





# Проблема генітального пролапса у жінок

## Майстер-клас «Пролапс 2014»

У Києві на базі клініки «Оберіг» 11-12 грудня 2014 р. було проведено VI Міжнародний майстер-клас для лікарів-гінекологів «Пролапс 2014», присвячений проблемі опущення органів таза у жінок. Провідними експертами заходу стали І.З. Гладчук, д.мед.н., професор кафедри акушерства та гінекології Одеського національного медичного університету імені І.І. Мечникова та професор Р.Г. Ботчоришвілі, директор Міжнародного центру ендоскопічної хірургії (Centre International de Chirurgie Endoscopique [CICE]), керівник лікувально-діагностичного центру ендоскопічної хірургії госпіталю Клермон-Ферран (Франція). Учасники майстер-класу мали нагоду поповнити запас теоретичних знань, обмінятися думками стосовно практичних питань, що виникають у повсякденній роботі, безпосередньо перейняти майстерність хірургів світового рівня.



**Професор Р.Г. Ботчоришвілі** виступив із доповіддю «Анатомія тазового дна для хірурга-гінеколога».

У 30-50% жінок, які народжували, виникає пролапс тазових органів. І хоча загрози для життя ця патологія зазвичай не несе, вона значно ускладнює нормальну життєдіяльність жінки. Доведено,

що генітальний пролапс (ГП) виникає внаслідок недостатності підтримуючої функції тазового дна. Як відомо, вибір методу і доступу оперативної терапії ґрунтується на знаннях анатомії, оскільки відновлення анатомічних змін у ділянці тазового дна сприяє нормалізації його функції. Слід зазначити, що структури діафрагми таза постійно перебувають під дією динамічного навантаження, внаслідок чого легко виникають розриви зв'язок. Проте сьогодні відомо, що не лише механічне пошкодження є причиною опущення тазових органів. У декількох дослідженнях доведено, що у жінок із пролапсом знижена концентрація колагену. Виходячи з цього, зроблено висновок, що ГП – це набута патологія екстрацелюлярної матриці. Професор Р.Г. Ботчоришвілі нагадав слухачам про особливості анатомічної будови тазового дна у жінок, функції окремих структурних

одиниць у підтримці органів, взаємовідношення зв'язок, фасцій та м'язів, яке потрібно враховувати для оптимізації хірургічної тактики. При цьому вкрай важливим є відновлення всіх анатомічних структур одночасно.

**Професор І.З. Гладчук** представив увазі слухачів доповідь «Генітальний пролапс: українські реалії та перспективи».

ГП – зміщення жіночих тазових органів з їх нормального положення у піхву або назовні через піхву. У медичній літературі зустрічається декілька синонімічних термінів: опущення та випадіння внутрішніх статевих органів, пролапс тазових органів, pelvic organ prolapse. ГП представляє собою своєрідну килу, яка має гризові ворота, гризовий мішок та його вміст, тому діагностика та лікування патології подібні до ведення вентральних і пахових кил.

Фактори ризику ГП

1. Підвищення внутрішньочеревного тиску:

- вік;
- важка фізична праця;
- вагінальні пологи;
- хронічний кашель;
- запори і підвищене газоутворення;
- надмірна маса тіла.

2. Порушення структури і функції тазової фасції:

- порушення синтезу статевих гормонів;
- дисплазія сполучної тканини;
- травматичне пошкодження тазового дна.

Для оцінки ступеня релаксації таза найбільш вживаною є система Бадена – Уолкера (Baden – Walker Halfway System), що ґрунтується на клінічних даних щодо положення тазових органів. Відповідно до цієї класифікації пролапс поділяється на чотири ступені. При нормальному положенні всіх органів визначається нульовий ступінь. Опущення на половину відстані до дівочої перетинки трактується як перший ступінь, до рівня hymen – другий, на половину відстані нижче – третій. Четвертий ступінь визначається у разі максимально можливого опущення з кожного боку. Більш сучасною класифікацією вагінального профілю є система кількісної оцінки опущення тазових органів Pelvic Organ Prolapse Quantification (POP-Q). У цій





класифікації використовують дев'ять анатомічних точок, між якими вимірюють відстань та визначають їх положення відносно дівочої перетинки. Стадію пролапса встановлюють, враховуючи ту частину стінки піхви, що найбільше випинається. Професор І.З. Гладчук навів конкретні приклади застосування дев'ятиточкової системи оцінки ступеня тазових пролапсів.

Особливу увагу доповідач приділив проблемі лікування ГП. До консервативних методів належать вправи для укріплення тазового дна, втрата зайвої маси тіла, відмова від паління, лікування хронічних захворювань, замісна гормональна терапія, песарії. На вибір терапевтичної тактики впливає ряд факторів: вік пацієнтки, її соматичний та психологічний стан, тяжкість симптомів і ступінь ГП, необхідність збереження сексуальної функції, репродуктивні наміри, супутня гінекологічна патологія.

