

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра

Акушерства и гинекологии ИПО
(наименование кафедры)

Рецензия к.м.н. доцента кафедры Шапошниковой Екатерины Викторовны
(ФИО, ученая степень, должность рецензента)

на реферат ординатора _____ 2 _____ года обучения по специальности акушерство и
гинекология Яблончук Дарьи Альбертовны
(ФИО ординатора)

Тема реферата «Аномалии положения половых органов»

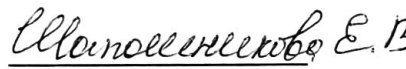
Основные оценочные критерии

№	Оценочный критерий	положительный/отрицательный
1.	Структурированность	+
2.	Актуальность	+
3.	Соответствие текста реферата его теме	+
4.	Владение терминологией	+
5.	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6.	Логичность доказательной базы	+
7.	Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8.	Источники литературы (не старше 5 лет)	+
9.	Наличие общего вывода по теме	+
10.	Итоговая оценка	+ отл.

Дата: «21» 05 2020 год

Подпись рецензента


(подпись)


(ФИО рецензента)

Подпись ординатора


(подпись)


(ФИО ординатора)

АНОМАЛИИ ПОЛОЖЕНИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

ОРДИНАТОР 2 ГОДА
ЯБЛОНЧУК Д.А.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- ▶ В США ежегодно оперируется 100 тыс. женщин с пролапсом половых органов
- ▶ Затраты – 500 млн долларов (3% от бюджета здравоохранения)
- ▶ 11,4% женщин в мире имеют пожизненный риск хирургического лечения генитального пролапса

Опушение и выпадение внутренних половых органов – нарушение положения матки или стенок влагалища, проявляющееся смещением половых органов до влагалищного входа (хиатуса) или выпадением их за его пределы

«Проциденция» (выпадение) была впервые описана в 1497 году Benedetti как полный утеровагинальный пролапс.

ТИПИЧНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

- ▶ МАТКА ЗАНИМАЕТ СРЕДИННОЕ ПОЛОЖЕНИЕ В МАЛОМ ТАЗУ
- ▶ ДНО МАТКИ РАСПОЛОЖЕНО НИЖЕ ПЛОСКОСТИ ВХОДА В МАЛЫЙ ТАЗ
- ▶ ВЛАГАЛИЩНАЯ ЧАСТЬ ШЕЙКИ МАТКИ НАХОДИТСЯ НА УРОВНЕ СПИНАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ
- ▶ ДНО МАТКИ ОБРАЩЕНО КВЕРХУ И КПЕРЕДИ, ШЕЙКА КНИЗУ И КЗАДИ
- ▶ ОСЬ МАТКИ НАКЛОНЕНА КПЕРЕДИ (ANTEVERSIO)
- ▶ МЕЖДУ ТЕЛОМ МАТКИ И ШЕЙКОЙ ТУПОЙ УГОЛ, ОТКРЫТЫЙ КПЕРЕДИ (ANTEFLEXIO)

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- ▶ Частота выпадения матки и влагалища в РФ 0,2 – 43%, в структуре гинекологической патологии 28-38,9%. В США – 1-2%
- ▶ По данным Levis (1968) – у 59% женщин после сложных гинекологических операций и у 20% - направленных на оперативное лечение по другим причинам
- ▶ Рецидив после операции в 5,7-40% случаев (Буянова С.Н., 2002)
- ▶ С 1990 года рост данной патологии у женщин моложе 50 лет

Подвешивающий связочный аппарат

Срединное положение и физиологический наклон матки кпереди

- ▶ Круглые связки матки – lig. teres uteri
- ▶ Широкие связки матки – lig. latum uteri
- ▶ Собственная связка яичника – lig. ovarii proprium
- ▶ Воронкотазовая (подвешивающая) связка яичника – lig. suspensorium

Фиксирующий (закрепляющий) связочный аппарат

Фиксирует матку в центральном положении, предотвращая смещение в стороны, кзади и кпереди

- ▶ Крестцово-маточные – lig. sacrouterina
- ▶ Маточно-пузырные – lig. vesicouterina
- ▶ Пузырно-лобковые – lig. pubovesicalis
- ▶ Латеральные цервикальные (связки Маккендорфа, или кардинальные) –
lig. cardinalia

Органы малого таза (матка, влагалище, мочевой пузырь, прямая кишка, уретра) прочно фиксируются мышцами и связками к костям таза. Условно выделяют «воронку», «гамак» и «парелку» (трехуровневая фиксация). Третий уровень («парелка») предотвращает зияние половой щели, уретры и ануса. При несостоятельности верхних уровней фиксации происходит опущение, а при растяжении нижнего – выпадение органов малого таза.

