

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК 618.14-007.44-089

© Н.И. Никитин, В.Ф. Аллаярова, 2019

Н.И. Никитин, В.Ф. Аллаярова

ЛАТЕРАЛЬНАЯ СУСПЕНЗИЯ МАТКИ КАК АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Уфа

Пролапс гениталий вызывает физические страдания, нарушает функцию тазовых органов, снижает качество жизни женщин. Разработка видов хирургического лечения для коррекции возникших нарушений является актуальной проблемой. В статье представлен новый вариант реконструктивно-пластической операции. Разработан эффективный хирургический способ лечения пролапса гениталий у женщин, репродуктивного возраста – эндоскопическая латеральная суспензия с укреплением связочного аппарата матки синтетическим материалом. Данный способ хирургического лечения позволяет восстановить анатомию таза и корректировать дефекты поддерживающего аппарата таза. Методика, направленная на укрепление латеральных структур, разработанная на основе поддерживающего аппарата, позволяет снизить сроки пребывания пациентки на стационарном лечении в 2-3 раза и предотвращает процессы дальнейшего пролапса гениталий.

Ключевые слова: латеральная суспензия, несостоятельность мышц тазового дна, пролапс гениталий, репродуктивный возраст.

N.I. Nikitin, V.F. Allayarova

LATERAL UTERINE SUSPENSION AS AN ALTERNATIVE METHOD FOR TREATING GENITAL PROLAPSE IN REPRODUCTIVE WOMEN

Genital prolapse causes physical suffering, disrupts the function of the pelvic organs and impairs the quality of life. An urgent problem is the development of types of surgical treatment for the correction of the disorders. The article presents a new version of reconstructive plastic surgery. An effective surgical method has been developed for the treatment of genital prolapse in women of reproductive age - endoscopic lateral suspension with strengthening of the ligamentous apparatus of the uterus with synthetic material. This method of surgical treatment allows to restore the anatomy of the pelvis and correct defects in the supporting apparatus of the pelvis. The technique, aimed at strengthening the lateral structures, was developed on the basis of the supporting apparatus, which allows to reduce the length of stay in hospital by 2-3 times, and prevents the processes of further genital prolapse.

Key words: lateral fixation, pelvic floor muscle failure, genital prolapse, reproductive age.

Несостоятельность мышц тазового дна у женщин является одним из самых распространенных гинекологических заболеваний [1,3,7]. В структуре гинекологических заболеваний опущение и выпадение внутренних половых органов составляет от 29 до 43% [1,6]. Пролапс гениталий вызывает физические страдания, нарушает функцию тазовых органов, снижает качество жизни женщин [3,4,6]. Симптомы несостоятельности мышц тазового дна встречаются у женщин, перенесших роды крупным плодом через естественные родовые пути с травмой ткани промежности [2,5,8]. Разработка новых инвазивных способов реконструктивно-пластических вмешательств является актуальной проблемой [7]. Целью данных операций является коррекция функциональных нарушений, восстановление репродуктивной функции тазовых органов при несостоятельности мышц тазового дна с использованием современных синтетических материалов [4,6,7].

Латеральная суспензия матки – это предпочтительная операция для женщин репродуктивного возраста с пролапсом гениталий, ведущих активный образ жизни и плани-

рующих повторную беременность. В оригинальном варианте методика включает использование двух кусков сетки, а в модифицированном варианте – одного куска, расположенного горизонтально в виде гамака, средняя часть которого подшивается снизу к лобково-шеечной фасции и перичервикальному кольцу. Затем латеральные концы сетки фиксируются сверху к ипсилатеральному апоневрозу наружной кривой мышцы. Из синтетической сетки выкраивают длинную полоску (30 см), ширина средней части которой должна составлять 3-12 см при сохранении матки. Ширина краев сетки должна быть не менее 3 см. Вырезанную сетку вводят в брюшную полость через троакар. Задний лоскут средней части полосы фиксируется к мышцам, поднимающим задний проход, с помощью отдельных узловых не рассасывающихся швов. Среднюю часть сетки и ее передний лоскут отдельными швами подшивают к перешейку и лобково-шеечной фасции. Поперечный гамак устанавливается в латеральном направлении посредством фиксации сетки к боковой стенке брюшной полости над подвздошными гребнями. Для этого формируются в забрюшин-

ном пространстве два канала. Производится небольшой (3 мм) кожный разрез на 2 см выше и 4 см латеральнее верхней подвздошной ости. Через разрез вводятся лапароскопические атравматические щипцы, перфорируется апоневроз наружной косой мышцы, низводится под брюшину, проводится под ипсилатеральной круглой связкой и выводится через суправезикальный разрез на брюшине. С каждой стороны дистальный конец сетки захватывается лапароскопическими атравматическими щипцами и протягивается через разрез на коже над подвздошным гребнем. Натяжение гамака регулируется так, чтобы свод влагалища был фиксирован на желаемом уровне. Через определённое время ячейки сетки заполняются клетками соединительной ткани. В результате формируется искусственно созданный связочный аппарат, армированный синтетическим волокном высокой прочности [2,3].

