

Л.В. Лузина, А.Г. Ящук, О.С. Абулхайрова
Башкирский государственный медицинский университет,
Городская клиническая больница № 18,
г. Уфа

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БИОГЕННЫХ МАТЕРИАЛОВ

Опущение и выпадение внутренних половых органов является одной из актуальных проблем оперативной гинекологии. Частота заболевания достигает 28 %. В последние годы отмечается тенденция к «омоложению» и возникновению осложненных и тяжелых рецидивных форм генитального пролапса. Поэтому проблема десценции тазового дна продолжает оставаться в центре внимания врачей смежных специальностей, проктологов и урологов.

В структуре оперативных вмешательств на долю гинекологических операций по поводу пролапса гениталий приходится 15-18 %.

На сегодня отсутствует единая точка зрения на причины развития тазовой десценции. Признание родовой травмы, как главного фактора генитального пролапса, не объясняет патогенеза заболевания у молодых и нерожавших женщин. Определенную роль в генезе опущения и выпадения стенок влагалища и матки играют возрастная гипоэстрогемия, длительное повышение внутрибрюшного давления вследствие тяжелой физической работы, хронической экстрагенитальной патологии (запоры, продолжительный кашель), перенесенные операции на гениталиях и др.

Буянова С.Н. [1] предложила гипотезу о влиянии на патологический процесс системной недостаточности соединительной ткани в виде сочетанного поражения других органов (грыжи, опущения, варикозная болезнь, геморрагические диатезы и др.). Таким образом, в основе опущения и выпадения стенок влагалища и матки у женщин лежит дефект соединительной ткани, приводящий к несостоятельности связочного аппарата матки и стенок влагалища.

Цистоцеле, как правило, возникает в результате отделения внутренней тазовой фасции от сухожильной дуги таза.

Известно более 300 способов хирургического лечения этой патологии, однако частота рецидивов тазовой десценции колеблется от 4 до 40 %. По нашим данным, «иссечение» излишков тканей влагалища не останавливает процесс «старения», атрофических и дистрофических изменений тканей, которые способствуют рецидиву заболевания. Эти обстоятельства требуют новых подходов к выбору хирургической

тактики, оптимизации оперативных вмешательств и противорецидивных технологий.

Цель исследования — разработка и изучение ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения пролапса гениталий с использованием биогенных материалов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В связи с высокой частотой рецидивов тазовой десценции после хирургического лечения опущения и выпадения внутренних половых органов, высок интерес к использованию имплантируемых материалов для восстановления фасциальных дефектов. Известно, что использование нерассасывающихся синтетических материалов приводит к постоянному восстановлению тканевого дефекта, но их применение может вызвать хроническую воспалительную реакцию у реципиента и возникновение ряда побочных осложнений.

По данным J. Depsert, F. Cjaerhout (2005), биологические материалы имеют меньшее число местных побочных эффектов. Рядом авторов было установлено, что консервированные трансплантаты нежизнеспособны и после пересадки подвергаются постепенному лизису и замещению новообразованной тканью реципиента (Seifert К.Е., 1967; Коваленко П.П., 1975). Во Всероссийском центре глазной и пластической хирургии разработана оригинальная технология получения аллогенных биоматериалов «Аллоплант» [2]. Основной эффект заключается в селективной стимуляции регенерации различных видов тканей за счет комбинации гликозаминогликанов с дифференциацией клеточных элементов, приводящей к формированию структурно полноценного регенерата без признаков рубцевания [3].

Подбирая для трансплантации ткани с различной фиброархитектоникой, физико-механическими свойствами и гистохимическим составом, можно прогнозировать свойства регенерата, замещающего пересаженный материал [2]. Результаты морфологических исследований, проведенных в последние годы, позволили разработать новый аспект использования биоматериалов, направленный не на замещение физи-

ческих дефектов тканей, а на стимуляцию регенерации в патологически измененных органах и трофическое обеспечение регенеративного процесса.

В поиске оптимальных технологий лечения пролапса гениталий и с целью дальнейшей профилактики развития рецидива заболевания мы внедрили биогенные материалы «Аллоплант» в хирургию тазового дна. Для хирургической коррекции пролапса гениталий, в частности для укрепления стенок влагалища, использовали биоматериал в виде диспергированной твердой мозговой оболочки (ТМО).

