

В.Е.РАДЗИНСКИЙ, д.м.н., профессор, В.Д.ПЕТРОВА, д.м.н., профессор, Л.Я.САЛИМОВА, к.м.н., А.С.ПЕРМЯКОВ, к.м.н.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ MESH-СИСТЕМ («ЛИНТЕКС», РОССИЯ)

В ЛЕЧЕНИИ ПРОЛАПСА ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ У ЖЕНЩИН

До сих пор проблема пролапса гениталий остается в центре внимания как акушеров-гинекологов, так и врачей смежных специальностей. В целом данная патология составляет около 28—39% в структуре гинекологических заболеваний. Проблема усугубляется тем, что около одной трети всех указанных пациенток — женщины репродуктивного возраста. И с возрастом пролапс гениталий носит только прогрессирующий характер, приводя к функциональным нарушениям, вызывая тяжелые физические и моральные страдания.

Ключевые слова: гинекологические заболевания, генитальный пролапс, тазовые органы, эндопротез

Среди женщин пожилого и старческого возраста частота пролапса гениталий возрастает до 50—60% и, как правило, сочетается с различными урогенитальными нарушениями. Снижение уровня половых гормонов усугубляет течение генитального пролапса. Таким образом, несмотря на то, что состояние тазового дна беспокоит пациенток всех возрастных групп, распространенность пролапсов значительно увеличивается среди пожилых и старых женщин. В перспективе, в связи с увеличением продолжительности жизни, будет расти и число пролапсов тазового дна.

Тесные анатомические связи между стенкой влагалища, мочевым пузырем и прямой кишкой способствуют тому, что происходит сочетанное опущение органов. Так, проктологические осложнения развиваются у каждой третьей больной с вышеуказанной патологией.

Особое место занимает проблема развития недержания мочи у больных с пролапсом гениталий. Уродинамические нарушения наблюдаются у каждой второй больной с пролапсом.

Частота выпадения купола влагалища после радикальных операций на матке составляет от 0,2 до 43%. Однако истинное число опущений и выпадений культи недооценивается в литературе и мало исследовано.

До настоящего времени многие исследователи отмечают высокую частоту развития рецидивов опущений и выпадений внутренних половых органов и высказывают неудовлетворенность функциональными результатами операций. По нашим данным, частота рецидивов достигает 33,3—40%. Традиционные методики, не являясь высокоэффективными, приводят к частым рецидивам.

Современная и качественная коррекция пролапса гениталий возможна только при выполнении своевременной комплексной диагностики дисфункции тазового дна.

К целям лечения пролапсов гениталий относится восстановление анатомии промежности и тазовой диафрагмы,

а также восстановление нормальной функции смежных органов.

Новая хирургическая концепция «замещения» дефектов с применением имплантатов является очередной ступенью в тазовой хирургии в попытке достигнуть более высокой эффективности.

Рецидивы при использовании синтетических материалов в реконструкции тазового дна варьируют от 5,2 до 8,3%. Разница с результатами без применения синтетических материалов очевидна.

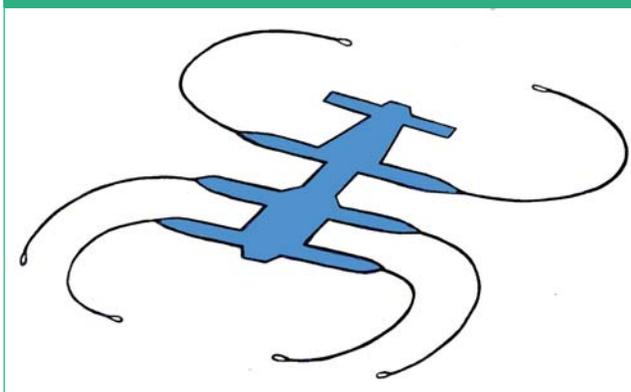
■ Несмотря на то, что состояние тазового дна беспокоит пациенток всех возрастных групп, распространенность пролапсов значительно увеличивается среди пожилых и старых женщин.

В представленном исследовании мы оценивали эффективность трансвагинальной реконструктивно-пластической операции с использованием системы Пелвикс («Линтекс», Россия) для лечения пролапса тазовых органов.

Система для реконструкции тазового дна Пелвикс включает в себя имплантат и набор инструментов, предназначенных для установки эндопротеза.

Сетка выполнена из полипропиленовых мононитей диаметром 0,07 мм, переплетение которых создает уникальную структуру, обеспечивающую повышенную гибкость сетки и устойчивость к растяжению. Сверхлегкий эндопротез (поверхностная плотность — 21 г/м²) для реконструктивной хирургии тазового дна обладает исключительной мягкостью и высокой объемной пористостью (89%). Благодаря сочетанию высоких показателей биоинертности и особых структурно-механических свойств сетка обеспечивает образование в зоне имплантации тонкого и равномерного рубца. Эндопротез обладает высокой устойчивостью к инфекции.

