УДК 618.1-089.884-02-092“312”

В.Л. Дронова, О.І. Дронов, Р.С. Теслюк, К.С. Бурміч

Відділення оперативної гінекології (зав. – д.мед.н. В.Л. Дронова)
Інституту педіатрії, акушерства і гінекології НАМН, м. Київ

ГЕНІТАЛЬНИЙ ПРОЛАПС – АСПЕКТИ ЕТІОЛОГІЇ ТА ПАТОГЕНЕЗУ, СУЧАСНІ ОСНОВНІ МЕТОДИКИ ХІРУРГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ

Резюме. На підставі огляду вітчизняної та іноземної літератури викладений сучасний погляд на проблему генітального пролапсу. При аналізі значимості факторів, які спричиняють розвиток пролапса геніталей виявлено високу частоту обтяженого преморбідного фону, що обумовлена в першу чергу віком пацієнток, а в іншу етіопатогенетичними механізмами захворювання. Ризик виникнення даних порушень значно зростає у пацієнток з дисплазією сполучної тканини. Для визначення тактики та об’єму оперативного втручання потрібно вибрати індивідуальні методики способів корекції даної патології з урахуванням степені порушення функції тазового дна і віку пацієнток.

Ключові слова: генітальний пролапс, фактори ризику, степені порушення функції тазового дна, способи оперативного лікування.

Генітальний пролапс – достатньо розповсюджена патологія, яка нині є однією з нагальних проблем оперативної гінекології. Повний пролапс матки характеризується майже завжди одночасно виворотом стінок піхви, опущенням та випаданням сечового міхура та прямої кишки, що супроводжується нетриманням сечі, атрофією слизових оболонок, тазовими болями тощо [1, 2].

Уперше випадання тазових органів було описано в 1497 році сучасником Леонардо да Вінчі, визначним анатомом, хірургом та філософом епохи Відродження, Алессандро Бенедетті (1445-1525 рр.) або Александром Бенедиктусом, як називають його в теперішній час, що жив та працював в італійському містечку Падуя та прославився своєю визначною роботою “Historia Corporis Humani” [3].

Частота даної патології досягає 28-38% серед гінекологічних захворювань у жінок, які потребують хірургічного лікування [4]. Симптоматичний пролапс виявляється приблизно у 2,5% жінок, що не народжували [5, 6].

В останні роки визначено, що у 11,4% жінок у світі існує по життєвий ризик оперативного лікування генітального пролапса, це означає, що одна з 11 жінок за своє життя може перенести операцію зумовлену з птозом та проциденцією внутрішніх статевих органів.

Основними причинами виникнення пролапса органів малого таза є анатомо-функціональні порушення тазового дна, зв’язочного апарата матки, підвищення внутрішньочеревного тиску, вік пацієнток. Поряд з цим до можливих факторів виникнення пролапса геніталей відносять аутоендокринні зміни фасцій в період вагітності, ускладнені пологи крупним плодом з перинеальною травмою, гіпоестрогенію, порушення трофіки і іннервації органів малого таза [7-9].

Для повного уявлення ступеня ураження представлені рівні підтримки та дефекти тазового дна та промежини:

1-й рівень – тазова фасція:
- основні зв’язки;
- крижово-маткові зв’язки

2-й і 3-й рівні - м’яз-підіймач відхідника
- сухожилкова дуга
- віхідниковий канал і м’яз

Тазова підтримка забезпечується:

- м’язами - м’яз-підіймач відхідника, замикальний м’яз;
- зв’язками – внутрішньотазова фасція – комплекс сполучнотканинних волокон, який забезпечує підвішування, фіксацію і опору тазових органів: лобково-міхурова фасція, міхурово-тазова

© В.Л. Дронова, О.І. Дронов, Р.С. Теслюк, К.С. Бурміч, 2014

фасція, основні зв'язки, крижово-маткові зв'язки, ректовагінальна перегородка;

- повноцінною іннервацією та кровопостачанням.

Дефекти тазового дна та промежини 1-го рівня вміщують пролапс матки, купола піхви; 2-го рівня – цистоцеле, ректоцеле, ентероцеле; 3-го рівня – низьке ректоцеле, перинеальні дефекти.

