

Особливості хірургічного лікування поєднаної патології матки без та з генітальним пролапсом

Г. Є. Важова

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

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

Матеріали та методи. Нами проведений аналіз результатів хірургічного лікування 120 пацієнток, які оперуються з приводу доброякісних захворювань матки і генітального пролапсу з використанням вагінального оперативного доступу. Як основна (базовою) операція всім хворим була зроблена вагінальна гістеректомія. Варіанти вагінальних операцій мали певні особливості у пацієнток різних клінічних груп. Розподіл пацієнток на клінічні групи було зроблено залежно від показань для гістеректомії, наявності супутнього пролапсу геніталій (ускладненого і (або) стресовим нетриманням сечі) і віку хворих.

Результати. Використання зарепонованого диференційованого підходу при хірургічному лікуванні поєднаної патології матки без та з генітальним пролапсом дозволяє відзначити значне поліпшення у 96,7% хворих, а 83,3% з них вважали себе вилікуваними 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.

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

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

На сьогодні у структурі гінекологічної патології поєднана патологія матки (лейоміома, аденоміоз і гіперплазія ендометрія) і генітальний пролапс посідають провідні місця. Так, за різними джерелами, ці захворювання виявляють у 60% жінок репродуктивного і у 70% жінок перименопаузального віку [1–4]. При цьому основним варіантом лікування цієї патології оперативний [5–8].

Традиційні підходи в оперативній гінекології, пануючі десятиліттями, витісняються новими прогресивними технологіями, що викликає спори і неприйняття лікарів, які достатньо довго оперують традиційними методами. Крім того, відсутність критеріїв вирішального вибору оперативного доступу призводить до поляризації думок про доцільність застосування 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 від оперативної гінекології до малоінвазивності [9–12].

Сьогодні всесвітньо визнані авторитети в ендоскопічній хірургії стверджують, що немає обмежень для виконання лапароскопічної операції з видалення матки [13–16]. Досвід світової хірургії свідчить на користь того, що надмірно конфронтаційний, не хestуючий крайніми думками шлях розвитку, що прагне до розробки «стандартних для всіх» альтернатив, не завжди продуктивний [16–20]. Усі ці підходи є предметом обговорення і сьогодні не мають строго певних постулатів дії. 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 генітальним пролапсом.

Аналіз наукової літератури свідчить про недостатнє освітлення зазначених аспектів проблеми, що з'явилося підставою до проведення справжнього дослідження.

Мета дослідження: підвищення ефективності хірургічного лікування поєднаної патології матки без та з генітальним пролапсом на основі 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 при використанні вагінального оперативного доступу.

Під час виконання цього дослідження було проведено аналіз результатів хірургічного лікування 120 пацієнток, які оперуються з приводу доброякісних захворювань матки і генітального пролапсу з використанням вагінального оперативного доступу. Як основна (базова) операція всім хворим була зроблена вагінальна гістеректомія. Варіанти вагінальних операцій мали певні особливості у пацієнток різних клінічних груп.

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

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

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

3-я група – 30 пацієнток, яким було виконано вагінальну гістеректомію у поєднанні з передньою кольпорафією, кольпоперинеолеваторопластикою, фіксацією куполу піхви до крижово-остистої зв'язки і уретровезиковагінопексією (мінімізований слінг) (ВГФКП).

У пацієнток репродуктивного і перименопаузального віку з доброякісними захворюваннями матки і за наявності показань для її видалення виконували вагіналь-

ну екстирпацію матки (без або з придатками) з хірургічною профілактикою постгістеректомічного пролапсу куполу піхви.

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 за Мейо.

У пацієнток 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.

Нами були використані наступні вдосконалені моменти:

- у пацієнток репродуктивного і перименопаузального віку без пролапсу геніталій, в яких показанням для видалення матки (з придатками або без) є її доброякісне захворювання або поєднання доброякісних новоутворень матки та яєчників, операцією вибору вважаємо ВГ (з придатками або без) з лапароскопічною асистенцією у поєднанні з профілактичним виконанням кульдопластики за Макколлу і кольпоперинеолеваторопластики;
- при повному або неповному генітальному пролапсі у пацієнток літнього і старечого віку показана ВГМ у нашій модифікації;
- у сексуально активних пацієнток репродуктивного і перименопаузального віку, в яких є показання для видалення матки, за наявності супутнього пролапсу геніталій операцією вибору вважаємо ВГ (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).

