Автор: Administrator
07.07.2008 13:48 -



Пролапс гениталий – нарушение удержания органов малого таза в интра-абдоминальной позиции и их перемещение наружу под действием внутри-брюшного давления с образованием характерных дефектов (выпячиваний) стенок влагалища.

Пролапс можно рассматривать как последствия травмы связочного аппарата во время родов с частичной или полной утратой органами малого таза связи с костными структурами, вторичные атрофические изменения соединительной ткани характерные для постменопаузы.

В числе факторов приводящих к формированию пролапса на первом месте стоят патологические роды – роды крупным плодом, применение инструментальной экстракции плода, стремительные роды. На втором месте тяжёлый физический труд, затем ожирение и хронические обструктивно-лёгочные заболевания, сопровождающиеся постоянным кашлем.

Проблемма генитального пролапса не несёт в себе угрозы жизни пациентки, но приводит к стойкой социальной дезадаптации, снижению качества жизни, утрате трудоспособности. Дело в том, что помимо ощущения физического дискомфорта и затруднений в интимной жизни, пациентка может столкнуться с нарушением выделительных функций. Пролапс является дезинтеграцией всего комплекса органов, образующих тазовое дно – а это уретра и мочевой пузырь, влагалище и матка, прямая кишка. Ясно, что нарушение структурной взаимосвязи органов малого таза, утрата синергичности их действия, вероятно, повлекут за собой расстройства мочеиспускания и дефекации.

Порядка 40% женщин с пролапсом страдают стрессовым недержанием мочи – непроизвольной утечкой мочи при физическом напряжении; и ещё у 20% эта патология

выявляется при уродинамическом исследовании.

Каждый из вышеперечисленных органов занимает в полости малого таза своё место, ограниченное листками соединительной ткани – фасциями, препядствующими их взаимоперемещению. Помимо этого, каждый из органов имеет индивидуальную поддержку, за счет связи с костными структурами посредствам мышц и связок. Если подержка ослабнет, ясно, что органы, занимающие в норме внутренюю позицию, будут выдавлены наружу через имеющуюся брешь. Поскольку такой брешью являются стенки влагалища – анатомически наиболее слабое место – то и формирование пролапса будет происходить с образованием характерных выпячиваний прямой кишки через заднюю стенку (ректоцеле), мочевого пузыря через переднюю стенку (цистоцеле), матки через купол влагалища с вовлечением сводов (гистероцеле). Поэтому неверно рассматривать пролапс как различные степени опущения матки.

Зачастую мы обнаруживаем выраженные повреждения передней и задней стенок влагалища с формированием цисто-ректоцеле при абсолютно нормально расположенной матке, и наоборот – при опущенной матке нормальные стенки влагалища.

Надо заметить, что уже сам по себе термин «опущение» не совсем корректен. Действие гравитации не играет значительную роль в формировании пролапса. Как уже было сказано выше, определяющее значение в перемещении органов имеет внутрибрюшное давление – сила куда более мощная. В слове «опущение» уже заложена пассивная отстраненность от физиологии пациентки, приводящая к выбору неправильной хирургической тактики. Именно силе внутрибрюшного давления должен противостоять результат проведённого оперативного лечения.

Итак, основной подход к лечению пролапса – хирургическое лечение, причем эффект будет лучше если пациентка взята до менопаузы, когда репаративные способности тканей влагалища ещё достаточно высоки. Целью операции должно быть не только выравнивание паравагинальных дефектов, но и восстановление связи тазовых органов со связочным аппаратом и скелетом. К сожалению большинство оперативных вмешательств не удовлетворяют этим двум требованиям, отсюда и большое количество рецидивов.

Используются традиционные пластические операции, суть которых заключается в иссечении избытка слизистой в проэкции дефекта на передней или задней стенках влагалища с их дальнейшим восстановлением. Заново, с натяжением, сопоставленные края раны и формирующийся впоследствии на месте операции соединительнотканный рубец будут препядствовать выпячиванию мочевого пузыря и прямой кишки через стенки влагалища. Однако такая преграда не долговечна да и прикрепление к основным поддерживающим структурам таза не достигается.

