Пролапс тазових органів: сучасний погляд на проблему

За матеріалами VI Міжнародного майстер-класу для лікарів-гінекологів «Пролапс-2014» (11-12 грудня 2014 року, м. Київ, клініка «Оберіг»)

Пропонуємо читачам ознайомитися з доповідями голови комітету малоінвазивної хірургії Асоціації акушерів-гінекологів України, доктора медичних наук, професора кафедри акушерства та гінекології № 1 Одеського державного медичного університету Ігоря Зиновійовича Гладчука, присвяченими проблемам пролапсу геніталій (ПГ) та нетриманню сечі при напруженні (НСПН).

І.З. Гладчук

У першій доповіді професора І.З. Гладчука розглянуто ключові питання діагностики та лікування ПГ.

– Актуальність проблеми ПГ визначається низкою факторів, головними серед яких є старіння населення та прагнення до покращення якості життя. Також існує медична складова актуальності цієї проблеми – відсутність усталених підходів до ведення хворих.

У всьому світі спостерігається висока частота хірургічних втручань з приводу пролапсів, зокрема в Україні виконується близько 20 тис. таких операцій, що становить 20% від загальної кількості хворих з ПГ і значною мірою пояснюється відсутністю показань до оперативного втручання у більшості випадків. Так, за деякими джерелами, серед жінок віком від 25 до 84 років з ПГ хірургічного лікування потребують приблизно 7%.

Важливим аргументом на користь обрання хірургічного методу лікування є негативний вплив ПГ на сечовидільну, гастроінтестинальну та сексуальну функцію пацієнтки.

ПГ – це свого роду грижа, яка має грижові ворота, грижовий мішок та вміст останнього. Діагностичні та лікувальні підходи при ПГ мають багато спільного з тактикою ведення пацієнток із вентральними та паховими крижами. Однак тазова діафрагма є значно складнішою за своєю конструкцією порівняно з передньою черевною стінкою. Вона забезпечує активний рівень тазової підтримки за допомогою m. levator ani, m. puborectalis (медіальний край), m. pubococcygeus (латеральний край) та пасивний рівень підтримки за допомогою зв'язково-фасціальних компонентів. Важливо розуміти, що стан пасивного каркасу залежить від адекватної м'язової підтримки. Наприклад, розрив м'язів у пологах є причиною розриву фасціальної структури: пубоцервікальної фасції, параректальної фасції, пубоуретральних зв'язок, а також латеральних відривів від arcus tendineus fasciae pelvis.

Для ПГ запропоновано багато класифікацій, але найбільш поширеною в англомовній літературі є половинчаста так звана 6-точкова класифікація Baden-Walker. Класифікація POP-Q є загальноприйнятою у науковій літературі і дає можливість більш точного визначення ступеня пролапсу і проведення оцінки так званого вагінального профілю за 9 точками.

На рисунку 1 представлено схематичне зображення всіх дев'яти точок, що використовуються в цій класифікації, в сагітальній проекції жіночого таза за відсутності пролапсу. Вимірювання проводять за допомогою сантиметрової лінійки, маткового зонда або корнцанга із сантиметровою шкалою в положенні пацієнтки лежачи на спині при максимальному ступені вираження пролапсу (зазвичай цього досягають під час проведення проби Вальсальви).

Класифікація POP-Q базується на шести визначених точках (Aa, Ap, Ba, Bp, C, D) та трьох параметрах (TVL, GH і PB). Анатомічна позиція шести точок вимірюється вище або проксимальніше гімена, при цьому отримують від'ємне значення (в сантиметрах). При розташуванні цих точок нижче або дистальніше гімена фіксують позитивне значення. Площина гімена відповідає нулю. Інші три параметри TVL (загальна довжина піхви), GH (вульварне кільце) і PB (промежина) вимірюють в абсолютних величинах.

