

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СЕТЧАТЫХ ИМПЛАНТАТОВ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ГЕНИТАЛЬНОГО ПРОЛАПСА

© А. Н. Плеханов

Дорожная клиническая больница ОАО РЖД, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность проблемы

С начала 90-х годов прошлого столетия начался переход от традиционной хирургии вагинального пролапса к лапароскопической кольпопексии, лапароскопической операции Берча, с тем чтобы снизить частоту рецидивов путем использования сетчатых протезов. В 1995 г. Ulmsten and Petros разработали TVT (tension-free vaginal tape operation), пластику свободной синтетической петель, а в 2001 г. впервые вышла работа Delmas с результатами операций по поводу недержания мочи при напряжении у женщин с использованием трансобтураторного расположения проленовой петли, эти слинговые операции стали золотым стандартом в лечении стрессорного недержания мочи (TVT, TVT-O, урослинг, TVT-S). С тех пор постоянно разрабатываются и внедряются новые модификации данной методики, направленные на повышение эффективности операции и уменьшение количества осложнений. Следующим этапом стало активное использование Mesh-сетки, а затем экстраперитонеальной вагинопексии для реконструкции тазового дна при вагинальном пролапсе.

Материал и методы

В условиях Городского центра эндовидеохирургии Елизаветинской больницы и Дорожной клинической больницы ОАО РЖД с 2004 по 2009 г. нами было выполнено 115 операций по коррекции пролапса гениталий с использованием малоинвазивных доступов. В исследуемые группы входили пациентки с опущением и выпадением гениталий, требующие хирургического лечения.

Решение об объеме хирургического лечения принималось индивидуально, и прежде всего с учетом возраста. Более молодым пациенткам и женщинам, активно живущим половой жизнью, выполнялись операции с использованием лапароскопического доступа с сохранением матки (лапароскопическая сакровагинопексия, лапароскопическая апоневротическая вагинопексия, лапароскопическая операция Берча).

Больным пожилого возраста в случаях рецидивных форм пролапса производились операции с использованием проленовых протезов.

Кроме того, при наличии стрессорного недержания мочи при напряжении одномоментно про-

водилась его коррекция трансобтураторной операцией с использованием меш-слинга.

Результаты

Мы произвели 41 операцию комбинированным доступом, среди которых выполнено 29 лапароскопических апоневротических вагинопексий и 12 лапароскопических сакровагинопексий. Все эти операции были произведены в сочетании с влагалищной гистерэктомией. При наличии пролапса передней стенки в 12 случаях выполнялась Меш-пластика (3 случая) передней стенки влагалища и передняя вагинальная экстраперитонеальная реконструкция тазового дна (9 операций). У 8 пациенток со стрессорным недержанием мочи хирургическое лечение дополнялось антистрессорной операцией. Все операции выполнялись под эндотрахеальным наркозом. Длительность операции зависела от количества методик (этапов), выполняемых в каждом конкретном случае. Средний возраст больных составил $47 \pm 3,2$ года.

Интраоперационных осложнений не было. В одном наблюдении после лапароскопической апоневротической вагинопексии через 2 месяца после операции был диагностирован рецидив — полное выпадение влагалища. Данной пациентке была выполнена повторная операция — тотальная вагинальная экстраперитонеальная реконструкция тазового дна с хорошим результатом. Все остальные пациентки отмечали, что цели, поставленные перед операцией, были достигнуты. Во всех наблюдениях пациентки отмечали улучшение качества жизни.

Проводя сравнительный анализ выполненных лапароскопических апоневротических вагинопексий и лапароскопических сакровагинопексий, мы не отмечали существенных различий в результатах операций по субъективным оценкам прооперированных пациенток. С точки зрения техники выполнения операции вариант лапароскопической апоневротической вагинопексии более прост для исполнения, нежели лапароскопическая сакровагинопексия, особенно при выполнении данных операций у больных с выраженным ожирением. Данные операции показаны более молодым пациенткам, активно

живущим половой жизнью. Показательно, что ни в одном случае после данных операций жалоб на проблемы с половой жизнью предъявлено не было.

Таким образом, при всех вмешательствах осуществлен адекватный индивидуальный подход как с точки зрения количества этапов операции, так и с технической точки зрения.

