



Опыт применения синтетических протезов для лечения тяжелых форм пролапса гениталий у женщин в пожилом возрасте

Мгелиашвили М.В. • Буянова С.Н. • Марченко Т.Б. • Рижинашвили И.Д.

Мгелиашвили Мамука Важаевич – канд. мед. наук, ст. науч. сотр. отделения гинекологии¹

Буянова Светлана Николаевна – д-р мед. наук, профессор, засл. врач Российской Федерации, руководитель отделения гинекологии¹

Марченко Тимофей Борисович – аспирант отделения гинекологии¹

✉ 140100, Московская обл., г. Раменское, ул. Коммунистическая, 2–55, Российская Федерация.
Тел.: +7 (915) 136 18 30.
E-mail: marckela@gmail.com

Рижинашвили Илья Давыдович – канд. мед. наук, ст. науч. сотр. консультативно-диагностического отдела¹

Актуальность. Проплапс гениталий – одна из наиболее трудно решаемых проблем в гинекологии. Частота рецидива заболевания после его хирургической коррекции достигает 33–40%.

Цель – провести анализ применения аллопластических материалов для коррекции тяжелых форм опущения и выпадения внутренних половых органов в пожилом и старческом возрасте.

Материал и методы. 228 женщин в возрасте от 60 до 70 лет с пролапсом гениталий III–IV степени (согласно классификации Бадена – Уолкера) разделены на 3 группы в зависимости от ведущей в пролапсе анатомической структуры. Всем пациенткам была выполнена экстраперитонеальная кольпопексия с использованием проленового протеза, дополненная пластикой промежности: 165 пациенткам 1-й группы (средний возраст 63 года) – передняя, 47 пациенткам 2-й группы (средний возраст 65 лет) – задняя, 12 пациенткам 3-й группы (средний возраст 68 лет) – тотальная. Эффективность операции оценивалась через 2–4 месяца по степеням пролапса гениталий (по Бадену – Уолкеру), отсутствию эрозии стенок влагалища и отсутствию сморщивания и/или диспозиции аллопласта.

Результаты. Почти у 50% пациенток диагностирована скрытая форма недержания мочи, что потребовало проведения уретропексии свободной синтетической петлей трансобтураторным доступом. Отмечена низкая частота интраоперационных осложнений (n = 1). Из послеоперационных осложнений у 60% пациенток

1-й и 3-й групп отмечалось нарушение мочеиспускания, восстановленное на 4–5-е сутки после операции на фоне противовоспалительной терапии и применения препаратов, повышающих тонус детрузора. Частота выявления эрозии стенки влагалища и частичной экспульсии протеза составила по 4,2% в 1-й и 2-й группах. В 3-й группе эрозии стенок влагалища не выявлено. Клинически незначимое частичное сморщивание проленового протеза отмечено в 4,5, 4,2 и 5,9% случаев в 1-й, 2-й и 3-й группах соответственно. После хирургической коррекции у 100% пациенток 1-й и 3-й группы, а также у 70,6% пациенток 2-й группы пролапс гениталий был оценен как I степень по Бадену – Уолкеру, у 29,4% пациенток 2-й группы – как II степень. Однако наблюдалось большое число случаев прогрессирования опущения противоположной стенки влагалища: у 72 (44%) пациенток 1-й группы и у 4 (23,5%) – 2-й, что в ряде наблюдений (18,4%) требовало проведения повторной операции.

Заключение. Применение проленовых протезов для экстраперитонеального укрепления тазового дна в пожилом возрасте – эффективный метод лечения. При соблюдении оперативной техники он сопровождается минимальным числом осложнений, которые в основном легко устранить.

Ключевые слова: пролапс гениталий, экстраперитонеальная кольпопексия, проленовый протез, исход хирургического лечения, осложнения, пожилой и старческий возраст.