Порівнюючи прогностичну ефективність різних хірургічних втручань, І.З. Гладчук зазначив, що кожний вид операції має свої показання, переваги та недоліки.

Мета реконструктивного хірургічного втручання залежить від типу дефектів фасціальної підтримки стінки піхви. На передньому вагінальному сегменті проводяться такі хірургічні процедури: трансвагінальні (пластика за Келлі, субуретральний слінг, передня кольпорафія без і з алотрансплантатом, вагінальна реконструкція паравагінальних дефектів), відкрита (абдомінальна) ретропубарна реконструкція, лапароскопічна паравагінальна суспензія.

Втручання з приводу дефектів задньої стінки піхви проводяться із застосуванням різних доступів: вагінального (задня кольпорафія, леваторопластика, вагінальна реконструкція ентоцероцеле, сакроспінальна, ілеококцигеальна, крижово-маткова кольпосуспензія), абдомінального (операції Мошковіца, Гальбана, плікація крижовоматкових зв'язок) та лапароскопічного.

При апікальних дефектах піхви виконуються вагінальна гістеректомія з кульдопластикою за Мак-Коллом, вагінальна та білатеральна сакроспінальна кольпосуспензія, ілеококцигеальна суспензія, крижово-маткова суспензія з фасціальною реконструкцією, манчестерська операція, лапароскопічна сакрокольпосуспензія. Останній метод є альтернативою відкритим і трансвагінальним операціям. Зокрема, доцільно рекомендувати лапароскопічний доступ сексуально активним жінкам, пацієнткам, які раніше перенесли гістеректомію.

Протягом останнього десятиліття для лікування ГП було впроваджено у практику сітчасті трансплантати (Prolift). Даний метод має високу ефективність (частота рецидивів становить всього 7%), однак на тепер зібрано недостатньо даних про віддалені результати. З 2012 р. ця методика не рекомендована в США у зв'язку з виявленими серйозними побічними ефектами, які потребували оперативної корекції.

У доповіді професор І.З. Гладчук детально зупинився на описанні техніки окремих операцій. Насамкінець він зазначив, що після хірургічного лікування тазового пролапсу у 15,5% випадків виникають ускладнення. Третина з них пов'язана з розвитком інфекцій, рідше – з хірургічними травмами та у незначному відсотку – легeneвими, кардіоваскулярними та рановими ускладненнями.

Слід зауважити, що частота рецидивів пролапса  $\geq$  II ступеня становить 18% і зростає зі збільшенням його тяжкості. Найчастіше причинами рецидивів є помилки лікувальної тактики: недоліки у визначенні місцевого специфічного пошкодження, невірний обраний доступ і методика втручання, дефекти оперативної техніки, порушення режиму післяопераційної реабілітації.

У другій доповіді професора Р.Г. Ботчоришвілі «Місце лапароскопії у лікуванні пролапса. Лапароскопічна кольпосакропексія» висвітлено практичні питання хірургічного лікування ГП. Висока частота патології зумовлює необхідність розробки превентивних заходів та покращення лікувальних методик. Зважаючи на патофізіологічні механізми розвитку слабкості тазового дна, доповідач зупинився на перевагах лапароскопії для лікування пролапса. У доповіді було представлено матеріали, необхідні для проведення методики, детально описана техніка лапароскопічної кольпосакропексії, наведено головні етапи операції за J.C. Burch. Доповідач акцентував увагу слухачів на тому, що результати хірургічного втручання при ГП оцінюються протягом тривалого періоду часу, при цьому слід пам'ятати, що згодом терапевтичний ефект операції знижується. Він представив результати дослідження, у яких при порівнянні вагінальних операцій із лапароскопічною кольпосакропексією спостерігався вищий рівень задоволеності пацієнток після останньої та збереження ефекту протягом 2 років.

Доповідь «Нетримання сечі при напруженні» професор І.З. Гладчук присвятив проблемі, яка часто виникає у жінок із пролапсом тазових органів.

Група захворювань жіночої сечостатевої системи (пролапс тазових органів, нориці, нетримання сечі, гіперактивний сечовий міхур) належить до сфери діяльності двох наук – урології та гінекології, тому їх лікування потребує міждисциплінарного підходу.

Під нетриманням сечі при напруженні (НСПН) розуміють мимовільне підтікання сечі при напруженні, чханні або кашлі.

Симптоми захворювань нижніх сечових шляхів включають:

1. Порушення зберігання сечі:
  - стресове нетримання сечі;
  - ургентне (вимушене) нетримання сечі;
  - змішане нетримання;
  - часте сечовипускання;
  - ніктурія;
  - нічний енурез.



