

ОЦЕНКА БЛИЖАЙШИХ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ

Токтар Л.Р., Тотчиев Г.Ф.

РУДН, кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии, Зав. кафедрой проф. В.Е. Радзинский

Несмотря на огромное количество научных работ, посвященных проблеме генитального пролапса, такие практически значимые факторы как изучение состояния здоровья женщин после хирургического лечения ПГ с учетом имеющейся патологии, объема оперативного лечения, возраста и сроков, прошедших после лечения, остаются без должного внимания со стороны исследователей. Целесообразность исследования этого вопроса обусловлена также достаточно высокой частотой послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания. Работа проводилась в рамках программы Федерального агентства по науке и инновациям совместно с Советом по грантам Президента Российской Федерации для поддержки молодых российских ученых - кандидатов наук и их научных руководителей и докторов наук (грант Президента РФ 2006-2007).

При изучении ближайших (в течение месяца после операции) результатов оперативного лечения пролапса гениталий у 453 женщин нами отмечены ранние и поздние послеоперационные осложнения у 27 обследованных. Пациентки были разделены на три группы: репродуктивного (135 пациентка), перименопаузального (161), пожилого и старческого возраста (157). По степени тяжести заболевания обследованные из всех групп друг от друга достоверно не отличались.

В качестве объема оперативного лечения нами выполнялись: гистерэктомия (абдоминальная, влагалищная) с обязательной пластикой стенок влагалища и леваторопластикой, а в ряде случаев и фиксацией купола влагалища к крестцово-остистой связке; различные способы вентрофиксации матки; изолированная пластика стенок влагалища. Хирургическая коррекция стрессового недержания мочи была осуществлена у 34 пациенток, в том числе уретровезиковагинопексия с использованием полипропиленовой сетки – в 27 случаях, TVT – в 7 случаях.

Необходимо отметить, что оперативные вмешательства у пациенток репродуктивного возраста, у которых отмечалась наименьшая продолжительность заболевания, отличались минимальным количеством ранних послеоперационных осложнений (только 1 эпизод задержки мочеиспускания), в то время как у больных перименопаузального и постменопаузального возраста (II и III группы) они встречались в 3-4 раза чаще.

Наиболее распространенным осложнением являлось нарушение самостоятельного мочеиспускания, отмечавшееся у 17 женщин обычно в первые сутки после минимизированного слинга, это были пациентки старших возрастных групп. У трех больных постменопаузального возраста после позадилонной уретровезиковагинопексии самостоятельное мочеиспускание частично восстановилось только к 9 суткам. После выписки из стационара и обучения технике самокатетеризации больные самостоятельно в домашних условиях производили опорожнение мочевого пузыря. Адекватное мочеиспускание восстановилось у всех пациенток к 14 – 17 суткам.

Длительная лихорадка (определялась нами как повышение температуры тела выше 38°C более 5 дней) осложнила ближайший послеоперационный период трем пациенткам из II и III клинических групп (1 и 2 соответственно). Ее причиной явилась гематома параректального пространства, образовавшаяся после выполнения операции – фиксации купола влагалища к крестцово-остистой связке, однако размеры гематом не требовали их опорожнения у семи женщин. Проводилась неспецифическая противовоспалительная терапия с положительным эффектом. Дополнительных оперативных пособий ни в одном случае не потребовалось, достаточный эффект отмечался при консервативном лечении. Только у одной из 8 пациенток с осложненным течением послеоперационного периода вследствие гематомы промежности потребовалась хирургическая ревизия с целью опорожнения гематомы и проведения дополнительного гемостаза.

Из поздних послеоперационных осложнений нами отмечен пузырно-влагалищный свищ, сформировавшийся спустя месяц после влагалищной экстирпации матки и кольпоперинеолеваторопластики у одной пациентки из III группы. Причиной этого осложнения явилось недиагностированное во время операции ранение мочевого пузыря. Пациентка была повторно оперирована через влагалищный хирургический доступ спустя три месяца после гистерэктомии. Последующее наблюдение за ней в течение года свидетельствовало об успешно проведенном лечении.

Таким образом, ближайшие результаты хирургической коррекции пролапса гениталий свидетельствуют о достоверном повышении риска различных осложнений у пациенток пожилого и старческого возраста, с длительным течением патологического процесса, выраженными клиническими проявлениями заболевания и заведомо расширенным объемом оперативного лечения. В связи с чем следует рекомендовать максимально раннюю диагностику несостоятельности тазового дна с последующей хирургической коррекцией этого состояния. Это позволит минимизировать объем вмешательства, снизить анестезиологический риск и риск послеоперационных осложнений и прервать патогенез пролапса гениталий на ранних его этапах (стадия компенсации, ранней и поздней субкомпенсации), т.е. до момента возникновения необратимых дистрофических изменений в тканях промежности.