

¹А.И. Коркан, ¹М.В. Лактионова, ²С.А. Лысенков, ¹А.У. Аленова

¹Казахский медицинский университет непрерывного образования,

²Медицинский центр Рахат, г. Алматы, Казахстан

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ПУБОПЕКСИЯ, КАК АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ АПИКАЛЬНОГО ПРОЛАПСА

В данной статье представлено 7 клинических случаев новой альтернативы комбинированного лечения при апикальном пролапсе в сочетании с цисторектоцеле III – IV степени по POP-Q при невозможности выполнения промонтофиксации ввиду «анатомической недоступности» промонториума. Мы проанализировали метод лапароскопической пубопексии с одномоментным вагинальным протезированием передней стенки влагалища и пластикой задней, рецидивов пролапса не наблюдалось, в 1 случае развилось стрессовое недержание мочи. Из осложнений в 100% случаях в первые сутки после операции образовались гематомы. Однако прогрессирования и нагноения гематом не возникло после адекватно проведенного лечения в составе антибактериальной, симптоматической, дезинтоксикационной, противовоспалительной терапии.

Ключевые слова: пролапс тазовых органов, пубопексия, синтетический протез

По результатам 30 исследований средняя распространенность пролапса тазовых органов составила 19,7% (диапазон 3,4-56,4%) [1]. По нашим данным в анатомии пролапса 253 случаев выпадение шейки матки и купола влагалища было диагностировано у 35,5 % (90) наблюдаемых, как правило, в сочетании с цистоцеле, ректоцеле или цисторектоцеле, изолированный апикальный пролапс составил всего 1,61% (4) случаев.

Золотым стандартом в лечении выпадения матки и сводов влагалища является сакрокольпопексия сетчатым протезом, преимущественно лапароскопическим доступом относительно влагалищного, касательно рецидивов и послеоперационных осложнений [2, 3]. Процедура является анатомичной исходя из трехуровневой теории строения таза (J John O.L Delancey, Prof. of Gynecology, University of Michigan Medical School) и соответствует первым двум составляющим, разработанной нами хирургической тактики лечения генитального пролапса [4]. Из 253, нами наблюдаемых случаев, в период с 2013г. -2017г., выполнено 76 промонтофиксаций, из них только в двух случаях наблюдался рецидив, связанный с отрывом протезной сетки от промонториума. Однако метод занимает достаточно много оперативного времени, в среднем 1 ч 30 мин, а также является технически сложным, в связи с необходимостью диссекции промонториума, формирования тоннеля для протеза и шитья.

Первый этап – диссекция промонториума, являющийся определяющим в осуществимости промонтофиксации, бывает невозможен по следующим причинам:

1. сложный доступ: аномально расположенные сосуды на промонториуме; нестандартная анатомия позвоночника (не выраженный выступ промонториума, либо близко расположенный к началу прямой кишки, что в норме составляет уровень II – III крестцового позвонка); ожирение с большим количеством внутрибрюшного жира; спаечный процесс.
2. технические возможности: условия для создания адекватного положения Тренделенбурга, качественное видеоизображение, наличие двух иглодержателей под правую и левую руку, инструментов для диссекции тканей и др.

Вторая причина может быть прогнозируема и предотвратима до операции, касательно первой, чаще сложный доступ диагностируется интраоперационно и требует изменения хирургической тактики. В данной статье нами предложен метод лапароскопической пубопексии.


Мы провели литературный обзор, за последнее время в доступных источниках встретили только одну статью, посвященную пубопексии лапароскопическим доступом, описанную как инновационный метод лечения пролапса у пациенток с ожирением. Метод заключался в фиксации тела матки к связкам лобковой кости полипропиленовой лентой (MD Ph.D. Paweł Szymanowski and Prof. Marcin Józwił / Polish first innovative urogynecological operation carried out the scanned institution).