Вагомим фактором, який сприяє прогресуванню пролапсу геніталей є тяжка фізична праця та піднімання важкостей, які спричиняють до різкого підвищення внутрішньочеревного тиску, внаслідок чого виникає як би виштовхування внутрішніх статевих органів назовні.

Нині більшість учених провідну роль у розвитку неспроможності тазового дна надають вагітності та пологам. Ризик пролапсу геніталей значно вищий у жінок, що народжували, ступінь його пов'язана з кількістю пологів. Однак деякі з них вказують, що на появу птозу та проциденції геніталей впливає не тільки кількість пологів, а їх особливості та характер перебігу (наявність післяпологових травм м'яких тканин пологових шляхів і промежини) внаслідок хірургічних втручань та акушерської допомоги [5, 10, 11].

Існує точка зору, що неспроможність тазового дна представляє собою різновид гриж, при чому вірогідність розвитку захворювання значно вища у жінок, які страждають на грижі інших локалізацій [12, 13]. У літературі описані випадки спадкових форм пролапсу внутрішніх статевих органів у сім'ях з недиференційованими формами сполучнотканинної дисплазії, а також системні захворювання сполучної тканини, як синдром Морфана і Елерса, також деякі спадкові захворювання нервової системи поєднані з пролапсом геніталей, які розвиваються переважно в молодому віці. За даними досліджень в країнах Західної Європи, частота сімейних форм пролапсу тазових органів становить 30%. У ряді досліджень до групи розвитку генітального пролапсу віднесені пацієнтки, які страждають на зайву масу тіла та ожиріння, а жінки з індексом маси тіла більше 26 кг/м^2 з більшим ступенем вірогідності будуть потребувати хірургічного лікування даної патології, ніж жінки з більш низьким показником індекса маси тіла [14-17].

У літературі останніх років обговорюється теорія системної недостатності чи дисплазії сполучної тканини (ДСТ), згідно якої пролапс тазових органів характеризується як прояв поліорганної патології сполучної тканини і не тільки на рівні репродуктивної системи. Доказано, що ДСТ – генетично детермінована, з домінантним характером наслідування аномалія структури сполучної тканини, зумовлена зниженням вмісту деяких видів колагену чи порушенням їх співвідношення, що призводить до зниження щільності сполучної тканини [18-20]. З цієї точки зору вірогідно пояснення розвитку генітального пролапсу в приблизно 3% жінок, що не народжували.

Одна із ведучих ролей стосовно розвитку урогенітальних порушень підпорядкована дефіциту естрогенів, які зумовлюють порушення трофіки єстрогензалежних тканин зв'язкового апарата органів малого таза, м'язів тазового дна [21, 22].

В останній час отримані дані, які представляють неабияку зацікавленість, стосовно виникнення даного захворювання, згідно з ними визначена генетична зумовленість даної патології, шляхом визначення залежності між розподілом алелів гена GPIIIa, розвитком пролапсу тазових органів, та частотою виникнення рецидивів після хірургічної корекції [23]. Отже, під впливом та дією багатьох описаних факторів може виникати функціональна неспроможність зв'язкового апарата органів малого таза і тазового дна.

Вивчення виникнення пролапсу урогенітальних органів потенціювало розробку найбільш всеоб'ємної та доступної класифікації, враховуючи дані етіопатогенезу. В наш час існує декілька класифікацій, які відповідають потребам сучасної гінекології.

На думку науковців найбільш вдалою та зручною до використання є класифікація І.Ф. Слов'янського (1969 р.):

1. Зміщення піхви вниз:

I ступеня – опущення передньої стінки піхви, задньої або обох разом; у всіх випадках стінки не виходять за межі входу в піхву;

II ступеня – часткове випадання передньої стінки піхви і частини сечового міхура (цистоцеле), задньої і частини передньої стінки прямої кишки (ректоцеле) або комбінація обох випадань; стінки виходять назовні від входу в піхву;

III ступеня – повне випадання піхви, яке часто супроводжується і випаданням матки;

2. Зміщення матки вниз:

I ступеня – опущення матки або її шийки – шийка матки опущена до рівня входу в піхву;

II ступеня – часткове випадання матки або її шийки – шийка матки при напрузі виступає за межі статевої щілини;

III ступеня – неповне випадання матки – позастатевою щілиною знаходиться не тільки шийка матки , а й частина тіла матки;

IV ступеня – повне випадання матки – позастатевою щілиною (між випавшими стінками піхви) знаходиться вся матка.

