

УДК 618.14-089.87-089.844

ТРАНСВАГИНАЛЬНАЯ СИСТЕМА «ЭЛЕВЕЙТ» (ELEVATE) В РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ ТАЗОВОГО ДНА ПОСЛЕ ГИСТЕРЭКТОМИИ

О.В. Макаров, С.В. Камоева, Д.В. Голубева,

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.В. Пирогова, г. Москва

Камоева Светлана Викторовна – e-mail: sv02016@yandex.ru

В статье представлены результаты применения трансвагинальной системы «Элевейт» при хирургической коррекции дефектов тазового дна после гистерэктомии у 65 пациенток с постгистерэктомическим пролапсом (ПГП). Эффективность использования трансвагинальных систем (Элевейт передний, задний) при наблюдении от 6 месяцев до 2 лет составила 96,4%. За период наблюдения не выявлено таких осложнений, как эрозия влагалища, экструзия сетчатого имплантата, болевой синдром, диспареуния. Интраоперационных осложнений не отмечено. Рецидив заболевания наблюдался в 3,6% случаях (элонгация культи шейки матки). На основании полученных результатов следует указать на необходимость выявления в предоперационном периоде точной топографии дефектов тазового дна для адекватного и полноценного их восстановления.

Ключевые слова: постгистерэктомический пролапс, сетчатые имплантаты, дисфункция тазового дна, эрозия влагалища.

The article presents the results of application of transvaginal system Elevate for the surgical correction of pelvic floor defects after hysterectomy in 65 patients with posthysterectomical prolaps (PHP). Efficiency of transvaginal systems (Elevate anterior and / or Elevate posterior), under the supervision of 6 months to 2 years was 96,4%. During the observation revealed no complications such vaginal erosion, extrusion of mesh implant, pain syndrome, dyspareunia. Intraoperative complications were observed. Recurrence was observed in 3,6% of cases (elongation of the stump of the cervix). Based on these results should indicate the need to identify in preoperatively period the exact topography of the pelvic floor defects for adequate and full of their recovery.

Key words: posthysterectomical prolaps, mesh implants, dysfunction of the pelvic floor, vaginal erosion.

Введение

Генитальный пролапс (ГП) является мультифакторным, широко распространённым заболеванием женщин, существенно снижающим качество жизни. Особая проблема – постгистерэктомический пролапс (ПГП). Выпадение купола влагалища или культи шейки матки является распространённым осложнением после вагинальной или абдоминальной гистерэктомии с негативным воздействием на качество жизни женщины, ассоциированным с мочевой, аноректальной и сексуальной дисфункцией. Выпадение купола влагалища (Vaginal vault prolapse), по определению Международного Общества по Удержанию (International Continence Society) – это опущение влагалищной манжетки ниже точки, которая на 2 см ниже общей длины влагалища, выше плоскости гимена [1]. Это происходит, когда купол влагалища опускается внутрь влагалища или за его пределы. Сосуществующие дефекты тазового дна могут проявляться в виде цистоцеле, ректоцеле или энтероцеле у 72% пациенток с ПГП [2].

По настоящее время нет единого мнения о роли гистерэктомии как одной из причин дальнейшего развития пролапса тазовых органов (ПТО). Частота пролапса, требующего хирургической коррекции после гистерэктомии, составляет 3,6 на 1000 человек в год, имеющих риск его развития. Совокупный риск повышается от 1% через 3 года до 5% через 15 лет после гистерэктомии. Также риск ПТО в 5,5 раза

выше у женщин после гистерэктомии по поводу генитального пролапса по сравнению с другими причинами. Некоторые исследователи отмечают рост данного показателя от 43% и выше [3, 4].

Очевидно, что развитие пролапса после гистерэктомии более вероятно, если перед операцией у пациентки имелись дефекты тазового дна или пролапс, который не был оценен до оперативного вмешательства и, соответственно, не был скорректирован интраоперационно [5].

Целью настоящего исследования явился анализ результатов двухлетнего применения синтетических систем Элевейт (Elevate ant., post., AMS USA) в реконструктивной хирургии дефектов различных отделов тазового дна, развившихся на фоне выполненной ранее гистерэктомии. Целью применения трансвагинальных систем Elevate Anterior, Posterior явилось также совершенствование методов хирургического лечения постгистерэктомического пролапса для улучшения отдалённых результатов и качества жизни женщин.

