

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СИНТЕТИЧЕСКИХ ПРОТЕЗОВ PROLIFT® (Gynecare) ПРИ КОРРЕКЦИИ ГЕНИТАЛЬНОГО ПРОЛАПСА

С.А. Леваков^{1,2}, Н.С. Ванке^{1,2}, О.Р. Шабловский¹, А.Г. Кедрова²,
В.Н. Ширшов¹, Е.С. Ванке²

¹ФГУЗ Клиническая больница № 83 ФМБА России,

²кафедра акушерства и гинекологии ГОУ ДПО ИГК ФМБА России

С целью оптимизации методов коррекции опущения органов малого таза нами обобщен опыт применения протезов PROLIFT® (Gynecare). В общей сложности собраны данные о 85 прооперированных больных за 2009-2010 гг. Объективный показатель успеха, оцененный через 6 мес., составил 85,9%. Кровопотеря во время операции более 500 мл возникла в 7,1% случаев, эрозии или смещения сетки – в 3,5%. Таким образом, вагинальная хирургия с применением системы PROLIFT® (Gynecare) является эффективной и безопасной операцией, чтобы исправить пролапс тазовых органов.

Ключевые слова: опущение органов малого таза; синтетическая система PROLIFT® (Gynecare); отдаленные результаты.

EXPERIENCE OF USING SYNTHETIC PROSTHESES PROLIFT® (GYNECARE) FOR CORRECTION OF GENITAL PROLAPSE

Levakov SA, Wanke NS, Shablovskiy OR, Kedrova AG, Shirshov VN, Wanke ES

The aim was to evaluate anatomical and symptom specific outcome measures of prolapse repair with PROLIFT® (Gynecare). In this longitudinal prospective observational study we collected data on a total of 85 women with pelvic organ prolapse stage 2 or more. Objective success rate was 85.9% at 6 months respectively. Patients required a blood more 500 ml – 7.1% and need transfusion. The mesh erosion rate or the displacement of the mesh were 3.5%. Vaginal surgery with prolift mesh® is an effective and safe procedure to correct pelvic organ prolapse over one year follow up.

Key words: pelvic organ prolapse; PROLIFT® (Gynecare); Tension-free vaginal mesh; TVM.

Диагностика и лечение различных форм опущения органов малого таза остается основной смежной проблемой гинекологов и урологов. Особенно это относится к сложным формам заболевания, включающим стрессовую инконтиненцию в сочетании с цистоцеле, пролапсом гениталий, рецидивные формы заболевания [1, 2].

Фактически одна из девяти женщин после 50 лет нуждается в хирургической коррекции данной патологии, причем в 30-40% случаев потребуются повторные операции. Тенденция к омоложению контингента больных урогинекологических клиник связана как с большей информированностью населения о видах урогинекологической патологии, так и с желанием жен-

щины улучшить качество жизни, в том числе, продолжать активную сексуальную жизнь [3, 4, 5].

Основными факторами риска развития функциональных нарушений мышц тазового дна являются: беременность, роды, возраст старше 60 лет, частое повышение внутрибрюшного давления, курение, гипострогенные состояния, метаболический синдром, семейный анамнез (дисплазия соединительной ткани), неврогенные дисфункции и любые хирургические вмешательства, нарушающие естественные поддерживающие структуры [6].

Несмотря на существующие многочисленные методы коррекции пролапса гениталий, отдаленные результаты наиболее

распространенных пластических операций с использованием местных тканей не удовлетворяют ни хирургов, ни пациенток в связи с высокой частотой рецидивов – до 40% и низкими функциональными результатами операций. Например, по данным литературы, после передней кольпоррафии частота рецидива достигает 26-37%, задней – 24-38%, после влагалищной гистерэктомии, выполненной по поводу генитального пролапса, – до 43%, в виде выпадения купола влагалища [7, 8].