Также статья, посвященная пубопексии лапаротомным доступом, включала 150 случаев в период с 1985 по 2001г. Однако проблемы мочеиспускания, образования энтероцеле, нестабильность детрузора, уретры или повреждение нижней части мочевого пузыря, неполное опорожнение мочевого пузыря, гематомы или абсцессы Пространства Ретциуса были отмечены в любом из изученных случаев.

Задачи:

1. Провести анализ клинически сложного доступа, встретившегося в нашей практике хирургии апикального пролапса;
2. Обозначить недостатки и преимущества лапароскопической пубопексии относительно наиболее часто используемых лапароскопических методов (промонтофиксация, вентерофиксация);
3. Оценить эффективность данного хирургического метода;
4. Провести анализ послеоперационных осложнений.

Результаты: в период с 2016г. по 2017г. нами сделано 7 лапароскопических пубопексий. Возраст пациенток колебался от 53 до 76 лет, имеющих апикальный пролапс в сочетании с цисторектоцеле III – IV степени по POP-Q. Предварительно пациентки были подготовлены для лапароскопической промонтофиксации. Интраоперационно возникли сложности диссекции промонториума по следующим причинам: ожирение III степени с большим количеством внутрибрюшного жира (42% - 3 случая), спаечный процесс после перенесенных операций (29% - 2 случая), не выраженный выступ промонториума с близким расположением начала прямой кишки (14% - 1 случай), расположение правой общей подвздошной артерии в месте стандартной диссекции (14% - 1 случай).

критерий	пубопексия	вентерофиксация	промонтофиксация
Характер фиксации	К лобковой кости (обеспечивает неподвижность протеза за счет фиксации к костной структуре, минимизирует риск рецидива)	К апоневрозу передней брюшной стенки (не обеспечивает твердой фиксации, апоневроз также как и тазовая фасция подвергается изменениям в следствии повышения внутрибрюшного давления, риск рецидива высокий)	К промонториуму (обеспечивает неподвижность протеза за счет фиксации к костной структуре, минимизирует риск рецидива)
Анатомичность относительно трехуровневой теории строения малого таза	Не анатомична, может вызвать повреждение ректо – вагинальной фасции или пубо -цервикальной фасции в виду натяжения матки к лобковой кости. Риск ятрогенно – вызванного цистоцеле, ректоцеле и энтероцеле. Возможно увеличение давления, фиксированной вперед маткой, на детрузор при повышении внутрибрюшного давления.	Не анатомична, сильное натяжение тазовой фасции, ввиду высокой фиксации матки к передней брюшной стенке, могут возникнуть повреждения как пубо – цервикльной так и ректо – вагинальной фасции с образованием цистоцеле и ректоцеле.	Более анатомична, однако при сильном натяжении протеза может возникнуть повреждение пубо – цервикальной и ректо – вагинальной фасций.
Занимаемое оперативное время	30 – 50 мин	25 – 30 мин	1ч 20 мин – 2 ч
Риск повреждения близлежащих органов	Мочевой пузырь, шейка мочевого пузыря, сосудистое сплетения Санторини 	Нет	Срединная крестцовая артерия, общие подвздошные сосуды, гипогастральный нерв, кишечник, мочеточник.
Расположение сетчатого протеза.	Пространство Ретциуса, синтетический протез фиксируется к передней поверхности матки ближе к перешейку и к надкостнице лобковой кости.	Между апоневрозом и брюшиной, протез фиксируется к передней поверхности матки и к апоневрозу передней брюшной стенки.	Пространство Окабаяши. Протез фиксируется полукольцом вокруг шейки матки, задней поверхности матки и к надкостнице промонториума.
Доступность выполнения	Доступ чаще осуществим	Доступ чаще осуществим	Могут возникать сложности диссекции промонториума
Техническая сложность относительно количества диссекции и шитья, риска повреждения близлежащих органов, доступности	Умеренная техническая сложность.	Минимальная техническая сложность.	Высокая техническая сложность.

