

Малоинвазивная перинеопластика

Малевич Ю.К., Мороз Н.В.

БГМУ

Резюме: Разработана и применена новая инновационная методика хирургического восстановления среднего и нижнего этажа тазового дна у женщин репродуктивного возраста, представлены показания, противопоказания, обезболивание техника, операции и ведение послеоперационного периода.

Ключевые слова: тазовое дно, малоинвазивная перинеопластика, техника, показания.

Miniinvasion perineoplasty

Malevich Y. K., Moroz N. V.

BSMY

Resume: new innovative methodology of surgical renewal of middle and lower floor of pelvic bottom is Worked out and applied for the women of reproductive age, testimonies, contra-indications, anaesthetizing of technician, operations and conduct of postoperative period, are presented.

Keywords: pelvic bottom, miniinvasion perineoplasty, technique, testimonies.

Введение

Опущение и выпадение внутренних половых органов является одной из важных гинекологических проблем. Среди женщин репродуктивного возраста частота пролапса гениталий составляет 63,1%, из них до 30 лет – 10,1%, от 30 до 45 лет – 40,2% (1,3,4), а у женщин старше 50 лет – 50% [1].

По данным приведенным главным акушером-гинекологом Минздрава Сорока С.А.(3) РБ и освященным на У11 урологических чтениях в Гродно (2014) и опубликованным в "Медицинском вестнике", «в мире опущение и выпадение половых органов в структуре общей гинекологической заболеваемости составляет 28-38,9 %; до 15% всех хирургических гинекологических вмешательств. Несмотря на повышение качества акушерской помощи. Почти у половины рожавших в срок отмечаются

опущения половых органов... Выбор доступа при хирургической патологии тазового дна чаще базируется на личном опыте хирурга или приверженности к определенной технологии.... Несмотря на большое число вариантов операций, болезнь часто возвращается»

Хирургическому лечению подвергаются пациентки старшей возрастной группы, в то время как молодые трудоспособные женщины с начальными признаками заболевания оказываются вне области проведения лечебных и профилактических мероприятий.

Так, по мнению некоторых авторов при незначительных дефектах опорных структур, невыраженном опущении половых органов, когда жалобы на нарушение функции смежных органов отсутствуют, лечение можно не проводить. Некоторые исследователи утверждают, что тазовый пролапс I степени может иногда самостоятельно регрессировать (2).

В то же время уже при первой степени пролапса гениталий нарушается первый физиологический барьер, а именно смыкание половой щели, разобщающее влагалище с внешней средой, препятствующее проникновению и распространению инфекции. В этих условиях снижается колонизация слизистой влагалища лактобактериями, что обуславливает не только развитие бактериального вагиноза, но и определяет высокую частоту воспалительных заболеваний женских половых органов, связанную с проникновением микроорганизмов с кожи промежности, в том числе из анальной области. Ухудшение трофических процессов, метаболические нарушения в тканях тазового дна на фоне воспаления приводят к усугублению пролапса гениталий.

Отсутствие замыкания половой щели препятствует синхронному сокращению мышц тазового дна при повышении внутрибрюшного давления, таким образом, не имея опоры, тазовые органы будут опускаться.

Даже при небольших степенях пролапса гениталий 46,26% женщин отмечают сексуальные расстройства: болезненность и неприятные ощущения

во время полового акта, диспареуния, посткоитальные кровянистые выделения из половых путей.

Эмоциональные переживания, связанные с нарушением нормального функционирования половых органов, недержанием мочи во время coitus, диспареунией могут приводить к аноргазмии.

В настоящее время установлено, что при всех видах выпадения органов малого таза первичное нарушение касается органов тазового дна. Нарушение фиксации всегда предполагает наличие дефекта во внутреннем фиксирующем слое – тазовой фасции.

Тазовая фасция, представляющая собой уникальную соединительную ткань, не растягивается, как предполагали раньше, а, испытывая чрезмерные нагрузки, разрывается в одном или нескольких участках. Выпадение всех тазовых органов – это конечная стадия, результат множественных дефектов в поддерживающем аппарате вследствие чрезмерной нагрузки и (или) анатомических нарушений. Доказано, что потеря точки опоры мышц промежности приводит к дальнейшему прогрессированию патологии.