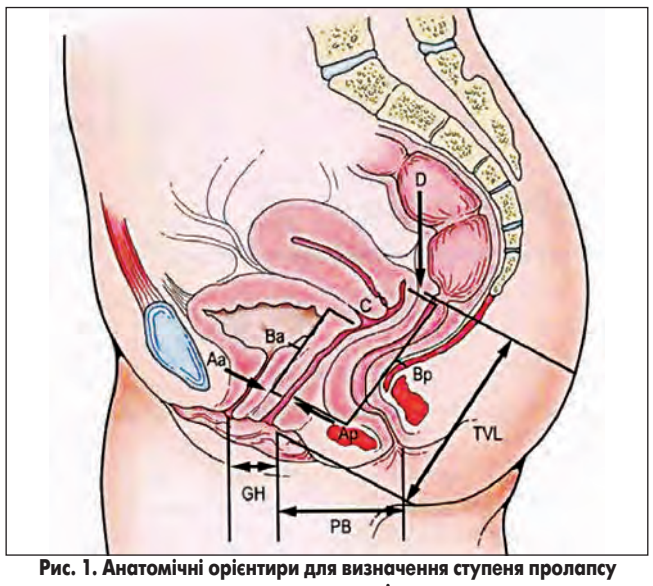

Рис. 1. Анатомічні орієнтири для визначення ступеня пролапсу тазових органів

Стадіювання за системою POP-Q проводять за найбільш випадаючою частиною піхвової стінки. Можливим є опущення передньої стінки (точка Ba), апікальної частини (точка C) і задньої стінки (точка Bp).

Спрощена схема класифікації POP-Q виглядає так:

Стадія 0 – немає пролапсу. Точки Aa, Ap, Ba, Bp – всі 3 см; точки C і D мають значення зі знаком мінус.

Стадія I – найбільш випадаюча частина стінки піхви не доходить до гімена на 1 см (значення >-1 см).

Стадія II – найбільш випадаюча частина стінки піхви розташована на 1 см проксимальніше або дистальніше гімена.

Стадія III – найбільш випадаюча точка розміщена більш ніж на 1 см дистальніше гіменальної площині, але при цьому TVL зменшується не більше ніж на 2 см.

Стадія IV – повне випадання. Найбільш дистальна частина пролапсу виступає більш ніж на 1 см від гімена, а TVL зменшується більш ніж на 2 см.

Як збігаються точки вагінального профілю POP-Q з клінічними формами пролапсу? Точка Aa – це уретроцеле, Ba – цистоцеле, C – метроцеле, D – дугласоцеле, Bp – проксимальне ректоцеле, Ap – дистальне ректоцеле.

Лікувальні підходи у жінок з генітальними пролапсами поділяють на декілька категорій: спостереження (етапне, остаточне), консервативне лікування (вправи для укріплення тазового дна, втрата зайвої маси, лікування хронічних захворювань, відмова від паління, замісна гормональна терапія, використання песаріїв); хірургічне лікування. Під час вибору лікувальної тактики враховують вік, симптоми, соматичний та психічний стан, необхідність збереження сексуальної функції, репродуктивні наміри, вид та тяжкість ПГ, наявність супутньої гінекологічної патології.

Що стосується песаріїв, то цей метод і досі не втрачає своєї популярності, незважаючи на недоліки, пов'язані із його застосуванням: утруднений догляд, низька ефективність (40%), випадіння (6%), порушення сечовипускання, дискомфорт, біль, урогенітальні інфекції, ерозія слизової оболонки. Однак слід враховувати, що використання песаріїв вимагає адекватності в поведінці та умотивованості використання з боку пацієнтки.

Розумним рішенням для визначення методу хірургічного втручанням з метою корекції ПГ є оформлення дефектоскопічної карти (рис. 2).

В таблиці 1 представлено прогностичну ефективність різних хірургічних процедур при ПГ та НСПН.

На сьогодні розрізняють такі реконструктивні втручання на передньому сегменті вагіни: при центральному дефекті – реконструкція пубоцервікальної фасції (ПЦФ); при поперечному (проксимальному) дефекті – відновлення контакту ПЦФ і перицервікального кільця або компенсація дефекту за відсутності шийки матки; при латеральному дефекті – паравагінальна репарація; при дистальному – уретропексія.

Слід зазначити, що паравагінальна репарація – це глибока дисекція, яка не завжди добре візуалізована, що пояснює невисоку частоту її проведення хірургами. Однак паравагінальний дефект можна коригувати і в інший спосіб за допомогою інших процедур, але лише в тому випадку, якщо не стоїть завдання поновлення функції.

Таким чином, хірургічними процедурами, які виконують на передньому вагінальному сегменті, є три типи операцій: трансвагінальні (пластика за Келлі, субуретральний слінг, передня кольпорафія, передня кольпорафія з алотрансплантатом; вагінальна паравагінальна реконструкція), абдомінальні (відкрита ретропубарна реконструкція) та лапароскопічна паравагінальна суспензія.

