УДК 618.14-06:61871-007.43]-089.168

Оптимізація хірургічного лікування поєднаної патології матки і генітального пролапсу

М.Л. Куземенська, С.Є. Гладенко
Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

Мета дослідження: **зниження частоти рецидивування генітального пролапсу у жінок після хірургічного лікування поєднаної патології матки на підставі розроблення і впровадження диференційованого підходу до вибору методики операції.**
***Матеріали та методи*. Був проведений аналіз результатів хірургічного лікування 90 пацієнток, яких оперували з приводу доброякісних захворювань матки і генітального пролапсу 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. Розподілення пацієнток на клінічні групи проведене залежно від показань для видалення матки, наявності супутнього пролапсу статевих органів (ускладненого чи ні стресовим нетриманням сечі) і віку хворих.**
***Результати*. Ефективність диференційованого підходу при хірургічному лікуванні поєднаної патології матки з генітальним пролапсом складає 96,7%, при цьому 83,3% жінок вважають себе вилікованими повністю. Найбільш висока частота рецидивування (6,7%) має місце у жінок без генітального пролапсу, яким гістеректомія була виконана лише з приводу доброякісних захворювань матки і придатків з лапароскопічною асистенцією.**
***Заключення*. Використання диференційованого підходу до хірургічного лікування поєднаної патології матки та генітального пролапсу дозволяє підвищити ефективність, знизити частоту рецидивування та покращити якість життя жінок.**
Ключові слова: *поєднана патологія матки, генітальний пролапс, хірургічне лікування.*

За даними сучасної літератури, поєднана патологія матки (лейоміома, аденоміоз і гіперплазія ендометрія) і генітальний пролапс посідають провідні місця у структурі гінекологічної захворюваності, а основним способом лікування цих патологій є оперативний [1–2].

В умовах сьогодення існують як різні точки зору про можливості ендоскопічної хірургії, так і скептичне відношення до впровадження нових технологій і переходу оперативної гінекології до малоінвазивності [3–4]. Крім того, відсутність критеріїв вирішального вибору оперативного доступу приводить до поляризації думок про доцільність застосування малоінвазивних технологій у разі великих розмірів лейоміоми і супутнього опущення стінок піхви [5–6].

Дані різних авторів свідчать, що, з одного боку, немає обмежень для виконання лапароскопічної операції з видалення матки [1, 3], а з іншого – наявність надмірно конфронтаційного шляху розвитку, за якого прагнуть до розроблення «стандартних для всіх» альтернатив і який не завжди продуктивний [2, 4].

Залишаються до сьогодні не вивченими критерії відбору, показання, протипоказання, доцільність, можливі очікувані ускладнення, віддалені результати для призначення того або іншого оперативного втручання при поєднаній патології матки без і з генітальним пролапсом. Аналіз наукової літератури свідчить про недостатнє висвітлення наведених аспектів проблеми, що було підставою до проведення даного дослідження.

Мета дослідження: зниження частоти рецидивування генітального пролапсу 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 і складними формами генітального пролапсу за використання вагінального оперативного доступу.

Під час виконання даного дослідження був проведений аналіз результатів хірургічного лікування 90 пацієнток, яких оперували з приводу доброякісних захворювань матки і генітального пролапсу з використанням вагінального оперативного доступу. Як основна (базова) операція всім хворим була виконана вагінальна гістеректомія. Варіанти вагінальних операцій мали особливості у пацієнток різних клінічних груп.

Розподілення пацієнток на клінічні групи проведено залежно від показань до видалення матки, наявності супутнього пролапсу статевих органів (ускладненого або не ускладненого стресовим нетриманням сечі) і віку хворих.

- 1-а група – 30 пацієнток, яким була виконана вагінальна гістеректомія (ВГ) у поєднанні з кульдопластикою за Макколлом і кольпоперинеолеваторопластикою.
- 2-а група – 30 пацієнток, яким була виконана вагінальна гістеректомія за Мейо (ВГМ).
- 3-я група – 30 пацієнток, яким була виконана вагінальна гістеректомія у поєднанні з передньою кольпорафією, кольпоперинеолеваторопластикою, фіксацією купола піхви до крижово-остистої зв'язки і уретровезиковагінопексією (мінімізований слінг) (ВГФКП).

Пацієнткам репродуктивного і перименопаузального віку з доброякісними захворюваннями матки і за наявності показань для її видалення виконували вагінальну екстирпацію матки (без або з придатками) з хірургічною профілактикою постгістеректомічного пролапсу купола піхви.

Пацієнткам репродуктивного і перименопаузального віку з доброякісними захворюваннями матки і супутнім генітальним пролапсом за наявності показань до гістеректомії виконували вагінальну екстирпацію матки з одномоментною хірургічною корекцією різних форм пролапсу.

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

Усім пацієнткам амбулаторно і під час госпіталізації проводили комплекс діагностичних досліджень. Загальне обстеження включало: гінекологічний огляд і пальцьове 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 інтралігаментарному 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 із стресовою інконтиненцією проводили поглиблені уродинамічні і ехографічні дослідження.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Отримані результати свідчать, що одним з основних показань до виконання тотальної гістеректомії у пацієнток з поєднаною патологією матки без і з генітальним пролапсом є різноманітна патологія шийки матки (70,0%).