Важной целью начального этапа лечения ПГ является устранение факторов, ведущих к прогрессированию заболевания. На современном этапе при опущениях внутренних половых органов, не достигающих преддверия влагалища, и без нарушения функций соседних органов в качестве профилактических мероприятий применяется консервативная терапия, которая также допустима при отсутствии возможности или при необходимости отсрочить хирургическую коррекцию(5,6).

В настоящее время есть два принципиально различных подхода к лечению пролапса гениталий — консервативный и хирургический.

Существуют следующие консервативные способы лечения данной патологии:

1. Физические упражнения, такие, как упражнения Кегеля – изометрические сокращения поперечно-полосатых мышечных волокон, входящих в состав тазового дна [4,5]

2. Рефлексотерапия

3. Физиотерапию (электростимуляция мышц тазового дна, иглорефлексотерапия)

4. Ношение влагалищных пессариев

5. Заместительная гормональная терапия

Но данные методы на сегодняшний день, отдельно от хирургического лечения, применяется редко. Основным их недостатком является то, что область применения указанных консервативных мероприятий ограничена самыми ранними стадиями пролапса гениталий без значительных анатомических и функциональных нарушений, наличием противопоказаний к хирургическому лечению, беременностью или планированием ее в ближайший год, предоперационной подготовкой, послеродовой реабилитацией тазового дна.

Все методы хирургического лечения не состоятельности тазового дна, пролапсов тазовых органов и их функциональных расстройств, разработаны и применяются у выраженных степенях пролапса

Цель исследования: разработка и внедрение новой инновационной хирургической методики восстановления тазового дна (малоинвазивной перинеопластики).

Методология, техника и результаты операции.

По приведенной методике мы прооперировали 28 пациенток в возрасте от 29 до 41 г. Осложнений ни в одном случае не было.

Показаниями для операции явились: несостоятельность тазового дна - 7, деформация промежности у 12 женщин, зияние половой щели - у 4, начальные признаки опущения задней стенки влагалища - у 7.

Несостоятельность тазового дна - это клинко-анатомический симптомокомплекс, заключающийся в недостаточном участии промежности в ; замыкании влагалища и обеспечении его нормального биоценоза;

оптимальном положения внутренних половых органов; половой жизни и биомеханизме родов.

При этом 6 пациенток жаловались на чувство инородного тела в области промежности и 8 на дискомфорт половой жизни. 14 пациенток перед операцией особых жалоб не предъявляли, однако при тщательном опросе 5 все-таки отмечали чувство неловкости в области промежности, 7- снижение интереса и ощущений во время половой жизни, 3- повышенное отделяемое из влагалища.

Методологическая составляющая разработанной методики следующая:

Показания:

-Деформация промежности

-Несостоятельность мышц тазового дна

-Зияние половой щели и связанное с ним увеличение частоты неспецифических кольпитов.

-Дискомфорт половой жизни

-Опущение влагалища 1 степени

Противопоказания:

1. чистота влагалища 3-4 степени
2. острые и обострение хронических заболеваний гениталий
3. тяжелые экстрагенитальные заболевания

Примечание: Предстоящая беременность в будущем не является противопоказанием. Проведенная операция не является прямым показанием для родоразрешения путем кесарева сечения.

Обследование и подготовка к операции.

1. общие анализы крови и мочи
2. мазки на флору и чувствительность к антибиотикам
3. РВ
4. сахар крови
5. ЭКГ

б. санация наружных половых органов и влагалища в течение 3 дней накануне любыми средствами

Где:

-В малой операционной гинекологических отделений

-в хирургическом кабинете женских консультаций и медицинских центров.

Обезболивание:

1 .внутривенный наркоз- пропафол 200 мг. + фентанил 1,0 -2,0 мл 0,05% р-ра. Премедикация- 0,3- 0,5 мл 1% р-ра атропина

2 местная анестезия- % раствором лидокаина периферических ветвей срамного нерва и периферических ветвей люмбо-сакрального нервного сплетения

Техника операции.