За даними МКХ (міжнародної класифікації хвороб) 10 перегляду існує два види пролапсу внутрішніх статевих органів: 1.Неповне випадання піхви та тіла матки; 2. Повне випадання піхви та тіла матки. Існують також класифікації, які характеризують обособлено ступені уретрального, ректального та пролапсу шийки матки, але вони не знайшли широкого застосування. Одна з них це класифікація опущення сечового міхура (цистоцеле) за Гріном (1962 р.)

1 ст. – цистоцеле визначається тільки при натужуванні і не виходить за межі піхви.

2 ст. – цистоцеле визначається без натужування.

3 ст. – цистоцеле визначається без натужування в присінок піхви, а при натужуванні виходить нижче зовнішніх статевих губ.

4 ст. – передня стінка піхви знаходиться за межею порожнини малого таза.

В останній час відмічена тенденція до омолодження та виникнення різновидів генітального пролапсу, рецидивів та рецидивних форм. Нині

відомо більш як 300 способів хірургічної корекції даного захворювання. Однак деякі хірурги виражають незадоволення результатами проведених оперативних втручань у разі десценції тазових органів. Результати оперативного лікування, не дивлячись на розроблені новітні методики, недостатньо ефективні і пов'язані з достатньо високою кількістю рецидивів, особливо у жінок у віці після 50 років.

Слід зазначити, що класичні методики з висіченням залишків тканин піхви не зупиняють атрофічні і дистрофічні зміни тканин, процес "старіння", які сприяють рецидиву захворювання. Рецидиви захворювання розвиваються як правило у кожної третьої хворої, впродовж найближчих трьох, чотирьох років [23, 24].

Аналіз джерел літератури встановив, що найбільш розповсюдженими, багатоетапними класичними операціями з приводу урогенітального пролапсу, які виконуються є вагінальна екстирпація кукси шийки матки, чи тіла матки поєднану з передньою кольпорафією, фіксацією сечового міхура та сакроспінальною кольпосуспензією. Менш часто виконується серединна кольпорафія за Лефором [25].

В останній час набули значного поширення використання високоефективних слингових операцій при нетриманні сечі із застосуванням сітчатих аллотрансплантантів, до яких відносяться трансвагінальна уретропексія за методиками TVT таTVT-O. Але і при цих нових методиках існують певні недоліки, які характеризуються зниженням еластичності уретри, можуть викликати ерозії слизових оболонок, навіть урогенітальних свищів [26, 27]. Відомі також новітні направлення в перинеології з використанням при хірургічному лікуванні тазової дисценції інноваційних синтетичних матеріалів (синтетичної сітки системи PROLIFT). Однією з основних позитивних характеристик використання системи PROLIFT є її органозберігальна функція, навіть при значному ступені пролапсу геніталей [28]. При цій методиці час оперативного втручання становить в середньому 70 хв., середня крововтрата 100 мл. Особливо важливою особливістю використання сітчастої системи є повна відсутність рецидивів пролапсу.

Нині для хірургічної корекції ректоцеле гінекологи та колопроктологи віддають перевагу вагінальному доступу (задня кольпорафія), яка доповнена перінеопластикою. Виявлений дефект ректовагінальної фасції ушивають поздовжньо аж до тіла промежини, занурюючи при цьому передню стінку прямої кишки. Існують також методики операцій за допомогою перинеального та ендоректального доступів. Особливу зацікавленість викликає лапараскопічна методика хірургічного лікування ректоцеле, переваги якої: краща візуалізація, швидка реабілітація, незначний больовий синдром. Недоліками є технічні труднощі, подовження операції, неможливість виконання пластики піхви.

Висновки та перспективи подальших досліджень. 1. При аналізі значимості факторів, які спричиняють розвиток генітального пролапсу виявлено високу частоту обтяженого преморбідного фону, що зумовлено в першу чергу віком пацієнток, а в іншу етіопатогенетичними механізмами захворювання. Ризик виникнення даних порушень значно зростає у пацієнток з дисплазією сполучної тканини. 2. Для визначення тактики та об'єму оперативного втручання потрібно вибрати індивідуальні методики способів корекції даної патології з урахуванням ступені порушення функції тазового дна та віку пацієнток.