Слід підкреслити, що в передньому сегменті рецидиви виникають набагато частіше, ніж в апікальному та задньому сегментах (у 20-40% пацієнток).

Проблема дефектів задньої стінки піхви (задній сегмент) вирішується за допомогою таких хірургічних процедур.

Вагінальний доступ: задня кольпорафія, леваторопластика, вагінальна реконструкція ентероцеле, вагінальна сакроспінальна кольпосуспензія, вагінальна клубово-куприкова кольпосуспензія, вагінальна крижовоматкова кольпосуспензія.

Абдомінальний доступ: операція Мошковіца, Гальбана; плікація крижовоматкових зв'язок.

Ці операції можна виконувати лапароскопічним способом.

Задній сегмент потребує ідентифікації дефектів параректальної фасції, яку здійснюють як до операції на етапі обстеження, так і інтраопераційно.

Також розроблено низку хірургічних процедур для корекції апікальних дефектів піхви.

Вагінальний доступ: вагінальна гістеректомія з кульдопластикою за Мак-Коллом (1957); сакроспінальна кольпосуспензія (модифікація Miyadzaki), іліококцигіальна суспензія (Inmon), крижовоматкова суспензія з фаціальною реконструкцією, Манчестерська операція.

Абдомінальний та лапароскопічний доступи: реконструкція ентероцеле за Мошковіцем-Гальбаном, кульдопластика за Мак-Коллом, сакрокольпопексія, сакроспінальна кольпосуспензія.

Дозвольте більш детально зупинитися на сакроспінальній кольпосуспензії та подібних оперативних втручаннях.

Техніка трансвагінальної дисекції з метою пошуку сакроспінальної зв'язки не є складною. Спочатку виконують параректальну дисекцію, орієнтуючись на spina ischia, звідки зв'язка досягає куприкової кістки. Важливо після ідентифікації цього м'язово-сухожилкового комплексу механічно зняти фаціальний футляр з м'язових волокон. Це дозволяє сподіватися на успішне приживлення притягнутої стінки вагіни до зв'язки. Сакроспінальна кольпосуспензія може бути білатеральною або монолатеральною.

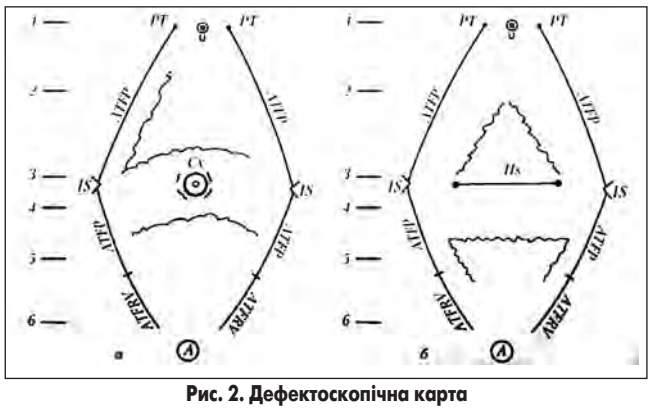

Рис. 2. Дефектоскопічна карта

Таблиця 1. Прогностична ефективність різних хірургічних процедур при ПГ і НСПН

Типи хірургічних операцій	ПГ			НСПН
	anterior	apical	posterior	
Передня кольпорафія	+		-	±
Кульдопластика	-	+	-	-
Задня кольпорафія	-	±	+	-
Сакроспінальна кольпосуспензія	-	+	±	-
TVT/TVT-O	-	-	-	+
Prolift total	+	+	+	±
Prolift anterior	+	+	-	±
Prolift posterior	-	+	+	-
Манчестерська операція	±	+	-	-
Лапароскопічна сакроспінальна кольпосуспензія	-	+	-	-
Оклюзивні операції	+	+	+	-

Продолжение на стр. 20.

Пролапс тазових органів: сучасний погляд на проблему

За матеріалами VI Міжнародного майстер-класу для лікарів-гінекологів «Пролапс-2014» (11-12 грудня 2014 року, м. Київ, клініка «Оберіг»)

Продолжение. Начало на стр. 19.

До певної міри подібною операцією є клубово-куприкова фаціальна суспензія, при якій здійснюється суспензія стінок вагіни до фаціального футляра m. iliococcygeus. Ця операція потребує глибокої дисекції з метою підтягування параректальної фасції до слизової оболонки піхви.

