

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

УДК 618.16-089

*В. Ф. Беженарь, Л. К. Цуладзе, А. А. Цыпурдеева, А. В. Дячук, Л. А. Шулико***НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ПРОЛАПСА ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ — ПЕРВЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ
ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СИСТЕМЫ PROLIFT™***НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта РАМН,**Клиническая больница № 122 им. Л. Г. Соколова ФМБА России, Санкт-Петербург*

Основные тенденции развития современной гинекологии характеризуются стремительным внедрением в практику новых методов хирургического лечения больных с применением малоинвазивных технологий. Использование прогрессивных технологий в медицине изменило взгляды на общепринятую тактику ведения пациенток с различной хирургической патологией. Так, широкое использование в последнее десятилетие малоинвазивных методов в оперативной гинекологии способствовало изменению спектра гинекологических операций, совершенствованию методик, разработке новых типов вмешательств с использованием различных видов энергий, хирургических материалов и инструментов.

В настоящее время у плановых гинекологических больных — учитывая высокий современный уровень клинического обследования при подготовке к оперативному лечению, — выявляются несколько основных проблем требующих оперативной коррекции. Показанием к оперативному лечению является наличие миомы матки, наружного генитального эндометриоза и аденомиоза, наличие сочетания доброкачественных изменений в миометрии и признаков дисплазии соединительной ткани, злокачественные опухоли гениталий. При обследовании женщин с различной гинекологической патологией нередко выявляются и урогинекологические проблемы.

По данным сборной статистики зарубежных и отечественных авторов частота стрессового недержания мочи (СНМ) у женщин составляет 3–36 %. Диагностика и лечения различных форм СНМ остается основной проблемой урогинекологии. Особенно это относится к сложным формам заболевания, включающим в себя стрессовую инконтиненцию в сочетании с пролапсом тазовых органов и рецидивные формы заболевания. По данным ряда авторов коррекция симптомов недержания у таких больных удается лишь в 30–60 % случаев. Основными причинами этого страдания являются тяжелые, затяжные или стремительные роды и различные акушерские пособия, а также ненормированный тяжелый физический труд, травмы промежности.

Не угрожая жизни больной, СНМ вызывает тяжелые физические и моральные страдания. Лечение и реабилитация больных недержанием мочи имеет не только медицинское,

но и социальное значение. Международное общество по удержанию мочи (ICS) определило недержание мочи как основную проблему, требующую углубленного изучения.

Быстрое развитие новых технологий применение медицинских синтетических материалов для коррекции различных видов грыж в хирургии, побудило оперирующих гинекологов внедрить эти материалы при наличии фасциальных вагинальных дефектов и при дисплазии соединительной ткани. Так как существующее многообразие операций при пролапсе гениталий не дает желаемого эффекта, особенно при анализе отдаленных результатов применяемых традиционных методик. На сегодняшний день каждый гинеколог выбирает оптимальный вид операций при наличии пролапса и показаний к хирургическому лечению матки. В этом случае также имеются определенные показания к выбору оперативного доступа, применению того или иного вида лечения с использованием или без синтетических трансплантатов. Все эти подходы являются предметом обсуждения и на сегодняшний день строго не постулируются. Таким образом, при наличии показаний к хирургическому лечению у гинекологических больных часто помимо основного определяющего симптомокомплекса, являющегося основным показанием к операции (менометроррагии, быстрый рост опухоли, болевой синдром и т. д.) достаточно часто выявляется сопутствующая патология тазового дна.

Концепция представленной в данной работе операции с использованием технологии TVM (tension-free vaginal MESH или «трансвагинальное проведение сетки без натяжения») заключается в формировании новой искусственной тазовой фасции (неофасции) вместо разрушенной эндотазовой фасции, что позволяет создать каркас для мочевого пузыря, стенок влагалища и прямой кишки. Данный вид операции является патогенетически обоснованным при необходимости создания неофасций взамен разрушенных (лобково-шеечной и прямокишечно-влагалищной). При этом не только ликвидируются имеющиеся фасциальные дефекты, но и восстанавливается надежная фиксация фасций к стенкам таза, что препятствует патологическому выпячиванию стенок влагалища при повышении внутрибрюшного давления.

Отсутствие натяжения стенки влагалища при использовании полипропиленовой сетки (Gynemesh PS Soft™, ETHICON Women's Health & Urology, Johnson & Johnson Company®, США), сводит к минимуму риск развития дистрофических нарушений слизистой влагалища.

Технология TVM для реконструкции тазового дна и ее патогенетическое обоснование. Система Prolift™ total (ETHICON Women's Health & Urology, Johnson & Johnson Company®, США), для полной реконструкции тазового дна, а также системы Prolift® anterior и Prolift® posterior для реконструкции переднего и заднего отделов тазового дна включают в себя сетчатые имплантаты, выполненные из полипропиленового материала Prolene Soft®, и набор инструментов, предназначенных для установки сетки.