Список використаної літератури

1. Гинекология от пубертата до постменопаузы: Практическое руководство для врачей / [Айламазян Э.К., Потин В.В., Тарасова М.А. и др.]; под ред. Э.К. Айламазяна. – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – 448 с. 2. Краснопольская И.В. Хирургическое лечение и профилактика пролапса гениталий после гистерэктомии: Автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.01. "Акушерство и гинекология" / И.В. Краснопольская – М., 2004. – 23 с. 3. Кутя С. Алессандро Акиллин и Алессандро Бенедетти – Два позабытых анатома (к 500-летию со дня их смерти) / С. Кутя // Клін. анатом. та оператив. хірург. – 2012. – № 4. – С. 135-138. 4. Пирогова В.І. Ефективність оперативних втручань при пролапсі тазових органів / В.І. Пирогова, М.В. Томич, І.В. Верніковський // Вагинальная хирургия сегодня и завтра: матер. науч.-практ. конф. – 2005. – С. 31-32. 5. Пролапс гениталий – следствие травматических родов или генерализованой дисплазии соединительной ткани / Т.Ю. Смольнова, С.В. Савельев, Л.И. Титченко [и др.] // Акушер. и гинеколог. – 2001. – № 4. – С. 33-37. 6. Мехедко В.В. Генитальный пролапс: этиология, патогенез, клиника (обзор литературы) / В.В. Мехедко, А.Н. Мошковский // Жіночий лікар. – 2009. – № 1. – С. 26-29. 7. Запорожан В.Н. Факторы риска развития пролапса тазових органов у женщин в различные периоды жизни / В.Н. Запорожан, Е.Д. Мирович // Репродуктивное здоровье женщины. – 2005. – № 4(24). – С. 139-144. 8. Патогенетические аспекты пролапса гениталий у женщин репродуктивного возраста (обзор литературы) / Н.Г. Грищенко, И.А. Васильева, В.В. Бобрицкая [и др.] // Зб. наук. праць акушерів-гінекологів. – 2012. – С. 126-129. 9. Mathlhi N. Etude des facteurrs de risqué du prolapses genital chezles femmes jeunes / N. Mathlhi., B.Ben Ayed, M. Dhouib // Tunis Med. – 2011. – Vol. 89(7). – P. 627-631. 10. Вдовиченко Ю.П. Деякі аспекти патогенезу випадіння матки та стінок піхви у жінок, хірургічна корекція / Ю.П. Вдовиченко, А.П. Григоренко, В.М. Бойчук // Репродуктивное здоровье женщины. – 2005. – № 1(21). – С. 198-199. 11. Кулавский В.А. Факторы риска формирования несостоятельности тазового дня у женщин репродуктивного возраста / В.А. Кулавский, Н.И. Никитин // Мать и дитя: сб. матер. VI рос. форума. – М., 2004. – С. 394. 12. Thakar R. Management of genital prolapse / Ranee Thakar, Stuart Stanton // British Med. J. – 2002. – Vol. 324. – P. 1258-1262. 13. Maher C. Surgical management of pelvic organ prolapse in women / C. Maher, B. Feiners // Cochrane

