

DOI: 10.52705/2788-6190-2023-04-11
УДК 618.14-06:61871-007.43]-089.168

Диференційований підхід до хірургічного лікування поєднаної патології матки без і з генітальним пролапсом

С. С. Сендецький

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

Мета дослідження: підвищення ефективності хірургічного лікування поєднаної патології матки без і з генітальним пролапсом на підставі розроблення і впровадження диференційованого підходу до вибору методу операції.

Матеріали та методи. Було проведено аналіз результатів хірургічного лікування 120 пацієнток, що оперуються з приводу доброякісних захворювань матки і генітального пролапсу з використанням вагінального оперативного доступу. В якості основної (базової) операції усім хворим була зроблена вагінальна гістеректомія. Варіанти вагінальних операцій мали особливості у пацієнток різних клінічних груп. Розподіл пацієнток на клінічні групи було зроблено залежно від показань для видалення матки, наявності супутнього пролапсу статевих органів (ускладненого або ні стресовим нетриманням сечі) і віку хворих.

Результати. При хірургічному лікуванні поєднаної патології матки без і з генітальним пролапсом необхідно віддавати перевагу провідниковій анестезії (епідуральна анестезія або спинально-епідуральна анестезія): скорочення тривалості операції, зниження об'єму крововтрати, ризик тромбоемболічних ускладнень, прискорення і полегшення післяопераційної реабілітації у соматично ослаблених хворих і пацієнток літнього і похилого віку.

Використання запропонованого диференційованого підходу при хірургічному лікуванні поєднаної патології матки без і з генітальним пролапсом дозволяє відзначити значне поліпшення 96,7% хворих, а 83,3% з них вважали собі вилікуваними повністю. Найбільш високий відсоток позитивних результатів хірургічного лікування (93,3%) зафіксовано у пацієнток без генітального пролапсу, яким гістеректомія була виконана лише з приводу доброякісних захворювань матки і додатків з лапароскопічною асистенцією.

Заключення. Результати проведених досліджень повністю підтверджують необхідність диференційованого підходу до лікування поєднаної патології матки без і за наявності генітального пролапсу. Розроблений і впроваджений нами алгоритм дозволяє добитися позитивних результатів як у ранні, так і у віддалені терміни після операції.

Ключові слова: поєднана патологія матки, генітальний пролапс, хірургічне лікування, диференційований підхід.

Перинатологія та репродуктологія: від наукових досліджень до практики | Perinatology and reproductology: from research to practice

У структурі гінекологічної патології поєднана патологія матки (лейоміома, аденоміоз і гіперплазія ендометрія) і генітальний пролапс посідають провідні місця. Так, за різними джерелами ці захворювання зустрічається у 60% жінок репродуктивного і 70% перименопаузального віку [1–3]. Водночас основним варіантом лікування даної патології є оперативний [4–6].

Традиційні підходи в оперативній гінекології, пануючі десятиліттями, витісняються новими прогресивними технологіями, що викликає спори і неприйняття лікарів, що достатньо довго оперують традиційними методами. Крім того, відсутність критеріїв вирішального вибору оперативного доступу наводить до поляризації думок щодо доцільності вживання малоінвазивних технологій при великих розмірах лейоміоми і супутнього опущення стінок піхви. Існує як точка зору про необмежені можливості ендоскопічної хірургії, так і скептичне відношення до впровадження нових технологій і переходу оперативної гінекології до малоінвазивності [7–9].

Сьогодні всесвітньо визнані авторитети в ендоскопічній хірургії стверджують, що немає обмежень для виконання лапароскопічної операції з видалення матки [10–12]. Досвід світової хірургії свідчить на користь того, що надмірно конфронтаційний, не нехтуючий крайніми думками шлях розвитку, прагнучий до розроблення «стандартних для всіх» альтернатив, не завжди продуктивна [13–15]. Усі ці підходи є предметом обговорення і на сьогодні не мають строго певних постулатів дії.

Залишаються досі 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 освітлення зазначених аспектів проблеми, що було підставою до проведення справжнього дослідження.

Мета дослідження: підвищення ефективності хірургічного лікування поєднаної патології матки без і з генітальним пролапсом на основі розроблення і впровадження диференційованого підходу до вибору методу оперативного втручання.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Програмою представленого дослідження було вивчення результатів хірургічного лікування хворих з доброякісними захворюваннями матки, простими і складними формами генітального пролапсу при використанні вагінального оперативного доступу.

