

УДК 618.15-089.881

ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ 2-РУКАВНЫХ СИНТЕТИЧЕСКИХ ПРОТЕЗОВ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ЦИСТОЦЕЛЕ У ЖЕНЩИН

Солуянов М.Ю., Ракитин Ф.А., Шумков О.А., Нимаев В.В.

*Научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной лимфологии,
Новосибирск, e-mail: msoluyanov@mail.ru*

В статье описан первый опыт применения 2-рукавных сетчатых протезов в хирургическом лечении цистоцеле у женщин. Результаты лечения позволяют судить о достаточно высоких анатомических и функциональных результатах. Однако необходимо дальнейшее наблюдение пациенток для оценки отдаленных результатов лечения.

Ключевые слова: пролапс тазовых органов, синтетические импланты

THE FIRST RESULTS OF THE APPLICATION OF 2-BAG OF MESH PROSTHESES TO CORRECT CYSTOCELE WOMEN

Soluyanov M.Y., Rakitin F.A., Shumkov O.A., Nimaev V.V.

Scientific Institution of Clinical and Experimental Lymphology, Novosibirsk, e-mail: msoluyanov@mail.ru

The article describes the first experience 2 bag mesh prosthesis in the surgical treatment of cystocele women. Treatment results give evidence of the relatively high anatomical and functional results. However, further observation of patients for long-term results of treatment.

Keywords: pelvic organ prolapse, synthetic implants

Каждый год в Европе более 500 000 женщин подвергаются операциям по поводу пролапса тазовых органов, большинство из которых выполняются влагалищным доступом. Наличие синдрома дисплазии соединительной ткани, родовые травмы увеличивают риск развития пролапса тазовых органов. Развившись, заболевание прогрессирует, приводя к возникновению функциональных нарушений мочеиспускания, кишечной дисфункции, сексуальных расстройств. По данным Краснопольской И.В. в России пролапсом тазовых органов страдает 15–30% женщин (1). Пролапс тазовых органов III–IV ст., помимо специфических анатомических нарушений и симптомов, приводит к нарушению венозного кровотока в малом тазу у женщин (2).

Учитывая демографическую ситуацию и увеличение продолжительности жизни, следует ожидать, что потребность в оперативном лечении пролапса в последующие 3 года увеличится минимум на 45% (3). Оперативное лечение пролапса тазовых органов с использованием местных тканей связано с высоким количеством рецидивов, по данным разных авторов частота повторных операций составляет до 17% в течение последующих 10 лет (3).

С появлением в 2004 году «четырёхрукавного» протеза для реконструкции тазового дна проблема хирургического лечения пролапса тазовых органов III–IV стадии

(POP-Q, ICS 1996) отчасти была решена. Однако использование 4 троакаров и широкой диссекции тканей во время выполнения кольпопексии сопряжено с рядом осложнений, в первую очередь, болей, связанных с наличием «нижнего» рукава, расположенного в толще obturatorной мышцы. Появление 2-рукавных сетчатых протезов призвано решить проблему «синдрома obturatorной мышцы» у пациенток после установки сетчатого импланта по поводу пролапса тазовых органов.

Целью данного исследования является оценка эффективности применения 2-рукавных синтетических протезов в коррекции цистоцеле у женщин.

Материалы и методы исследования

На базе гинекологического отделения клиники НИИ клинической и экспериментальной лимфологии с декабря 2013 по январь 2015 года 52 пациенткам с пролапсом тазовых органов II–III стадии (POP-Q, ICS 1996) было проведено хирургическое лечение с использованием 2-рукавных синтетических протезов. Пациентки подписывали информированное согласие на участие в исследовании, утвержденное этическим комитетом клиники.

Все пациентки были подвергнуты комплексному клиническому обследованию, включавшему сбор анамнеза и инструментальное обследование. Оценка сексуальной функции проводилась с помощью вопросника PISQ-12 (Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Function Questionnaire) (4).

Все пациентки проходили вагинальное и ректальное обследование на гинекологическом кресле

с оценкой стадии пролапса и определением ведущей точки пролапса по системе POP-Q (ICS 1996).

Оценка результатов лечения проводилась сразу после лечения через 3, 6 и 12 месяцев после операции. Максимальный срок наблюдения (12 месяцев) был зарегистрирован у 16 пациенток (30,7%), минимальный – 2 месяца у 5 пациенток (9,6%).

Демографические и клинические характеристики пациенток представлены в табл. 1.

Таблица 1
Демографические и клинические характеристики пациенток

Характеристики (n=52)	Абс. (%)
Средний возраст (лет)	59,7 ± 10,1
Индекс массы тела (кг/м ²)	26,3 ± 4,3
Роды	2,1 ± 0,7
Стадия пролапса POP-Q (ICS 1996)	
– POP-Q II	42,2%
– POP-Q III	54,8%
Операции по коррекции пролапса в анамнезе	4 (7,7%)
Менопауза	13 (25%)
Стрессовая инконтиненция	3 (5,7%)

Результаты исследования и их обсуждение

Набор включает в себя 2-рукавный сетчатый имплант для коррекции цистоцеле и проводники для правильной установки импланта. Операция не требует широкой диссекции паравезикальной клетчатки. Синтетический имплант для реконструкции переднего отдела влагалища, располагается без натяжения между мочевым пузырем и передней стенкой влагалища, при этом рукава импланта проводятся через запирающую мембрану вне зоны проекции периферических нервов. Операция заканчивается установкой во влагалище мазового тампона. Тампон удалялся вместе с катетером Фоли на следующий день после операции, после чего пациентка активизировалась.