Рис. 1. Схема эндопротеза Пелвик Полный



Имплантат для полной реконструкции тазового дна — Пелвик Полный имеет шесть рукавов: четыре — для фиксации его передней части и два — для фиксации задней части (рис. 1).

■ Новая хирургическая концепция «замещения» дефектов с применением имплантатов является очередной ступенью в тазовой хирургии в попытке достигнуть более высокой эффективности.

Передняя часть протеза (рис. 2) устанавливается как гамак под мочевым пузырем и фиксируется к сухожильной дуге при трансобтураторном доступе. Рукава проводятся через проксимальную и дистальную часть arcus tendineus fascia pelvis (ATFP) и выводятся через кожные разрезы наружу. Задняя часть протеза (рис. 3) укладывается на переднюю стенку прямой кишки, рукава проводятся через медиальную часть lig. sacrospinale и выводятся с двух сторон наружу латеральнее и ниже ануса. Передняя и задняя части соединены перемычкой, которая укладывается в куполе влагалища. Эндопротез Пелвик Полный может быть установлен только после выполнения влагалищной гистерэктомии, тогда как, разделив его пополам, можно произвести реконструкцию переднего и заднего отделов тазового дна при сохраненной матке.

Контингент обследованных. В нашу группу исследования вошли пациентки, имеющие генитальный пролапс. Критериями исключения из группы были наличие смешанных форм недержания мочи, гиперактивного мочевого пузыря. В период с января 2011 г. по июль 2012 г. нами выполнено 24 операции с установкой системы Пелвик для реконструкции тазового дна у женщин с пролапсом тазовых органов. В 37,5% (n = 9) случаев установлен имплантат для полной реконструкции тазового дна, в 37,5% (n = 9) — для восстановления переднего отдела и в 25% (n = 6) — для задней реконструкции тазового дна. Возраст пациенток колебался от 44 до 79 лет (средний возраст — 56±5).

Влагалищная гистерэктомия была произведена у 7 (29%) пациенток. Показанием для удаления матки были следующие заболевания: множественная миома матки с нарушением

функции смежных органов — у 5 (20,8%) больных; полное выпадение матки в сочетании с фоновыми заболеваниями шейки матки — у 2 (8,3%).

Все пациентки были амбулаторно обследованы по стандартной схеме. Из специальных исследований проводили уродинамическое исследование и ультразвуковое сканирование. Степень пролапса определяли клинически, согласно классификации Международного общества контроля мочеиспускания (The International Continence Society), стандартизирующая степень пролапса (POP-Q — Pelvic Organ Prolapse Quantification) (рис. 4).

Основными предоперационными жалобами больных были: ощущение инородного тела во влагалище — у 24 (100%), неудобство при ходьбе — у 17 (70,8%), тянущие боли внизу живота — у 8 (33,3%), запоры — у 11 (45,8%), меноррагии — у 4 (16,6%), затрудненное мочеиспускание — у 7 (29,1%).

Операции были выполнены под спинно-мозговой анестезией — у 19 (79,1%) женщин и под эндотрахеальным наркозом — у 5 (20,8%) пациенток. Длительность операции составляла от 40 до 87 минут и зависела от объема оперативного вмешательства (с экстирпацией матки или без, с полной реконструкцией тазового дна или только переднего или заднего отделов).

Интраоперационных осложнений не было ни в одном случае. Кровопотеря во время операции составила от 100 до 450 мл (в среднем 120 мл).

