

периоде: в 2 случаях визуализировалось смещение импланта Prolift Posterior, и у 1 пациентки отмечалось формирование ректоцеле при натуживании под нижним краем задней части импланта. Кроме того, наличие ректоцеле при нормальном расположении в малом тазу Prolift Posterior было диагностировано у 2 (3,2%) больных. Эти случаи мы не рассматривали как рецидивы ректоцеле, т. к. в результате оперативного лечения произошло значительное улучшение анатомических взаимоотношений между структурами тазового дна: от тяжелой стадии пролапса задней стенки влагалища (IV–III) и декомпенсированной 3 степени ректоцеле до незначительно выраженного опущения (I–II стадия) и отсутствия или 1 степени бессимптомного ректоцеле.

Заключение

В нашем исследовании выполнение УЗИ тазового дна у пациенток до операции подтвердило наличие ректоцеле у всех больных, эхографические признаки недостаточности мышц тазово-

го дна и несостоятельности соединительной ткани были выявлены у большинства (83,9%) больных. В такой ситуации хирургическая коррекция ректоцеле традиционными способами с использованием собственных «неполноценных» тканей пациентки, вероятно, имела бы невысокую эффективность. Создание же «неофасции» с помощью проленового импланта Prolift Posterior позволило устранить фасциальные дефекты (73,7%), восстановить прочную фиксацию фасций к стенкам таза, ликвидировать ректоцеле (92,0%). Выполнение УЗИ тазового дна в послеоперационном периоде было необходимым для визуализации расположения MESH в полости малого таза по отношению к прямой кишке, т. е. для оценки анатомического и функционального результата хирургического лечения ректоцеле. Статистически значимое снижение ($p < 0,001$) частоты недостаточности мышц тазового дна, устранение ректоцеле ($p < 0,001$) и дефектов ректовагинальной фасции ($p < 0,01$) объективно доказывает эффективность данного способа хирургического лечения ректоцеле.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СИСТЕМЫ PROLIFT ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ РЕКТОЦЕЛЕ ПРИ ОПУЩЕНИИ И ВЫПАДЕНИИ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У ЖЕНЩИН

© В. Ф. Беженарь¹, Е. В. Богатырева²

¹ НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта СЗОРМН;

² Санкт-Петербургский медицинский университет им. акад. И. П. Павлова, кафедра акушерства и гинекологии, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность проблемы

Пролапс тазовых органов (ПТО) на протяжении многих лет остается достаточно распространенным гинекологическим заболеванием. Ректоцеле (дивертикулообразное выпячивание передней стенки прямой кишки в сторону влагалища) этиологически и патогенетически связано с пролапсом гениталий и является проявлением дисфункции тазового дна. Высокий уровень рецидивов (20–43% по данным А. М. Аминова, 1979; Г. И. Воробьева, 2001; А. Б. Смирнова и соавт., 2006; Y. Abramov et al., 2003, 2004), неудовлетворительные функциональные результаты после оперативного лечения ректоцеле традиционными способами стимулировали развитие новых подходов к хирургической коррекции данного заболевания.

Цель исследования

Определение эффективности применения системы для реконструкции тазового дна у женщин Prolift™ (ETHICON “Women’s Health & Urology”

Johnson & Johnson Company, США) в лечении ректоцеле при пролапсе тазовых органов.

Материал и методы

В исследование были включены 62 пациентки в возрасте от 42 до 87 лет, средний возраст составил $58,0 \pm 3,2$. При гинекологическом исследовании пролапс задней стенки влагалища (точка Bposterior) II стадии диагностирован у 19 (30,60%) человек, III стадии — у 32 (51,6%) больных, IV стадии — в 11 (17,7%) случаях (классификация POP-q, ICS, 1996). При ректальном исследовании ректоцеле 2 степени (по классификации В. Д. Федорова и Ю. В. Дульцева, НИИ проктологии МЗ РФ, 1984) было диагностировано у 28 (45,2%) больных, ректоцеле 3 степени выявлено в 34 (54,8%) случаях. Из них у 9 (14,4%) больных был выявлен рецидив ректоцеле, который возник после перенесенной ранее задней кольпоррафии с перинеолеваторопластикой. В 35 (56,4%) случаях отмечалось недержание мочи при напряжении (НМНН) 2–3 типа (классификация ICS,