Материалы и методы

В исследование были включены 65 женщин, страдающих II–IV степенью ПГП по классификации POP-Q (ICS, 1996 г.), культи шейки матки или купол влагалища достигали 4 см по отношению к гимену (точка С = -4) или ниже, которым с целью лечения данного заболевания была произведена экс-

траперитонеальная кольпопексия с использованием трансвагинальных синтетических систем – Элевейт передний или/и задний. Важно отметить, что в отличие от аналогичных систем, не только задний, но и передний Элевейт оказывает апикальную поддержку тазового дна, что имеет важное значение для удержания купола влагалища. Поэтому характер импланта выбирался в зависимости от преобладания дефекта переднего и апикального или заднего и апикального отделов тазового дна, при этом только в 5 случаях при тотальном ПГП были установлены оба импланта – и передний, и задний Элевейт. Поскольку задняя часть сетки Элевейт Антериор фиксируется к крестцово-остистой связке, обеспечивая апикальную поддержку, то при наличии цистоцеле и опущения культи/купола создаётся возможность восстановления нормальной анатомии и функции тазового дна посредством применения только 1 сетчатого протеза, не прибегая к тотальной реконструкции или сакрокольпопексии. Ещё одной особенностью системы Элевейт является то, что имплантация всех компонентов производится без слепого введения троакаргов транслютеально или трансобтураторно, только через единственный разрез передней или/и задней стенки влагалища. Это, по нашему мнению, сыграло важную роль в снижении инвазии и, как следствие, в снижении таких осложнений, как пудендалные боли, инфицирование, диспареуния и др. Период наблюдения составил от 6 до 24 мес.

Критерии включения в проведённое исследование:

- постгистерэктомический пролапс 2–4-й ст.

Критерии исключения из исследования:

- поливалентная аллергическая реакция в анамнезе, что может явиться высоким риском развития реакции отторжения сетчатого имплантата;
- пациентки с активной или латентной инфекцией мочеполовой системы или иной локализации;
- беременность;
- посттравматическая или врождённая деформация костей таза.

Хирургическая коррекция ПТО проводилась исключительно вагинальным доступом с использованием трансвагинальной системы «Элевейт передний» и «Элевейт задний» (Elevate Anterior and Apical, Elevate Posterior and Apical, производства AMS Inc., USA).

В группу были включены пациентки, средний возраст которых составил 54 ± 8 лет, ИМТ $28 \pm 2,7$. 42,2% пациенток страдали сердечно-сосудистыми заболеваниями, хроническими бронхо-лёгочными заболеваниями – 19,23%, хроническими заболеваниями моче-половой системы – 21,15%, хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта – 21,14%; варикозной болезнью вен нижних конечностей страдали 30,76% больных, заболеваниями костно-мышечной системы – 5,76%, обменно-эндокринными заболеваниями – 19,23%, грыжи различной локализации (паховые, пупочные, грыжи белой линии живота) – 6,76%. Все пациентки имели в анамнезе указания на перенесённую лапаротомным доступом субтотальную/тотальную гистерэктомию по поводу различных доброкачественных заболеваний матки. Период, в течение которого развился постгистерэктомический пролапс, составил 11 ± 7 лет. Большая часть пациенток (35, или 53,9%) была информирована о наличии у них опущения внутренних половых органов ещё до проведённой ранее операции. Предоперационное обследование предусматривало обще-

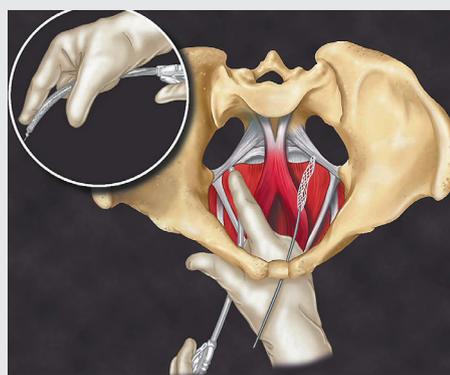


РИС. 1.
Установка самофиксирующихся наконечников системы Элевейт в крестцово-остистой связке.

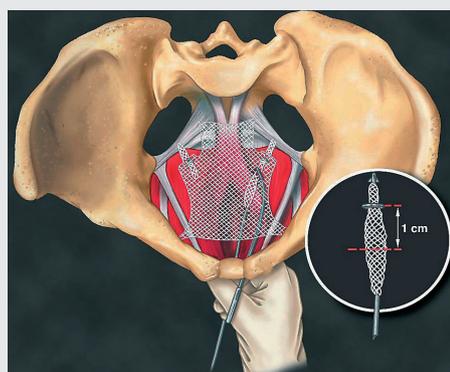


РИС. 2.
Окончательная установка сетки на место.

