

ПРЕЗЕНТАЦИЈА НА Проф.с-р Весна Антовска, Универзитетска клиника за гинекологија и акушерство,

Медицински факултет, Скопје

За нејзиниот стручен престој во Универзитетската клиника "Чапа", Истанбул Република Турција (овој стручен престој не е финансиски подржан од Министерството за здравство на Р.Македонија, Ниту од Клиниката за гинекологија и акушерство, туку е комплетно покриен од лични средства на лекарот)

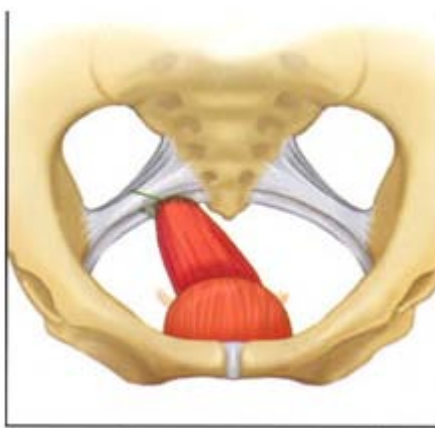
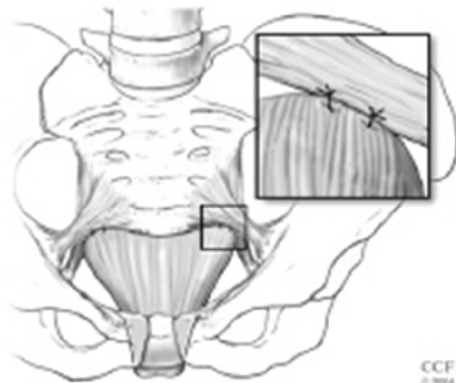
Од 15.10.2014 до 15.11.2014 бев на едномесечен престој во горенаведената универзитетска клиника на сопствен трошок. Престојував на Одделението за урогинекологија . Цел на мојот престој беше превенцијата и третманот на волт пролапсот. Таму се запознав со една оперативна метода, сакроспинозната лигаментарна фиксација, чие индикационо подрачје е волт пролапсот, а која во моментов не се изведува на нашата клиника. Но пак, од друга страна на нашата клиника се изведуваат неколку други многу успешни оперативни методи, кои не се изведуваат на универзитетската клиника во Чапа, а кои имаат исто индикационо подрачје и покажаа одлични резултати. Во прилог на оваа презентација ќе бидат набројани и тие техники во едукативни цели, а некои од нив се и оригинална придобивка на нашата урогинеколошка школа.

Сакроспинозна лигаментарна фиксација (SLF) е суспензија на вагиналниот волт или утерусот за сакро-спиозниот лигамент. Оваа операција е воведена од Randall i Nichols¹⁸. Индикации за оваа операција се: решавање на волт пролапс после хистеректомија, решавање на elytrocele, превентивна суспензија на вагиналниот свод во тек на вагиналната хистеректомија, како и утерина фиксација за сакроспиозниот лигамент кога се налага презервација на утерусот. Опишани се повеќе техники, како употреба на Мија кука, носач на Deschamps лигатура, користење на прав или крив иглодржач, Сарио инструмент и други. Може да се изведе унилатерално или билатерално, кога се добива пофизиолошка позиција на вагината. Доколку се изведува еднострано тогаш обично е деснострано, заради избегнување на сигмата и ректумот.

Техника: се препарира десниот параректален простор така што се формира прозорец низ кој се визуализира кокцигеалниот мускул, кој се избуткува медијално со Breisky-Navratil-ов преден екартер, за да стане достапен сакроспиозниот лигамент. Се палпира spina ischiadica, а потоа две сутури од нересорптивен конец или конец со одложена ресорпција се пласираат низ лигаментот медијално од спината.