При виконанні цього дослідження було проведено аналіз результатів хірургічного лікування 120 пацієнток, що оперуються з приводу доброякісних захворювань матки і генітального пролапсу з використанням вагінального оперативного доступу. В якості основної (базової) операції усім хворим була зроблена вагінальна гістеректомія. Варіанти вагінальних операцій мали значущі особливості у пацієнток різних клінічних груп.

Розподіл пацієнток на клінічні групи зроблено залежно від показань для видалення матки, наявності супутнього пролапсу статевих органів (ускладненого або ні стресовим нетриманням сечі) і віку хворих.

1-а група – 60 пацієнток, яким було виконано вагінальну гістеректомію (ВГ) у поєднанні з кульдопластикою за Макколлу і кольпоперинеолеоваторопластикою з додатковим використанням лапароскопічної асистенції.

2-а група – 30 пацієнток, яким було проведено вагінальну гістеректомію за Мейо (ВГМ).

3-я група – 30 пацієнток, яким була виконана вагінальна гістеректомія у поєднанні з передньою кольпоррафією, кольпоперинеолеваторопластиком, фіксацією куполу піхви до крижово-остистої зв'язки і уретровезиковоагінопексією (мінімізований слінг).

У пацієнток 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 куполу піхви.

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

У пацієнток репродуктивного і перименопаузального віку з доброякісними захворюваннями матки і супутнім генітальним пролапсом за наявності показань для 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, аналізу менструальної і репродуктивної функцій, перенесених раніше оперативних втручань.

Усім пацієнткам амбулаторно і при госпіталізації виконувався комплекс діагностичних досліджень. Загальне обстеження включало: гінекологічний огляд і пальцеве дослідження прямої кишки, грудних залоз, регіонарних лімфатичних вузлів, клінічні аналізи крові і сечі, електрокардіограму, біохімічне дослідження крові, коагулограму, ультразвукове дослідження органів малого таза, кольпоскопію. При аденоміозі, генітальному ендометріозі та інтралігаментарному розташуванні міоматозних вузлів – додатково гістероскопію, екскреторну урографію, цистоскопію, ректороманоскопію і ультразвукове дослідження з контрастуванням передньої стінки прямої кишки (за допомогою спеціального балончика з латексної гуми, що вводиться в пряму кишку).

Стандартні ехографічні дослідження органів малого таза і сечовидільної системи проводили з використанням ультразвукової апаратури «HONDA 2500» (Японія) з трансвагінальним (7 Мгц) і абдомінальним (3,5 Мгц) датчиками.

При загальному ультразвуковому дослідженні уточнювали розміри лейоміоми матки, наявність і характер патологічних утворень у ділянці придатків, вираженість спайкового процесу у малому тазі. Ультразвукове дослідження нирок дозволяло оцінити внутрішню структуру чашково-мискової системи і стан верхнього відділу сечоводів, по яких можна було побічно судити про порушення пасажу сечі і наявність сечовідної обструкції.

Гістероскопія і роздільне діагностичне вишкрібання з подальшим гістологічним дослідженням зіскрібків з каналу шийки матки і порожнини матки виконували пацієнткам з метою уточнення стану порожнини матки.

Показання до гістероскопії були: підозра на внутрішній ендометріоз, на субмукозний міоматозний вузол, на патологію ендометрія. Для цієї мети використовували жорсткий гістероскоп фірми «Karl Storz» (Німеччина). Гістероскопію у всіх хворих виконували під короткочасним внутрішньовенним наркозом (каліпсол, диприван) без попереднього розширення каналу шийки матки. В усіх випадках як оптичне середовище використовувався стерильний фізіологічний розчин.

Лапароскопію виконували за допомогою устаткування фірми «Karl Storz» (Німеччина). Прокол передньої черевної стінки здійснювали в трьох точках: параумбікальний для введення телескопа і надлобкових (правої і лівої) – для хірургічних інструментів і маніпуляторів.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЙХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що у пацієнток з поєднаною патологією матки без і з генітальним пролапсом в 70,0% фіксують різну патологію шийки матки, що свідчить про необхідність виконання тотальної гістеректомії.

За наявності генітального пролапсу у пацієнток спостерігається висока частота хронічних захворювань бронхолегеневої системи (23,3% і травного тракту (30,0%), що супроводжуються тривалим підвищенням внутрішньочеревного тиску, варикозної хвороби (23,3%), ендокринної патології (33,3%) і гриж різної локалізації (10,0%). Це свідчить про певну роль системної неспроможності з'єднальної тканини (її дисплазії) у патогенезі даної патології.

