

Тактика хірургічного лікування генітальної патології при неспроможності тазового дна

Т.Г. Войток

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика,
м. Київ

Ефективність диференційованого підходу при хірургічному лікуванні поєднаної патології матки з неспроможністю тазового дна становить 96,7%, при цьому 83,3% жінок вважають себе вилікованими повністю. Найбільш висока частота рецидиву (6,7%) спостерігається у жінок без неспроможності тазового дна, яким гістеректомія була виконана лише з приводу доброякісних захворювань матки і придатків з лапароскопічною асистенцією.

Результати проведених досліджень свідчать, що використання диференційованого підходу до хірургічного лікування поєднаної патології матки та неспроможності тазового дна дозволяє підвищити ефективність, знизити частоту рецидиву, покращити якість життя жінок.

Ключові слова: неспроможність тазового дна, генітальна патологія, хірургічне лікування.

З даними сучасної літератури, поєднана патологія матки (лейоміома, аденоміоз і гіперплазія ендометрія) і генітальний пролапс посідають провідні місця у структурі гінекологічної захворюваності, а основним варіантом лікування даної патології є оперативний [1, 2].

У умовах сьогодення існують різні точки зору про можливості ендоскопічної хірургії, так і скептичне відношення до впровадження нових технологій та переходу оперативної гінекології до малоінвазивності [3, 4]. Крім того, відсутність критеріїв вирішального вибору оперативного доступу призводить до поляризації думок про доцільність вживання малоінвазивних технологій при великих розмірах лейоміоми і супутньої неспроможності тазового дна [5, 6].

Дані різних авторів свідчать, що, з одного боку, немає обмежень для виконання лапароскопічної операції по видаленню матки [7, 8], а з іншого – надмірно конфронтаційний, не хетжующий крайніми думками шлях розвитку, прагнучий до розробки «стандартних для всіх» альтернатив, не завжди продуктивний [9].

Залишаються дотепер не вивченими критерії відбору, показання, протипоказання, доцільність, можливі очікувані ускладнення, віддалені результати для призначення того або іншого оперативного втручання при поєднаній патології матки без та з неспроможністю тазового дна. Аналіз наукової літератури свідчить про недостатнє освітлення вказаних аспектів проблеми, що стало підставою для проведення цього дослідження.

Мета дослідження: зниження частоти рецидиву неспроможності тазового дна у жінок після хірургічного лікування поєднаної патології матки на підставі розроблення і впровадження диференційованого підходу до вибору методики операції.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Програмою представленого дослідження було вивчення результатів хірургічного лікування хворих з доброякісними захворюваннями матки, простими та складними формами неспроможності тазового дна при використанні вагінального оперативного доступу.

Під час виконання даного дослідження було проведено аналіз результатів хірургічного лікування 90 пацієнток, що оперуються з приводу доброякісних захворювань матки та неспроможності тазового дна з використанням вагінального оперативного доступу. Як основна (базова) операція всім хворим була виконана вагінальна гістеректомія. Варіанти вагінальних операцій мали відмітні особливості у пацієнток різних клінічних груп.

Розподіл пацієнток на клінічні групи було виконано залежно від показань для видалення матки, наявності неспроможності тазового дна (ускладненого чи ні стресовим нетриманням сечі) і віку хворих.

- 1-а група – 30 пацієнток, в яких була виконана вагінальна гістеректомія поєднано з кульдопластикою по Макколлу та кольпоперинеолеваторопластикою;
- 2-а група – 30 пацієнток, в яких була виконана вагінальна гістеректомія по Мейо;
- 3-я група – 30 пацієнток, в яких була виконана вагінальна гістеректомія поєднано з передньою кольпорафією, кольпоперинеолеваторопластикою, фіксацією куполу піхви до крижово-остистої зв'язки та уретровезиковоагінопексією (мінімізований слінг).

У пацієнток репродуктивного та перименопаузального віку з доброякісними захворюваннями матки та за наявності показань для її видалення виконували вагінальну екстирпацію матки (без або з придатками) з хірургічною профілактикою постгістеректомічного пролапсу куполу піхви та неспроможності тазового дна.