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 під час госпіталізації виконували комплекс діагностичних досліджень. Загальне обстеження включало: гінекологічний огляд і 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, а при аденоміозі, поширеному генітальному ендометріозі й 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, яка вводиться в пряму кишку).

Стандартні ехографічні дослідження органів малого таза і сечовидільної системи проводили з використанням ультразвукової апаратури з трансвагінальним (7 МГц) і абдомінальним (3,5 МГц) датчиками.

Під час проведення загального ультразвукового дослідження 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 зішкрібів з каналу шийки матки і порожнини матки пацієнткам виконували з метою уточнення стану порожнини матки. Показаннями до гістероскопії була підозра на внутрішній ендометріоз, субмукозний міоматозний вузол та на

патологію ендометрія. Для цієї мети використовували жорсткий гістероскоп фірми «Karl Storz» (Німеччина). Гістероскопію у всіх хворих виконували під короточасним внутрішньовенним наркозом (каліпсол, діпріван) без попереднього розширення каналу шийки матки. У всіх 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: параумбілікальний для введення телескопа і надлобкових (правою і лівою) для хірургічних інструментів і маніпуляторів.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати дослідження свідчать, що у пацієнок з поєднаною патологією матки без та з генітальним пролапсом у 70,0% зареєстрована різна патологія шийки матки, що свідчить про необхідність виконання тотальної гістеректомії.

За наявності генітального пролапсу у пацієнок 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%), що свідчить про певну роль системної неспроможності сполучної 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 геніталій (мимовільних пологів в анамнезі) не можуть розглядатися як абсолютні протипоказання для виконання ВГ.

Оцінка якості життя пацієнок з генітальним пролапсом перед операцією була достовірно гірше за оцінку якості життя хворих без даної патології за наступними показниками: фізична активність; соціальна ізоляція та емоційні реакції. 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 та з генітальним пролапсом необхідно віддавати перевагу провідникової анестезії (епідуральна анестезія або спинно-мозкова анестезія) у разі скорочення тривалості операцій; зниження об'єму крововтрати; ризик тромбоемболічних ускладнень; прискорення і полегшення післяопераційної реабілітації у соматично ослаблених хворих і пацієнок літнього і старечого віку.

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

ВИСНОВКИ

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

Features of surgical treatment of the combined pathology of uterus without and with pelvic organ prolapse

H. E. Vazhova

The objective: increase of efficiency of surgical treatment of the combined pathology of uterus without and with pelvic organ prolapse on the basis of development and introduction of the differentiated approach 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. As 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 indications for the hysterectomy, presence of concomitant pelvic organ prolapse (complicated and (or) by a stress incontinence of urine) and age of patients.

Results. Using of the offered differentiated approach for surgical treatment of the combined pathology of uterus without and with pelvic organ prolapse allows to mark a considerable improvement in 96,7% patients, and 83,3% from them considered itself completely cured. 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 benign diseases of uterus and appendages with laparoscopic assistance.

Conclusions. The results of the conducted researches fully confirm the necessity of the differentiated approach treatment of the combined 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: combined pathology of uterus, pelvic organ prolapse, surgical treatment.

Відомості про автора

Важова Ганна Євгенівна – аспірант, кафедра акушерства, гінекології та перинатології, Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ; тел.: (097) 964-97-33. E-mail: a.e.vazhova@gmail.com

ORCID: 0009-0003-2430-1166

Information about the author

Vazhova Hanna E. – graduate student, department of obstetric, gynecology and perinatology, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv; tel: (097) 964-97-33. E-mail: a.e.vazhova@gmail.com

