

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СИНТЕТИЧЕСКИХ ПРОТЕЗОВ В ХИРУРГИИ ГЕНИТАЛЬНОГО ПРОЛАПСА

¹Гутикова Л.В., ²Колесникова Т.А.

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»

²УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»

Генитальный пролапс (ГП) является широко распространённой, трудно поддающейся лечению патологией. Операции по коррекции выпадения матки и влагалища занимают 3-е место в структуре гинекологических операций после вмешательств по поводу доброкачественных опухолей и эндометриоза. В настоящее время из так называемых больших гинекологических операций 15% производится именно по поводу ГП [3].

В последние годы отмечено увеличение частоты ГП, что во многом обусловлено увеличением продолжительности жизни женщин [1]. Однако следует отметить, что в последние годы растёт удельный вес пациенток моложе 40 лет, а также отмечается увеличение числа осложнённых и рецидивных форм заболевания, что ещё в большей степени заставляет акцентировать внимание профильных специалистов на данной патологии [2].

ГП – полиэтиологическое заболевание, в развитии которого играют роль физические и генетические факторы. Доказанным фактором способствующим развитию ГП являются роды через естественные родовые пути. Возраст, хроническое повышение внутрибрюшного давления, курение, гипоэстрогенные состояния, системная дисплазия соединительной ткани – (ДСТ), нейрогенные дисфункции тазового дна, а также любые вмешательства на тазовом дне и органах малого таза, нарушающие тканевы поддерживающие и подвешивающие матку и стенки влагалища структуры [2].

Хирургическая коррекция ГП в качестве единственного адекватного метода лечения данного заболевания уже не является предметом дискуссии. В настоящее время накоплен значительный опыт в этой области, а именно: существуют более двухсот способов хирургического лечения ГП. Вместе с тем, существующее многообразие операций при ГП свидетельствует о том, что нет метода операции, который гарантировал бы во всех случаях полный корригирующий успех вмешательства. Так по данным ряда авторов, после традиционных операций с использованием

местных тканей (передняя и задняя кольпоррафии) частота рецидивов составляет 31-35%, а после чрезвлагалищной экстирпации матки по поводу ее выпадения частота выпадения купола культи влагалища достигает 43% [1]. Неудовлетворительные результаты традиционных операций связаны с тем, что вмешательства выполняются на тканях, потерявших свою биомеханическую прочность. Проведенные рядом авторов исследования показали, что высокая частота рецидивов пролапса в значительной мере зависит от степени ДСТ у оперируемых больных, признаки которой выявляются у большинства пациенток с ГП [2].

Тесные анатомические связи между влагалищем, мочевым пузырем и прямой кишкой способствуют тому, что ГП сопровождается потерей физиологического положения мочевого пузыря и прямой кишки (формируются цисто- и ректоцеле), а это в свою очередь приводит к целому ряду функциональных расстройств со стороны органов мочевой системы и толстой кишки. Так различные виды расстройств мочеиспускания отмечаются у 10–60% женщин с ГП; нарушения функции кишечника - у 10–20% женщин [3].

В настоящее время ГП с формированием цисто- и ректоцеле рассматривается как особая форма тазовых грыж. Это положение нашло отражение в современных подходах к хирургическому лечению ГП. Успешное внедрение в хирургию грыж живота синтетических сетчатых протезов позволило использовать эти принципы и в хирургии ГП. Опыт последнего десятилетия показывает, что замещение несостоятельной лобково-шеечной фасции и влагалищно-прямокишечной фасции синтетическими сетчатыми протезами, корригирующими цисто- и ректоцеле является оптимальным методом хирургического лечения этой патологии [1,5]. Опыт их использования показывает высокую эффективность.

Однако недостатком является высокая цена, значительно ограничивающая круг пациенток, которым можно оказать помощь. Поэтому для хирургической коррекции генитального пролапса мы применяем хирургическую сетку ЭСФИЛ ES3535 «белосиний» (вариант легкий или универсальный), что позволило снизить стоимость операции в 10-13 раз [4].

За последние четыре года в Гродненском областном клиническом перинатальном центре проведено 123 оперативных вмешательства по данной методике. Задачами операций по технологии вагинопексии являются укрепление или замещение несостоятельных лобково-шеечной и влагалищно-прямокишечной фасций синтетическими сетчатыми протезами. Протезы выполняют роль неофасций, восстанавливающих подвешивающе-поддерживающий аппарат органов малого таза.

Наш опыт показывает, что размеры протеза должны превышать размеры фасциального дефекта на 3–4 см, что предотвращает его смещение. Оптимальные размеры и наличие «рукавов» протеза позволили прочно фиксировать его в нужном положении к неподвижным фиброзным структурам тазового дна. Принцип операций Prolift позволяет устранить фасциальные дефекты любой локализации.

Показанием для установки сетчатого имплантата для реконструкции переднего отдела тазового дна являлось опущение передней стенки влагалища с формированием цистоуретроцеле III–IV степени (классификация POP-Q). Протез устанавливали под мочевым пузырем в виде гамака, фиксированного к проксимальным и дистальным концам сухожильных дуг фасции таза трансобтураторным доступом.