Според анатомските студии на кадавери, сигурна зона за избегнување на повреда на пудендалниот нерв е некаде на средината на сакроспиозниот лигамент, односно 2,6 см медијално од врвот на спината. Некои автори ги пласираат сутурите на следниов начин: се пласираат по две нересорптивни сутури низ самиот лигамент (не околу, односно зад него, затоа што пудендалните артерија, вена и нерв одат зад лигаментот) и тоа латералната сутура на 2 см медијално од спината, а втората 1 см медијално од првата сутура, а потоа двете сутури проаѓаат низ вагиналниот апекс. Пласирањето на сутурата може да се направи и на следниот начин: се пласира една 8-ка сутура низ лигаментот и низ врвот на вагината. Пласирањето на сутурите низ лигаментот се олеснува со користење на: Deschamps лигатура, Мија кука или Сарио направа (Boston Scientific, Natick, Mass).

Успехот на операцијата е до 90%. Заради хоризонтализација на вагината, рецидивантната цистоцела се јавува во 30% од пациентките. Оваа операција ја скратува вагината и доколку е еднострана, ја поставува во коса линија, заради што се јавува сексуална дисфункција.



Врвот на прстот цврсто го фиксира врвот на Сарио инструмент

вагиналниот волт е фиксиран за сакроспинозниот лигамент

Сл.1 Сакроспинозна фиксација (Abdulla Fayyad. Pelvic Floor, Vaginal Prolapse and Repair Surgery, 2015. doi: <http://www.afayyad.co.uk/da/104924#prolapsesurgery>)

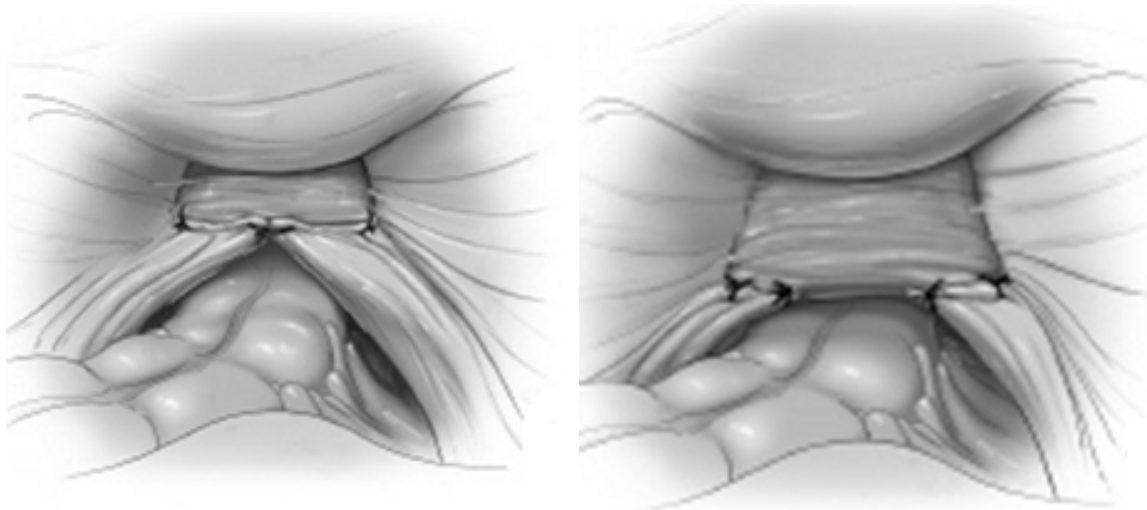
Во моментов Универзитетската клиника за гинекологија и акушерство не е опремена со потребната апаратура и инструментариум за изведба на оваа интервенција.

За ова индикационо подрачје на клиниката се изведуваат неколку други операции кои пак, не се изведуваат на Универзитетската клиника Чапа, а кои оперативни техники се наши оригинални техники, публикувани во мечународни часописи со импакт фактор. Ние имаме одлични, долготрајни постоперативни резултати со овие техники. Истите беа презентирани на колегите од Турција, кои покажаа заинтересираност да престојуваат на катедрата за гинекологија и на клиниката наредната учебна година. Овие оперативни техники се:

1)Наша модификација на McCall операција: Colporexio vaginosacralis (VSC) (Antovska SV, Dimitrov DG. Vaginosacral colpopexy (VSC) - a new modification of the Mc Call operation using vaginosacral ligaments as autologous sliding grafts in posthysterectomy vault prolapse. Bratisl Lek Listy 2006;107:62-72.), чие индикационо подрачје е волт пролапсот. Оваа операција ги користи претходно хируршки мобилизираните вагиносакрални лигаменти како лизгачки графтови кои служат за потпора на вагиналниот волт. Две сутури се пласираат низ обата вагиносакрални лигаменти и задниот вагинален сид и одвоено се врзуваат, а третата сутура се пласира низ слободните краеве на

сакроутерините лигаменти, а потоа циркуларно низ средната третина на задната вагинална ивица.