После обработки операционного поля, производят надрезы кожи промежности, слизистой влагалища 1-1,5 см внутрь от задней спайки и по 2,0 см по обе стороны от задней спайки по направлению к верхним краям седалищных бугров. Надрезы кожи производят скальпелем. В эти разрезы проводят монофиламентную синтетическую длительно рассасывающуюся нить с насечками по часовой стрелке. Нить проводится через волокна поверхностной поперечной мышцы промежности. Концы нити связывают без чрезмерного натяжения, формируя правильную анатомию тазового дна и входа во влагалище (рис 1). Разрезы на коже ушивают ПГА 2/0 швами, которые снимают на 5 сутки.

Примечание: Локализация надрезов на коже определяется строго индивидуально в зависимости от выраженности и степени нарушении анатомо-физиологических соотношений промежности и вульвы

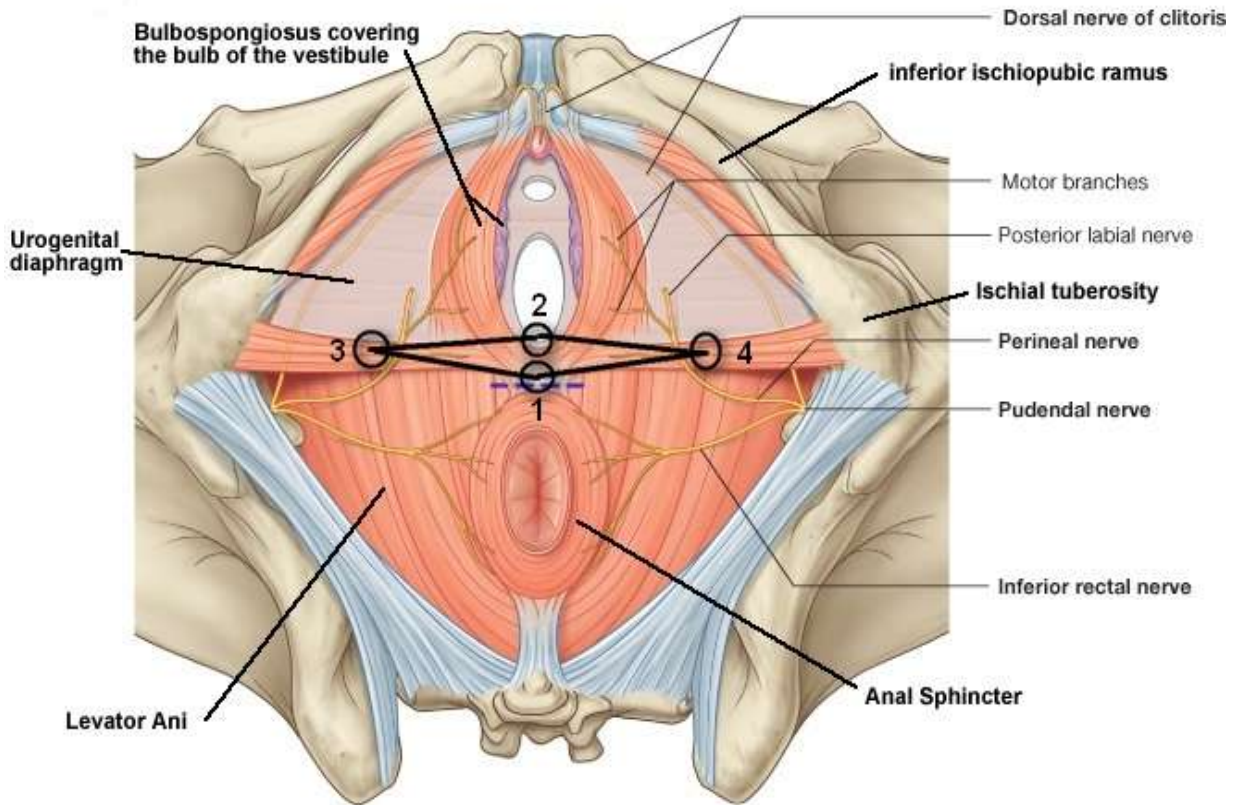


Рис 1.

