

Новые возможности хирургического лечения пролапса половых органов

д.м.н Кузнецова И.А.

Н.Новгород - 2019

На долю ППО в структуре гинекологических заболеваний приходится 28% (Дубинская Е.Д., Бабичева И.А., 2014)

Число пациенток с пролапсом половых органов составляет до 40% больных гинекологических стационаров (Радзинский В.Е., 2017)

11-33% женского населения земного шара нуждаются в оперативной коррекции нарушений тазового дна (M.D.Moen, 2014)

Пролапс половых органов называют скрытой эпидемией, значительный рост числа пролапсов у молодых женщин (частота у нерожавших женщин 19.2%)
(Hendrix S.L., 2014)

Около 58% операций выполняется женщинам моложе 60 лет (Касян Г.Р., 2012)

Причины пролапса половых органов- полиэтилологическое заболевание

(Буянова С.Н. 2010)

1. Повышение внутрибрюшного давления:

- подъем тяжестей
- роды
- занятия спортом
- заболевания легких и кишечника (кашель, запоры)

2. Травма мышечно-фасциальных структур промежности (роды, эпизео и перинеотомия, пособие по Кристеллеру)

Роды

Риск пролапса значительно повышается у рожавших женщин и степень его напрямую связана с количеством родов: у женщин имеющих 4 и более детей риск пролапса в 3.3 раза выше, чем у однократно рожавших женщин (Berrosa M., 2013)

Каждые последующие роды увеличивают риск прогрессии пролапса на 10-20% (Буянова С.Н., 2017)

Решающее значение имеет не количество родов, а их ведение: техника защиты промежности, качество ушивания разрывов и рассечений промежности (число разрывов промежности I-II степени от 18 до 78%, частота перинеотомий от 10 до 73% (Радзинский В.Е., 2017)

Остается дискуссионным вопрос - является ли рассечение промежности в родах профилактикой или предрасполагающим фактором развития слабости тазового дна (Радзинский В.Е., 2016)

3. Дисфункция (дисплазия) соединительной ткани.

Степень тяжести и сроки возникновения ППО зависит от состояния эластина, коллагена, глюкозаминогликана. т.к. от них зависит адаптация тканей к растяжению и сокращению во время и после родов. Доказана семейная отягощенность ППО, наследуемость этого заболевания является общепризнанным фактом. Это объясняет наличие ППО у нерожавших женщин (Крот Т.Ф. 2013, Радзинский В.Е. 2017)

4. Нарушение стероидогенеза половых гормонов

Выявлены рецепторы к эстрогенам и прогестерону в крестцово-маточных связках, доказано, что при использовании МГТ снижается риск развития пролапса. Эстрогены улучшают кровоснабжение, трофику и сократительную активность мышц тазового дна (Балан В.Е., 2015, A . Clark, 2016)

Хирургическое лечение

Хирургическое лечение является наиболее эффективным при 2-4 ст, но частота рецидивов после коррекции достигает 33-40% (Радзинский В.Е., 2017).

Виды операций (более 100 операций):

Вентрофиксация матки по Богушу –Добротину - (фиксация матки к передней брюшной стенке):

-преимущества: быстро и просто

-недостатки: частые рецидивы, трудности при мочеиспускании

Пластика собственными тканями (передняя, задняя , срединная

-кольпоперинеопластика):

-преимущества: быстро и просто,

-недостатки: частые рецидивы, трудности или невозможность половой жизни

Влагалищная экстирпация матки:

недостатки: рецидивы (выпадение купола влагалища),

трудности при половой жизни

Применение сетчатых имплантов для хирургического лечения пролапса половых органов (сакровагинопексия, пролифты)

Преимущества: эффективно

Недостатки:

- **сложно и долго;**

- **риск тяжелых осложнения:**

интраоперационные – ранение мочевого пузыря, мочеточника, ранение сосудов;

послеоперационные – эрозии влагалища, мочевого пузыря, коагуляционные некрозы мочевого пузыря, мочеточника, остеомиелит позвонков, флегмоны, свищи, кровотечения ;

- **В 2019г FDA США запретило использование сетчатых имплантов в хирургии влагалища**

Обязательное предоперационное обследование

- Общее лабораторное обследование
- Консультация терапевта
- УЗИ малого таза (контроль М-эхо)
- Эхо-КС
- УЗДГ вен н/конечностей
- Кольпоскопия (переделывать самим), цитология, по показаниям биопсия
- УЗИ брюшной полости
- При наличии кровянистых выделений из влагалища – гистероскопия, раздельное ЛДВ

Билатеральная апоневротическая фиксация матки с применением сетчатых имплантов

Показания:

- опущение 2-4 степени
- центральный пролапс с/без переднего и заднего пролапса
- женщины репродуктивного возраста, не планирующие беременность
- женщины пре и менопаузального возраста
- женщины старшей возрастной группы, живущие половой жизнью

При сочетании с передним и/или задним пролапсом выполняется -
кольпоперинеопластика