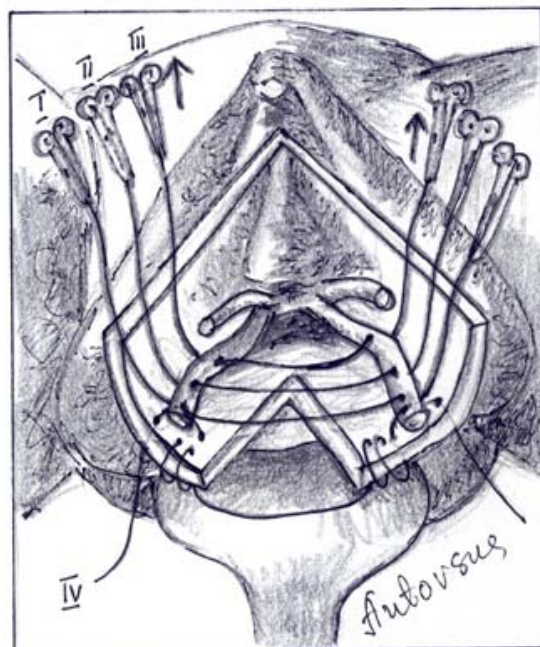
2) **Наша 4-аголна делтовидна фиксација на вагиналниот апекс** (Antovska V, Iliev V, Stojcevski S, Kuzevska K. Combination of two anti-stress procedures: our original 4-corner deltoid-like vaginal suspension and suburethral duplication sec. Lazarevski in patients with genital prolapse. Bratis Lek Listy 2007; 108 (4-5):189-199.): оваа процедура се применува како превентивна мерка за иден волт за време на изведба на вагиналната хистеректомија. Првата сутура се пласира низ: левиот крај на горниот раб од задниот вагинален сид, слободниот крај на левиот сакроутерин лигамент, циркуларно низ слободниот раб на задниот вагинален сид, слободниот крај на десниот сакроутерин лигамент и десниот крај на работ на задниот вагинален сид. Оваа сутура обезбедува подигнување и издолжување на вагината и појачување на суспензијата. Втората сутура се пласира низ: левата централна точка на идниот латерален раб на вагиналниот апекс, низ слободните краеве на обата *ligg.cardinalia uteri* и потоа низ десната централна точка на латералниот раб на вагиналниот апекс. Оваа сутура обезбедува централна позиција на вагината, односно ја обезбедува природната наклонетост за 60 степени во однос на хоризонталата. Третата сутура се пласира низ: централната точка на идниот преден раб на вагиналниот апекс, низ слободните краеве на обата *ligg.rotunda* и потоа повторно назад низ централната точка на идниот преден раб на вагиналниот апекс. Оваа сутура делува нанапред со што обезбедува многу важен баланс во однос на дејството на првата сутура и со тоа превенира отворање на предната зона на малиот таз и развој на рекурентна цистоцела. На крајот трите сутури се врзуваат во централната линија и со тоа вагиналниот апекс добива форма на делтоид. Дополнително и поддржните шавови од краевите на сакроутерините, кардиналните и округлите лигаменти се врзуваат меѓусебно левите со десните во централната линија.



Сл.2 McCall кулдопластика (лево) и утеросакрална лигаментарна суспензија (десно)



Сл.3 Наша 4-аголна делтовидна фиксација на вагиналниот апекс (лево)



Сл.4 Наша оригинална операција: Plicaturatio ligg. sacrouterina per vias vaginalis