Клинический пример .

Больная С., 42 года, направлена на консультацию для решения вопроса об оперативном лечении. Жалобы на ощущение инородного тела в области влагалища и промежности, бели, периодически возникающие кольпиты.

В анамнезе беременностей – 6, родов – 3, аборт – 3.

В родах крупный плод (3800,0–4200,0–4500,0), травма промежности.

Предполагаемые причины заболевания: родовая травма тазового дна.

Диагноз: недостаточность мышц тазового дна, зияние половой щели, опущение задней стенки влагалища 1-ой степени.

Заключение: показано оперативное лечение.

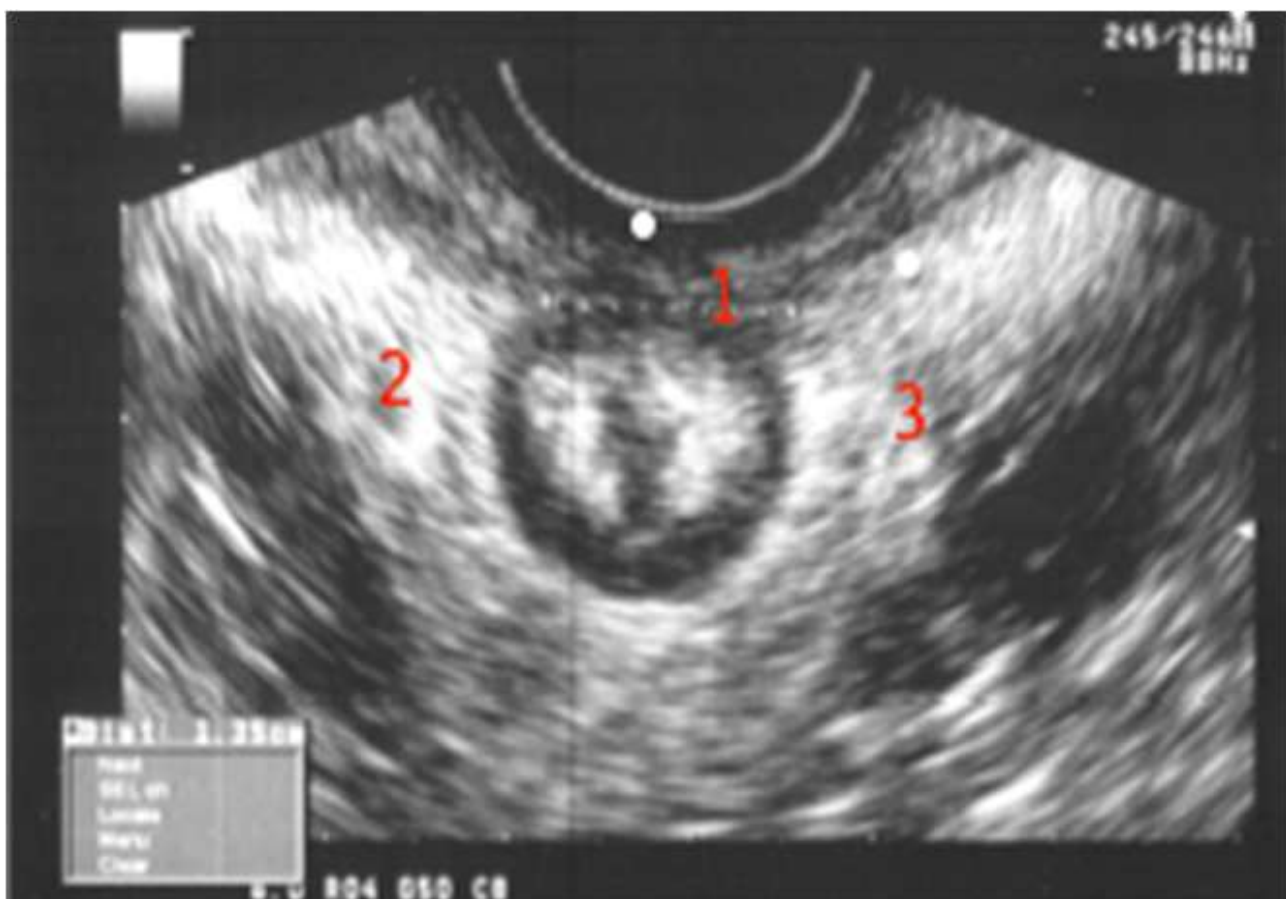
Во время предоперационной подготовки проведено обследование.: Выявлено, что чистота влагалища соответствует III ст., титр лактобацилл составляет 10^1 – 10^2 КОЕ/мл, что свидетельствует о резко выраженном дисбактериозе влагалища. В посевах выделений из влагалища выделены