Прагнення зменшити кількість постопераційних рецидивів дало поштовх до застосування сітчастих алотрансплантатів. Цей метод, на жаль, зазнав певної дискредитації, що зумовлено його використанням без належних навичок та вміння.

Передусім застосування алотрансплантата вимагає навичок правильного проведення трансвагінальної дисекції. Вона має бути субфасціальною, на відміну від дисекцій при класичних операціях. Необхідно чітко знати орієнтири, які мають відчуватися на дотик. Тотальний проліфт використовують за відсутності матки або у разі збереженої матки (може бути передній і задній). Його краще застосовувати для постгістеректомічного масивного ентероцеле. Використання переднього проліфту є доцільним при тяжких великих цистоцеле. Для корекції заднього й апікального сегмента проліфти не мають жодних переваг порівняно з трансвагінальною хірургією. Насправді частота рецидивів після встановлення проліфтів є меншою в декілька разів порівняно з такою при класичних операціях.

Причинами рецидивів є: недоліки у визначенні місцевоспецифічного дефекту (помилкова дефектоскопія), неправильно обраний доступ, неправильно обрана методика операції, дефекти оперативної техніки, порушення режиму післяопераційної реабілітації.

У доповіді «Вагінальний доступ у корекції генітального пролапсу та інконтиненції. Гінеколог чи/або/та уролог» було розглянуто особливості основних хірургічних способів корекції НСПН.

– НСПН, або стресорна інконтиненція – це мимовільне підтікання сечі при напруженні, чханні або кашлі. Згідно з класифікацією De Lancey ця проблема стосується нижнього рівня підтримки тазових органів. Її вирішення потребує спільної участі гінекологів, урологів та проктологів, особливо коли йдеться про стресорну інконтиненцію, з приводу якої гінекологи не можуть сперечатися з урологами з питань функціональної діагностики та розуміння цієї проблеми. Однак ініціатива з хірургічного втручання належить саме гінекологам, оскільки НСПН часто пов'язана з ПГ.

Значна поширеність НСПН у жіночій популяції зумовила появу в багатьох країнах окремої субспеціальності – урогінекології, фахівці якої об'єднані у професійну асоціацію. До компетенції урогінекологів належить ведення пацієнток із пролапсом тазових органів (передній сегмент), норицями, нетриманням сечі (всі форми), гіперактивним сечовим міхуром.

НСПН є досить поширеною проблемою. Приблизно половина жінок протягом життя відчувають епізоди мимовільного підтікання сечі, але серйозним розладом можна вважати НСПН, яке виникає приблизно у 12-25% хворих і часто поєднується з ПГ. Існує пряма кореляція між збільшенням кількості пологів та зростанням ризику НСПН, що прямо вказує на роль пологового травматизму у формуванні цієї патології.

За нашими даними, частота НСПН за 4-річний період становила трохи більше 5%, пролапсів – близько 10%. У 3,8% пацієнток спостерігалося поєднання ПГ та НСПН.

Обстеження хворих з НСПН слід проводити за законами пропедевтики та включати спеціальні обстеження (резидуальний об'єм сечі, щоденник сечовипускань, спеціальні проби, урофлоуметрія, цистометрія, профілометрія, УЗД, цистоскопія).

Метою передопераційного обстеження жінок з НСПН є: визначення типу нетримання сечі та ступеня його тяжкості; визначення стану структур, які підтримують тазову ділянку; діагностика супутньої тазової патології, яка потребує хірургічної корекції.

Ступені тяжкості НСПН поділяють на три категорії: легкого, середнього та важкого ступеня (табл. 2)

Слід зазначити, що інформативність тестів у положенні лежачи є досить умовною, оскільки горизонтальна позиція не дозволяє чітко оцінити можливість утримання сечі, особливо у випадках, якщо пацієнтці встановлено слінг.

Говорячи про порушення утримання сечі, треба нагадати, що механізм утримання сечі є досить складним, а поділ сфінктерного апарату, який утримує сечу в сечовому міхурі та регулює її витікання на внутрішній мимовільний і зовнішній довільний сфінктери, є доволі умовним, це – єдиний комплекс, який функціонує інтегрально.

