

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

¹Казахский медицинский университет непрерывного образования,

²Медицинский центр Рахат, г. Алматы, Казахстан

МОДИФИЦИРОВАННАЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ПРОМОНТОФИКСАЦИЯ ЛАВСАНОВОЙ ТЕСЬМОЙ

В данной статье представлено 8 клинических случаев с применением метода модифицированной промонтофиксаци лавсановой тесьмой при апикальном пролапсе в сочетании с цисторектоцеле I - II степени по POP-Q. Метод требует меньше навыков, затрат материала и времени. Но относительно прочности, формирующегося рубца теоретически уступает классическому варианту с использованием протеза I типа. Также снижена площадь протезируемой поверхности, что увеличивает риски рецидива. За год наблюдений не было ни одного случая рецидива и высокая оценка самих пациенток в отношении улучшения качества жизни. Осложнений, как во время, так и после операций не возникло. Однако для адекватной оценки необходимо дальнейшее долгосрочное наблюдение на большем количестве случаев.

Ключевые слова: пролапс тазовых органов, промонтофиксация, лавсановая тесьма

На сегодняшний день золотым стандартом лечения апикального пролапса можно считать промонтофиксацию, преимущественно лапароскопическим доступом [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].

По нашим данным в анатомии пролапса 253 случаев выпадение шейки матки и купола влагалища было диагностировано у 35,5 % (90) наблюдаемых. Из них 6% (15) человек это женщины от 23 – 35 лет, активно живущие половой жизнью, как мы знаем, применение вагинальных сеток у женщин имеет большой риск эрозирования по этой причине[1]. А пластика влагалища собственными тканями дает до 40% рецидивов [4]. Поэтому лапароскопическая промонтофиксация может быть весьма оптимальным методом лечения в данном случае.

Первым этапом является диссекция промонториума. Вторым – формирование тоннеля для протеза. Третьим – подшивание сетчатого Г-образного протеза полукольцом справа вокруг шейки матки, к задней поверхности матки и к промонториуму. Четвертый – перитонизация протеза. Это классический вариант промонтофиксаци. Есть модификации с диссекцией тканей до леваторов и подшивания двух дополнительных плечиков справа и слева от прямой кишки к мышце, поднимающей задний проход, и далее по стандарту в случае, когда апикальный пролапс сопровождается ректоцеле. А также упрощенный метод, когда протез подшивается к задней поверхности шейки матки и к промонториуму. Протез используется **типа I** (по классификации Amid, 1977г.) – с большими (более 75 мкм), что является необходимым для проникновения макрофагов, фибробластов, кровеносных сосудов и коллагеновых волокон, в тоже время как пропускаем для бактерий, такие как Gynemesh, Marlex, Prolene [7]. Использование монофиламентной нити значительно снижает фитильные свойства протеза, и соответственно, риск инфекционных осложнений. Метод сам по себе технически сложен, в связи с необходимостью хороших навыков хирурга в диссекции тканей и шитье, а также соответствующего технического оснащения. Занимает большое количество оперативного времени от 1ч 20- мин до 2 ч, особенно это имеет значение в случаях, когда лапароскопия комбинируется с вагинальным доступом, в связи с тем, что пролапс в большинстве случаев характеризуется выпадением сразу нескольких анатомических структур и сопровождается функциональными нарушениями органов малого таза. По результатам крупных исследований, а также наших собственных, целесообразность комбинированного подхода бесспорно доказана [2, 3, 6]. Таким образом, имеет смысл упростить и укоротить продолжительность операции. Мы предлагаем метод, с использованием лавсановой тесьмы (шириной 3 мм, длиной - 45 см с двумя колющими атравматическими иглами (HR-45x2) из высокопрочной стали), которая в гинекологии применяется для хирургической коррекции истмико – цервикальной недостаточности. Один конец нити прошивает матку насквозь вокруг перешейка, другой фиксируется к промонториуму, сокращая расстояние от схождения крестцово – маточных связок до промонториума на 10 см.

Задачи.

1. Обозначить критерии отбора пациентов для данной хирургической модификации;
2. Выделить преимущества и недостатки данной модификации в сравнении с классическим вариантом операции;
3. Оценит эффективность метода.