выполнения.			
-------------	--	--	--

Как видно из таблицы лапароскопическая пубопексия более легка в исполнении по сравнению с промонтофиксацией и имеет большие преимущества по сравнению с венетрофиксацией ввиду подшивания к неподвижной структуре. Однако, исходя из «неанатомичности» метода и особенностей васкуляризации пространства Ретциуса, прогнозируемо ожидать рецидивы и осложнения.

Таблица 2 - Анализ эффективности лапароскопической пубопексии

Осложнения	Пубопексия (1)	Пубопексия + влагалищная репозиция пубоцервикальной фасции+ задняя кольпоперинеолеваторопластика (6)
цисторектоцеле	1 (100%)	0
Затрудненное мочеиспускания	1(100%)	0
Стрессовое недержание мочи	0	1 (16%)
Гематомы	1(100%)	6 (100%)
Эрозия протеза	0	0
Повторная операция	1 (влагалищная репозиция пубоцервикальной фасции+ задняя кольпоперинеолеваторопластика)	1 позадилонный урослинг
Тазовые боли	0	1

Как видно из таблицы №2 после лапароскопической пубопексии возникло цисторектоцеле III степени с затруднением мочеиспускания, что потребовало проведения повторной операции. У пациенток, с одномоментной влагалищной хирургией, рецидива пролапса не было, в одном случае развилось стрессовое недержание мочи, которое было скорректировано хирургически через 6 месяцев после первой операции. Гематомы надлобковой области возникли в 100% случаях в первые сутки после операции, ввиду особенности кровоснабжения пространства Ретциуса (таблица №1). Однако прогрессирования и нагноения гематомы не возникло после адекватно проведенного лечения в составе антибактериальной, симптоматической, дезинтоксикационной, противовоспалительной терапии. Тазовые боли беспокоили пациентку после повторной позадилонной уретропексии, но самостоятельно регрессировали в течении 2-х месяцев.

Выводы.

1. Показанием к лапароскопической пубопексии является интраоперационно диагностированный сложный доступ: ожирение с большим количеством внутрибрюшного жира (42%) ; спаечный процесс(29%); аномально расположенные сосуды на промонториуме (14%); нестандартная анатомия позвоночника (не выраженный выступ промонториума, либо близко расположенный к началу прямой кишки, что в норме составляет уровень II – III крестцового позвонка – 14%).
2. Лапароскопическая пубопексия более легка в исполнении по сравнению с промонтофиксацией, занимает не более 50 мин оперативного времени, требует меньше технических навыков в отношении количества диссекции и шитья, доступ практически всегда осуществим. Имеет преимущества по сравнению с венетрофиксацией ввиду подшивания сетчатого протеза к неподвижной структуре.
3. Эффективность в сочетании с вагинальной репозицией пубо – цервикальной фасции и кольпоперинеолеваторопластикой не дал рецидива пролапса, только 1 случай развития стрессового недержания мочи, успешно скорректированный через 6 месяцев. При лапароскопической пубопексии, как самостоятельном методе, уже в первый месяц развилось цисторектоцеле III степени, что потребовало повторной операции. Ввиду «неанатомичности» данный метод эффективнее сочетать с вагинальным доступом, мы считаем, что при невозможности выполнить лапароскопическую промонтофиксацию, этот вариант является хорошей альтернативой.
4. Из послеоперационных осложнений самым грозным оказалось развитие гематом в 100% случаях. Однако прогрессирования и нагноения гематом не возникло после адекватно проведенного лечения в составе антибактериальной, симптоматической, дезинтоксикационной, противовоспалительной терапии. Тазовые боли беспокоили пациентку после повторной позадилонной уретропексии, но самостоятельно регрессировали в течении 2-х месяцев.
5. Исходя из всего выше сказанного, мы считаем комбинированное лечение в сочетании лапароскопической пубопексии с вагинальным доступом новой инновационной альтернативой в хирургии апикального пролапса.