Поддерживающий аппарат (тазовое дно)

При подъеме тяжести, кашле регулирует внутрибрюшное давление, сокращаясь, замыкает половую щель

- ▶ Нижний слой: луковично-пещеристая, седалищно-пещеристая, поверхностная поперечная мышцы
- ▶ Средний слой: мочеполая диафрагма (в переднем отделе – наружный сфинктер мочеиспускательного канала, в заднем – глубокая поперечная мышца промежности)
- ▶ Верхний слой – парная мышца, поднимающая задний проход (m. levator ani) – «диафрагма таза»

Опущение и выпадение матки и влагалища (генитальный пролапс)

Факторы, способствующие формированию несостоятельности мышц тазового дна:

- ▶ Патологические роды
- ▶ Эстрогенная недостаточность
- ▶ Системный дефект соединительной ткани генетически детерминированный
- ▶ Возрастные изменения мышечной и соединительной ткани
- ▶ Наследственная предрасположенность
- ▶ Экстрагенитальная патология

Смещение матки

- ▶ По вертикальной плоскости (elevatio, descensus, prolapsus uteri)
- ▶ По горизонтальной плоскости (ante-retro-, dextro-, sinistroposilio)
- ▶ Вокруг продольной оси

Дисплазия соединительной ткани (ДСТ)

Врожденный системный дефект соедин. ткани (частота – 68,8%, распознаваемость – 2,4%)

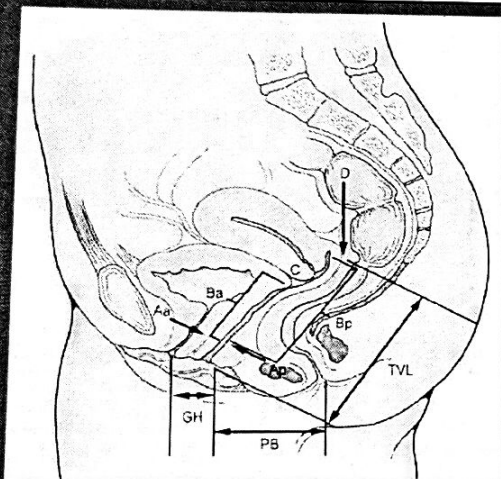
- ▶ Наследственные синдромы – с-м Марфана, с-м Элерса-Данлоса и др.
- ▶ «Малые» наследственные заболевания соединительной ткани (ПМК, миопия, варикозная болезнь, гипермобильность суставов, нефроптоз, спланхноптоз, аневризмы и пр.)

Опущение и выпадение матки (классификация М.С. Малиновского)

- I степень — некоторое опущение шейки матки (шейка расположена ниже сагитальной плоскости)
- II степень — шейка выходит за пределы хиагуса, а тело матки располагается выше (неполное выпадение - prolapsus incompletus)
- III степень — матка расположена ниже хиагуса (полное выпадение - prolapsus completus)

Стадирование POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification).

- по наиболее выпадающей части влагалищной стенки:
- ▶ опущение передней стенки (точка Ba)
 - ▶ апикальной части (точка С)
 - ▶ задней стенки (точка Bp).



Упрощённая схема классификации POP-Q

- ▶ Стадия 0 — нет пролапса. Точки Aa, Ap, Ba, Bp — все 3 см; точки C и D имеют значение со знаком минус.
- ▶ Стадия I — наиболее выпадающая часть стенки влагалища не доходит до гимена на 1 см (значение > -1 см).
- ▶ Стадия II — наиболее выпадающая часть стенки влагалища расположена на 1 см проксимальнее или дистальнее гимена.