У пацієнток літнього і старечого віку основним показанням до гістеректомії, в яких було повне або неповне випадання матки і стінок піхви, виконували вагінальну екстирпацію матки по Мейо.

У пацієнток репродуктивного і перименопаузального віку з доброякісними захворюваннями матки і неспроможністю тазового дна за наявності показань для гістеректомії виконували вагінальну екстирпацію матки з одномоментною хірургічною корекцією неспроможності тазового дна.

Обстеження хворих перед операцією включало вивчення анамнезу з урахуванням соматичних та гінекологічних захворювань, аналізу менструальної і репродуктивної функцій, перенесених раніше оперативних втручань.

Усім пацієнткам амбулаторно та під час госпіталізації виконували комплекс діагностичних досліджень. Загальне обстеження включало:

- гінекологічний огляд та пальцеве дослідження прямої кишки, грудних залоз, регіонарних лімфатичних вузлів;
- клінічні аналізи крові і сечі;
- ЕКГ;
- біохімічне дослідження крові;
- коагулограму;
- ультразвукове дослідження органів малого таза;
- кольпоскопію;

- при аденоміозі, поширеному генітальному ендометріозі та інтралігаментарно-му розташуванні міоматозних вузлів додатково – гістероскопію, екскреторну урографію, цистоскопію, ректороманоскопію і УЗД з контрастуванням передньої стінки прямої кишки (за допомогою спеціального балончика з латексної гуми, що вводиться у пряму кишку).

У хворих зі стресовою інконтиненцією виконували поглиблені уродинамічні та ехографічні дослідження.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Отримані результати свідчать, що одним з провідних показань до виконання тотальної гістеректомії у пацієнток з поєднаною патологією матки без та з неспроможністю тазового дна є різноманітна патологія шийки матки (70,0%).

У патогенезі неспроможності тазового дна провідну роль відіграють тривале підвищення внутрішньочеревного тиску: висока частота захворювань травного тракту (30,0%) та бронхолегеневої системи (23,3%), а також дисплазія сполучної тканини: значний рівень ендокринної патології (33,3%), варикозної хвороби (23,3%) та гриж різної локалізації (10,0%).

Сучасні методи хірургічного лікування дозволяють виключити з абсолютних протипоказань до вагінальної гістеректомії наступні:

- розміри матки більше 12 тиж вагітності,
- доброякісні утворення яєчників,
- інфільтративні форми ендометріозу (ретроцервікальний ендометріоз),
- спайковий процес в малому тазу та черевній порожнині після перенесених раніше хірургічних операцій,
- відсутність неспроможності тазового дна (чи мимовільних пологів в анамнезі).

У віддалений період після операції (через два роки) при використанні диференційованого підходу поліпшення якості життя відзначено у всіх прооперованих жінок, але ці зміни були достовірними ($p < 0,05$) лише за наявності неспроможності тазового дна. Провідними показниками оцінювання якості життя пацієнток з генітальним пролапсом є фізична активність, соціальна ізоляція та емоційні реакції.

При хірургічному лікуванні поєднаної патології матки без та з неспроможністю тазового дна необхідно віддавати перевагу провідниковій анестезії (епідуральна анестезія або спино-мозкова анестезія), що дозволяє скоротити тривалість операції, зменшити об'єм крововтрати і ризик тромбоемболічних ускладнень, прискорити і полегшити післяопераційну реабілітацію у соматично ослаблених хворих і пацієнток літнього і похилого віку.

Ефективність диференційованого підходу при хірургічному лікуванні поєднаної патології матки з неспроможністю тазового дна становить 96,7%, водночас 83,3% жінок вважають себе вилікованими повністю. Найбільш високу частоту рецидиву (6,7%) фіксують у жінок без неспроможності тазового дна, яким гістеректомія була виконана лише з приводу доброякісних захворювань матки і придатків з лапароскопічною асистенцією.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що використання диференційованого підходу до хірургічного лікування поєднаної патології матки та неспроможності тазового дна дозволяє підвищити ефективність, знизити частоту рецидиву та покращити якість життя жінок.