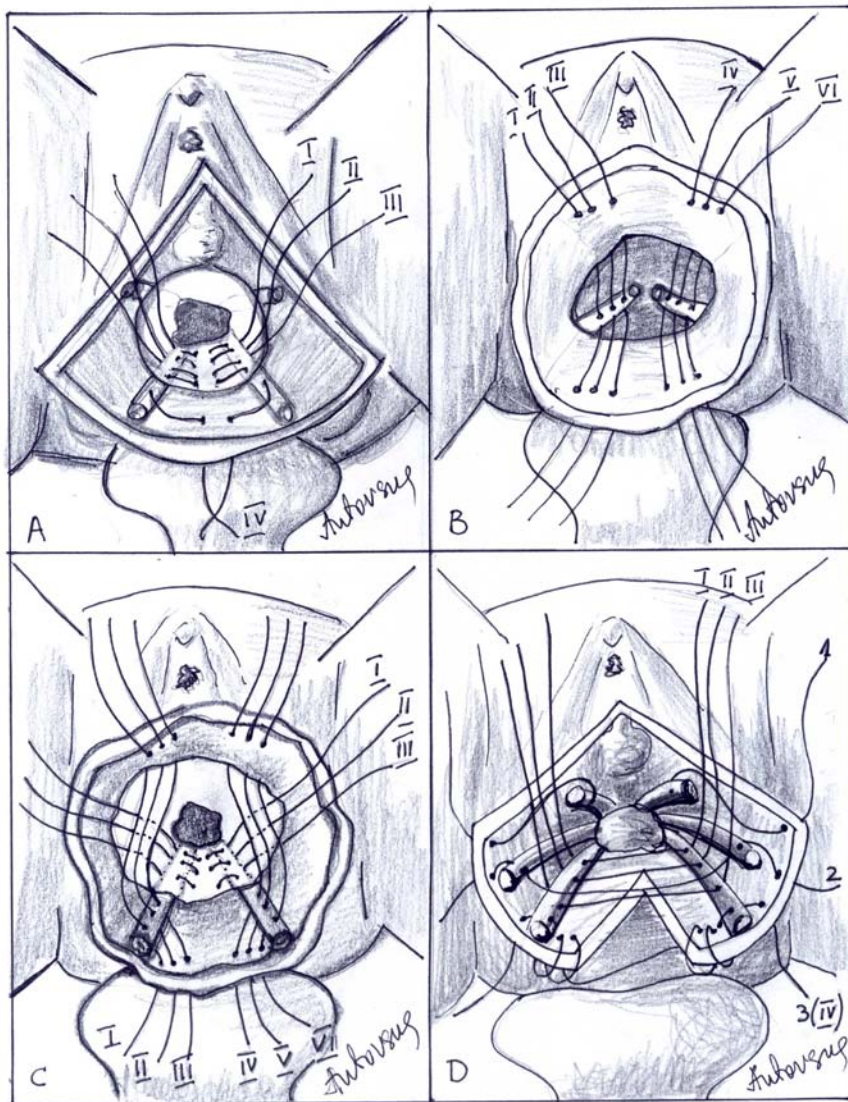
3) **Наша оригинална: Plicaturatio ligg. sacrouterina per vias vaginalis** (Antovska V. Effectiveness of an original vaginal placcation of the uterosacral ligaments as vault prolapse prevention. Turk J Med Sci 2012; 42 (6): 1129-1141© TÜBİTAKdoi:10.3906/sag-1105-23): се користи како превентивна процедура во тек на вагиналната хистеректомија кај случаи на силно изразен утерин пролапс здружен со просиденција на вагината и елитроцела. Најпрво силно се мобилизираат сакроутерините лигаменти со широка дисекција на ректумот од задниот сид на вагината, а потоа се консолидираат со 3-4 поединечни ресорптивни сутури.

Компарација на нашата Оригинална вагинална пликатурација на сакроутерините лигаменти (VPUS) и сличните процедури од други автори, кои се прикажани на Сл.29:

Операциите на Barber (BUVS)27 и на Shull-Bachofen (ShBS) се многу слични, како што и авторите сами констатираат. Разликите меѓу нашата метода и овие две операции се: 1) пласирањето на сутурите кај VPUS е во латеро-латерален правец, тежнеејќи да ја репарира најјаката, сакроутерина алка од суспензорниот ланец, а кај BUVS и ShBS е во антеро-постериорен аспект, тежнеејќи да ги замени двете анатомски сагитални структури, Delbet-ови траки; 2) кај BUVS и ShBS сутурите се пласираат ретроперитонеално, после високо затворање на пелвичниот перитонеум.