культуры кишечной палочки и гемолитического стрептококка. Проведена санация влагалища.

Контрольный осмотр через 4 месяца показал, что жалоб нет, качество жизни улучшилось значительно. Чистота влагалищного мазка соответствовала II ст. Титр ЛБ составил 10^6 КОЕ/мл. При осмотре гениталий: половая щель сомкнута, на натуживание не реагирует; слизистая преддверия и влагалища не изменена, стенки влагалища сомкнуты.

Заключение: косметический и функциональный эффект от оперативного лечения полный.

По этическим соображениям в качестве иллюстрации приводим только результаты УЗИ до и после операции

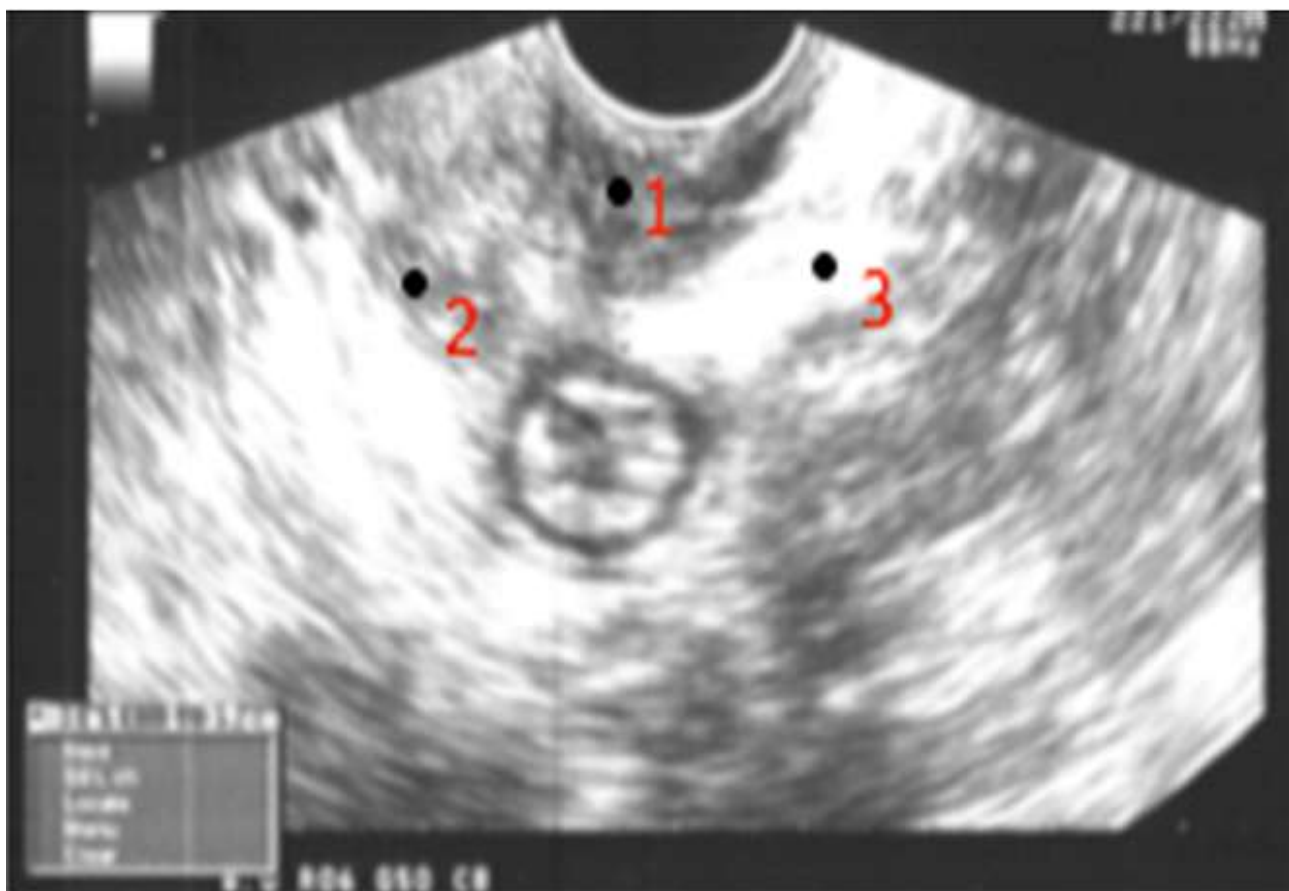


Несостоятельность мышц промежности

1- высота сухожильного центра 4 мм

2- ширина mm.bulbospongiosus справа 6мм

3- ширина mm.bulbospongiosus слева 8мм
имеется диастаз между mm.bulbospongiosus 14 мм



Состояние после малоинвазивной перинеопластики

1- высота сухожильного центра 13,4 мм
2- ширина mm.bulbospongiosus справа 11 мм
3- ширина mm.bulbospongiosus слева 11,3 мм
отсутствие диастаза между mm.bulbospongiosus

Ведение послеоперационного периода:

- однократное введение антибиотиков широкого спектра (цефалоспорины),
- нестероидные противовоспалительные ректальные свечи,
- обработка линии швов бетадином
- общее обезболивание не требуется,

-можно сидеть на промежности,

-половой покой 3 недели.

Реабилитация:

-Специальной не требуется

-Можно рекомендовать через 3-4 недели любые упражнения ,направленные на укрепление мышц тазового дна.

Заключение.