¹ ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии»; 101000, г. Москва, ул. Покровка, 22а, Российская Федерация



Выпадение женских половых органов является одной из трудно решаемых проблем в гинекологии. По данным разных авторов, частота патологии варьирует от 28 до 40% всех гинекологических заболеваний. В России средний возраст пациенток с пролапсом гениталий составляет 50 лет [1, 2]. Заболевание имеет мультифакторную природу, среди причин основную роль играет наличие у пациенток дисплазии соединительной ткани [1, 3]. Тот факт, что пролапс гениталий встречается у нерожавших женщин, а также у женщин, имевших в анамнезе одни неосложненные роды, свидетельствует о большом значении наследственной патологии соединительной ткани в патогенезе заболевания.

Согласно исследованиям, проведенным в Финляндии, частота семейной формы пролапса достигает 30% [4]. Результаты многочисленных работ подтверждают, что заболевания, сопровождающиеся поражением соединительной ткани (например, синдром Марфана, некоторые формы патологии сердечно-сосудистой, нервной систем), ассоциированы с пролапсом гениталий, развивающимся в молодом возрасте [5].

Роды крупным плодом, тяжелая физическая работа, связанная с выраженным повышением внутрибрюшного давления, хронические заболевания бронхолегочной системы на фоне дисплазии соединительной ткани непременно способствуют развитию пролапса гениталий тяжелой степени даже у молодых женщин [6, 7].

Лечение пролапса гениталий осложняется тем, что самые тяжелые и рецидивные формы встречаются у пациенток в пожилом и старческом возрасте. Согласно данным исследования, проведенного в США среди 1004 женщин в возрасте от 18 до 83 лет, проходивших ежегодное гинекологическое обследование, распространенность пролапса гениталий возрастала примерно на 40% с каждой последующей декадой жизни [8]. С учетом того, что по прогнозу Всемирной организации здравоохранения, в XXI в. предполагается резкое увеличение числа пожилых людей, остро встает вопрос о необходимости поиска более эффективных и надежных методов лечения этого заболевания.

Методы лечения пациенток с пролапсом гениталий кардинально различаются в зависимости от периода жизни женщины: в молодом возрасте необходимо учитывать потребность в сохранении или восстановлении сексуальных ощущений, в пожилом важное значение

приобретает проблема надежности оперативного вмешательства, а в старческом этот вопрос становится основным.

По мнению многих авторов, хирургический метод является единственно эффективным в лечении пролапса гениталий [9], однако частота рецидива заболевания после коррекции достигает 33–40% [10, 11].

Перед хирургами всегда стояла задача заменить несостоятельные фасциальные структуры малого таза более прочным синтетическим материалом, но до конца прошлого столетия все попытки заканчивались частичным или полным отторжением аллопласта. В связи с появлением гипоаллергенных синтетических материалов эффективность операций, корригирующих пролапс, резко возросла. Среди множества вмешательств с применением проленовых протезов следует особенно выделить переднюю, заднюю и тотальную экстраперитонеальную кольпопексию. Эти операции обладают высокой степенью эффективности и при правильном применении сопровождаются минимальным числом осложнений [12].

Показания для применения сетчатых протезов с целью коррекции пролапса гениталий чаще всего встречаются в возрастном диапазоне от 60 до 70 лет, то есть в пожилом возрасте. Как правило, в этот период жизни во главу угла ставится надежность операции с сохранением сексуальной функции. Пролапс гениталий у большинства женщин сочетается с разными формами недержания мочи. Согласно данным многих авторов, наиболее часто с опущением и выпадением женских половых органов ассоциируется стрессовая форма недержания мочи (20–30%) [13]. Определенную проблему представляет так называемое скрытое недержание мочи, которое проявляется после репозиции гениталий [14, 15]. Самым доступным методом исследования для оценки состояния сфинктера уретры является ультразвуковое исследование (УЗИ) [16].