Разликите меѓу нашата VPUS и оригиналната McCall кулдопластика (McCC) и Високата суспензија на волтот со утеросакралните лигаменти по Karram 29 (HUSS) се: McCC и HUSS во сутурите меѓу сакроутерините лигаменти ги вклучуваат перитонеумот и задниот вагинален сид, додека кај нашата VPUS тие се пласираат екстраперитонеално и само низ лигаментите, после широка дисекција и ексцизија на пелвичниот перитонеум. Невклучувањето на вагиналниот сид во сутурите при нашата VPUS обезбедува 1-2 см дополнителна должина на вагината. Како што може да се види од Сл. 29, HUSS е всушност комбинација од две други операции: ShBS и McCC. Од друга страна, нашата VPUS ние секогаш ја комбинираме со нашата 4-аголна делтовидна фиксација на вагиналниот апекс, со цел да обезбедиме анатомска инклинација на вагината и превенција на

идна цистоцела. Нашата операција е резервирана особено за генитален пролапс од III/IV степен здружен со просиденција на вагината, каде ризикот од иден волт пролапс е поголем од 50%.



Сл. 5 Компарација на неколку корективни вагинални процедури за превенција и решавање на волт пролапс: А-оригинална McCall кулдопластика; В-Билатерална вагинална суспензија со утеросакралните лигаменти по Barber и Shull-Bachofen-ова суспензија на вагиналниот апекс²⁷; С-Висока суспензија на волтот со утеросакралните лигаменти по Karram²⁹; D-Наша оригинална plicaturatio ligg.sacrouterina per vias vaginalis

По однос на успешноста на горенаведените суспензии:

McCall кулдопластика има процент на успех од 88-93% по период на следење од 1-12 години.

Илиококцигеалната суспензија има многу слична ефективност и слични компликации.

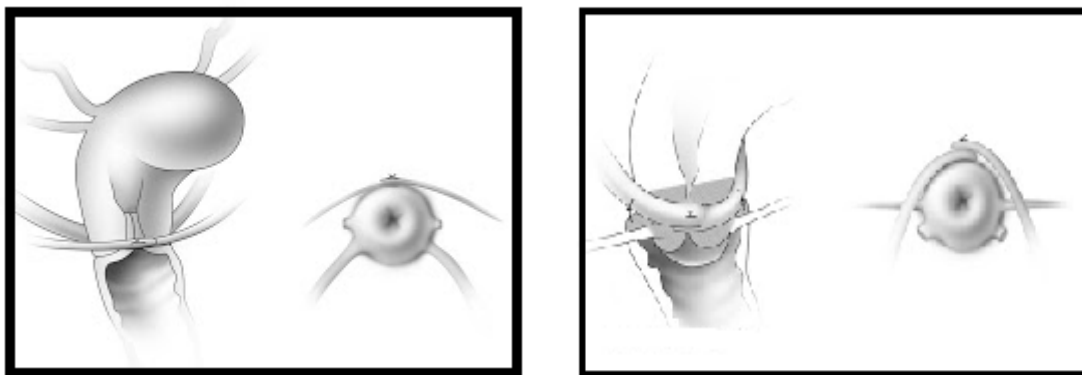
Нашата пликатурација на сакроутерините лигаменти покажа успех од 94%.

4) **Colpohysterectomy sec. Rouhier**: оваа операција во себе вклучува класична вагинална хистеректомија, либерација и ексцизија на вагинална манжета во висина на горната третина на вагината и поопсежна ексцизија на предниот и задниот вагинален сид, како и задолжително

решавање на елитроцелата. Индикационо подрачје на оваа операција претставува присуството на просиденција на вагината.

За вагинална хирургија за изразен пролапс на утерусот и вагиналните сидови кај млади жени каде е потребна конзервација на репродуктивната функција нашата школа со децении применува неколку оперативни техники кои истотака не се применуваа во Универзитетската клиника во Истанбул, каде се одвиваше мојот стручен престој.