## 2. Аномальну чутливість сечового міхура:

- вимушене (ургентне) сечовипускання;
- дизурія;
- біль;
- відчуття тиску;
- зменшення чутливості.

## 3. Аномальний вміст сечового міхура:

- патологічний колір сечі;
- патологічний запах сечі;
- гематурія;
- пневматурія (виділення газу з сечею при кишково-сечовій фістулі);
- камені сечового міхура;
- змішані стани.

## 4. Аномальне випорожнення:

- затримка випорожнення;
- напруження при випорожненні;
- неповне випорожнення;
- слабкий потік сечі;
- витікання сечі краплинами;
- гостра затримка сечі.

Причини нетримання сечі у жінок можна розділити на дві групи: екстра- та трансуретральні. До першої групи відносять вроджені аномалії (ектопія сечовода, екстрофія сечового міхура) та набуті порушення (фістули). Друга група включає недостатність сфінктера уретри, гіперактивність детрузора, змішане нетримання сечі, затримку з наступним нетриманням внаслідок переповнення сечового міхура, дивертикул та вроджені аномалії уретри, некореговану релаксацію уретри, функціональне і транзиторне нетримання сечі.

Діагностичні критерії, за якими визначають ступені тяжкості НСПН.

I ступінь – нетримання сечі лише при значному напруженні (кашель, чхання, струшування);

II ступінь – нетримання сечі при помірному напруженні (швидкі рухи, ходьба вгору і вниз сходами);

III ступінь – нетримання сечі при легкому напруженні (вставання). Пацієнтка утримує сечу лише в лежачому положенні.

У лікуванні НСПН використовують консервативні та хірургічні підходи. Показаннями до консервативного лікування є: легкий та помірний ступінь тяжкості, протипоказання до операції, комбіновані форми нетримання сечі, планові пологи, відмова пацієнтки від операції. У терапії застосовують лікувальну фізкультуру (вправи Кегеля), пєсарії, медикаментозні засоби.

Професор І.З. Гладчук детально зупинився на хірургічних методах лікування. Відносно новою технікою є ін'єкція об'ємоутворюючих субстанцій, малоінвазивна процедура, яка може проводитись у режимі хірургії одного дня без застосування будь-яких розрізів. Проте суттєвим недоліком методу є низька довготривала ефективність – у 90% випадках спостерігаються рецидиви через 2 роки.

У доповіді наведено класифікацію реконструктивних операцій, що виконуються при стресовому нетриманні сечі.

I – передня кольпорафія з пластикою шийки сечового міхура за Келлі.

II – операції для корекції стресового нетримання сечі, пов'язаного з гіпермобільністю уретри:

- залобкові (ретропубарні) суспензії шийки сечового міхура;
- уретропексія за Маршаллом – Мартчетті – Крантцем (Marshall – Marchetti – Krantz);
- кольпосуспензія за Берчем (Burch);
- паравагінальна суспензія шийки сечового міхура;
- паравагінальна пластика;
- вагінальні обтураторні процедури;
- голкові кольпосуспензії (Перейри, Стамея, Раза, Гіттеза).

III – операції для корекції нетримання сечі, пов'язаного з недостатністю внутрішнього сфінктера уретри (з гіпермобільністю шийки сечового міхура або без неї):

- слінгові операції (петльова пластика);
- слінг органічними матеріалами;
- фасціальний аутологічний слінг (апоневроз прямих м'язів живота, широка фасція стегна);
- гетерологічний слінг;
- слінг синтетичними матеріалами;
- періуретральні ін'єкції (тефлон, колаген, цирконій, жир);
- штучний сфінктер уретри.

Сучасними методами хірургічного лікування є операції Tension-free Vaginal Tape (TVT). Ефективність різних варіантів цих методик (TVT-O і TVT-S) сягає 75-95%.

Тактика ведення пацієнок із поєднанням ГП та НСПН складається з обстеження на амбулаторному етапі, санації сечових шляхів і статевих органів, виконання операції з приводу опущення тазових органів, реабілітації із застосуванням лікувальної фізкультури, корекції наявних факторів ризику, повторного обстеження не раніше ніж через 3 міс після першого втручання, проведення операції з приводу НСПН за показаннями, контрольного обстеження 1 раз на 6 міс.

Протягом двох днів роботи майстер-класу теоретичні доповіді чергувались з циклами «живої хірургії» (live surgery), під час яких проводилась трансляція роботи з операційних клініки «Оберіг». У режимі реального часу експертами майстер-класу представлено виконання п'яти хірургічних втручань, зокрема лапароскопічної сакрокольпопексії у двох модифікаціях із застосуванням сітчастого трансплантата, трансобтураторної кольпоуретропексії з використанням системи TVT-O, манчестерської операції (видалення частини шийки матки, пластика піхви, перианальної зони та малих статевих губ).

Підготувала Вікторія Лисиця