Database Syst. Rev. – 2010. – Vol. 4. – P. 401-404. 14. Lousquy R. Etat des lieux de l'epidemiologie des prolapsus genitaux / R. Lousquy, V. Cost Delmas, F. Haab // Prog. Urol. – 2009. – Vol. 19(13). – P. 907-915. 15. Краснопольский В.И. Диагностика недержания мочи у женщин. Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы / [Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Петрова В.Д.]; под. ред. проф. В.В. Прилепской. – М: МЕД пресс-информ – 2003 – С. 397-411. 16. Современные подходы к лечению генитального пролапса. // Жіночий лікар. – 2009. – Режим доступу до журналу: http://z-l/com/ua/page/colpexin. 17. Swift S.E. Epidemiology of pelvic organ prolapse / S.E. Swift // Ostergard's urogynecology and pelvic floor dysfunction. – Philadelphia, 2003. – Vol. 4. – P. 35-42. 18. Проявления неклассифицированной дисплазии соединительной ткани взависимости от возраста. Прогноз / Н.Я. Доценко, Л.В. Герасименко, С.С. Боев [и др.] // Терапия. – 2011. – № 11(63). – С. 31-34. 19. Дисплазия соединительной ткани как одна из возможных причин недержания мочи у женщин с пролапсом гениталий / Т.Ю. Смольнова, С.Н. Буянова, С.В. Савельев, В.Д. Петрова // Урология – 2001. – № 2. – С. 25-30. 20. Буянова С.Н. Роль ДСТ в патогенезе пролапса гениталий / С.Н. Буянова, С.В.Савельев, А.А. Федоров // Рос. вестн. акушер. и гинеколог.: спец. выпуск. – 2008. – С. 8-11. 21. Кулаков И. Руководство по оперативной гинекологии / И. Кулаков, А. Селезнева, С. Белоглазова. – М.: МИА, 2006. – С. 114-115, 193-199. 22. Петрова В.Д. Тактика лечения больных с выпадением купола влагалища после гистерэктомии / В.Д. Петрова, С.Н. Буянова // Акушер. и гинеколог. – 2000. – № 3. – С. 45-47. 23. Мирович Е.Е. Анализ причин возникновения поздних рецидивов генитального пролапса / Е.Е. Мирович // Проблемы, достижения и перспективы развития. – 2010. – Т. 149, Ч. 9. – С. 123-125. 24. Возможности влагалищной гистерэктомии и перспективы развития метода / В.Е. Родзинский, О.Н. Шалаев, О.С. Ашахман [и др.] // Мать и дитя: матер. IV рос. форума. – М., 2002. – Ч. 2. – С. 322-323. 25. Проценко О.О. Хірургічне лікування та інтраопераційна профілактика генітального пролапсу: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук / О.О. Проценко. – Одеса, 2007. – 37 с. 26. Комбинированное оперативное лечение генитального пролапса / О.В. Макаров, Е.Б. Мазо, Г.Г. Криборозов [и др.] // Акушер. и гинеколог. – 2000. – № 1. – С. 40-44. 27. Процепко О.О. Слінговий трансвагінальний метод апікальної фіксації при оперативному лікуванні генітального пролапсу / О.О. Проценко // Здоровье женщины. – 2006. – № 2(26). – С. 132-136. 28. Оптимизация оперативного лечения пролапса гениталий у женщин / В.А. Бенюк, Р.В. Довгалев, Я.М. Винярский [и др.] // Зб. наук. праць акушерів-гінекологів. – 2012. – С. 28-30.

ГЕНИТАЛЬНЫЙ ПРОЛАПС – АСПЕКТЫ ЭТИОЛОГИИ И ПАТОГЕНЕЗА, СОВРЕМЕННЫЕ ОСНОВНЫЕ МЕТОДИКИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

Резюме: На основании обзора отечественной и иностранной литературы изложен современный взгляд на проблему генитального пролапса. При анализе значимости факторов, которые вызывают развитие пролапса гениталий выявлена высокая частота обремененного преморбидного фона, которая обусловлена в первую очередь возрастом пациенток, а в другую этиопатогенетическими механизмами заболевания. Риск возникновения данных нарушений значительно возрастает у пациенток с дисплазией соединительной ткани. Для определения тактики и объема оперативного вмешательства нужно выбрать индивидуальные методики способов коррекции данной патологии, учитывая степени нарушения функции тазового дна и возраста пациенток.

Ключевые слова: генитальный пролапс, факторы риска, степени нарушения функции тазового дна, способы оперативного лечения.

GENITAL PROLAPSE - ASPECTS OF ETIOLOGY AND PATHOGENESIS, MODERN BASIC METHODS OF SURGICAL CORRECTION

Abstract. On the basis of review of domestic and foreign literature a modern view concerning the problem of genital prolapse has been presented. The analysis of important factors causing development of genital prolapses revealed a high-frequency of a complicated premorbid background, first of all caused by the age of patients, and by etiopathogenic mechanisms of the disease secondly. The risk of occurrence of these disorders considerably grows in patients with dysplasia of the connective tissue. To determine the tactics and volume of surgery individual methods of correction of this pathology should be chosen considering the degrees of functional disorders of the pelvic fundus and the age of patients.

Key words: genital prolapse, risk factors, degrees of functional disorders of the pelvic fundus,surgical methods.

The Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology,
the National Academy of Medical Sciences (Kyiv)

Надійшла 05.06.2014 р.
Рецензент – проф. Юзько О.М. (Чернівці)