Также выполняются операции путём чревосечения, во время которых матка за связочный аппарат подтягивается и прикрепляется к передней брюшной стенке. Здесь уже можно говорить о появлении точки опоры в месте фиксации тазового органа к апоневрозу. Но прикрепляется только матка. Как мы уже знаем этого недостаточно для полноценного исправления пролапса. Напротив, чрезмерно высокое прикрепление матки спровацирует резкое увеличение паравагинальных дефектов, так как за счёт перерастяжения увеличит площадь повреждения в межорганных фасциальных перегородках. Ликвидировав опущение матки, такие пациентки впоследствии нередко сталкиваются с появлением цисто-ректоцеле, причём в достаточно непродолжительный период.

Тем не менее оба этих подхода имеют право на существование, так как в ряде случаев позволяют добиться успеха, особенно при изолированном поражении одного сегмента влагалища или невыраженном пролапсе. Этими методиками пользуется большинство оперирующих гинекологов. Поскольку операции разработаны уже давно – накоплен большой опыт их проведения. В большей степени они оправданы у пожилых, соматически-отягощённых пациенток, когда не требуется идеального результата и слишком уж стойкого эффекта. Напротив риск длительной анастезии во время более сложных операций перевешивает необходимость добиваться чего-то большего.

Но что делать молодым энергичным трудоспособным женщинам, столкнувшимся с проблемой пролапса в достаточно раннем возрасте. Здесь требуются идеальные результаты и максимальная продолжительность лечебного эффекта проведённой операции, так как это в значительной мере определит качество дальнейшей жизни современной женщины. Наиболее оптимальное решение этой задачи – проведение промонтофиксации (или сакропексии) - операции, являющейся на сегодняшний день золотым стандартом, не получившим до сих пор широкого распространения единственно из-за сложности выполнения.

Суть промонтофиксации заключается в размещении и укреплении синтетического

нерассасывающегося материала (протеза) вдоль передней и задней стенок влагалища с последующей фиксацией к превертебальной связке на крестце. Протез имеет вид ленты 4,0х30,0см, сотканной из тончайших волокон с достаточно большим интервалом (около 1мм), подобно вуали или сетке. Операция выполняется целиком лапароскопическим доступом, причём все преимущества эндоскопической техники работают на достижение необходимого результата. Предельно аккуратно, практически бескровно, удаётся отделить переднюю стенку влагалища от мочевого пузыря спреди, и заднюю стенку влагалища от прямой кишки сзади. В образовавшиеся пространства максимально глубоко погружаются свободные концы протезной ленты (практически до мышечного слоя тазовой диафрагмы) и распределяются с дополнительной фиксацией к стенкам влагалища в нескольких местах отдельными узловыми швами. Таким образом создаются дополнительные точки тяги для равномерного распределения нагрузки при последующем натяжении протеза. Середина протезной ленты в месте сгиба фиксируется к костному скелету. После завершения операции вся конструкция напоминает сачёк для ловли бабочек, наброшенный на влагалищную трубку слепо-заканчивающийся купол которого, обращённый вверх, фиксирован к костям таза.

Через определённое время ячейки сетки заполняются клетками соединительной ткани. В результате формируется искусственно созданный связочный аппарат, армированный синтетическим волокном, обладающий беспрецедентными прочностными характеристиками. Повреждённые межорганные перегородки заменяются искусственными, то есть протезируются.

Тазовым органам, сопряжённым со стенками влагалища, возвращается структурная взаимосвязь, то есть восстанавливается первый принцип «удержания». Весь комплекс органов получает точку опоры, «становясь на якорь» в месте фиксации к крестцовой кости. Таким образом восстанавливается второй основной принцип удержания.

Риск инфецирования протеза невелик, так как его размещение происходит без вскрытия стенок влагалища, целиком эндоскопическим доступом. «Входные ворота» для восходящей инфекции остаются закрыты. Отторжение протезной ленты также редкое осложнение потому что материалы последнего поколения обладают всеми необходимыми свойствами: инертность, мягкость, отсутствие памяти формы, податливость при резке.

Накануне операции необходимо провести пациентке уродинамические исследования, с целью выяснения сохранности функции сфинктера мочевого пузыря, особенно при соответствующих жалобах последней. Обычно, вторым этапом операции являются

манипуляции, направленные на устранение стрессового недержания мочи: операция типа Бёрч, либо слинговые операции TVT, TOT.

Чтобы получить консультацию врача нашего медицинского центра, звоните по телефону (8634) 64 72 82

Стоимость услуг определяется индивидуально, исходя из необходимого объёма обследования.