Полипропиленовая сетка выполнена из моноволокон уменьшенного диаметра, переплетенных таким образом, что создается уникальная структура, способствующая увеличению гибкости сетки приблизительно на 50 % по сравнению со стандартной сеткой из материала Prolene. Для вязания петли применяется методика, благодаря которой места соединения волокон закрепляются между собой, обеспечивая эластичность в обоих направлениях. Такая структура позволяет обрезать сетку, придавая ей любую желаемую форму или размер, без распутывания волокон. Данное свойство эластичности в обоих направлениях дает возможность приспособить сетку к различным напряжениям, возникающим в организме. Сетка остается мягкой и гибкой и не оказывает выраженного влияния на нормальное заживление ран. Материал не рассасывается, не подвержен разложению и ослаблению вследствие воздействия ферментов тканей.

Показанием для установки сетчатого имплантата для реконструкции переднего отдела тазового дна (Prolift™ anterior) является опущение передней стенки влагалища с формированием цистоуретроцеле III–IV ст. На передней стенке влагалища существует несколько участков, в которых дефекты тазовой фасции могут привести к ее выпячиванию. Наиболее часто дефект возникает вблизи боковой стенки таза (боковое цистоцеле), где верхняя боковая борозда влагалища соединяется с фасцией, покрывающей внутреннюю запирательную мышцу и мышцу, поднимающую задний проход. Реже выявляется центральное (пульсационное) цистоцеле.

Если стрессовое недержание мочи сочетается с паравагинальными дефектами и избыточной подвижностью (гипермобильностью) шейки мочевого пузыря, то правильно выполненная реконструкция позволяет зафиксировать шейку мочевого пузыря в нормальном положении. При этом сохраняется необходимость в симультанном проведении антистрессовой операции.

Протез устанавливают под мочевым пузырем в виде гамака и подвешивают на сухожильной фасции таза (*arcus tendineus fasciae pelvis*—АТФР). Имплантат имеет четыре рукава, которые фиксируются при трансобтураторном доступе. Рукава проводят через проксимальную и дистальную части АТФР и выводят через кожные разрезы наружу.

Показанием для установки сетчатого имплантата при реконструкции заднего отдела тазового дна (Prolift™ posterior) является опущение задней стенки влагалища с формированием энтеро- и ректоцеле II–III ст.

Имплантат имеет два рукава. Протез укладывают на переднюю стенку прямой кишки, рукава проводят через медиальную часть *lig. sacrospinale* и выводят с двух сторон наружу латеральнее и ниже ануса.

Показанием к установке сетчатого имплантата для полной реконструкции тазового (Prolift™ total) дна является опущение передней и задней стенок влагалища II–III ст., полное выпадение матки и стенок влагалища. Имплантат имеет шесть рукавов: четыре — для фиксации его передней части и два — для фиксации задней части (рис. 1). Передняя и задняя части соединены перемычкой, которая укладывается в куполе влагалища или фиксируется к шейке матки. Протез (целиком) 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.

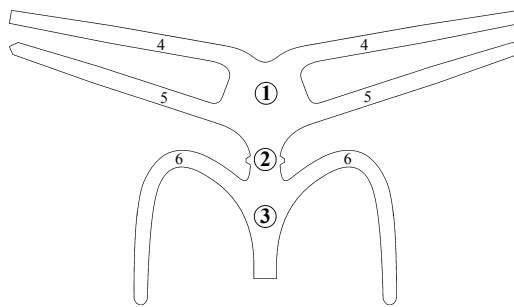


Рис. 1. Синтетический протез для полной тазовой реконструкции Prolift™

Противопоказаниями к установке сетчатых имплантатов являются гнойно-воспалительные заболевания органов малого таза, тяжелые соматические состояния и анемия. Изделие не обладает достаточной способностью к растяжению, поэтому после перенесенной операции роды возможны только путем кесарева сечения.

Возможными осложнениями при установке имплантата являются:

- ранения уретры, мочевого пузыря, стенки прямой кишки (вследствие близкого расположения указанных анатомических структур);
- ранения п. obturatorius, а. и v. obturatorius при неправильном проведении канюли через обтураторное отверстие (латеральную часть);

- ранения n. pudendalis, а. и в. pudendalis при проведении канюли через крестцово-остистую связку;
- послеоперационные гематомы (с учетом широкой мобилизации мочевого пузыря и прямой кишки);
- гнойно-воспалительные процессы;
- образование свищей (пузырно-влагалищных, прямокишечно-влагалищных);
- отторжение имплантата.