Цель исследования – оценка эффективности хирургического метода эндоскопической латеральной суспензии матки с заменой повреждённого связочного аппарата тазового дна на синтетическую сетку.

Материал и методы

Под наблюдением находились 32 женщины репродуктивного возраста. Основную группу (1-я) составили 18 женщин, которым была выполнена эндоскопическая латеральная суспензия матки. 14 пациенткам (2-я группа) произведена Манчестерская операция с задней кольпоперинеолеваторо-пластикой.

Средний возраст женщин составил $37,8 \pm 0,3$ года. Длительность заболевания – от 2,5 до 6 лет (58,1 %). Большинство пациенток (80,5%) имели двое и более родов. В 1-й группе у 16 (90%) больных в родах были: амниотомия – 10 (60%), родостимуляция – 10 (55%), эпизиотомия и перинеотомия – по 15 (80%), разрывы шейки матки, мягких тканей влагалища и промежности – 15 (80%). Роды крупным плодом были у 4 (20%) женщин. Во 2-й группе в родах проводились: амниотомия – 6 (45%), родостимуляция – 7 (50%), эпизиотомия и перинеотомия – по 6 (40%). Разрывы шейки матки, мягких тканей влагалища и промежности были у 6 (40%) женщин. Роды крупным плодом были у 5 (30%) родильниц.

Результаты и обсуждение

Согласно рекомендациям ВОЗ, не рекомендуется использование методик Prolift с расположением влагалищной сетки mesh в стенках влагалища из-за высокого риска развития эрозий, гнойных осложнений, прорезывания сеткой слизистой влагалища и нарушения половой жизни. При лапароскопической

латеральной суспензии матки рекомендована ранняя выписка из стационара. Половая жизнь возможна через 1,5-2 месяца после проводимого хирургического лечения. Если дополнительно к латеральной суспензии выполняется пластика стенок влагалища, то половая жизнь возможна через 2-2,5 месяца. После данных способов хирургического лечения не требуется специальных методов восстановления. Достаточно стандартное ведение послеоперационного периода с коррекцией диеты и регуляцией работы кишечника.

Преимуществами используемого хирургического способа лечения генитального пролапса являются: 1) сохранение анатомии органов малого таза; 2) минимизация риска послеоперационных осложнений и травматичности (диспареунии, эрозий слизистой влагалища, повреждений соседних органов, кровотечений, инфекционных осложнений – от 0,5 до 2% по сравнению с 35-48% при применении Prolift); 3) исключение крестцового остита, остеомиелита (при промонтофиксации синтетической сеткой имеется вероятность развития остита и остеомиелита); 4) короткие сроки реабилитации (средний срок госпитализации после операции не превышает 3 дней); 5) отсутствие необходимости гормональной подготовки перед операцией (в отличие от Prolift); 6) возможность одновременной коррекции дополнительной гинекологической патологии (заболеваний малого таза – миомы, аденомиоза, кисты яичника и др.).

Послеоперационный период в 1-й группе протекал со следующими изменениями. Без повышения температуры тела у пациенток отмечался незначительный отек тканей в течение 48 часов, при пальпации синтетическая петля определялась в виде плотного безболезненного валика вследствие фиксации матки к передней стенке брюшной полости. У пациенток 1-й группы наблюдались дизурические явления в виде частых позывов на мочеиспускание, которые купировались в течение 3-5 дней. Пациентки были выписаны из стационара на 4-е сутки. По результатам УЗИ через 6 и 12 месяцев выявлено, что шейка матки расположена выше интерстициальной линии малого таза. Рецидива пролапса гениталий за период наблюдения (12 месяцев) у женщин 1-й группы не было.

Послеоперационный период у 13 (65%) больных 2-й группы протекал с субфебрильной температурой в течение 6-7 дней, наблюдались выделения из половых путей экссудативным отделяемым с нейтрофильными гранулоцитами. Послеоперационный шов во влагалище при пальпации был болезненным, отек сохранялся

до 8 суток. В данной группе у 14 (70%) больных в цитограммах обнаружены клетки с гипертрофированными ядрами, грубозернистым хроматином с базофильной цитоплазмой, скопление промежуточных клеток плоского и цилиндрического эпителий. Среднее пребывание пациентов на стационарном лечении составило 8-9 дней. Через 12 месяцев после операционного лечения у 4 (20%) пациенток отмечены рецидивы опущения половых органов.

Заключение

Таким образом, эндоскопическая латеральная суспензия с укреплением связочного

аппарата матки синтетическим материалом является высоко эффективным хирургическим методом лечения опущения и выпадения половых органов у женщин репродуктивного возраста, который позволяет восстановить анатомию таза и корректировать дефекты поддерживающего аппарата таза. Данная методика, направленная на укрепление латеральных структур и разработанная на основе поддерживающего аппарата, позволяет снизить сроки пребывания на стационарном лечении в 2-3 раза и предотвращает процессы дальнейшего пролапса гениталии.