Для улучшения результатов лечения чаще стали применять синтетические сетчатые протезы, но опыт их установки систематизирован мало, показания к операциям до сих пор не стандартизированы, и как следствие, отдаленные результаты трудно поддаются оценке [9, 10].

В связи с этим целью работы являлось желание обобщить собственный накопленный опыт выполненных операций по коррекции пролапса гениталий с помощью установки синтетических материалов и выбрать оптимальную методику для выполнения в клинике.

Материалы и методы. С января 2009 г. по март 2010 г. нами выполнено 85 операций по коррекции пролапса гениталий методом экстраперитонеальной вагинопексии с использованием набора инструментов и сетчатого протеза под торговой маркой PROLIFT® (Gynecare). В ГУЗ КБ № 83 пациентки проходили стандартное обследование с оценкой качества жизни до и после операции (анкеты PFIQ-7 PFDI-20). При выявлении жалоб, связанных недержанием мочи, проводили комплексное уродинамическое исследование, и в случаях необходимости оперативное лечение дополняли установкой свободной синтетической петли TVT-O.

В исследуемые группы включены пациентки с опущением или выпадением гениталий 2-4-й стадии по классификации POP-Q. Метод хирургической коррекции выбирали в зависимости от наличия патологии матки, влагалища и клинических симптомов заболевания.

Техника выполняемых операций экстраперитонеальной кольпопексии: положение на операционном столе типичное для операций на промежности. После гидропрепаровки подлежащих тканей, производится разрез слизистой влагалища, отступя на 2-3 см проксимальнее наружного отверстия уретры через купол влагалища до кожи промежности. После широкой мобилизации задней стенки мочевого пузыря с вскрытием запирающих пространств идентифицируется костная седалищная ость. Для правильного позиционирования протеза под контролем указательного пальца перфорируется мембрана запирающего отверстия в двух максимально удаленных друг от друга местах. Через эти позиции проводятся стилеты, латеральнее *arcus tendineous fascia pelvis*, и при помощи прилагаемых проводников протез устанавливается между стенкой мочевого пузыря и фасцией. Далее вскрывается задняя влагалищная стенка с подлежащей ректовагинальной перегородкой, широко мобилизуется передняя стенка прямой кишки, вскрывается ректальное клетчаточное пространство, идентифицируются седалищные ости и сакроспинальные связки. Через кожу промежности (латеральнее и ниже на 3 см от ануса) идентичными стилетами производится перфорация сакроспинальных связок на 2 см медиальнее места прикрепления к седалищной кости. При помощи проводников сетчатый протез оригинальной формы устанавливается под стенку влагалища. Слизистая влагалища ушивается непрерывным швом. Избыток сетчатого протеза отсекается подкожно. Желательно тугое тампонирование влагалища.

Аналогично выполнялись изолированная вагинопексия Prolift anterior и posterior. В случае сохранной шейки матки мы фиксировали сетчатый протез к шейке или к крестцовоматочным связкам с захватом паравагинальных тканей. В 4 (6,5%) случаях был проведен эндотрахеальный наркоз, 57 (93,5%) операций выполнены под спинальной анальгезией. Периоперационно антибиотики назначали в 61 (100%) случаях.

Отдаленные результаты лечения изучены в сроки от 2 мес. до 1 года.

Результаты и обсуждение

Длительность операции не превышала 90 мин, средняя кровопотеря составляла 100-150 мл. Средние сроки амбулаторной реабилитации составили 4-6 нед. Несмотря на частое сочетание гинекологических и экстрагенитальных заболеваний, метод Prolift как малоинвазивное вмешательство в большинстве случаев был использован у пациенток старшей возрастной группы. Средний возраст составил 65,3 года (от 38 до 76 лет).