Показанием для установки сетчатого имплантата при реконструкции заднего отдела тазового дна являлось опущение задней стенки влагалища с формированием ректоцеле II–III ст. с или без энтероцеле. Протез укладывали на переднюю стенку прямой кишки и фиксировали двумя рукавами, проведенными через крестцово-остистые связки.

Показанием к установке сетчатого имплантата для полной реконструкции тазового дна являлось опущение передней и задней стенок влагалища III–IV ст., полное выпадение матки и стенок влагалища, выпадение купола культи влагалища после ранее выполненной гистерэктомии.

Противопоказаниями к установке сетчатых имплантатов явились гнойно-воспалительные заболевания органов малого таза, тяжелые соматические состояния и анемия.

Согласно результатам проведенной нами работы по установке сетчатых протезов у женщин с опущением и выпадением

внутренних половых органов, сетка «Линтекс-ЭСФИЛ ES3535 бело-синий» для тотальной реконструкции тазового дна была установлена в 88 случаях (71,5%), из них в сочетании с ампутацией шейки матки в 22 случаях (17,9%), с влагалищной экстирпацией матки в 16 (13%); надвлагалищная ампутацией матки с придатками выполнена в 4 случаях (3,2%).

Изолированный передний трансплантат поставлен в 29 случаях (23,5%), изолированный задний – в 6 (4,9%) случаях. Задняя кольпоперинеолеваторопластика выполнена у 26 пациенток (21,1%).

Показаниями для удаления матки явились множественная миома матки, полное и неполное выпадение матки в сочетании с заболеванием шейки матки.

Возраст пациенток варьировал от 42 до 81 лет (средний возраст $59,1 \pm 9,3$ лет). Основными жалобами больных были: ощущение инородного тела во влагалище - (45), неудобство при ходьбе - 16, тянущие боли внизу живота - 23, диспареуния – 12; констипация – 4; меноррагии - 5; уретральная инконтиненция - 11. Всем женщинам проведено стандартное обследование. Предоперационная подготовка не отличалась от общепринятой при пластических операциях на стенках влагалища. Операции были выполнены под спинномозговой анестезией. Длительность операции составила в среднем 82 ± 4 мин и зависела от объема оперативного вмешательства (с экстирпацией матки или без нее). Из интраоперационных осложнений зафиксировано повреждение мочевого пузыря в 6 случаях и в 1 случае возникло кровотечение из проксимального канала рукава протеза слева с общей кровопотерей до 1000 мл. Осложнения были диагностированы и устранены в процессе выполнения операции. Сроки пребывания в стационаре в среднем составили $9,9 \pm 0,7$ дней.

Ранний послеоперационный период у всех больных, которым была произведена установка переднего и заднего протезов, протекал гладко.

В сроки 2 месяца 4 года после операции у 3 больных образовались эрозии слизистой влагалища с обнажением фрагмента протеза, у 4 – возникло недержание мочи при напряжении de novo, рецидив ГП отмечен в 3 случаях. Эти пациентки оперированы с хорошим результатом.

Таким образом, собственный опыт выполнения операций по поводу ГП с использованием синтетических сетчатых протезов в течение описанного периода наблюдения за этими пациентками, позволяет сделать следующие выводы:

У пациенток с различными формами ГП патогенетически обоснованными являются операции с использованием синтетических сетчатых протезов, восстанавливающих поддерживающе-подвешивающий аппарат органов малого таза.

Частота и тяжесть осложнений при операциях по принципу Prolift не велики, а отдаленные результаты хирургического лечения ГП с использованием синтетических протезов по критерию частоты развития рецидивов хорошие.

Литература

1. Применение системы Prolift при пролапсе тазовых органов / В.Ф. Беженарь [и др.] // Рос. естн. акуш.-гин. – 2008. – Спецвыпуск. – С. 7-8.
2. Роль дисплазии соединительной ткани в патогенезе пролапса гениталий и недержания мочи / С.Н. Буянова [и др.] // Рос. вестн. акуш.-гин. – 2005. – № 5. – С. 15-18.
3. Трехлетний опыт применения системы Prolift для коррекции генитального пролапса / В.И. Краснопольский [и др.] // Рос. вестн. акуш.-гин. – 2008. – Спецвыпуск. – С. 33-36.
4. Нечипоренко, Н.А. Хирургическое лечение женщин с генитальным пролапсом с использованием синтетических сетчатых протезов (инструкция по применению. Утв. Мин-вом здравоохран. Республики Беларусь 18.12.2009 №072-0708) / Н.А. Нечипоренко, А.Н. Нечипоренко, Г.В. Юцевич. – 32 с.
5. Сравнительная оценка результатов лапароскопической сакровагинопексии и вагинальной экстраперитонеальной вагинопексии (PROLIFT) в лечении генитального пролапса / А.А. Попов [и др.] // Журн. акуш. и жен. болезней. – 2006. – Спецвыпуск. – С. 83.