Влагалищные операции с целью коррекции пролапса гениталий произведены у 38 женщин. Нами было выполнено 7 (18,4%) передних кольпоррафий с использованием меш-софт, 14 (36%) передних экстраперитонеальных кольпопексий, 8 (21,1%) задних и 9 (23,7%) тотальных экстраперитонеальных кольпопексий (использовались системы Prolift и «Пелвикс»). У 19 из этих пациенток (50%), желающих сохранить матку и не имеющих органической патологии, объем операции ограничился только установкой протеза, а у остальных производилась влагалищная гистерэктомия в сочетании с имплантацией сетки. Характеристика пациенток представлена в таблице.

18 (47,4%) пациенткам был проведен эндотрахеальный наркоз, а в 20 (52,6%) случаях использовалась спинальная анестезия. С профилактической целью всем пациенткам за 30 мин до операции внутривенно вводились антибиотики (Медоцеф, Цефобид). Интраоперационных осложнений ни в одном случае отмечено не было. В 2-х случаях (5,3%) наблюдались осложнения в виде эрозий слизистой влагалища с пролабированием проленовой сетки. Данный фрагмент иссекался, назначался курс «Овестина» (в форме влагалищных свечей), дефект слизистой благополучно эпителизировался через 2–3 недели.

С приобретением опыта по использованию данной методики и ее совершенствованию, в частности уменьшение длины разреза слизистой влагалища, отказ от иссечения избытков слизистой, ушивание раны без натяжения — данных осложнений не наблюдалось.

Изучены отдаленные результаты в сроки от 2 месяцев до 2 лет. Большинство прооперированных женщин были удовлетворены результатами операций. Всеми было отмечено улучшение качества жизни, связанного со здоровьем. Лишь у одной пациентки сохранялся дискомфорт, обусловленный, по ее словам, наличием протеза.

При этом объективных видимых патологических изменений выявлено не было. В виду малого количества осложнений при анализе не удалось выявить предрасполагающие факторы риска их развития.

У 6 пациенток со стрессорным недержанием мочи произведена лапароскопическая модификация операции Берча. В результате хирургического лечения данным методом у всех прооперированных пациенток были устранены симптомы стрессорного недержания мочи. Послеоперационный койко-день составил $5 \pm 0,4$. Осложнений не было. Наблюдение за данными пациентками (максимально 7 лет) не выявило рецидивов заболевания.

Выполнено 53 операции с использованием меш-слингов (5 TVT, 48 — TVT-О и «Урослинг»). Во всех случаях позадилоного слинга был достигнут требуемый результат — недержание мочи было устранено. Интраоперационных осложнений не было. В одном наблюдении в послеоперационном периоде диагностировано эрозирование сеткой слизистой влагалища. Пролабирующий участок сетчатого протеза был иссечен. Назначались свечи «Овестин» № 10. Через 2 недели была отмечена полная эпителизация данного участка слизистой. Надо отметить, что данное осложнение не повлияло на результат операции.

Нами выполнено 45 операций обтураторным методом. Интраоперационных осложнений не зарегистрировано. У 43 пациенток мочеиспускание стало нормальным сразу после операции. В послеоперационном периоде двое больных отметили полную нормализацию функции мочеиспускания только через 1,5 месяца после операции. Очевидно, это было связано с чрезмерным натяжением сетчатого протеза. Эрозий влагалища отмечено не было. По нашему мнению, трансобтураторный метод имеет преимущества перед позадилоным проведением петли.

Если во втором случае стилет позадилоно проводится вслепую, что ведет к высокому риску повреждения мочевого пузыря, то в случае выполнения обтураторного варианта проведение стилета абсолютно контролируется хирургом. Соответственно, во втором варианте обязательно выполнение диагностической цистоскопии.

Таблица

	Меш-софт n=7	Передняя кольпопексия n=14	Задняя кольпопексия n=8	Тотальная кольпопексия n=9	Всего n=38
Средний возраст, лет	56,2±8,5	63,2±6,4	63,2±6,4	67,4±6,5	61,0±10,3
Количество родов	2	2	2	2	2
Гистерэктомия в анамнезе	0	2	1	3	3

Тем не менее обе эти методики имеют следующие неоспоримые преимущества перед другими антистрессовыми операциями: обладают высокой эффективностью, являются минимально инвазивными манипуляциями, могут выполняться под местной или общей анестезией, их можно использовать при сочетанных операциях, сопровождаются минимальным количеством интра- и послеоперационных осложнений.