Результаты. В период с 2016г. по 2017г. нами сделано 8 модифицированных лапароскопических промонтофиксаций лавсановой тесьмой. Возраст пациенток колебался от 33 до 37 лет, имеющих апикальный пролапс в сочетании с цисторектоцеле I –II степени по POP-Q и стрессовым недержанием мочи в 4 случаях, имеющих более 2-х родов в анамнезе. По нашему мнению сам по себе молодой возраст обуславливает стремление использовать как можно меньшее количество синтетической ткани. Хотя у пациенток в менопаузе данный метод может быть легко выполним, в связи с инволютивными изменениями матки, и отсутствует риск «удавить» область перешейка лавсановой нитью под натяжением, что вызовет проблемы с оттоком менструальной крови. Также небольшая степень пролапса, позволяющая не выполнять тотальное протезирование тазовых фасций. Либо наоборот при тотальном пролапсе, когда мы в сочетании с промонтофиксацией выполняем вагинальное тотальное протезирование тазовых фасций, имеет смысл просто дополнительно зафиксировать матку, что значительно сократить время операции, и имеет большое значение для пациента, в особенности - возрастного.

критерии	Модифицированная промонтофиксация	Классическая промонтофиксация
Оперативное время	30 - 40 мин	1 ч 20 мин – 2 ч
Прочность, формирующегося рубца вокруг протеза	Лавсановая тесьма, не имеет пор, что снижает защитные свойства ткани, не прорастает соединительной тканью, инкапсулируется как инородное тело в течении 30 суток. Капсула при этом не достигает прочности рубца из зрелой соединительной ткани.	Протез типа I (по классификации Amid, 1977г.) – с большими (более 75 мкм), что является необходимым для проникновения макрофагов, фибробластов, кровеносных сосудов и коллагеновых волокон, в тоже время как проницаем для бактерий, такие как Gynemesh, Marlex, Prolene [7]. Использование монофиламентной нити значительно снижает фитильные свойства протеза, и соответственно, риск инфекционных осложнений. За 90 суток вокруг протеза формируется тонкая, гибкая соединительнотканная капсула. По мере интеграции в ткани удлинение при нагрузке 16 Н и разрывное удлинение снижаются.
Этапы	1- диссекция промонториума. 2 – формирование тоннеля для протеза в пространстве Окабаяши. Третьим – прошивание лавсановой тесьмой матки вокруг области перешейка с формированием узла на задней поверхности матки, фиксация узловыми швами к промонториуму. Четвертый – перитонизация протеза.	1- диссекция промонториума. 2 – формирование тоннеля для протеза в пространстве Окабаяши, отверстия в лотще широкой связки и диссекция тканей на передней поверхности матки. Третьим – подшивание Г- образного протеза полукольцом справа вокруг шейки матки, к задней поверхности матки и к промонториуму с общим количеством швов от 15 и более. Четвертый – перитонизация протеза (обязательна, риск подпаивания кишечника к сетке) .
Синтетический материал	Лавсановая тесьма шириной 3 мм, длиной 10 см	Протез I типа шириной 2 см, длиной 10 см с плечиком вокруг шейки матки

Как видно из таблицы № 1 модифицированный вариант требует меньше навыков, затрат материала и времени. Но относительно прочности, формирующегося рубца теоретически уступает классическому варианту.

Таблица 2 - Эффективность метода

	Модифицированная промонтофиксация + кольпоперинеолеваторопластика	Модифицированная промонтофиксация + TVT-O+ кольпоперинеолеваторопластика
показания	Апикальный пролапс, опущение стенок влагалища I-II степени	Апикальный пролапс, опущение стенок влагалища I-II степени, стрессовое недержание мочи
Интраоперационные осложнения	0	0
Послеоперационные осложнения	0	0
Рецидив	0	0
Жалобы	нет	нет
Диспареуния	0	0
Изменение менструальных выделений	нет	нет
Улучшение качества жизни	100%	100%

Каких – либо осложнений во время или после операций не возникало. Изменений менструальных выделений также не было ни в одном случае, что могло быть осложнением в связи с самой спецификой метода. Пациенты наблюдались нами через 2 нед, 1 мес, 3 мес и далее 1 раз в пол года. За период наблюдения рецидивов не наблюдалось. Все пациентки отметили улучшения качества жизни, повышение либидо.