Тактика хирургического лечения генитальной патологии при несостоятельности тазового дна

Т.Г. Войток

Эффективность дифференцированного подхода при хирургическом лечении сочетанной патологии матки с несостоятельностью тазового дна составляет 96,7%, при этом 83,3% женщин считают себя вылеченными полностью. Наиболее высокая частота рецидива (6,7%) отмечается у женщин без несостоятельности тазового дна, которым гистерэктомия была выполнена только по поводу доброкачественных заболеваний матки и придатков с лапароскопической ассистенцией.

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что использование дифференцированного подхода к хирургическому лечению сочетанной патологии матки и несостоятельности тазового дна позволяет повысить эффективность, снизить частоту рецидива, улучшить качество жизни женщин.

Ключевые слова: несостоятельность тазового дна, генитальная патология, хирургическое лечение.

Tactic of surgical treatment of genius pathology at insolvency of pelvic floor

T.G. Voytok

Efficiency of the differentiated approach at surgical treatment of combined pathology of uterus with insolvency of pelvic floor is 96,7%, thus 83,3% women are counted itself pulled round fully. Most high-frequency of relapse (6,7%) takes place for women without insolvency of pelvic floor which hysterectomy was executed only concerning the of high quality diseases of uterus and appendages with laparoscopic assistance.

The results of the conducted researches testify that the use of the differentiated going near surgical treatment of combined pathology of uterus and insolvency of pelvic floor allows to promote efficiency, reduce frequency of relapse to improve quality of life of women.

Keywords: insolvency of pelvic floor, genital pathology, surgical treatment.

Відомості про автора

Войток Тарас Григорович – Кафедра акушерства, гінекології та перинатології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ. *E-mail: prore-first@nmapo.edu.ua*

Сведения об авторе

Войток Тарас Григорьевич – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии Национального университета здравоохранения Украины имени П.Л. Шупика, г. Киев. *E-mail: prore-first@nmapo.edu.ua*

Information about the autor

Voytok Taras G. – Department of obstetrics, gynecology and perinatology of Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv. *E-mail: prore-first@nmapo.edu.ua*

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Cho MK, Moon JH, Kim CH., 2019. Factors associated with recurrence after colpocleisis for pelvic organ prolapse in elderly women // Int J Surg. Aug;44:274-7.
2. Buchsbaum GM, Lee TG., 2020. Vaginal Obliterative Procedures for Pelvic Organ Prolapse: A Systematic Review // Obstet Gynecol Surv.:72:3:175-83.

3. Sze EM., 2018. Pregnancy, labor, delivery, and pelvic organ prolapse // *Obstet Gynaec.*:100:5:981-6.
4. Ridgeway BM, Cadish L., 2020. Hysteropexy: Evidence and Insights // *Clin Obstet Gynecol.* :60:2:312-23.
5. Fan SX, Wang FM, Lin LS, Song YF., 2019. Re-treatments of recurrence after pelvic floor repair surgery // *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi*:25:52:6:374-8.
6. Nappi RE, Murina F, Perrone G., 2019. Clinical profile of women with vulvar and vaginal atrophy who are not candidates for local vaginal estrogen therapy // *Minerva Ginecol.* :69:4:370-80.
7. Laso-García IM, Rodríguez-Cabello MA, Jiménez-Cidre MA., 2020. Prospective long-term results, complications and risk factors in pelvic organ prolapse treatment with vaginal mesh // *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.*:211:62-7.
8. Al-Badr A, Perveen K, Al-Shaikh G., 2019. Evaluation of Sacrospinous Hysteropexy vs. Uterosacral Suspension for the Treatment of Uterine Prolapse: A Retrospective Assessment // *Low Urin Tract Symptoms*:9:1:33-7
9. Klapdor R, Grosse J, Hertel B, Hillemanns P., 2020. Postoperative anatomic and quality-of-life outcomes after vaginal sacrocolporectopexy for vaginal vault prolapse // *Int J Gynaecol Obstet.*:137:1:86-91.