Больные были разделены на 4 группы: 1-я группа – 31 (50,8%) пациенток с опущением передней стенки влагалища (Ва про-

лапс, по классификации POP-Q), которым произведена операция Prolift anterior. 2-ю группу составили 14 (22,9%) пациенток с симптомным ректоцеле (Вр пролапсом), которым выполнена операция Prolift posterior. В отсутствии органической патологии внутренних половых органов или при желании пациентки сохранить матку нами выполнялась комбинированная пластика передней и задней стенок влагалища (Prolift anterior+posterior) – 3-я группа – 5 (8,1%) пациентов. При выпадении купола влагалища после гистерэктомии и при наличии показаний к удалению матки проводилась коррекция изменений по технологии Prolift total (4-я группа) – 11 (18%) пациенток. Клиническая характеристика групп представлена в табл. 1.

Таблица 1

Характеристика больных в зависимости от перенесенной операции

Показатели	Prolift Anterior	Prolift Posterior	Комбинированный anterior и posterior	Prolift Total	Всего
Средний возраст	66,1±9,9	52,4±7,5	67,3±8,7	68,1±7,9	65,3±10,7
Среднее количество родов	2 (0-5)	2 (1-5)	2 (1-6)	2(1-7)	2(0-7)
Роды крупным плодом	14 (45 %)	3 (21%)	2(40%)	6 (54%)	25(41%)
Средний индекс массы тела	24,5±4,3	22,2±1,8	25,1±4,1	21,9±2,3	22,9±3,3
Гистерэктомия в анамнезе	1 (3%)	0	0	4 (36%)	5 (8%)
Операции по поводу пролапса или недержания мочи в анамнезе	4(12%)	2 (14%)	3 (60%)	1 (9%)	10(16%)
Всего	14	5	11	31	61

Обращает на себя внимание высокий процент пациенток, ранее уже оперированных по поводу генитального пролапса – 16%, что указывает на высокую частоту

формирования рецидива заболевания.

Особенности лечения представлены в табл. 2.

Таблица 2

Особенности лечения в зависимости вида опущения органов малого таза

Характеристика лечения	Prolift Posterior N=14	Комбинированный anterior и posterior N=5	Prolift Total N=11	Всего N=61	Prolift Anterior N=31
Время операции (мин)	51±14	62±17	98±13	115±19	88±18
Сочетание с уретропексией	15(48,4 %)	3(21,4)	1(23,5)	3(27,7)	47(36)
Сочетание с леваторопластикой	31(100%)	9(64,2%)	3(60%)	10(90,9%)	57(93,4%)
Сочетание с вагинальной гистерэктомией	0	3(21,4)	0	10(90,9)	13(21,3)
Кровопотеря (мл)	85±15	150±30	200±27	265±45	175±15
Пребывание в стационаре со дня операции	5(4-7)	6(4-6)	8(6-9)	8(6-10)	6 (4-9)
Всего	14	5	11	31	61

В четырех случаях отмечено кровотечение, превышающее 500 мл, но интраоперационно источник кровотечения так и не выявлен. Гемостаз проведен после установки протеза путем тугого тампонирования влагалища. В послеоперационном периоде у этих больных признаков продолжающегося кровотечения не выявлено, а при ультразвуковом исследовании визуализировалась небольшая гематома, не превышающая 1,5×2,5 см. В целом послеоперационные гематомы обнаружены у 15 (24,5%) пациенток, с объемом 36 ± 15 см³. Самостоятельная организация повреждений не потребовала дополнительного вмешательства и изменений в профилактических мероприятиях инфекционных осложнений. Эрозии стенки влагалища с пролабированием сетчатого протеза (рис. 1) или его смещением возникли у 3,5% больных, имевших сопутствующую патологию (сахарный диабет или ревматоидный артрит).

Большинство (85,9%) пациенток были удовлетворены результатами лечения. При повторной оценке качества жизни по предложенным вопросам через 6 и 12 мес. после операции, отмечено значительное улучшение качества жизни по всем показателям ($p > 0,05$). Только у одной пациентки

(1,6%) мы наблюдали смещение протеза (anterior) и развитие эрозии, что вызвало необходимость его удаления (рис.1).



