напрямку та видаляють надлишки стінки піхви. Якщо вдається виділити окремо адвентиційний пул стінки піхви, то в сагітальному напрямку також виконують зшивання з формуванням дуплікатори лобково-міхурово-шийкової фасції.

Найпростішим способом фіксації країв сітки є підшивання кутів сітки до збережених елементів лобково-міхурово-шийкової фасції в латеральних зонах передньої стінки піхви. Подібний спосіб можливий у випадку перерозтягнення фасції чи у випадку окремого дефекту при збереженні латеральній фасції до сухожилкової дуги фасції таза. Якщо не вдається ідентифікувати та виділити лобково-міхурово-шийкову фасцію в разі значного чи рецидивного ЦЦ, при значних дистрофічних змінах виконують кольпоррафію з посиленням проленовим ендпротезом.

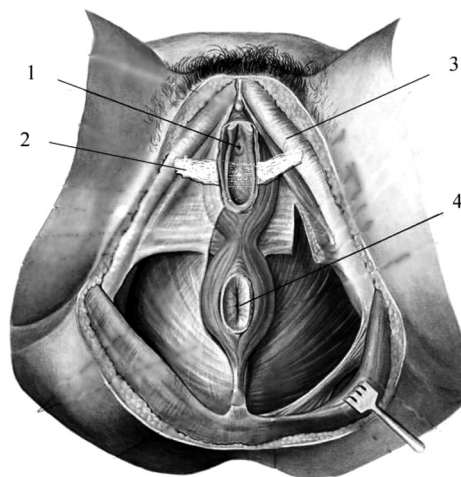
Латеральні краї сітки (2) фіксують до внутрішньої поверхні нижніх дуг лобкових кісток (3) окремими капроновими швами № 2–3. Передній і задній краї протеза фіксують окремими швами № 2–3 до лобково-міхурово-шийкової фасції. Далі поверхню протеза обробляють етанолом. Рану піхви зашивають безперервним вікриловим швом № 1–2 (малюнок).

Технічним результатом, який досягається, є забезпечення більш ефективного попередження рецидивів ЦЦ та дисфункції тазових органів в післяопераційний період.

Окрім удосконаленого алгоритму оперативного втручання були використані наступні підходи до відновного лікування жінок з ЦЦ:

- профілактика гнійно-септичних ускладнень в ранній післяопераційний період, що включає проведення антибактеріальної терапії антибіотиками широкого спектра дії: цефалоспорино II–III покоління – цефтріаксон 1,0 г 2 рази на добу, внутрішньом'язово (цефазолін 1,0 г 2 рази на добу внутрішньом'язово) протягом 5 діб з одночасним місцевим застосуванням мазових тампонів з левомеколем 1 раз на добу протягом 3–5 діб;

- профілактика тромбоемболічних ускладнень – фраксипарин в профілактичних дозах 0,3 мл вводять через 7 год після операції протягом 3–5 діб (переважно в жінок з екстрагенітальною патологією: варикозна хвороба вен нижніх кінцівок (ВХВНК), штучні суглоби, ожиріння III–IV ступеня, серцево-судинна патологія);



1 – зовнішній отвір сечівника; 2 – проленова сітка; 3 – дуги лобкових кісток; 4 – відхідник

Удосконалена методика оперативного втручання

- за наявності атонії сечового міхура в ранній післяопераційний період застосовують прозерин (0,005% 1,0 × 1–2 рази на добу) протягом 2–3 діб;

- обов'язковим в післяопераційній реабілітації та з метою профілактики можливих рецидивів ЦЦ є інтравагінальне введення супозиторіїв, що містять естріол, – овестин з 5-ї доби післяопераційного періоду 0,5 мг (1 супозиторій) 1 раз на добу 1 міс, далі по 0,5 мг 2 рази на тиждень протягом 1 міс, далі по 0,5 мг x 1 раз на тиждень протягом 1 міс чи колпотрофін (який також має естрогеноподібний ефект) по 1 вагінальній капсулі 1 раз на добу 1 міс з наступним переходом на підтримувальну терапію.

Основною перевагою даних препаратів є відсутність протипоказань до їхнього застосування та відсутність системної дії на організм в цілому. На відміну від інших естрогенів, естріол є короткодійним, оскільки він взаємодіє з ядрами клітин ендометрія. Він компенсує втрату продукції естрогену в жінок в період менопаузи та зменшує вираженість менопаузальних симптомів. Естріол особливо ефективний при лікуванні уrogenітальних порушень. У разі атрофії нижніх відділів сечостатевого тракту естріол нормалізує епітелій і сприяє відновленню нормальної мікрофлори та фізіологічного рівня рН в піхві. Унаслідок цього підвищується резистентність клітин епітелію сечостатевого тракту до інфекції та запалення, що призводить до зменшення таких вагінальних хвороб та їх симптомів, як диспаревнія, сухість, свербіж, вагінальні інфекції та інфекції сечового тракту, порушення сечовипускання та незначне нетримання сечі. Інтравагінальне введення естріолу забезпечує оптимальну біодоступність в місці дії. Після вагінального введення естріолу покращується кровообіг вагінальної стінки, відновлюється її еластичність та трансудація. Відновлюються колагенові та м'язові структури тазового дна, що перешкоджає рецидиву опущення стінок вагіни.