Выводы.

1.Критерием выбора в пользу данного метода больше является сокращение оперативного времени и упрощение методики самой операции, что особенно важно при выполнении комбинированного подхода к лечению пролапса, когда мы одновременно устраняем функциональные нарушения органов малого таза. Или вагинально протезируем тазовое дно при тотальном пролапсе, где имеет смысл дополнительно зафиксировать матку к крестцу. Также противоположная ситуация, с небольшой степенью пролапса, позволяющей не выполнять тотальное протезирование тазовых фасций. Таким образом, данная модификация имеет место быть для любой клинической ситуации.

2. Модифицированная промонтофиксация лавсановой тесьмой требует меньше навыков, затрат материала и времени. Но относительно прочности, формирующегося рубца теоретически уступает классическому варианту с использованием протеза I типа. Также снижена площадь протезируемой поверхности, что увеличивает риски рецидива.
3. За год наблюдений 8 клинических случаев мы отмечаем хорошие результаты. Ни одного случая рецидива и высокая оценка самих пациенток в отношении улучшения качества жизни. Осложнений, как во время, так и после операций не возникло. Однако для адекватной оценки необходимо дальнейшее долгосрочное наблюдение на большем количестве случаев.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 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. – 2003. - №107(3). – P. 627-632.
- 6 Коркан А.И., Лактионова М.В. Хирургическое лечение генитального пролапса с учетом функциональных нарушений органов малого таза. Комбинированный подход. Эффективность // Вестник КазНМУ. – 2016. - № 3(1). - С.33 – 38.
- 7 Монография: Жуковский В.А. Полимерные эндопротезы для герниопластики. – СПб.: Эскулап, 2011. – 104 с.

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

¹Қазақ медициналық үздіксіз білім беру университеті,

²Медицинский орталығы Рахат, Алматы қ., Қазақстан

МОДИФИКАЦИЯ ЛАНҒАН ЛАПАРОСКОПИЯЛЫҚ ПРОМОНТОФИКСАЦИЯ ЛАВСАН ТОҚЫМА БАУМЕН

Түйін: Осы мақалада ұсынылған 8 клиникалық жағдайларда модификацияланған лавсан жібімен промонтофиксацияны апикальдық пролапс кезінде I - II дәрежелі цисторектоцелемен ұштастыра отырып POP-Q бойынша әдісін қолдана отырып жасалған. Бұл әдіс дағдыларды, шығын материалын және уақытты аз қажет етеді. Бірақ салыстырмалы түрде беріктігі, қалыптасқан тыртығы бойынша теориялық түрде классикалық нұсқадағы I типті протезге жол береді. Сондай-ақ, протезделетін алаң бетінің азаюы қайталану қаупін жоғарлатады. Бір жылдық бақылау ішінде бірде бір рецидив болмады және пациенттердің өмір сүру сапасы жақсарды. Асқынулар операция кезінде де, одан кейін де туындаған жоқ. Алайда дұрыс баға беру үшін ұзақ уақыттық көп жағдайлардағы бағылау қажет.

Түйінді сөздер: жамбас органдарының пролапсы, промонтофиксация, лавсан тоқыма бауы

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

¹Kazakh Medical Continuing Education University,

²Medical center of, Almaty, Kazakhstan

MODIFIED LAPAROSCOPIC PROMONTFIXATION BY LAVSANOV TAPE

Resume: This article is an analysis of the 8 cases of using the method of modified promontofixation with lavsan tape in apical prolapse in combination with cystorectocele I - II degree according to POP-Q classification. The method requires fewer skills, material and time. But in terms of strength, the emerging scar is theoretically worse than in classical version with I type's prosthesis. Also, the area of the prosthetic's surface is reduced, which increases the risk of relapse. During the year of observation there were n't cases of relapse and patients gave a high assessment in regard to improving the quality of life. Complications did n't occur during and after operations. However, for an adequate assessment, further long-term follow-up is needed in more cases.

Keywords: pelvic organ prolapse,, promontofixation, lavsan tape