У пациенток со стрессовой инконтиненцией проводилась установка субуретрального слинга swing band – 3(5,7%).

Симультанные операции, выполненные при установке сетчатых имплантов, представлены в табл. 2.

Таблица 2
Симультанные операции, выполненные при установке сетчатых имплантов

Операция	Абс. (%)
ДЭК шейки матки	4 (7,7%)
Леватороперинеопластика	8 (15,3%)
Swing band	3 (5,7%)

Средняя длительность операции составила 43 ± 9 минут. Интраоперационных осложнений отмечено не было. В раннем послеоперационном периоде проводилась ежедневная санация влагалища растворами антисептиков, назначались антибактериальные препараты. С целью профилактики гиперактивности мочевого пузыря назначались м-холинолитики коротким курсом. В раннем послеоперационном периоде был зарегистрирован один случай (1,9%) гематомы передней стенки влагалища. Гематома была опорожнена между швов, и на фоне дальнейшего консервативного лечения была разрешена.

У одной пациентки после реконструкции переднего отдела влагалища и установки субуретрального слинга swing band, по данным послеоперационного УЗИ, была обнаружена остаточная моча в количестве 120 мл, хотя активных жалоб на обструктивное мочеиспускание пациентка не предъявляла. На фоне применения α-адреноблокаторов и физиотерапевтического лечения удалось добиться уменьшения количества остаточной мочи до 60 мл.

Первый визит в послеоперационном периоде осуществлялся через 3 месяца. Следует отметить, что ни одна пациентка не предъявила жалобы на тазовые боли и дискомфорт во влагалище.

Одним из специфических побочных явлений после операции являлись обильные фибриновые наложения в области послеоперационных швов, данное нежелательное явление было зарегистрировано у 15 пациенток (28,8%). На фоне ежедневной санации влагалища растворами антисептиков в течение 7 дней и использования антибактериальных свечей (тержинан).

Анатомические результаты оценивались нами как «положительные» при наличии в послеоперационном периоде 0–I стадии пролапса POP-Q (ICS 1996). Через 6 месяцев у 30 пациенток (57%) наблюдался пролапс ≤ I POP-Q (ICS 1996), у 3 пациенток (5,7%) нижний край стенки влагалища располагался на 1 см выше гимена.

Через один год после операции у 2 (12,5%) из 16 пациенток было зарегистрировано расположение нижнего края стенки влагалища на 1 см выше гимена. У 14 (87,5%) пациенток стадия пролапса была оценена нами как 0–I POP-Q (ICS 1996).

С целью объективной оценки нарушений сексуальной функции пациенткам было предложено заполнить анкету PISQ-12 (Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence

Sexual Function Questionnaire) до хирургического лечения и через 6 месяцев после операции. Исходно о диспареунии сообщили 12 сексуально активных пациенток (23%). Через 6 месяцев после оперативного лечения восемь (66%) из двенадцати пациенток сообщили об исчезновении симптомов диспареунии. Возникновение же диспареунии в шестимесячном наблюдении было отмечено в одном случае (1,9%).

Таким образом, первые результаты использования 2-рукавных синтетических протезов для хирургического лечения пролапса тазовых органов II–III стадии POP-Q (ICS 1996) доказывают высокую эффективность. Восстановления нормальных анатомических взаимоотношений между органами малого таза и структурами тазового дна удалось добиться в 87,5% случаев. Необходимость деликатной диссекции тканей для установки сетчатого импланта значительно снижает количество послеоперационных осложнений. Отсутствие расположения «нижнего рукава» в толще запирающей мышцы значительно уменьшает длительность и интенсивность боли в послеоперационном периоде. Возникновение диспареунии de novo отмечено всего в одном

случае, а улучшение сексуальной функции было достигнуто у 66% сексуально активных пациенток.

Заключение

Таким образом, при оценке результатов забрюшинной влагалищной кольпопексии с использованием 2-рукавных синтетических протезов у пациенток с симптоматическим пролапсом тазовых органов II–III ст. (POP-Q, ICS 1996) была подтверждена достаточно высокая эффективность и безопасность данной операции. Однако необходимо дальнейшее наблюдение пациенток для оценки отдаленных результатов лечения.

Список литературы

1. Краснопольская И.В. Хирургическое лечение и профилактика пролапса гениталий после гистерэктомии: автореф. дис. канд.мед.наук. – 2004.
2. Любарский М.С. Тазовая венозная конгестия у женщин с пролапсом тазовых органов // Бюллетень СО РАМН. – 2014. – Т. 34, № 4. – С. 48–50.
3. Sayer T., Lim J., Gauld J. M. et al. Medium-term clinical outcomes following surgical repair for vaginal prolapse with tension-free mesh and vaginal support device. International Urogynecology Journal. 2011. Dec 6.
4. Barer M.D., Walters M.D., Bump R.C. Short forms of two condition-specific quality-of-life questionnaire for women with pelvic floor disorders (PFDI-20 and PFIQ-7). American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2005; 193: 103–113.