- 1 Deng T., Liao B., Luo D., Shen H., Wang K. Risk factors for mesh erosion after female pelvic floor reconstructive surgery: a systematic review and meta-analysis // PubMed. – 2008. - №2. – P. 45-56.
- 2 Siddiqui NY1, Grimes CL, Casiano ER, Abed HT, Jeppson PC, Olivera CK, Sanses TV, Steinberg AC, South MM, Balk EM, Sung VW; Society of Gynecologic Surgeons Systematic Review Group. Mesh sacrocolpopexy compared with native tissue vaginal repair: a systematic review and meta-analysis // PubMed. – 2006. - №1. – P. 116-129.
- 3 Christopher M, Kaven B, Cathryn, et al. Surgical management of pelvic organ prolapse in women. Cochrane Database of Systematic Reviews // BJOG. – 2009. - Issue 4, 116(10). – P. 1380-1386.
- 4 Коркан А.И. Проплап тазовых органов. Диагностика, хирургическая тактика. – Алматы: 2009. – 168с.
- 5 Zanoschi Ch, Cărăuleanu A. The use of the supra-pubic fibrous complex in isthmic hysteropexies // PubMed. – 2003. - №107(3). – P. 627-632.
- 6 Уиллис К. Атлас оперативной гинекологии. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицинская литература, 2004.— 540 с.

¹А.И. Коркан, ¹М.В. Лактионова, ²С.А. Лысенков, ¹А.У. Аленова

¹ Қазақ медициналық үздіксіз білім беру университеті,

²Медицинский орталығы Рахат, Алматы қ, Қазақстан

ЛАПАРОСКОПИЯЛЫҚ ПУБОПЕКСИЯ, АПИКАЛЬДЫҚ ПРОЛАПСТЫ АЛЬТЕРНАТИВТІ ЕМДЕУ ӘДІСІ РЕТІНДЕ

Түйін: Осы мақалада қолданылған 7 клиникалық жағдайда апикальдық пролапстың III – IV дәрежелі POP-Q бойынша цисторектоцелемен қосылысында промоториумның "анатомиялық қол жетімсіздігі" кезінде промонтафикация мүмкін емес жағдайда қолданылатын жаңа балама әдіс ұсынылған. Біз лапароскопиялық пубопексияның бір мезгілдегі қынаптың алдыңғы қабырғасының вагиналды протездеуі және артқы қабырғасының пластикасы әдісін сараптамадан өткіздік, пролапстың қайталануы байқалмады, 1 ғана жағдайда стресстік турдегі зәр ұстамау дамыды. Асқинулардың ішінде 100% жағдайда алғашқы тәулікте операциядан кейін гематомалар пайда болды. Алайда гематоманың өршуі және іріңдеуі адекватты жүргізілген бактерияға қарсы, симптоматикалық, дезинтоксикациялық терапияға байланысты дамымады.

Түйінді сөздер: жамбас органдарының пролапсы, пубопексия, синтетикалық протез.

¹A.I. Korkan, ¹M.V. Laktionova, ²S. Lyssenkov, ¹A.U. Alenova

¹Kazakh Medical Continuing Education University,

² Medical center of, Almaty, Kazakhstan

LAPAROSCOPIC PUBOFIXATION, AS AN ALTERNATIVE METHOD OF THE UTERINE PROLAPSE TREATMENT

Resume: This article is an analysis of the 7 cases of a new alternative combined method of treatment with apical prolapse and cystorektocele III - IV degree according to POP-Q classification. We did laparoscopic pubofixation with vaginal prosthetics of the anterior wall of vagina and plastic of the posterior wall, when it is impossible to do promontofixation, in case we have "anatomical unavailability" of the promontory. Relapses of prolapse were not observed, only in 1 case a stress urinary incontinence was developed. In 100% of cases in the first day after the operation hematomas were formed. However, the progression and suppuration of hematomas didn't occur after adequate treatment with antibacterial, symptomatic, detoxification, anti-inflammatory therapy.

Keywords: pelvic organ prolapse, pubofixation, a synthetic prosthesis