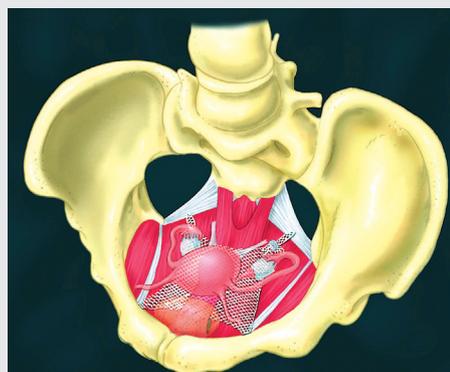


РИС. 3.
Расположение сетки Элевейт передний и апикальный.

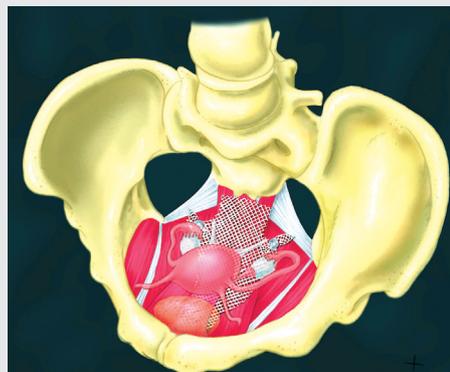


РИС. 4.
Расположение сетки Элевейт задний и апикальный.

клиническое обследование, УЗИ органов малого таза, почек, при выраженном нефроптозе, рентгеноконтрастную внутривенную урографию мочевого пузыря, КУДИ (комплексное уродинамическое исследование). Уродинамическое исследование выполняли пациенткам с указанием на недержание мочи, что позволило получить достоверную информацию в дооперационном периоде о функции мочевыводящих путей, диагностировать нестабильность детрузора и/или уретры, количественно определить нарушение функции замыкательного аппарата уретры и функциональное состояние детрузора, функциональную длину уретры, максимальное давление закрытия уретры, объем мочевого пузыря, время задержки мочеиспускания. Данное исследование позволило провести медикаментозную терапию до операции при смешанном типе недержания мочи, а также выявить скрытую мочевою инконтиненцию. Во время гинекологического осмотра проводили точное измерение величины тела промежности, общей длины влагалища, оценивали состояние m. levator ani, степень расхождения их ножек и состояние мышц при закономерно развивающейся недостаточности мышц тазового дна. Стрессовое недержание мочи было выявлено у 19 (29,2%) женщин, в связи с чем дополнительно интраоперационно этим пациенткам была проведена соответствующая коррекция путём установки среднеуретральной трансобтураторной слинговой системы Монарк или Миниарк (Monarc, MiniArc AMS). В дальнейшем обследование каждой пациентки осуществляли через 2, 12, 24 месяцев после операции. 19 (29,2%) проводилось комплексное лечение декубитальной язвы. Все пациентки прооперированы с использованием методики экстраперитонеальной кольпопексии: 36 (55,4%) пациенткам произведена установка переднего Элевейта, 24 (36,9%) – установка заднего, 5 (7,7%) – произведена установка как переднего, так и заднего Элевейта. У всех пациенток оперативное вмешательство заканчивалось перинеолеваторопластикой.

Элевейт передний и задний – это исключительно трансвагинальные системы, позволяющие закреплять сетчатый имплант посредством самофиксирующихся наконечников и специальных игл-проводников билатерально в области внутренней обтураторной мышцы (рис. 1, 2), леваторам и боковым стенкам или куполу влагалища (рис. 3, 4) и крестцово-остистым связкам билатерально.

Интраоперационно, с целью профилактики эрозий влагалища, сужения и укорочения влагалища, нами строго соблюдались следующие принципы: минимизировать иссечение слизистой влагалища, свободное, без натяжения расположение сетчатого имплантата, не допускать натяжения стенки влагалища над сеткой, избегать складок и дубликатур сетки. Всем пациенткам проведено УЗИ тазового дна (промежностное) для оценки положения протеза по отношению к мочевому пузырю и/или прямой кишке.