Таблиця 2. Ступені тяжкості НСПН

Ступінь тяжкості	Симптоми
I	Нетримання сечі лише при значному напруженні (кашель, чхання, струшування)
II	Нетримання сечі при помірному напруженні (швидкі рухи, підйом та спускання сходами)
III	Нетримання сечі при легкому напруженні (вставання). Пацієнтка утримує сечу лише в горизонтальному положенні

Таблиця 3. Нормальні показники цистометрії у жінок

Параметр	Величина
Резидуальний (залишковий) об'єм сечі, мл	<50
Перше бажання спорожнити сечовий міхур, мл	150-200
Цистометрична місткість, мл	400-600
Індекс податливості сечового міхура (комплаєнс-індекс – об'єм наприкінці наповнення рідиною в мм, поділений на детрузорний тиск у спокої наприкінці наповнення, см вод. ст.)	20-100
Максимальний детрузорний тиск протягом сечовипускання, см вод. ст.	<70
Максимальна швидкість потоку сечі, мл/с	>15

Нормальними показниками сечовипускання вважаються такі параметри: частота сечовипускань на день – 7-8 разів, ніктурія – 0-1, середній об'єм сечі при сечовипусканні – 250 мл, найбільший разовий об'єм сечі (функціональна ємність сечового міхура) – 400-600 мл.

Також лікар має орієнтуватися в показниках цистометрії, оскільки багато її критеріїв є надзвичайно важливими для диференційної діагностики різних форм нетримання сечі (табл. 3).

Лікувальні підходи при НСПН поділяються на консервативні та хірургічні. Консервативна тактика показана при НСПН легкого й середньотяжкого ступеня, у разі протипоказань до хірургічного лікування, за наявності комбінованих форм нетримання сечі, а також при плануванні вагітності й пологів. До арсеналу методів консервативного лікування належать лікувальна фізкультура, використання песаріїв, медикаментозна терапія (естрогени, α-адреноміметики, β-адреноблокатори, прозерин).

Тактика хірургічного лікування ґрунтується на результатах дефектоскопії, комплексного функціонального обстеження, уродинаміки, і така терапія має стосуватися одночасно переднього, середнього і заднього сегментів тазового дна.

Серед нових методів хірургії НСПН заслуговують на увагу мікроінвазивні процедури, до яких належить ін'єкція об'ємоутворювальних субстанцій. Ця процедура малотравматична, проводиться в режимі хірургії одного дня, однак вона має суттєвий недолік – низьку довгострокову ефективність. У 90% пацієнток через два роки виникає рецидив хвороби. Тому в нашій клініці віддають перевагу слінговим субуретральним процедурам.

Операції, які використовуються для лікування стресорної інконтиненції, поділяють на три групи:

– передня кольпорафія з пластикою шийки сечового міхура за Келлі (висока частота рецидивів);

– операції для корекції стресового нетримання сечі, пов'язаного з гіпермобільністю уретри: ретропубарні суспензії шийки сечового міхура; уретропексія за Маршалом-Марчетті-Крантцем; кольпосуспензія за Берч; паравагінальна суспензія шийки сечового міхура; паравагінальна пластика; вагінальні обтураторні процедури; голкові кольпосуспензії;

– операції для корекції нетримання сечі, пов'язані з недостатністю внутрішнього сфінктера уретри (з гіпермобільністю шийки сечового міхура або без неї): слінгові операції – слінг органічними матеріалами, фасціальний аутологічний слінг, гетерологічний слінг, слінг синтетичними матеріалами; периуретральні ін'єкції (тефлон, колаген, цирконій, жир); встановлення штучних сфінктерів уретри.

Однак необхідно зазначити, що гіпермобільність уретри та слабкість уретральних сфінктерів тісно пов'язані між собою, тому розділяти їх не слід, тим більше, що слінгові операції є також ефективними і при гіпермобільності уретри. Вони розрізняються за методикою підведення та природою самого слінга. Задовільні результати щодо сучасних сітчастих трансплантатів отримано саме для субуретральних слінгів.

Особливості ведення пацієнток з поєднанням пролапсу тазових органів та НСПН полягають у необхідності прийняття рішення щодо використання одного з двох підходів у лікуванні. Перший підхід – одночасна корекція обох станів, яка може бути успішно виконана в тих випадках, коли немає тяжких чи дуже тяжких форм ПГ. Другий підхід – поетапна корекція пролапсу та нетримання сечі.