При увеличении тела матки более 5-6 нед. (миома, аденомиоз)
сочетании с НАМ

**В гинекологической клинике ОКБ с 2017 г
выполнено 476 операций**

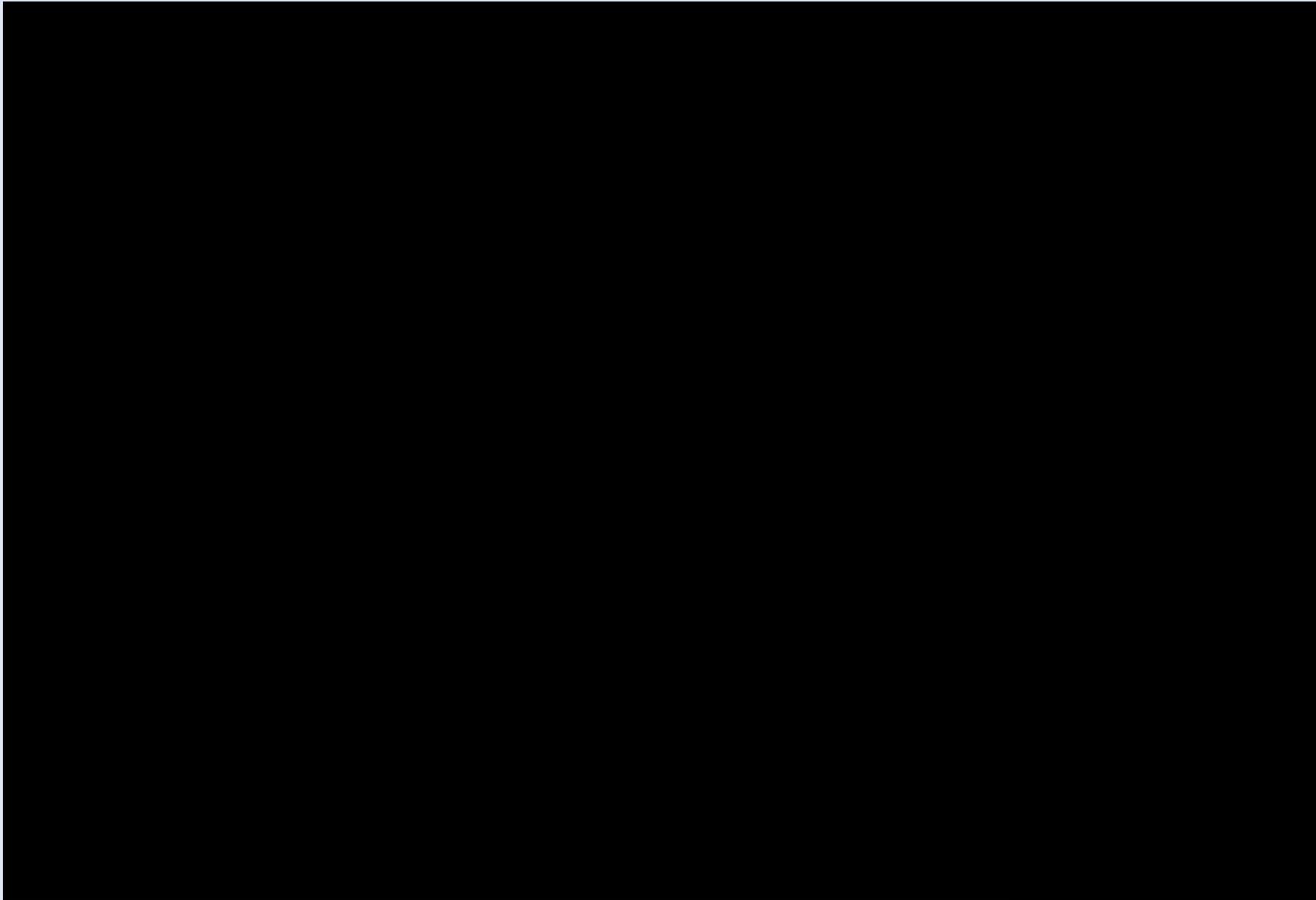
Основные этапы операции

1. Вскрытие пузырно-маточной складки
2. Мочевой пузырь отсепаровывается книзу
3. Полипропиленовая сетка фиксируется к шейке матки узловыми швами
4. Рукава ленты протягиваются забрюшинно в боковые отделы передней брюшной стенки
5. Фиксация рукавов сетки
- 6 Перитонизация сетки



Центральный пролапс III степени





Результат операции 5-е сутки



Результаты лечения

- полная коррекция апикального пролапса
- шейка матки доступна осмотру
- тело матки доступно для обследования

Осложнения:

Интраоперационные – 0%

Послеоперационные – рецидивы 11 пациенток (2.8%)

Выводы

Билатеральная апоневротическая фиксация матки является эффективным методом хирургической коррекции пролапса

Преимущества:

- эффективна
- низкий процент рецидивов
- низкий риск осложнений
- быстро (40-мин)
- не сложно
- быстро осваивается хирургами
- после операции тело и шейка матки доступны обследованию

Недостатки:

- требуется одновременная пластика влагалища для коррекции цисто-ректоцеле (при их наличии)

Билатеральная апоневротическая фиксация матки может быть рекомендована для хирургической коррекции пролапса



**Благодарю за
внимание**