Материал и методы

Оперированы 228 женщин в возрасте от 60 до 70 лет с пролапсом гениталий тяжелой степени. В зависимости от характера пролапса пациентки разделены на 3 группы: в 1-ю группу вошли 165 женщин с опущением передней стенки влагалища III степени, во 2-ю – 47 с опущением задней стенки влагалища III степени, в 3-ю – 17 с выпадением матки, культы шейки матки или купола и стенок влагалища III–IV степени.

В 1-й группе средний возраст больных составил 63 года. Из них 72 (44%) ранее были оперированы по поводу пролапса гениталий. Средний возраст пациенток из 2-й группы составил 65 лет. Рецидивная форма пролапса отмечена у 17 (36%) из них. В 3-й группе объединены пациентки с самыми тяжелыми формами пролапса, причем у 12 (70,6%) из них наблюдалась рецидивная форма заболевания. Средний возраст больных в этой группе составил 68 лет.

Все больные оперированы влагалищным доступом. В 1-й группе всем пациенткам проводилась операция – передняя экстраперитонеальная кольпопексия с использованием проленового протеза, пластика задней стенки влагалища и промежности. У 49 (29,7%) пациенток этой группы в ходе обследования диагностировано недержание мочи при напряжении, причем почти у половины из них ($n = 24$) была отмечена скрытая форма стрессового недержания мочи. В связи с этим операция была дополнена проведением уретропексии свободной синтетической петлей трансобтураторным доступом.

Во 2-й группе всем пациенткам проводилась задняя экстраперитонеальная кольпопексия с применением проленового протеза. Во всех случаях операция была дополнена пластикой промежности. У 11 (23,4%) пациенток этой группы диагностировано стрессовое недержание мочи, в связи с чем операция была также дополнена проведением уретропексии свободной синтетической петлей трансобтураторным доступом.

В 3-й группе в качестве альтернативы ряду пациенток было предложено проведение надежной, незаслуженно, на наш взгляд, забытой операции Лефора – Нейгебауэра. Однако, несмотря на возраст и наличие самых тяжелых форм пролапса, пациентки отказались от оперативного вмешательства, исключаящего в последующем возможность половой жизни, в связи с чем для коррекции пролапса гениталий у них была выбрана тотальная экстраперитонеальная кольпопексия проленовым протезом. У 7 (41%) больных во время тотальной экстраперитонеальной кольпопексии проленовый протез был разрезан на переднюю и заднюю части. В 2 случаях это было обусловлено выраженной рубцовой деформацией купола влагалища после ранее перенесенной гистерэктомии, а в 5 случаях – наличием матки или культи шейки матки.

Перед проведением операции мы ставили перед собой следующие задачи:

- устранить симптомы заболевания;

- восстановить нормальные анатомические взаимоотношения всех органов, участвующих в пролапсе;
- использовать хирургические технологии, наиболее подходящие для решения перечисленных задач.

Все операции были проведены без особых технических сложностей. Максимальный объем кровопотери не превышал 200 мл. Следует отметить одно интраоперационное осложнение: при инсталляции тотального протеза была нарушена целостность передней стенки прямой кишки. Стенка кишечника была восстановлена интраоперационно без негативных последствий.

В послеоперационном периоде у ряда пациенток 1-й и 3-й групп отмечено нарушение акта мочеиспускания – полная или частичная задержка мочи. Эта проблема наблюдалась у 60% пациенток, перенесших переднюю экстраперитонеальную кольпопексию. Данное осложнение, вероятно, было обусловлено частичной денервацией мочевого пузыря во время установки протеза, а также естественным послеоперационным отеком парауретральных и паравагинальных тканей. После проведения противовоспалительной терапии и применения препаратов, повышающих тонус детрузора, у всех пациенток на 4–5-е сутки после операции восстановилось нормальное мочеиспускание.

Эффективность операции оценивалась спустя 2–4 месяца после проведения хирургического вмешательства по степеням пролапса гениталий согласно классификации Бадена-Уолкера, а также по следующим показателям: отсутствие эрозии стенок влагалища, отсутствие сморщивания и/или диспозиции аллопласта.