Биоматериал «Аллоплант», приготовленный из твердой мозговой оболочки головного мозга, имеет структуру, свойственную плотной оформленной соединительной ткани, но лишённую клеток. После имплантации биоматериал подвергается медленному лизису макрофагами реципиента и фрагментации.

Одновременно с деградацией, биоматериал постепенно замещается плотной оформленной соединительной тканью (Шангина О.Р., 1999).

Технология ликвидации цистоуретроцеле, создание и укрепление влагалищной стенки заключается в следующем: из передней стенки влагалища выкраивается продольный лоскут различных размеров, в зависимости от той или иной формы дефекта, иногда проводится продольный разрез слизистой без иссечения тканей слизистой оболочки влагалища. Затем слизистая оболочка отсепаровывается в обе стороны, формируется тоннель между слизистой влагалища и тазовой фасцией, куда помещается готовый биоматериал ТМО, далее слизистая оболочка сшивается непрерывным викриловым швом. При наличии ректоцеле аналогичным способом ликвидируется дефект задней стенки влагалища, целостность промежности также восстанавливается непрерывным викриловым швом. В послеоперационном периоде осуществляется ранняя активизация больных, разрешается садиться на вторые третьи сутки.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследованы 150 женщин, страдающих опущением внутренних половых органов, вплоть до их полного выпадения. Ощущение «тяжести» внизу живота, в поясничной области отмечено у 149 (88 %), ощущение инородного тела в области промежности – у 105 (60 %), появление опухолевидного выпячивания из половых путей при натуживании, физической нагрузке, после длительной ходьбы – у 113 (66,6 %). Частое мочеиспускание отмечено у 107 женщин (63,3 %), снижение сексуальной функции – у 97 (57 %), стрессовое недержание мочи – у 15 (8,9 %), диспареуния – у 45 (26,6 %).

При объективном осмотре выявлено: зияние половой щели без натуживания; расхождение лобко-

во-копчиковых мышц в области прикрепления их к стенкам прямой кишки и наружному сфинктеру, наличие кольпоцистоцеле, кольпоуретрального пролапса, гипермобильность матки наблюдались у 68 женщин (40 %), в 70 % случаев на стенках влагалища и шейки матки выявлены декубитальные язвы.

С использованием биоматериала ТМО прооперированы 38 пациенток в возрасте 30-65 лет (средний возраст 36 ± 4 года). После комплексного обследования больные были разделены на три группы. Первую группу составили 12 пациенток с опущением стенок влагалища и формированием цисто- и ректоцеле, 2-ю группу – 18 женщин с неполным выпадением матки, 3-ю группу – 8 больных с полным выпадением матки.

Осложнений во время операции и в раннем послеоперационном периоде не отмечено. При изучении отдаленных результатов через 6, 12, 48 месяцев у всех пациенток наблюдалось формирование стойкого рубца с сохранением эластичности и растяжимости влагалища, отсутствие дизурических явлений. Все женщины отмечали значительное улучшение качества жизни.

ВЫВОДЫ:

1. Применение биоматериала ТМО значительно улучшает результаты оперативного лечения пролапса гениталий в связи с формированием полноценного анатомо-морфофункционального рубца и отсутствием рецидива заболевания.
2. Реконструкция тазового дна применением биогенного материала ММО по своему качеству не уступает пластическим операциям с использованием проленовой сетки.
3. Аллотрансплантация создает широкую возможность забора тканей (трупный материал); биогенные материалы просты в использовании и дешевы, по сравнению с синтетическими аналогами.
4. Применение ТМО является клинически и экономически оправданным способом коррекции пролапса гениталий, открывает новое направление в регенеративной хирургии в гинекологической практике.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Буянова, С.Н. Выбор метода хирургической коррекции пролапса гениталий у женщин репродуктивного возраста: Метод. реком. /Буянова С.Н. – Тбилиси, 1998.
2. Мулдашев, Э.Р. Теоретические и прикладные аспекты создания аллотрансплантатов серии "Аллоплант" для пластической хирургии лица /Э.Р. Мулдашев: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – СПб., 1994.
3. Муслимов, С.А. Морфологические аспекты регенеративной хирургии /Муслимов С.А. – Уфа, 2000.

* * *