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 мимовільних пологів в анамнезі) не можуть розглядатися як абсолютні протипоказання для виконання вагінальної гістеректомії.

Оцінка якості життя пацієнток з генітальним пролапсом перед операцією була достовірно гірше за оцінку якості життя хворих без даної патології за фізичною активністю, соціальною ізоляцією та емоційними реакціями. Через два роки після проведеного хірургічного лікування за розробленим нами алгоритмом поліпшення якості життя відзначено у всіх прооперованих жінок, але лише за наявності генітального пролапсу ці зміни були достовірними ($p < 0,05$).

При хірургічному лікуванні поєднаної патології матки без і з генітальним пролапсом необхідно віддавати перевагу провідниковій анестезії (епідуральна анестезія або спинномозкова анестезія), а саме: скорочення тривалості операції, зниження об'єму крововтрати, ризик тромбоемболічних ускладнень, прискорення і полегшення післяопераційної реабілітації у соматично ослаблених хворих і пацієнток літнього і похилого віку.

Використання пропонованого диференційованого підходу при хірургічному лікуванні поєднаної патології матки без і з генітальним пролапсом дозволяє відзначити значне поліпшення 96,7% хворих, а 83,3% з них вважали собі вилікованими повністю. Найбільш високим відсоток позитивних результатів хірургічного лікування (93,3%) був у пацієнток без генітального пролапсу, яким гістеректомія була виконана лише з приводу доброякісних захворювань матки і придатків з лапароскопічною асистенцією.

Для практичної охорони здоров'я можна рекомендувати наступні моменти:

1. У пацієнток репродуктивного і перименопаузального віку без пролапсу статевих органів, в яких показанням для видалення матки (з придатками або без) є її доброякісне захворювання, або поєднання доброякісних новоутворень матки і яєчників, операцією вибору вважаємо піхвову гістеректомію (з придатками або без) з лапароскопічною асистенцією у поєднанні з профілактичним виконанням кульдопластики по Макколлу і кольпоперинеолеваторопластики.

2. При повному або неповному генітальному пролапсі пацієнткам літнього і похилого віку показана піхвова гістеректомія за Мейо у нашій модифікації.

3. У сексуально активних пацієнток репродуктивного і перименопаузального віку, в яких є показання для видалення матки, за наявності супутнього пролапсу статевих органів операцією вибору вважаємо піхвову гістеректомію (з придатками або без) у поєднанні з фіксацією куполу піхви до крижово-остистої зв'язки, передньої і задньої кольпоррафії і мінімізованим слінгом (у разі стресової інконтиненції).

ВИСНОВКИ

Отже, результати проведених досліджень повністю підтверджують необхідність диференційованого підходу до лікування поєднаної патології матки без і за наявності генітального пролапсу. Розроблений і запропонований нами алгоритм дозволяє добитися позитивних результатів як в ранні, так і у віддалені терміни після операції.

Differentiated going near surgical treatment of the united pathology of uterus without and with pelvic organ prolapse S. S. Sendetskiy

The objective: increase of efficiency of surgical treatment of the united pathology of uterus without and with pelvic organ prolapse on the basis of development and introduction of the differentiated going near the choice of method of operation.

Materials and methods. By us the conducted analysis of results of surgical treatment 120 patients which are operated concerning the of high quality diseases of uterus and pelvic organ prolapse with the use of vaginal operative access. In quality a basic (base) operation to all patients was done vaginal hysterectomy. Distinctive features had variants of vaginal operations for the patients of different clinical groups.

Distributing of patients on clinical groups it is done by us depending on testimonies for the delete of uterus, presence of concomitant pelvic organ prolapse (complicated or not by a stress incontinence of urine) and age of patients.

Results. At surgical treatment of the united pathology of uterus without and with pelvic organ prolapse it is necessary to give advantage to explorer anaesthesia (epidural anaesthesia or spinal anaesthesia) on the followings moments: reduction of duration of operations; decline of volume of blood loss; risk of thromboembolic complications; acceleration and facilitation of postoperative rehabilitation for somatically weak patients and patients summer and years old.

Using of the offered differentiated approach for surgical treatment of the united pathology of uterus without and with pelvic organ prolapse allows to mark a considerable improvement 96,7% patients, and 83,3% from them considered to itself pulled round fully. Patients had a percent of positive results of surgical treatment (93,3%) most high without pelvic organ prolapse, what hysterectomy was executed only concerning the of high quality diseases of uterus and appendages with laparoscopic assistance.