Результаты

Через 2–4 месяца все оперированные нами пациентки отмечали положительный эффект от перенесенной операции. В 3-й группе больных эрозии стенок влагалища не выявлено. Эрозия стенок влагалища и частичная экспульсия протеза отмечена у 7 (4,2%) больных 1-й группы и у 2 (4,2%) – 2-й группы. Площадь эрозии не превышала 1,5 см². Для устранения этого осложнения 4 пациентки 1-й группы оперированы в условиях стационара (проведены частичное иссечение протеза, наложение вторичных швов на слизистую оболочку влагалищной стенки). У остальных больных площадь эрозии не превышала 0,1 см², в связи с чем эпителизации влагалищной стенки удалось достичь в амбулаторных условиях.



По данным УЗИ, частичное сморщивание пролезового протеза выявлено в 9 (5,45%) случаях в 1-й группе, в 2 (4,2%) – во 2-й и в 1 (5,9%) – в 3-й. Частичное сморщивание протеза клинически никак не проявлялось, фиксация стенки влагалища оценивалась как удовлетворительная.

В 1-й и 3-й группах после проведения коррекции пролапса гениталий во всех наблюдениях степень опущения соответствовала первой по классификации Бадена-Уолкера. Во 2-й группе у 5 (29,4%) пациенток состояние оперированной задней стенки влагалища соответствовало II степени опущения, а у остальных – I. И все-таки у 72 (44%) пациенток 1-й группы и у 4 (23,5%) 2-й отмечено прогрессирование опущения противоположной стенки. У 14 (18,4%) из них опущение неоперированной стенки влагалища впоследствии достигло III–IV степени, в связи с чем они были оперированы повторно, также с применением пролезового протеза. Это обстоятельство можно объяснить изменением вектора внутрибрюшного давления после фиксации одной из влагалищных стенок синтетическим, практически нерастягивающимся протезом. Все сказанное вынуждает нас более критически оценивать степень опущения влагалищных стенок и своевременно ставить вопрос об укреплении протезом, в том числе не доминирующей в пролапсе стенки влагалища.

В 3-й группе у 2 (11,7%) пациенток отмечено выпадение купола влагалища между двумя частями протеза (этим пациенткам протез во время

операции был рассечен на 2 части – переднюю и заднюю), причем стенки влагалища были фиксированы хорошо. В этих случаях произошло чрезмерное растяжение тканей в области купола влагалища и их пролабирование между частями протеза. Среди неудовлетворительных результатов в 3-й группе больных отметим 1 случай смещения проксимального отдела протеза (в области купола влагалища), что явилось причиной так называемого бокового смещения купола влагалища. Всем 3 пациенткам была произведена лапароскопическая сакровагинопексия с удовлетворительными отдаленными результатами.

Заключение

Применение пролезовых протезов для экстраперитонеального укрепления тазового дна в пожилом возрасте является эффективным методом лечения. При соблюдении оперативной техники он сопровождается минимальным числом осложнений, которые в основном легко устранить. Однако мы считаем, что данный метод должен занимать четко определенную нишу, его следует применять только для лечения тяжелых (III–IV степени) и рецидивных форм пролапса, в основном среди женщин, достигших пожилого возраста. Необходима также оценка состояния сфинктера уретры с помощью УЗИ у пациенток с опущением передней стенки влагалища тяжелой степени, позволяющая своевременно выявить и подвергнуть коррекции скрытую форму стрессового недержания мочи при данной патологии. ©

Литература (References)