2002). Основным объемом оперативного лечения являлась установка проленовых имплантов системы Prolift. При этом Prolift Total был установлен в 42 (67,7%) случаях, изолированный задний протез Prolift Posterior — в 20 (32,3%) случаях. В связи с миомой матки, аденомиозом, полным выпадением матки в 23 (37,1%) случаях выполнена гистерэктомия. Из них у 19 (30,6%) больных — с использованием вагинального доступа, и у 3 (4,8%) пациенток — с применением абдоминального доступа. 9 (14,5%) женщинам в связи с элонгацией шейки матки I–II степени (классификация Б. Л. Рубина, Д. Ф. Каримовой, 1988) произведена ампутация шейки матки. У больных со стрессовым недержанием мочи субуретральная пластика петлей TVT-Obturator (ETHICON “Women’s Health & Urology” Johnson & Johnson Company, США) выполнена в 34 (54,8%) случаях, петлей TVT-Secur (ETHICON “Women’s Health & Urology” Johnson & Johnson Company, США) в 1 (1,6%) случае.

Результаты

Интраоперационное осложнение, не связанное с коррекцией ректоцеле, возникло в 1 (1,6%) случае при установке передней части импланта у больной с сочетанным цистоцеле. Ушивание раны было выполнено во время операции под контролем цистоскопии, в послеоперационном периоде выполнялась катетеризация мочевого пузыря (6 суток), проводилась антибактериальная терапия, лечение уросептиками. Общее число ранних послеоперационных осложнений составило 6,4%. Из них у 3 (4,8%) больных течение раннего послеоперационного периода осложнилось формированием гематомы послеоперационной зоны, лечение которой было консервативным. У 1 (1,6%) пациентки, которой был установлен Prolift Total и выполнена антистрессовая операция TVT-O, возникла острая задержка мочеиспускания в течение 18 суток, потребовавшая постоянной катетеризации, физиотерапевтического (электрофорез с Прозерином на низ живота) и медикаментозного (Кардура, Пикамелон) лечения. Тяжелое экстрагенитальное заболевание (генерализованная форма миастении), вероятно, было причиной такого осложнения. Отдаленные результаты хирургического лечения оценивались комплексно с использованием данных анкетирования, гинекологического, ректального обследования больных, а также с применением инструментальных методов — УЗИ тазового дна, эвакуаторной проктографии через 6–12 месяцев после выполненных операций. Эффективность вмешательства составила 95,2%. Полное восстановление или значительное улучшение функции прямой кишки произошло у 59

(95,1%) пациенток. Рецидив ректоцеле (3 степени) и рецидив опущения задней стенки влагалища (по POP-Q III стадия, Bp) в отдаленном послеоперационном периоде возник у 3 (4,8%) пациенток. При этом у 2 из них рецидив ректоцеле можно связать со смещением импланта, а у одной больной — с формированием «низкого» ректоцеле под нижним краем сетки, вероятно, из-за недостаточной ширины стандартной сетки в данном случае. Важно отметить, что у пациенток, прооперированных по поводу рецидива ректоцеле после задней кольпоррафии с леваторопластикой, при наблюдении в отдаленном послеоперационном периоде повторных рецидивов не было отмечено.

Не относится к послеоперационным осложнениям, но заслуживает внимания возникновение пролапса передней стенки влагалища IV стадии у 2 (3,2%) пациенток через 4 месяца после установки Prolift Posterior. При этом пролапса задней стенки влагалища и ректоцеле при клиническом и инструментальном исследовании не определялось. Опущение «неукрепленной» стенки влагалища, вероятно, произошло из-за перераспределения нагрузки абдоминального давления на структуры тазового дна после операции. Эрозия слизистой задней стенки влагалища над сеткой возникла у 1 (1,6%) больной, лечение было консервативным. Случаев отторжения имплантов в нашем исследовании не отмечалось. Таким образом, общее число отдаленных послеоперационных осложнений составило 4 (6,5%).

При наблюдении за больными с недержанием мочи при напряжении, которым были выполнены операции TVT-O и TVT-Secur, в течение 12 месяцев рецидивов стрессовой инконтиненции не выявлено.

Заключение

Результаты исследования подтверждают анатомическую и функциональную эффективность малоинвазивных реконструктивно-пластических операций с установкой системы Prolift при оперативном лечении ректоцеле в случае рецидивной и/или декомпенсированной формы ректоцеле в сочетании с тяжелыми стадиями пролапса тазовых органов (III–IV стадия по POP-Q). Низкая частота интраоперационных (1,6%), ранних послеоперационных (6,4%) осложнений, а также низкая частота рецидивов (4,8%) ректоцеле характеризует установку системы Prolift как достаточно безопасный и эффективный метод хирургического лечения первичных и рецидивных форм ректоцеле.

При наличии недержания мочи при напряжении у пациенток с пролапсом гениталий и ректоцеле целесообразно сочетать установку системы Prolift и «антистрессовые» операции TVT-O и TVT-Secur.