1) **Манчестерска операција:** за прв пат е опишана од Donald³⁰ во првата половина на 20-тиот век, а интензивно била применувана од Манчестерската школа, по која и го добила името. Оваа операција се состои во секција на lig. cardinale uteri Mackenrodt и негова антепозиција и фиксација за предниот сид на грлото на матката. Негативност на оваа операција е неможност за поголема изолација и скратување на овој лигамент, кој е еноормно издолжен, заради големата васкуларна мрежа која ја содржи и заради близината на уретерот. Ампултацијата на грлото е често придружна интервенција на оваа операција затоа што овозможува дополнително развивање на постоперативна парацервикална склероза, која како мрежа го фиксира утерусот во висока позиција. Кај 12% од пациентките се јавува постоперативна стеноза на цервикалниот канал со отежнато истекивање на менструалната крв.



Сл.32 Manchester-ска операција (лево) и Shirodkar-ова операција³²

2) **Shirodkar-ова операција:** опишана е за прв пат од Shirodkar³¹, гинеколог од Бомбај. Таа вклучува сепарирање и скратување на сакроутерините лигаменти и нивна транспозиција и фиксација за предната страна на цервиксот. Ампултацијата на цервиксот се изведува селективно, доколку постои негова интравинална елонгација. Операцијата секогаш вклучува и предна вагинална пластика со што се превенира прекумерната ретропозиција на матката и отворање на предната зона на тазот, а со тоа се превенира појавата на постоперативна цистоцела.

3) **Комбинирана Manchester-Shirodkar операција** претставува комбинација од двете гореспоменати операции. После клемување и скратување на сакроутерините и кардиналните лигаменти од двете страни, сите четири лигаменти се нанижуваат на една иста сутура, почнувајќи од десната страна, потоа се пласира шав на предната страна на цервиксот, високо до самиот истмус и на крај лигаментите од левата страна и на крајот врзување на сутурата во медијална линија. Обично се прави и предна вагинална пластика и ампултација на интравиналниот дел од цервиксот. Нашата школа протоколарно ја изведува оваа операција во сите случаи кога постои изразен утерин пролапс кај жена помлада од 45 години со значителен постоперативен успех во лекувањето на гениталниот пролапс.

3) Комбинирана Manchester-Shirodkar операција претставува комбинација од двете гореспоменати операции. После клемување и скратување на сакроутерините и кардиналните лигаменти од двете страни, сите четири лигаменти се нанижуваат на една иста сутура, почнувајќи од десната страна, потоа се пласира шав на предната страна на цервиксот, високо до самиот истмус и на крај лигаментите од левата страна и на крајот врзување на сутурата во медијална линија. Обично се прави и предна вагинална пластика и ампутација на интравагиналниот дел од цервиксот. Нашата школа протоколарно ја изведува оваа операција во сите случаи кога постои изразен утерин пролапс кај жена помлада од 45 години со значителен постоперативен успех во лекувањето на гениталниот пролапс.

По однос на решавањето на уринарната инконтиненција и примената на Вагинални меш-китови: нашата школа во периодот од 2006 -2008 година ги изведуваше овие операции со ТВТ-протеза, ТОТ-протеза и ИВС-протеза, но заради лошите резултати и бројните компликации престана со изведбата на овие операции и се врати на класичната слингovidна колпосуспензија и нејзината модификација: Пликутурирана колпосуспензија (Antovska V. Pleated colposuspension- a modification of Burch colposuspension. Indian J Urol. 2013; 29:166-172.). За разлика од нас, во Универзитетската клиника Чапа сè уште применуваат ТОТ-протезите, но со значително понизок успех од нашиот по однос на решавањето на стрес инконтиненцијата.

Нашата одлука за напуштање на оваа оперативна техника наоѓа оправдување и следното подолу изнесено:

Во јули 2011 Федералното биро за лекови на САД (ФДА) издаде соопштение дека сериозните компликации од мешовите не се ретки. После ревизија на литературата објавена од 1996-2011, ФДА заклучува дека трансвагиналната репарација со меш не доведува до поголемо подобрување на квалитетот на животот и подобрување на симптомите по однос на репарацијата без протези.

Најчести компликации од протезите се:

- Ерозии на вагината, кои изискуваат повеќекратни хируршки интервенции
- Контракции на протезата со последично скврчување на вагината во должина и широчина
- Силни пелвични болки и диспареунија
- Болки и иритација на партнерот во текот на сексуалниот чин

Колегијален поздрав,

Проф.д-р Весна Антовска