С ноября 2005 г. нами были выполнены 32 операции с установкой системы Prolift™ для реконструкции тазового дна у женщин с опущением и выпадением внутренних половых органов. Сетка Prolift™ Total была установлена в 18 случаях (55,2 %), изолированный передний трансплантат Prolift™ anterior — в 4 (12,5 %), изолированный задний протез Prolift™ posterior — в 10 (31,2 %) случаях.

Влагалищная гистерэктомия была произведена у 18 женщин (56,2 %), лапароскопически-ассистированная влагалищная гистерэктомия (LAVH) — у одной (3,1 %), абдоминальная гистерэктомия у одной (3,1 %), манчестерская операция — у одной больной (3,1 %), пластика малых половых губ также у одной женщины (3,1 %) и задняя кольпоперинеолеваторопластика — у четырех пациенток (12,5 %).

Показаниями для удаления матки явились множественная миома матки (4), множественная миома матки в сочетании с цистаденомой яичника в пре- и постменопаузе (4), полное (9) и неполное выпадение матки в сочетании с заболеваниями шейки матки (12).

Шесть женщин (20,7 %) были оперированы в связи с рецидивом пролапса (3), ректо- и энтероцеле (2) или цистоцеле (1), наступившим после перенесенных ранее пластических операций на стенках влагалища. Больным с инконтиненцией в 13 случаях дополнительно выполнена субуретральная пластика петлей TVT-O® (Ethicon Women's Health & Urology, Johnson & Johnson, США). Возраст больных колебался от 45 до 76 лет (средний возраст $56,3 \pm 4,7$ лет).

Основными жалобами больных были: ощущение инородного тела во влагалище (11), неудобство при ходьбе (7), тянущие боли внизу живота (3), диспареуния (6), констипация (4), меноррагии (5), затрудненное мочеиспускание (3).

Всем женщинам проводился комплекс разработанных диагностических исследований. Предоперационная подготовка не отличалась от общепринятой при пластических операциях на стенках влагалища.

Операции были выполнены под спинально-эпидуральной анестезией у 11 больных, под спинальной — у 6, под эпидуральной — у 4, под комбинированной спинально-эпидуральной с ИВЛ — у 8 женщин.

Длительность операции колебалась от 45 до 280 мин и зависела от объема оперативного вмешательства (с экстирпацией матки или без нее).

Интраоперационных осложнений не было. Кровопотеря во время операций составляла 20–250 мл (в среднем 100 мл).

Сроки пребывания в стационаре варьировали от 5 до 10 суток, и в среднем составили 7 дней.

Ранний послеоперационный период у всех больных протекал без осложнений. За период наблюдения от 1 до 18 месяцев отмечен один рецидив бокового цистоцеле у пациентки 66 лет после влагалищной гистерэктомии в сочетании с Prolift™ anterior и кольпоперинеолеваторопластикой. Рецидив связан со смещением протеза с левой стороны спереди. Больной выполнена повторная операция с применением MESH по методике Pigne.

В другом случае, у пациентки 64 лет, через 1 месяц после установки системы Prolift™ Total выявлено частичное инфицирование протеза в области его передней ножки слева. Произведена операция, вскрытие и дренирование абсцесса рецидива пространства, иссечение части трансплантата. Послеоперационный период прошел без осложнений.

Таким образом, общее число поздних послеоперационных осложнений составило 6,2 %. В остальных случаях осложнений связанных с трансплантатом (симптоматическое сморщивание тканей, эрозия слизистой влагалища, неудовлетворительные анатомические результаты, инфицирование и др.) не выявлено. При наблюдении в течение 12 месяцев за больными с инконтиненцией, которым была дополнительно выполнена операция TVT-O®, рецидивов выявлено не было.

Таким образом, несмотря на незначительный собственный опыт выполнения операций с использованием системы Prolift™ для реконструкции тазового дна и непродолжительный период наблюдения за этими пациентками, можно сделать следующие предварительные выводы.

Технология TVM с установкой системы Prolift™ для реконструкции тазового дна является эффективной операцией при лечении опущения и выпадения внутренних половых органов и имеет целый ряд преимуществ. К ним относятся: малая травматичность, хороший косметический эффект, возможность (почти во всех случаях) выполнить операцию под спинальной или эпидуральной анестезией.

Патогенетически обоснованная концепция операции позволяет существенно улучшить отдаленные результаты при хирургическом лечении больных с опущением и выпадением внутренних половых органов.

Summary

Bezhenar' V. F., Tsuladze L. K., Tsypurdeyeva A. A., Diachuk A. V., Shuliko L. New possibilities of surgical treatment of genitalia prolapse in women — the first clinical trial of prolift™ System

32 operations were performed with the use of prolift™ for the reconstruction of the pelvic floor in women with lowering and prolapse of the pelvic floor organs. Late complications were not recorded. Follow-up postoperative complications were 6,2 % The advantages of the operation are high clinical efficacy and low strain.

Key words: pelvic floor, prolapse, surgical reconstruction, Prolift