Результаты исследования

Общий период наблюдения составил от 6 месяцев до 2 лет. Результаты хирургической коррекции ПГП оценивали по данным объективного исследования, данным инструментальных и дополнительных методов исследования, в том числе и УЗИ тазового дна для оценки положения сетчатого протеза. Все пациентки заполняли специальные анкеты-опросники, специфические в отношении дисфункции тазовых органов (PFDI-20) и качества жизни (PFIQ-7) (M. Barber, 2005), а также сексуальной дисфункции (PISQ-12) (R.G Rogers, 2003) [6, 7], оценивающие субъективное вос-

приятие ими результатов лечения и оценки качества жизни [8, 9]. За отличный результат принимали отсутствие объективных признаков ПТО или 1-й степени. Как неудачный результат считали развитие 2-й и более степени переднего, заднего и/или апикального пролапса или энтероцеле. Эффективность применения трансвагинальных систем Элевейт передний и задний составила 94,6%. Рецидив заболевания наблюдался в 2 (3,6%) случаях (элонгация оставленной незначительно элонгированной культы шейки матки до 4,5 см).

Обсуждение

Применение современных синтетических имплантатов в реконструктивной гинекологии тазового дна сопряжено с возникновением как интра-, так и послеоперационных осложнений, таких как кровотечение при ранении сосудов, пудендалных болей при травме n. Pudendus, эрозии влагалища, экстрезии сетки, диспареунии, укорочения и сужения влагалища [10]. Необходимо отметить, что за время наблюдения не отмечено ни одного из перечисленных осложнений, однако, у 2 (3,1%) пациенток через 1 год отмечена элонгация оставшейся культы шейки матки, которая изначально была несильно элонгирована до 4,5 см. Послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания за период наблюдения не отмечено. Исследования продолжаются.

Выводы

Таким образом, полученные данные позволяют считать, что системы Элевейт передний и задний являются эффективными и безопасными системами для коррекции дефектов тазового дна, которым можно отдать предпочтение при выборе метода коррекции ПГП и дисфункций тазового дна у пациенток различных возрастных категорий. Необходимо отметить, что для работы с сетчатыми системами, предназначенными для коррекции дефектов и дисфункции тазового дна, необходима тщательная оценка соответствующих показаний к данному виду операции и высокая квалификация хирурга. В предоперационном периоде, для профилактики элонгации оставленной при субтотальной гистерэктомии культы шейки матки, рекомендуем адекватно оценивать её длину. В случае гипертрофии, незначительной элонгации (до 4,5 см) культы шейки матки целесообразно её удаление.



ЛИТЕРАТУРА

1. Abrams P., Cardozo L., Fall M., et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the international continence society. *Neurourology and Urodynamics*. 2002. V. 21. № 2. P. 167–178.
2. Sederl J. Zur operation des prolapses der blind endigenden sheiden. *Geburtshilfe Frauenheilkd*. 1958. V. 18. P. 824–828.
3. Flynn B.J., Webster G.D. Surgical management of the apical vaginal defect. *Current Opinion in Urology*. 2002. V. 12. № 4. P. 353–358.
4. DeLancey J.O.L. Anatomic aspects of vaginal eversion after hysterectomy. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 1992. V. 166. № 6. part 1. P. 1717–1728.
5. Azubuike Uzoma, Farag K.A. Vaginal Vault Prolapse. 2009, in Pabmed.
6. Roos E.J., de Graeff A., van Eijkeren M.A. et al. Quality of life after pelvic exenteration. *Gynecol. Oncol*. 2004. V. 93. № 3. P. 610-614.
7. Salvatore S., Soligo M., Meschia M. et al. Prosthetic surgery for genital prolapse: functional outcome. *Neurourol. Urodyn*. 2002. V. 21. P. 296–297.
8. Almeida A. J., Rodrigues V.M. The quality of life of aged people living in homes for the aged. *Rev. Lat. Am. Enfermagem*. 2008. V. 16. № 6. P. 1025-1031.
9. Barber M.D., Walters M.D., Bump R.C. Short forms of two condition-specific quality-of-life questionnaires for women with pelvic floor disorders (PFDI-20 and PFIQ-7). *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2005. V. 193. P. 103-113.
10. Краснополский В. И., Попов А. А., Буянова С. Н. и др. Синтетические материалы в хирургии тазового дна. *Акушерство и гинекология. Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН*. 2003. № 6. С. 36–38.