- ▶ Анатомическую позицию шести точек (Aa, Ap, Ba, Bp, C, D) измеряют выше или проксимальнее гимена (отрицательное значение в см).
- ▶ При расположении данных точек ниже или дистальнее гимена - положительное значение. Плоскость гимена соответствует нулю.
- ▶ Остальные три параметра (TVL, GH и PB) измеряют в абсолютных величинах.

- ▶ Стадия III — наиболее выпадающая точка более чем на 1 см дистальнее гимена, но общая длина влагалища (TVL) уменьшается не более чем на 2 см.
- ▶ Стадия IV — полное выпадение. Наиболее дистальная часть пролапса выступает более чем на 1 см от гимена, а общая длина влагалища (TVL) уменьшается более чем на 2 см.

Генитальный пролапс (классификация International Continence Society ICS)

I и II степени – умеренное выпадение (по тесту Вальсальвы шейка матки ниже средней части влагалища или у входа)

III и IV степени – тяжелая степень (шейка матки за пределами хиатуса)

Генитальный пролапс (классификация International Continence Society ICS)

Преимущества классификации (согласно стандартам):

- ▶ Воспроизводимость результатов (первый уровень доказательности)
- ▶ Положение пациентки практически не влияет на стадирование процесса
- ▶ Точная количественная оценка анатомических ориентиров (а не только определение самой выдающейся точки)

Генитальный пролапс (классификация International Continence Society ICS)

I и II степени – умеренное выпадение (по тесту Вальсальвы шейка матки ниже средней части влагалища или у входа)

I – шейка матки опускается не больше чем до половины длины влагалища

II – шейка матки и/или стенки влагалища опускаются до входа во влагалище

Генитальный пролапс тяжелой степени

Cystocele – выпадение мочевого пузыря с передней стенкой влагалища

Enterocoele – выпадение петель кишечника

Rectocele – выпадение прямой кишки с задней стенкой влагалища

Генитальный пролапс (классификация International Continence Society ICS)

III и IV степени – тяжелая степень (шейка матки за пределами хиатуса)

III – шейка матки и/или стенки влагалища опускаются за пределы входа во влагалище, а тело матки располагается выше него

IV – вся матка и/или стенки влагалища находятся за пределами входа во влагалище

Генитальный пролапс (клиническая картина)

- ▶ Чувство тяжести и боли внизу живота, ощущение «инородного тела» в области хиатуса.
- ▶ Наличие грыжевого мешка в промежности
- ▶ Расстройство мочеиспускания (обструктивное мочеиспускание вплоть до острой задержки, ургентное НМ, гиперактивный мочевой пузырь, НМ при напряжении), чаще комбинированные формы!

Генитальный пролапс (клиническая картина)

- ▶ Запоры, дисхезия (нарушение адаптационных возможностей ампулы прямой кишки)
- ▶ Диспареуния

Термин – «Синдром тазовой десценции» или «тазовой дисинергии»

Жалобы усиливаются при физической нагрузке

Генитальный пролапс (лечение)

Показания к госпитализации:

- ▶ Нарушение функции смежных органов
- ▶ Опушение стенок влагалища III степени
- ▶ Полное выпадение матки и стенок влагалища
- ▶ Прогрессирующее заболевание

Генитальный пролапс (диагностика)

- ▶ Анамнез
- ▶ Гинекологический осмотр
- ▶ Трансвагинальное УЗИ
- ▶ Комбинированное уродинамическое исследование
- ▶ Гистероскопия
- ▶ Цистоскопия
- ▶ Ректоскопия

Генитальный пролапс (лечение)

Немедикаментозное лечение:

При неосложненных формах начальных стадий пролапса тазовых органов (I и II степень)

Укрепление мышц тазового дна:

- ▶ Лечебная физкультура (в том числе методика Атарбекова)
- ▶ Изменение условий жизни и труда
- ▶ Лечение экстрагенитальной патологии

Генитальный пролапс (лечение)

ЦЕЛЬ ЛЕЧЕНИЯ:

Восстановление анатомии промежности и тазовой диафрагмы, а также нормальной функции смежных органов

Генитальный пролапс (лечение)

Медикаментозное лечение:

Коррекция дефицита эстрогенов (предпочтение введения вагинальных средств – свечи, крем, гель; например - ОВЕСТИН)

Генитальный пролапс (лечения)

Хирургическое лечение:

Цель: не только (и не столько) устранение нарушений анатомического положения матки и стенок влагалища, но и коррекция функциональных расстройств смежных органов

Методы хирургической коррекции

III – укрепление фиксирующего аппарата матки (крестцово-маточных, кардинальных связок) за счет сшивания между собой, транспозиции и т.д.