1. Буянова СН, Смольнова ТЮ, Иоселиани МН, Куликов ВФ. К патогенезу опущения и выпадения внутренних половых органов. Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. 1998;(1):77–9. (Buyanova SN, Smol'nova TYu, Ioseliani MN, Kulikov VF. [On the pathophysiology of ptosis and prolapse of internal genitals]. Vestnik Rossiyskoy assotsiatsii akusherov-ginekologov. 1998;(1):77–9. Russian).
2. Буянова СН, Щукина НА, Журавлева АС. Эффективность использования сетчатых протезов при осложненных формах пролапса гениталий. Российский вестник акушера-гинеколога. 2009;(1):76–81. (Buyanova SN, Shchukina NA, Zhuravleva AS. [Efficiency of using mesh prostheses in complicated forms of genital prolapse]. Rossiyskiy vestnik akushera-ginekologa. 2009;(1):76–81. Russian).
3. Смольнова ТЮ, Буянова СН, Савельев СВ, Петрова ВД. Дисплазия соединительной ткани как одна из возможных причин недержания мочи у женщин с пролапсом гениталий. Урология. 2001;(2):25–30. (Smol'nova TYu, Buyanova SN, Savel'ev SV, Petrova VD. [Connective tissue dysplasia as one of potential reasons of urine incontinence in females with genital prolapse]. Urologiya. 2001;(2):25–30. Russian).
4. Rinne KM, Kirkinen PP. What predisposes young women to genital prolapse? Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1999;84(1):23–5.
5. Norton PA, Baker JE, Sharp HC, Warenski JC. Genitourinary prolapse and joint hypermobility in women. Obstet Gynecol. 1995;85(2): 225–8.
6. Woodman PJ, Swift SE, O'Boyle AL, Valley MT, Bland DR, Kahn MA, Schaffer JI. Prevalence of severe pelvic organ prolapse in relation to job description and socioeconomic status: a multicenter cross-sectional study. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2006;17(4):340–5.
7. Буянова СН, Савельев СВ, Петрова ВД, Шойбонов БЖ, Муравьева ТГ, Федоров АА, Лукашенко СЮ. Роль дисплазии соединительной ткани в патогенезе пролапса гениталий и недержания мочи. Российский вестник акушера-гинеколога. 2005;(5):19–23. (Buyanova SN, Savel'ev SV, Petrova VD, Shoybonov BZh, Murav'eva TG, Fedorov AA, Lukashenko SYu. [Role of connective tissue dysplasia in the pathogenesis of genital prolapse and urinary incontinence]. Rossiyskiy vestnik akushera-ginekologa. 2005;(5):19–23. Russian).
8. Swift S, Woodman P, O'Boyle A, Kahn M, Valley M, Bland D, Wang W, Schaffer J. Pelvic Organ Support Study (POSST): the distribution,



clinical definition, and epidemiologic condition of pelvic organ support defects. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;192(3):795–806.

9. Jha S, Moran PA. National survey on the management of prolapse in the UK. *Neurourol Urodyn.* 2007;26(3):325–31.
10. Carey M, Higgs P, Goh J, Lim J, Leong A, Krause H, Cornish A. Vaginal repair with mesh versus colporrhaphy for prolapse: a randomised controlled trial. *BJOG.* 2009;116(10):1380–6.
11. Martan A, Svabik K, Masata J, El-Haddad R, Pavlikova M. Correlation between stress urinary incontinence or urgency and anterior compartment defect before and after sur-

gical treatment. *Ceska Gynekol.* 2010;75(2): 118–25.

12. Elmér C, Altman D, Engh ME, Axelsen S, Väyrynen T, Falconer C; Nordic Transvaginal Mesh Group. Trocar-guided transvaginal mesh repair of pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol.* 2009;113(1):117–26.
13. Bai SW, Jeon MJ, Kim JY, Chung KA, Kim SK, Park KH. Relationship between stress urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2002;13(4):256–60.
14. Rosenzweig BA, Pushkin S, Blumenfeld D, Bhatia NN. Prevalence of abnormal urodynamic

test results in continent women with severe genitourinary prolapse. *Obstet Gynecol.* 1992;79(4):539–42.