Ефективність оперативного лікування оцінювали протягом 3 років спостереження за суб'єктивними і об'єктивними критеріями:

- скарги пацієнок;
- оцінка хворої ефекту оперативного лікування;
- огляд пацієнок у спокої і при нагуженні;
- результати стандартного і спеціального ультразвукового (з оцінюванням стану уретровезикального сегменту і тривимірною реконструкцією сфінктера сечівника) дослідження.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ
ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що в структурі первинного ЦЦ переважає I ступінь опущення передньої стінки піхви (56,0%) у порівнянні з II (32,0%) та IV ступенями (12,0%). При рецидивному ЦЦ найчастіше має місце III ступінь опущення передньої стінки піхви (44,0%) на відміну від II (28,0%) та IV ступенів (28,0%).

У жінок з первинним ЦЦ частота соматичних захворювань з проявами недиференційованої дисплазії сполучної тканини (варикозне розширення вен нижніх кінцівок, хронічні захворювання легень та кишечника) складає 32,0%, а при рецидивному – 46,0%.

Використання вдосконаленого нами алгоритму хірургічного лікування ЦЦ дозволяє скоротити частоту ранніх ускладнень в 1,5 разу (з 12,0% до 8,0%), а також протягом 5 років – рівень рецидивів в 3 рази (з 12,0% до 4,0%) та порушень сечовипускання в 2 рази (з 36,0% до 18,0% відповідно).

За наявності генітального пролапсу в структурі тяжкості ЦЦ переважає III ступінь (при первинному – 48,8%; при рецидивному – 52,0%) у порівнянні з II (36,0% та 20,0%) та IV ступенями (16,0% та 28,0%).

Загальна частота соматичної патології внаслідок диференційованої дисплазії сполучної тканини у жінок з генітальним пролапсом складає 72,0%, при цьому поєднання двох захворювань має місце у 8,0% жінок, а трьох та більше – у 16,0% обстежених.

При оперативному лікуванні генітального пролапсу з використанням удосконаленої методики корекції ЦЦ частота рецидивів протягом 5 років обстеження зменшується у 5 разів (з 20,0% до 4,0%), а порушень сечовипускання у 2 рази (з 12,0% до 6,0%).

Оптимизация хирургического лечения рецидивирующего цистоцеле и генитального пролапса
В.В. Яцентюк

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что использование усовершенствованной методики хирургического лечения рецидивирующего цистоцеле и генитального пролапса позволяет улучшить результаты оперативного вмешательства, а также существенно снизить частоту рецидивов на протяжении 3–5 лет после операции. Полученные результаты необходимо использовать в практическом здравоохранении на уровне специализированных гинекологических отделений.

Ключевые слова: цистоцеле, генитальный пролапс, хирургическое лечение, оптимизация.

Сведения об авторе

Яцентюк Виталина Витальевна – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (093) 668-82-47

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Диагностика и выбор метода хирургической коррекции недержания мочи при пролапсе гениталий у женщин / [В.И. Краснопольский, С.Н. Буянова, М.Н. Иоселиани и др.] // Акушерство и гине-

кология. – 2010. – № 1. – С. 29–32.

2. Попов А.А. Пластика задней стенки влагалища при ректоцеле по технологии IVS Posterior: материалы VI Российского научного форума «Мать и

дитя» / А.А. Попов, М.Р. Рамазанов, О.Г. Кириюшкина. – М., 2014. – С. 448–449.

3. Савицкий А.Г. Динамическая диагностика симптомов недержания мочи в связи с напряжением у жен-

щин (в помощь практическому врачу) / А.Г. Савицкий. – К., – 2013. – С. 44.

4. Херт Г. Оперативная урогинекология / Г. Херт; пер. с нем. – М., 2009. – С. 42, 99–107.

Статья поступила в редакцию 10.06.2015

Включення до реабілітаційних заходів у жінок після оперативного лікування ЦЦ та генітального пролапсу місцевого використання естрогенів дозволяє покращити репаративні процеси та нормалізувати стан мікробіоценозу статевих шляхів.

Резюмуючи дані обстеження хворих з ЦЦ у віддалений післяопераційний період потрібно відзначити, що при діагностиці первинного компенсованого ЦЦ об'єм операції слід обмежувати загальноприйнятною пластикою стінок піхви, при цьому наявність поєданого стресового нетримання сечі вимагає проведення додаткової пластики сечівника. Розширення для даної категорії хворих об'єму операції до вагінальної ГЕ доцільно лише за наявності свідчень для її виконання, при цьому операцію слід обов'язково доповнювати пластикою стінок піхви зі зміцненням м'язів промежини шляхом леваторопластики. Діагноз декомпенсованого і рецидивного ЦЦ є показанням до використання вдосконаленої нами методики з метою профілактики рецидивів пролапсу, при цьому виконання ГЕ призводить до достовірного збільшення числа рецидивів, а отже, видалення матки доцільне лише за наявності патологічних змін з її боку, що визначають свідчення до її видалення. Отримані результати необхідно використовувати в практичній охороні здоров'я на рівні спеціалізованих гінекологічних відділень.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що використання удосконаленої методики хірургічного лікування рецидивного цистоцеле і генітального пролапсу дозволяє покращити результати оперативного втручання, а також суттєво знизити частоту рецидивів протягом 3–5 років після операції. Отримані результати необхідно використовувати в практичній охороні здоров'я на рівні спеціалізованих гінекологічних відділень.

Optimisation of surgical treatment recedive cystocele and genital prolapse
V.V. Yacentuyk

Results of the spent researches testify that use of an advanced technique of surgical treatment recedive cystocele and genital prolapse allows to improve results of operative intervention, and also it is essential to lower frequency of relapses within 3-5 years after operation. The received results are necessary for using in practical public health services at level of specialised gynecologic branches.

Key words: cystocele, genital prolapse, surgical treatment, optimisation.