У патогенезі генітального пролапсу 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 проведення вагінальної гістеректомії наступні: розміри матки більше 12 тиж вагітності, доброякісні утворення яєчників, інфільтративні форми ендометріозу (ретроцервікальний ендометріоз), спайковий процес у малому тазі і черевній порожнині після перенесених раніше хірургічних операцій, відсутність пролапсу статевих органів (чи передчасних пологів в анамнезі).

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

У разі хірургічного лікування поєднаної патології матки без і з генітальним пролапсом необхідно віддавати перевагу провідниковій анестезії (епідуральна анестезія або спинномозкова 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 старечого віку.

Ефективність диференційованого підходу при хірургічному лікуванні поєднаної патології матки з генітальним пролапсом становить 96,7%, при цьому 83,3% жінок вважають себе виліковними повністю. Найбільш висока частота рецидивування (6,7%) спостерігається у жінок без генітального пролапсу, 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 генітального пролапсу дозволяє підвищити ефективність терапії, знизити частоту рецидивування та покращити якість життя жінок.

Оптимизация хирургического лечения сочетанной патологии матки и генитального пролапса

М.Л. Куземенская, С.Е. Гладенко

Цель исследования: снижение частоты рецидивирования генитального пролапса у женщин после хирургического лечения сочетанной патологии матки на основе разработки и внедрения дифференцированного подхода к выбору методики операции.

Материалы и методы. Был проведен анализ результатов хирургического лечения 90 пациенток, которых прооперировали по поводу доброкачественных заболеваний матки и генитального пролапса с использованием вагинального оперативного доступа. Как основная (базовая) операция всем больным была выполнена вагинальная гистерэктомия. Варианты вагинальных операций имели отличительные особенности у пациенток различных клинических групп. Разделение пациенток на клинические группы было проведено в зависимости от показаний для удаления матки, наличия сопутствующего пролапса половых органов (осложненного или со стрессовым недержанием мочи) и возраста больных.

Результаты. Эффективность дифференцированного подхода при хирургическом лечении сочетанной патологии матки с генитальным пролапсом составляет 96,7%, при этом 83,3% женщин считают себя вылеченными. Наиболее высокая частота рецидивирования (6,7%) имеет место у женщин без генитального пролапса, которым гистерэктомия была выполнена только по поводу доброкачественных заболеваний матки и придатков с лапароскопической ассистенцией.

Заключение. Использование дифференцированного подхода к хирургическому лечению сочетанной патологии матки и генитального пролапса позволяет повысить эффективность, снизить частоту рецидивирования и улучшить качество жизни женщин.

Ключевые слова: *сочетанная патология матки, генитальный пролапс, хирургическое лечение.*

Optimization of surgical treatment of the combined pathology of uterus and genital prolapse

M.L. Kuzemenskaya, S.E. Gladenko

The objective: depression of frequency of recediving of genital prolapse at women after surgical treatment of the combined pathology of uterus on the basis of development and deployment of the differentiated approach to choice of technique of operation.

Materials and methods. We carried out the analysis of results of surgical treatment of 90 patients which were operated concerning benign diseases of uterus and genital prolapse with use of vaginal quick access. As the main (basic) operation by all patient was executed vaginal hysterectomy. Options of vaginal operations had essential features at patients of various clinical groups. Separation of patients into clinical groups was made depending on indications for excision of uterus, existence of an accompanying prolapse of genitalias (complicated or with stressful incontience of urine) and age of patients.

Results. Efficiency of the differentiated approach at surgical treatment of the combined pathology of uterus with genital prolapse makes 96,7%, thus 83,3% of women consider themselves healthy. The highest frequency of recediving (6,7%) takes place at women without genital prolapse by which the hysterectomy was executed only concerning benign diseases of uterus of appendages with laparoscopic assistention.

Conclusion. Use of the differentiated approach to surgical treatment of the combined pathology of uterus and genital prolapse allows to increase efficiency, to reduce the frequency of recediving and to improve quality of life of women.

Key words: *combined pathology of uterus, genital prolapse, surgical treatment.*

Сведения об авторах

Куземенская Марина Леонидовна – Кафедра акушерства и гинекологии медицинского института Сумского государственного университета МОН Украины, 40007, г. Сумы, ул. Римского-Корсакова, 2; тел: (0542) 33-00-24

Гладенко Светлана Евгеньевна – Кафедра акушерства и гинекологии медицинского института Сумского государственного университета МОН Украины, 40007, г. Сумы, ул. Римского-Корсакова, 2; тел: (0542) 33-00-24

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адамян Л.В., 2017. Лапароскопия и гистерорезектоскопия в хирургическом лечении миомы матки // Акушерство и гинекология: 40–44.
2. Балалыкин А.С., 2016. Эндоскопическая абдоминальная хирургия: К : 152.
3. Балан В.Е., 2016. Менопаузальный синдром. М.: 128.
4. Bachmann GA., 2015. Hysterectomy – a critical review // J. Reprod Med : 35 : 839.
5. Borten M., 2016. Laparoscopic Complications.Toronto: Decker : 125.
6. Brune LB., Schonlenben K., 2016. Laparo – Endoscopiche Chirurgie. Munchen : Marsielle : 45 : 253–254.

Статья поступила в редакцию 18.01.2018