15. Al-Mandeel H, Ross S, Robert M, Milne J. Incidence of stress urinary incontinence following vaginal repair of pelvic organ prolapse in objectively continent women. *Neurourol Urodyn.* 2011;30(3):390–4.
16. Johnson JD, Lamensdorf H, Hollander IN, Thurman AE. Use of transvaginal endosonography in the evaluation of women with stress urinary incontinence. *J Urol.* 1992;147(2): 421–5.

The experience of the use of synthetic prostheses for treatment of severe genital prolapse in elderly females

Mgeliashvili M.V. • Buyanova S.N. • Marchenko T.B. • Rizhinashvili I.D.

Background: Genital prolapse is one of the most difficult-to-solve problems of gynecology. Rates of relapse after surgical correction of this disorder amounts to 33–40%.

Aim: To analyze the use of alloplastic materials for correction of severe forms of ptosis and prolapse of internal genitals in the elderly.

Materials and methods: 228 females aged from 60 to 70 with genital prolapse grade III–IV (according to classification by Baden-Walker) were divided into 3 groups depending on the leading anatomical structure in the prolapse. In all patients, extraperitoneal colpopexy with a prolene mesh was performed, with additional perineal plastics, in 165 patients from Group 1 (mean age, 63 years) being an anterior plastics, in 47 patients from Group 2 (mean age, 65 years) – posterior, in 12 patients from Group 3 (mean age, 68 years) – total. Efficacy of surgery was assessed at 2 to 4 months according to degree of genital prolapse, absence of erosions of vaginal walls and absence of the alloplast shrinkage and/or displacement.

Results: Almost in 50% patients, a latent form of urine incontinence was diagnosed that required an urethropexy by a free synthetic loop through a transobturator approach. Frequency of intraoperative complications was low (n=1). Among post-operation complications, 60% patients from Groups 1

and 3 had urination disorders that resolved by days 4–5 after surgery with anti-inflammatory treatment and with the use of agents increasing the detrusor tone. Frequency of vaginal wall erosions and of a partial prosthesis expulsion was 4.2% each in Groups 1 and 2. There were no vaginal wall erosions in Group 3. Clinically insignificant partial shrinkage of the prolene mesh was noted in 4.5, 4.2 and 5.9% of cases in Groups 1, 2 and 3, respectively. After the surgical correction, in 100% of patients from Groups 1 and 3 and in 70.6% of patients from Group 2 their genital prolapse was assessed as having grade I according to Baden-Walker, and in 29.4% of patients from Group 2, as grade II. However, there were many cases of prolapse progression of the contralateral vaginal wall: in 72 (44%) of patients in Group 1 and in 4 (23,5%) in Group 2, that in some cases (18,4%) necessitated the surgery to be repeated.

Conclusion: The use of prolene mesh for extraperitoneal strengthening of the pelvic fundus in the elderly is an effective way of treatment. With strict adherence to proper surgical technique it is associated with a minimal number of complications that are mainly easily eliminated.

Key words: genital prolapse, extraperitoneal colpopexy, prolene mesh, surgery outcome, complications, elderly.

Mgeliashvili Mamuka Vazhaevich – PhD, Senior Research Fellow, Department of Gynecology¹

Buyanova Svetlana Nikolaevna – MD, PhD, Professor, Honored Physician of the Russian Federation, Head of the Department of Gynecology¹

Marchenko Timofey Borisovich – Postgraduate Student, Department of Gynecology¹

✉ 2–55 Kommunisticheskaya ul., Ramenskoe, Moskovskaya obl., 140100, Russian Federation. Tel.: +7 (915) 136 18 30. E-mail: marckela@gmail.com

Rizhinashvili Il'ya Davydovich – PhD, Senior Research Fellow, Consultative and Diagnostics Department¹

¹ Moscow Regional Scientific Research Institute for Obstetrics and Gynecology; 22a Pokrovka ul., Moscow, 101000, Russian Federation