Двоетапного лікування вимагають тяжкі форми захворювання. Перший етап – корекція пролапсу тазових органів, реабілітація із застосуванням лікувальної фізкультури та корекція наявних факторів ризику. Далі проводять повторне обстеження (не раніше 3 міс) з визначенням уродинамічного профілю. Таке обстеження є обов'язковим, оскільки інколи хірургія пролапсу може скоригувати стресорну інконтиненцію. Однак часто розвивається зворотний ефект, до якого хірург має бути готовим: після успішного усунення генітального пролапсу з'являється проблема нетримання сечі. Це так зване нетримання сечі де-ново, яке не було розпізнане на етапі обстеження при ПГ з причини розташування сечового міхура нижче уретрального каналу. Тобто, така клінічна картина спостерігається у разі недіагностованої затримки сечі до операції.

Таблиця 4. Характеристика ефектів деяких реконструктивно-пластичних операцій у хворих з ГП та НСПН

Операція	Фактори						
	Репродуктивні наміри	Масивний дефект	Синдром дисплазії сполучної тканини	Бажання вести статеве життя	Важкість операції для хворої	Складність операції для хірурга	Частота рецидивів
Кольпорафія (передня, задня)	+	-	-	+	3-4	2-3	30%
Проліфт (передній, задній, тотальний)	-	+	+	±	4-5	4-5	5-10%
Сакроспінальна кольпосуспензія	-	±	±	±	3-4	4	20%
Лапароскопічна сакрокольпопексія	-	±	±	+	3-4	4-5	10%
Операція Лефора	-	+	+	-	2-3	2-3	<1%
TVT/TVT-O	±			±	1-2	1-2	5-10%
Об'ємоутворюючі агенти	+			+	1	1-2	90% через 2 роки
Уретровагінопексія за Burch, ММК	+		±	+	2-3	2-3	10-20%

В таблиці 4 наведено ефекти від деяких операцій у хворих з ГП та НСПН.

Серед сучасних субуретральних слінгових операцій заслуговує на увагу перша, добре напрацьована операція TVT, яка зазнала певної модернізації. Після виконання підуретрального розрізу за допомогою перфораторів здійснюється прохід у ретропубарний простір. Над лоном виконують два додаткові розрізи, за які підтягується петля слінга. Ця процедура потребує відхилення уретри в період перфорації позаду лонного простору. Також є необхідною уретроцистоскопічна ревізія після завершення процедури, оскільки при цій операції існує високий ризик травмування сечового міхура чи уретри.

Модифікація TVT-O відрізняється від операції TVT тим, що проведення слінгу відбувається не позаду лона, а трансобтураторно. Після дисекції в напрямку лонної кістки перфоратор виколюється через трансобтураторну мембрану та однойменний отвір. Петля встановлюється так, щоб не утворювався натяг. Це – ключовий момент, адже при надмірному затягуванні петлі формується інтрафізикальна обструкція. Водночас недотягування петлі нівелює ефект від втручання.

Таблиця 5. Ефективність TVT-операцій

	TVT	TVT-O	TVT-S
Вперше запроваджено	1990	2001	2005
Ефективність	75-95%		
Кількість розрізів	3	3	1
Частота ускладнень	10%	7%	?

Порівняльний ефект TVT-операцій представлено в таблиці 5.

Необхідно звернути увагу на той факт, що порівнювати методики TVT-операцій за кількістю розрізів не зовсім коректно, оскільки розрізів як таких немає. Тому перевага TVT-S у виконанні лише одного підуретрального розрізу є символічною. Окрім того, існують певні сумніви щодо представленої ефективності зазначеної операції.

Що стосується частоти ускладнень (7-10%), то найчастіше останні є інтраопераційними. Йдеться про великі кровотечі та гематоми, які з'являються в ранньому післяопераційному періоді й до певної міри є обґрунтованими, оскільки працювати доводиться в просторі Ретціуса – місці, де розвинена надмірна венозна сітка. Ефективним способом боротьби з такими кровотечами є тимчасова компресія. Гематоми виникають і в післяопераційному періоді. Досить рідко гематоми з'являються в субуретральному просторі. Загалом операції TVT, TVT-O є досить вдалими і вони можуть вважатися золотим стандартом ведення хворих з НСПН.

Таким чином, успішність оперативного лікування залежить від правильного підбору хворих, їх належного обстеження, проведення диференційної діагностики. Змішані форми НСПН потребують відповідних навичок і сумісного ведення пацієнток разом з урологами.

Підготував ***Анатолій Якименко***