Разработанная методика операции хирургического восстановления среднего и нижнего этажа тазового дна формирует прочный каркас тазового дна без потери эластичности тканей. Малоинвазивная технология перинеопластики, позволяет сократить время операции, использовать местную анестезию при отсутствии противопоказаний для её использования и обеспечить возможность проведения операции в амбулаторных условиях.

Предложенный метод малоинвазивной перинеопластики не требует госпитализации в стационар, послеоперационного стационарного наблюдения, может проводиться под местной анестезией в амбулаторных условиях.

Литература:

1. Krasnopolski V.I.(2004) Kombinirovannoe lechenie bol'nyh s opushheniem i vypadeniem vnutrennih polovyh organov i nederzhaniem mochi s primeneniem antistressovyh tehnologij [Combined treatment of patients with prolapse of internal genital organs and urinary incontinence using anti-stress technology].-*Ros. vestnik akushera-ginekologa*,no.1.pp.61-64

2. Kulakov V.I., Selezneva N.D., Krasnopolski V.I.(1990). *Operativnaya ginekologiya*[*Operative gynecology*].- M.: MEDICINA, p.299
3. Soroka S.A. (2014) Subektivnyj vzglyad na prolaps[Subjective view of prolapse].- *Medicinskij vestnik*.
no 51, p21 .
4. Nejmark A.I., Ryapolova M.V. (2010) Konservativnoe lechenie imperativnogo i smeshannogo nederzhaniya mochi u zhenshin[Conservative treatment is imperative and mixed urinary incontinence in women]. – *Kazanskij medicinskij zhurnal*, tom 91,no 4.,pp 508-510
5. Smetnik V.P.(2009) *Medicina klimakteriya*. – M.: . pp. 217-236
6. Hirsh H.A., Kejzer O., Ikl F.A.(1999) *Operativnaya ginekologiya: Atlas: per. s angl./Pod red. V.I. Kulakova, I.V. Fedorova*. – M.:GE'OTAR MEDICINA, p.243.