Рис. 2. Схема эндопротеза Пелвик Передний

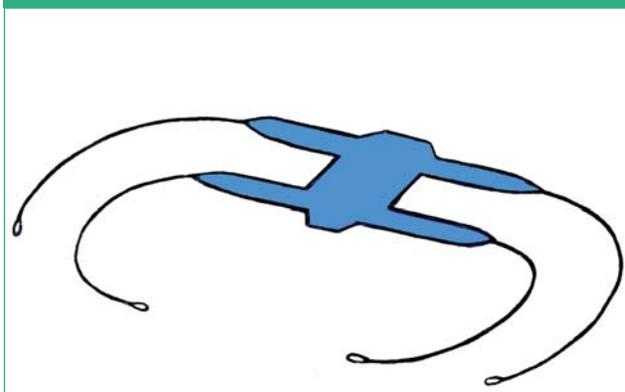


Рис. 3. Схема эндопротеза Пелвик Задний

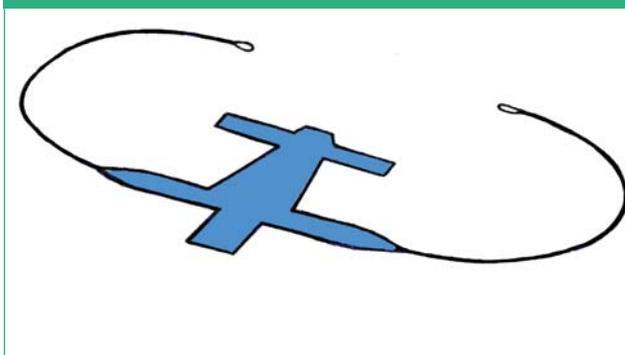
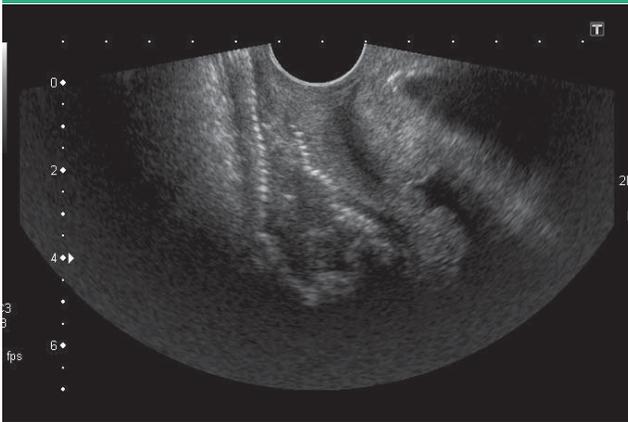


Рис. 4. Ультразвуковая картина эндопротеза Пелвикс Полный



Период наблюдения — от 2 месяцев до 1,5 лет. Осложнений в отдаленном послеоперационном периоде и рецидивов пролапса гениталий не было.

Полученные результаты свидетельствуют об эффективности и безопасности реконструктивно-пластической операции с использованием системы Пелвикс для реконструкции тазового дна при хирургическом лечении пролапса тазовых органов. Однако, несмотря на отсутствие осложнений и рецидивов заболевания, считаем необходимым дальнейшее совершенствование данной методики и анализ отдаленных результатов лечения.



ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян Л.В., Блинова М.А. и др. Современные концепции хирургического лечения опущения и выпадения женских половых органов // Матер. Междунар. Конгресса: Эндоскопия в диагностике, лечении и мониторинге женских болезней. — М., 2000. — С. 622—635.
2. Краснопольский В.И., Буянова С.Н. и др. Профилактика рецидивов выпадения влагалища после влагалищной гистерэктомии // Вестник Рос.ассоц. акуш.-гинеко. — 1998. — №1. — С. 64—66.
3. Перинеология. /Коллективная монография под ред. В.Е.Радзинского. — М.: Издательство «МИА», 2006. — С. 320.
4. Попов А.А. и др. Хирургическое лечение осложненных и неосложненных форм пролапса гениталий // Матер. II Зшс. Форума «Мать и дитя». — М., 2000. — С. 39—41.
5. Радзинский В.Е., Шалаев О.Н., др. Сакроспинальная кольпопексия как профилактика и лечение пролапса гениталий влагалищным доступом. / Матер. IV Рос. Форума «Мать и дитя». — М., 2002. — Ч. 2. — С. 323—324.
6. Радзинский В.Е., Шалаев О.Н. и др. //Опыт реконструкции тазового дна при пролапсе тазовых органов с использованием системы Prolift® // Вестн. Российского университета дружбы народов. — Серия медицина (акуш. и гинеко.). — 2007.— №5. — С. 267—270.
7. Радзинский В.Е. и др. Первый клинический опыт использования системы ПРОЛИФТ для реконструкции тазового дна при хирургическом лечении опущения и выпадения внутренних половых органов. // Акушерство и гинекология. — М., 2007. — № 2. — С. 61—63.
8. Херт Г. Оперативная гинекология. — М., 2003. — С. 96.
9. Beer M., Kuhn A. Surgical techniques for vault prolapsed: a review of the literature // Europ. J. Obstet. Gynaec. Reprod. Biol. — 2005. — Vol. 119. — №2. — P.144—155.
10. Bump R.C., Norton P.A. Epidemiology and natural history of pelvic floor dysfunction // Obstet. Gynaec. Clin. North. Amer. — 1998. — Vol.25. — №4. — P. 723—746.

Полный список литературы вы можете запросить в редакции.

УроСлинг

- высокая клиническая эффективность
- простая и атравматичная установка
- безопасность (успешное применение более 5 лет)
- доступная цена



www.lintex.ru



г. Санкт-Петербург
тел.: (812) 454-01-60, 310-66-71
факс: (812) 310-41-13
e-mail: info@lintex.ru