Частота эрозий влагиалища после введения сетчатых протезов колеблется, по данным литературы, от 0 до 30 % (П. вон Теобальд, 2006). В наших исследованиях мы наблюдали 3 (3,3 %) эрозии стенки влагиалища. Было произведено иссечение пролабирующих участков сетки, с последующим назначением вагинальных свечей «Овестин». В остальных наблюдениях сетчатый протез благо-

получно пророс окружающими тканями. Полного отторжения сетчатого протеза, требующего удаления сетки, мы не наблюдали.

Заключение

Анализируя данные литературы и результаты собственных исследований, мы считаем перспективным использование сетчатых имплантатов и лапароскопических методик в лечении опущения и выпадения половых органов. Важнейшей составляющей хорошего результата хирургического лечения у пациенток с пролапсом является строгое соблюдение показаний и противопоказаний к операции с учетом анамнеза, возраста, сопутствующей патологии, характера и особенностей пролапса, нарушений функции тазовых органов, наличия или отсутствия половой жизни.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ САКРОКОЛЬПОПЕКСИЯ И ОПЕРАЦИЯ PROLIFT В ХИРУРГИИ ГЕНИТАЛЬНОГО ПРОЛАПСА

© А. А. Попов, Т. Н. Мананникова, М. Р. Рамазанов, А. А. Федоров, И. В. Краснопольская, О. В. Мачанските, М. А. Чечнева, Б. А. Слободянюк, К. Н. Абрамян

Московский областной НИИ акушерства и гинекологии, Москва, Россия

Цель исследования

Сравнить результаты лечения пролапса гениталий лапароскопической сакрокольпопексией и методом вагинальной экстраперитонеальной кольпопексией по технологии Prolift.

Материал и методы

Лапароскопическая сакрокольпопексия произведена у 275 пациенток, страдающих пролапсом гениталий II–IV стадии по классификации POP-Q. У большинства пациенток (81 %) сакрокольпопексия сочеталась с гистерэктомией лапароскопическим доступом. С 2005 года начато выполнение вагинальной экстраперитонеальной кольпопексии (операция Prolift). Синтетический протез был применен у 225 пациенток с симптомным ОиВВПО, причем у 59 пациенток в анамнезе уже имелись оперативные вмешательства по поводу генитального пролапса. Более чем у половины пациенток хирургическое вмешательство было сочетанным. Так, у 35 % (79 пациенток) вагинальная экстраперитонеальная кольпопексия сочеталась с экстирпацией матки, а у 43 пациенток (19 %) с стрессовым недержанием мочи — с трансобтураторной уретропексией по методу TVT-Obturator.

Результаты

Анализированы интра- и послеоперационные осложнения. Кровопотеря, превышающая

500 мл, имела место только у двух пациенток, оперированных по технологии Prolift. При лапароскопической сакрокольпопексии выявлены ранения мочевого пузыря в 2 случаях (0,7 %). В 1 (0,4 %) случае после сакрокольпопексии развилось редкое осложнение — люмбосакральный спондилодисцит, что потребовало повторной лапароскопии, отсечение протеза от промонториума, длительной антибиотикотерапии с благоприятным исходом.

При вагинальном доступе перфорация мочевого пузыря произошла у 2 пациенток (0,9 %), стенки прямой кишки — у 1 пациентки (0,4 %). Характерное и наиболее часто встречающееся послеоперационное осложнение при Prolift — гематома клетчаточных пространств малого таза — отмечена у 6 пациенток (2,7 %). После лапароскопической сакрокольпопексии забрюшинная гематома наблюдалась только у 1 пациентки (0,4 %). Эрозии влагиалища после лапароскопической операции встречались в 2 (0,7 %) случаях, после вагинального доступа у 9 пациенток (3,6 %), что связано с наличием обширного разреза слизистой влагиалища.

Заключение

Выполнение лапароскопической сакрокольпопексии целесообразно пациенткам, активно живущим половой жизнью, т. к. отсутствие раз-