Н-р., «Манчестерская» операция (укорочение кардинальных связок)

Хирургическое лечение более 300 способов операций

Выбор операции определяется:

- ▶ Тяжестью генитального пролапса
- ▶ Анатомо-функциональными изменениями, сопутствующей гинекологической патологией
- ▶ Возможностью и целесообразностью сохранения и восстановления детородной и менструальной функций

Методы хирургической коррекции

IV – жесткая фиксация органов к стенкам таза (лобковая кость, крестец и др.), апоневротическая гистеропексия с везиковагинопексией и облитерацией Дугласова пространства.

Это операции выбора при АСТ.

Осложнения: оперативно-патологические положения органов малого таза, стойкий болевой с-м, остеомиелиты.

Методы хирургической коррекции

I группа – укрепление тазового дна – кольпоперинеолеваторопластика (дополнительное и основное пособие, так как мышцы тазового дна всегда патологически изменены)

II группа – различные модификации укорочения и укрепления круглых связок

(наиболее эффективна после укорочения фиксация к передней стенке матки)

Методы хирургической коррекции

V – использование аллопластических материалов для укрепления связок и фиксации матки.

Осложнения: отторжение аллопласта, формирование свищей

Методы хирургической коррекции

VI – частичная облитерация влагалища (срединная кольпоррафия по Нейтбауэру-Лесфору, влагалищно-промежностный клейзис – операция Лабгарда).

Операции не физиологичны. Исключают возможность половой жизни, нередко рецидивы.

Современные особенности операций при генитальном пролапсе

Этапы:

- ▶ Кольпоперинеоррафия и леваторопластика
- ▶ Укорочение круглых связок путем проведения их через «окна» в листках широких связок с фиксацией их к крестцово-маточным связкам

Методы хирургической коррекции

VII – радикальное оперативное вмешательство (влагалищная гистерэктомия).

Осложнения: рецидив в виде энтероцеле, цистоцеле. Утрата менструальной и детородной функций.

Современные особенности операций при генитальном пролапсе

Этапы:

- ▶ Укрепление крестцово-маточных связок сшиванием их медиальных краев (типа Mochcovitz), не рассасывающимися нитями после предварительного уменьшения площади брюшины маточно-прямо-кишечного углубления с помощью иссечения или коагуляции

Современные особенности операций при генитальном пролапсе

Сочетание лапароскопического и влагалищного доступов !!!

Этапы:

- ▶ При выраженной элонгации матки – её ампутация с укорочением и укреплением кардинальных связок (типа «манчестерской» операции)
- ▶ Передняя кольпоррафия, укрепление фасции мочевого пузыря и уретры (типа Фигурнова)

ТЕХНИКА ОПЕРАЦИИ PROLIFT (ВАГИНАЛЬНАЯ ЭКСТРАПЕРИТОНЕАЛЬНАЯ КОЛЬПОПЕКСИЯ)

- ▶ При помощи проводников, проведенных через полиэтиленовые тубусы стилетов, сетчатый протез оригинальной формы устанавливают под стенку влагалища, расправляют без натяжения и фиксации

- ▶ Выделяют промонториум до отчетливой визуализации поперечной пресакральной связки.
- ▶ Задний листок брюшины вскрывают от промонториума до дугласова пространства.
- ▶ Выделяют элементы ректовагинальной перегородки (передняя стенка прямой кишки, задняя стенка влагалища) до уровня мышц, поднимающих задний проход.

- ▶ Сетчатый протез 3x15 см (полипропилен, индекс soft) фиксируют нерассасывающимися швами за леваторы с обеих сторон.
- ▶ Швами протез фиксируют к шейке матки (или куполу влагалища при выполнении гистерэктомии).

- ▶ Сетчатый протез 3x5 см к мобилизованной передней стенке влагалища и сшивают с ранее установленным протезом в области купола влагалища или культи шейки матки.
- ▶ В условиях умеренного натяжения протез фиксируют нерассасывающимися швами к поперечной пресакральной связке.