ORCID: 0009-0003-2430-1166

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Barber MD, Maher C. Apical prolapse. *Int Urogynecol.* 2021;34:1815–33.
2. Baud D, Meyer S, Vial Y, Hohlfield P, Achtari C. Pelvic floor dysfunction 6 years post-anal sphincter tear at the time of vaginal delivery. *Int Urogynecol.* 2021;32(9):1127–34.
3. Bo K, Fleten C, Nystad W. Effect of antenatal pelvic floor muscle training on labor and birth. *Obstet Gynecol.* 2019;126(6):1279–84.
4. Boroumandfar K, Rahmati MG, Farajzadegan Z, Hoseini H. Reviewing sexual function after delivery and its association with some of the reproductive factors. *Iran J Nurs Mid Res.* 2020;25(4):220–3.
5. Borstad E, Abdelnoor M, Staff AC, Kulseng-Hanssen S. Surgical strategies for women with pelvic organ prolapse and urinary stress incontinence. *Int Urogynecol.* 2019;31:179-86.
6. Bortolini MA, Drutz HP, Lovatsis D, Alarab M. Vaginal delivery and pelvic floor dysfunction: current evidence and implications for future research. *Int Urogynecol.* 2020;31(8):1025–30.
7. Bucknor A, Egeler SA, Chen AD, Chattha A, Kamali P, Brownstein G, et al. National Mortality Rates After Outpatient

- Cosmetic Surgery and Low Rates of Perioperative Deep Vein Thrombosis Screening and Prophylaxis. *Plast Reconstruct Surg.* 2018;142(1):90–8.
8. Bugge C, Adams EJ, Gopinath D, Stewart F, Dembinsky M, Sobiesuo P, Kearney R. Pessaries (mechanical devices) for managing pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2020 18 November. [Internet]. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004010.pub4>
 9. Campagna G, Panico G, Vacca L, Caramazza D, Gallucci V, Rumolo V, et al. Laparoscopic sacral colpopexy for pelvic organ prolapse recurrence after transvaginal mesh surgery. *Eur Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2020;248:222–6.
 10. Chaliha C. Postpartum pelvic floor trauma. *Cur Opin Obstet Gynecol.* 2019;31(6):474–9.
 11. Chantereau P, Brieu M, Kammal M. Mechanical properties of pelvic soft tissue of young women and impact of aging. *Int Urogynecol.* 2019;30:1–7.
 12. Chen B, Wen Y, Wang H, Polan ML. Differences in estrogen modulation of tissue inhibitor of matrix metalloproteinase-1 and matrix metalloproteinase-1 expression in cultured fibroblasts from continent and incontinent women. *Am Obstet Gynecol.* 2013;199(1):59–65.
 13. Chow D, Rodriguez LV. Epidemiology and prevalence of pelvic organ prolapse. *Curr Opin Urol.* 2013;23(4):293–8.
 14. Connell KA, Guess MK, Chen H. HOXA11 is critical for development and maintenance of uterosacral ligaments and deficient in pelvic prolapse. *Clin Invest.* 2018;128(3):1050–5.
 15. Coyne KS, Sexton CC, Kopp ZS. Rationale for the study methods and design of the epidemiology of lower urinary tract symptoms (EpiLUTS) study. *BJU Int.* 2019;114(3):348–51.
 16. Crepin G, Cosson M, Lucot JP. Genital prolapse in young women: a topical issue. *Acad Natl Med.* 2017;197(4-5):827–36.
 17. Davidson ERW, Thomas TN, Lampert EJ. Route of hysterectomy during minimally invasive sacrocolpopexy does not affect postoperative outcomes. *Int Urogynecol.* 2019;30(4):649–55.
 18. Demirci F, Ozdemir I, Somunkiran A. Perioperative complications in abdominal sacrocolpopexy and vaginal sacrospinous ligament fixation procedures. *Int Urogynecol.* 2020;11:29–33.
 19. Demirci F, Ozdemir I., Somunkiran A. Abdominal sacrohysteropexy in young women with uterovaginal prolapse: results of 20 cases. *Reprod Med.* 2016;61(7):539–43.
 20. Denman M.F., Gregory T., Boyles S.H., et al. Reoperation 10 years after surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol.* 2018;125(1):555–6.