Conclusion. The results of the conducted researches fully confirm the necessity of the differentiated going near treatment of the united pathology of uterus without and at presence of pelvic organ prolapse. Developed and inculcated by us an algorithm allows to obtain positive results both in early and in remote terms after an operation.

Keywords: united pathology of uterus, pelvic organ prolapse, surgical treatment, differentiated approach.

Відомості про автора

Сендецький Сергій Сергійович – аспірант, кафедра акушерства, гінекології та медицини плода Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ; тел.: (068) 425-82-98. E-mail: serzh049@gmail.com
ORCID 0009-0003-5852-072X

Information about the author

Sendetskiy Serhij S. – graduate student, Departments of urology and obstetrics, gynaecology and medicine of fetus, Shupyk National Healthcare University of Ukraine of MH Ukraine, Kyiv; tel.: (068) 425-82-98. E-mail: serzh049@gmail.com
ORCID 0009-0003-5852-072X

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Hammad AE. Women and health security. *Mid Hlth Statist. Quart.* 2021;49(2):74-7.
2. Cho MK, Moon JH, Kim CH. Factors associated with recurrence after colpocleisis for pelvic organ prolapse in elderly women. *Int J Surg.* 2019 Aug;44:274-7.
3. Buchsbaum GM, Lee TG. Vaginal Obliterative Procedures for Pelvic Organ Prolapse: A Systematic Review. *Obstet Gynecol Surv.* 2021 Mar;72(3):175-83.
4. Sze EM. Pregnancy, labor, delivery, and pelvic organ prolapse. *Obstet Gynaec.* 2019;100(5):981-6.
5. Ridgeway BM, Cadish L. Hysteropexy: Evidence and Insights. *Clin Obstet Gynecol.* 2021 Jun;60(2):312-23.
6. Fan SX, Wang FM, Lin LS, Song YF. Re-treatments of recurrence after pelvic floor repair surgery. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi.* 2019 Jun 25;52(6):374-8.
7. Nappi RE, Murina F, Perrone G. Clinical profile of women with vulvar and vaginal atrophy who are not candidates for local vaginal estrogen therapy. *Minerva Ginecol.* 2021 Aug;69(4):370-80.
8. Laso-García IM, Rodríguez-Cabello MA, Jiménez-Cidre MA. Prospective long-term results, complications and risk factors in pelvic organ prolapse treatment with vaginal mesh. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2020 Apr;211:62-7.
9. Al-Badr A, Perveen K, Al-Shaikh G. Evaluation of Sacrospinous Hysteropexy vs. Uterosacral Suspension for the Treatment of Uterine Prolapse: A Retrospective Assessment. *Low Urin Tract Symptoms.* 2019 Jan;9(1):33-7.
10. Klapdor R, Grosse J, Hertel B, Hillemanns P. Postoperative anatomic and quality-of-life outcomes after vaginal sacrocolpoproctectomy for vaginal vault prolapse. *Int J Gynaecol Obstet.* 2019 Apr;137(1):86-91.
11. Hirabayashi T, Ueno S, Hirakawa H, Tei E. Surgical Treatment of Inguinal Hernia with Prolapsed Ovary in Young Girls: Emergency Surgery or Elective Surgery. *Tokai J Exp Clin Med.* 2021 Jul 20;42(2):89-95.
12. Meester JAN, Verstraeten A, Schepers D. Differences in manifestations of Marfan syndrome, Ehlers-Danlos syndrome, and Loeys-Dietz syndrome. *Ann Cardiothorac Surg.* 2019 Nov;6(6):582-94.
13. Morling JR, McAllister DA, Agur W. Adverse events after first, single, mesh and non-mesh surgical procedures for stress urinary incontinence and pelvic organ prolapse in Scotland, 1997-2019: a population-based cohort study. *Lancet.* 2020 Feb 11;389(10069):629-40.
14. Wang X, Chen Y, Hua K. Pelvic Symptoms, Body Image, and Regret after LeFort Colpocleisis: A Long-Term Follow-Up. *J Minim Invasive Gynecol.* 2019 Mar-Apr;24(3):415-9.
15. Antonioti GS, Coughlan M, Salamonsen LA. Obesity associated advanced glycation end products within the human uterine cavity adversely impact endometrial function and embryo implantation competence. *Hum Reprod.* 2018 Apr 1;33(4):654-65.