Сведения об авторах статьи:

Никитин Николай Ильич – к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии №1 ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел.: 8(347) 273-40-86. E-mail: geninik.nikitin@yandex.ru.
Аллаярова Виктория Флоритовна – врач-ординатор гинекологического отделения ГБУЗ РБ ГКБ №13. Адрес: г. Уфа ул. Нежинская, 28. Тел.: 8(3472) 16-13-13. E-mail: medicine19041988@mail.ru.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акушерская агрессия / под ред. В.Е. Радзинского. – М.: ООО «Издательство журнала Status Praesens», 2011. – 688 с.
2. Баггиш, М.С. Атлас анатомии таза и гинекологической хирургии / М.С. Баггиш, М.М. Каррам; пер. с англ./ под ред. Л.В. Адамян. – Лондон: Els. Ltd., 2009. – 1184 с.
3. Гомел, В. Реконструктивная и репродуктивная хирургия в гинекологии / В. Гомел, Э.И. Брилл. – М.: Лаборатория знаний, 2015. – С. 439.
4. Кулаков, В.И. Гинекология: национальное руководство / под ред. В.И. Кулакова, И.Б. Манухина, Г.М. Савельевой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1088 с.
5. Кулавский, В.А. Несостоятельность мышц тазового дна женщин / В.А. Кулавский, Н.И. Никитин, Е.В. Кулавский. – Уфа, Изд-во Типография г. Салават, 2011. – 276 с.
6. Стрижаков, А.Н., Давыдов, А.И. Влагалищная хирургия: Атлас. – М.: Изд-во «ОСЛН», 2008. – 256 с.

REFERENCES

1. Obstetric aggression / ed. V.E. Radzinsky. – M.: LLC "Publishing House of the journal Status Praesens", – 2011. – 688p. (In Russ.).
2. Baggish, M.S. Atlas of the anatomy of the pelvis and gynecological surgery / M.S. Baggish, M.M. Carram; per. from English, ed. L.V. Adamyam. – London: Els. Ltd., 2009. – 1184 p. (In Russ.).
3. Gomel, V. Reconstructive and reproductive surgery in gynecology / V. Gomel, EI Brill // Publishing House "Knowledge Laboratory". – Moscow. 2015. – P.439. (In Russ.).
4. Kulakov, V.I. Gynecology: national leadership / ed. IN AND. Kulakova, I.B. Manukhina, G.M. Savelyeva. – M.: GEOTAR-Media, 2009. – 1088 p. (In Russ.).
5. Kulavsky, V.A. Poor pelvic floor muscle failure / V.A. Kulavsky, N.I. Nikitin, E.V. Kulavsky // – Ufa, Izd-vo Tipografiya g. Salavat, 2011. – 276 p. (In Russ.).
6. Strizhakov A.N. Vaginal surgery. Atlas. / A.N. Strizhakov, A.I. Davydov // OSLN Publishing House. Moscow, – 2008. – 256 p. (In Russ.).

УДК 61-617-089-617.551-009.7

© Коллектив авторов, 2019

О.В. Галимов, В.О. Ханов, Р.А. Зиангиров, Ю.В. Костина, И.Н. Сафин, Д.М. Миннигалин **ПРОБЛЕМА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОЛИПОВ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ** *ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»* *Минздрава России, г. Уфа*

Цель исследования – проанализировать ведение пациентов с полипами желчного пузыря в хирургическом стационаре.

Материал и методы. Проведен анализ заболеваемости 52 больных с полипами желчного пузыря с 2015 по 2019 гг. в Клинике хирургии ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава РФ. Всем пациентам с верифицированными полипами желчного пузыря проведена лапароскопическая холецистэктомия.

Результаты. Проведен анализ 42 лапароскопических холецистэктомий при диагностированных полипах желчного пузыря. Полипы желчного пузыря диагностированы как дооперационно, так и явились находкой во время оперативного вмешательства по поводу желчно-каменной болезни (3 случая). Сравнительный анализ проведенных дооперационных методов обследования не выявил преимуществ какого-либо одного метода исследования. При гистологическом исследовании удаленного желчного пузыря наиболее часто обнаруживали гиперпластический полип – у 20 (47,6 %), аденоматозные полипы имели место у 19 (45,3 %) и холестерозные – у 3 (7,1 %). Наиболее частой локализацией процесса являлось тело желчного пузыря. В равном числе наблюдений полипы располагались в области дна и шейки пузыря. Малый размер полипа (до 3-х мм) выявлен у 11 (21,2 %) больных, наиболее часто имели место полипы размером от 5 до 10 мм (78,8 %). Одиночные полипы были обнаружены у 45 (86,5 %) пациентов, по два полипа и более – у 7 (13,5 %) пациентов.

Заключение. Полипы желчного пузыря являются распространенной патологией и часто сочетаются с желчно-каменной болезнью. Нередко полипы являются причиной воспаления желчного пузыря и поджелудочной железы, а также имеют потенциальную возможность злокачественного перерождения, поэтому увеличивается число показаний к оперативному лечению.

Ключевые слова: полипы желчного пузыря, калькулезный холецистит, лапароскопическая холецистэктомия.