Рис. 1. Эрозия влагалища, вызванная синтетическим протезом Prolift®.

Анализ такой ситуации показал, что основной причиной неудач является несоблюдение техники операции. В целом к преимуществам коррекции пролапса системой Prolift® можно отнести ее высокую эффективность, простоту выполнения, возможности применения регионарной анестезии при установке и выполнение ее у соматически отягощенных больных. Из недостатков системы мы отметили риск развития

эрозии в сравнении с методиками, не предусматривающими использование сетчатых протезов или вскрытия влагалища.

Выводы

1. Использование системы Prolift® показано при генитальном пролапсе II-IV стадий у больных с экстрагенитальной патологией, а также у пожилых пациенток, жен-

щин с ожирением и у ранее оперированных больных.

2. Сетчатые системы следует применять с осторожностью у пациенток, активно живущих половой жизнью.

3. Для оценки отдаленных результатов операций с применением синтетических протезов необходимо дальнейшее проведение исследований.

Литература

1. Попов А.А., Мананникова Т.Н., Шагинян Г.Г., Опыт использования различных синтетических материалов в оперативной гинекологии // Рос. вестник акушерства и гинекологии, 2006;4: 30-38

2. Barber M.D. Walters, R.C. Bump, Short forms of two condition-specific quality-of-life questionnaires for women with pelvic floor disorders (PFDI-20 and PFIQ-7) // Am. J. Obstet. Gynecol. 2005; 193: 103-13

3. Debodinance P., Berrocal J., Clave H. et al. Changing attitudes on the surgical treatment of urogenital prolapse: birth of the tension-free vaginal mesh [in French] // J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. 2004; 33:577-88.

4. Gagnon L.-O., Tu L.-M. Mid-term results of pelvic organ prolapse repair using a transvaginal mesh: the experience in Sherbooke, Quebec. 2010 // Can. Urol. Assoc. J. 2010 Jun;4(3):188-191.

5. Fernandez-Fraga X., Azpiroz F., Malagelada J.R. Significance of pelvic floor muscles in anal incontinence gastroenterology. 2002; 123 (5): 1441-1450.

6. Jackson S.L., Weber A.M., Hull T.L. et al. Fecal incontinence in women with urinary incontinence and pelvic organ prolapse // Obstet. Gynecol. 1997; 89 (3) :423-7

7. Kaufman Y., Singh S.S., Alturki H., Lam A. Age and sexual activity are risk factors for mesh exposure following transvaginal mesh repair // Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunct. 2010 Sep. 30.

8. Olsen A.L., Smith V.J., Bergstrom J.O. et al. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence // Obstet. Gynecol. 1997; 89(4):501-506.

9. Ouzaid I., Hermieu J.F., Misra V. et al. [Transvaginal repair of genital prolapse using the Prolift technique: a prospective study] // Prog. Urol. 2010 Sep;20(8):578-83.

10. Walters M.D. The use and misuse of prosthetic materials in reconstructive pelvic surgery: does the evidence support our surgical practice? // Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunct. 2003; 14:365-6.

Контактная информация:

Леваков Сергей Александрович,
Заведующий отделением гинекологии ФГУЗ КБ № 83 ФМБА России,
д.м.н., профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии
ФГУО ДПО ИГК ФМБА России.
Адрес: 115682, Москва, Ореховый бульвар, 28 ФГУЗ КБ № 83 ФМБА России
Кафедра Акушерства и гинекологии
Тел: (495) 395 05 44
e-mail: levakoff@ya.ru

Шабловский Олег Радомирович
Заместитель главного врача ФГУЗ КБ № 83 ФМБА России,
Д.м.н., профессор
Адрес: 115682, Москва, Ореховый бульвар, 28 ФГУЗ КБ № 83 ФМБА России
Кафедра Акушерства и гинекологии
Тел: (495) 344-36-03