

УДК 618.15-089.881

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ СИМПТОМАТИЧЕСКОГО ПРОЛАПСА ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ У ЖЕНЩИН

Солуянов М.Ю., Королева Е.Г., Ракитин Ф.А., Ситникова А.Е.

ФГБУ «Научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной лимфологии»
Сибирского отделения РАМН, Новосибирск, e-mail: msoluyanov@mail.ru

В статье описан первый опыт применения системы PROSIMA™ в хирургическом лечении пролапса тазовых органов II-III ст. (POP-Q, ICS 1996). 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, PROSIMA

NEW TECHNOLOGIES IN SURGICAL TREATMENT SYMPTOMATIC ORGAN PROLAPSE IN WOMAN

Soluyanov M.Y., Koroleva E.G., Rakitin F.A., Sitnikova A.E.

FSBI «Scientific Institution of Clinical and Experimental Lymphology» of the Siberian Branch under the Russian Academy of Medical Sciences, Novosibirsk, e-mail: msoluyanov@mail.ru

The article describes the first experience with the system PROSIMA™ in surgical treatment of pelvic organ prolapse II-III (POP-Q, ICS 1996). 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, PROSIMA

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 увеличиваются 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]

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 [2].

С появлением в 2004 году системы Prolift™ (Gynecare, Pelvic Floor Repair System, Johnson&Johnson comp., US) для реконструкции тазового дна, проблема хирургического лечения пролапса тазовых органов III–IV стадии (POP-Q, ICS 1996), отчасти была решена. Однако, хирургическое лечение симптоматического пролапса тазовых органов II–III стадии (POP-Q, ICS 1996), вызывало вопросы. Использование

троакаров и широкой диссекции тканей во время выполнения кольпопексии системой Prolift сопряжено с рядом осложнений (миграция и сморщивание mesh-импланта, боли, диспареуния). Появление системы PROSIMA™ (Gynecare, Pelvic Floor Repair System, Ethicon, US) позволило решить проблему симптоматического пролапса тазовых органов II–III ст. (POP-Q, ICS 1996).

Целью данного исследования является оценка эффективности применения системы PROSIMA™ в лечении пролапса тазовых органов у женщин.

Материалы и методы исследования

На базе гинекологического отделения клиники ФГБУ НИИ Клинической и экспериментальной лимфологии СО РАМН с октября 2010 по декабрь 2011 год 52 пациенткам с пролапсом тазовых органов II–III стадии (POP-Q, ICS 1996) было проведено хирургическое лечение с использованием системы PROSIMA™.

Все пациентки были подвергнуты комплексному клиническому обследованию, включавшее сбор анамнеза и инструментальное обследование. Оценка сексуальной функции проводилась с помощью вопросника PISQ-12 (Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Function Questionnaire) [3].

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 21 день (удаление VSD), 6 и 12 месяцев после операции. Максимальный срок наблюдения 12 месяцев был зарегистрирован у 16 пациенток (30,7%), минимальный у 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

PROSIMA™ anterior была установлена в 32 случаях (61,5%) PROSIMA™ posterior в 9 случаях (17,3%) PROSIMA™ combined в 11 случаях (21,2%).

Набор PROSIMA™ включает в себя сетчатые импланты (gynemesh PS) передний/задний, проводники для правильной установки трансплантатов, устройство для поддержки влагалища – vaginal support device (VSD) с баллоном на 60 мл. Операция не требует широкой диссекции паравезикальной клетчатки и ишиоректального пространства, а лишь формирования узких каналов для проведения «ножек» импланта. Трансплантат PROSIMA™ anterior располагается без натяжения между мочевым пузырем и передней стенкой влагалища при этом «ножки» импланта укладываются свободно на внутреннюю поверхность запирающей мышцы рядом с остью седалищной кости. PROSIMA™ posterior располагается между прямой кишкой и задней стенкой влагалища, ножки импланта укладываются на переднюю поверхность сакроспинальной связки. Операция заканчивается установкой во влагалище поддерживающего устройства (VSD) с заполнением баллона 40–60 мл воздуха, которое удалялось через 3 недели. Баллон опорожнялся и удалялся вместе с катетером Фоли на следующий день после операции, после чего пациентка активизировалась.

У пациенток со стрессовой инконтиненцией проводилась установка субуретрального слинга TVT-Obturator (ETHICON, «Women’s Health & Urology», Johnson&Johnson comp., US) – 3 (5,7%).

Симультанные операции, выполненные при установке системы PROSIMA™ представлены в табл. 2.

Средняя длительность операции составила 61 ± 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.

Таблица 2

Симультанные операции, выполненные при установке системы PROSIMA™

Операция	Абс. (%)
ДЭК шейки матки	4 (7,7%)
Леватороперинеопластика	8 (15,3%)
TVT-Obturator	3 (5,7%)

У одной пациентки после передней пластики системой PROSIMA™ и установки субуретрального слинга TVT-Obturator по данным послеоперационного УЗИ была обнаружена остаточная моча в количестве 120 мл, хотя активных жалоб на обструктивное мочеиспускание пациентка не предъявляла. На фоне применения а-адреноблокаторов и физиотерапевтического лечения удалось добиться уменьшения количества остаточной мочи до 60 мл.

Первый визит в послеоперационном периоде осуществлялся через 3 недели после операции с целью удаления поддерживающего устройства (VSD). Следует отметить, что ни одна пациентка не предъявила жалобы на тазовые боли и дискомфорт во влагалище, связанный с наличием VSD. Через 3 недели всем пациенткам был удален VSD. Случаев самостоятельного отхождения поддерживающего устройства и просьб пациенток о раннем его удалении зарегистрировано не было.

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

Анатомические результаты использования системы PROSIMA™ оценивались нами как «положительные» при наличии в послеоперационном периоде 0–I стадии пролапса POP-Q (ICS 1996). После удаления VSD у всех пациенток стадия пролапса

са была оценена нами как \leq I POP-Q (ICS 1996). Через 6 месяцев у 30 пациенток (57%) наблюдался пролапс \leq I POP-Q (ICS 1996), 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 о исчезновении симптомов диспареунии. Возникновение же диспареунии в шестимесячном наблюдении было отмечено в одном случае (1,9%).

Таким образом, первые результаты использования системы PROSIMA™ (Gynecare, Pelvic Floor Repair System, Ethicon, US) для хирургического лечения пролапса тазовых органов II–III стадии POP-Q (ICS 1996) доказывают высокую эффективность. Восстановление нормальных анатомических взаимоотношений между органами малого таза и структурами тазового дна удалось добиться в 87,5% случаев, что полностью коррелирует с данными зарубежных авторов [4]. Ношение пациенткой VSD в течении 3 недель не сопровождается дискомфортом. Необходимость деликатной

диссекции тканей для установки сетчатого импланта сводит количество послеоперационных осложнений практически к нулю. Отсутствие перфорации соединительнотканых и мышечных структур 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 системой PROSIMA™ 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. – М., 2004. – 3 с.
2. Zyczynski H.M., Carey M.P., Smith A.R. et al. One-year clinical outcomes after prolapse surgery with nonanchored mesh and vaginal support device // American Journal of Obstetrics and Gynecology. – 2010. – Vol. 203. – № 6. – P. 1–8.
3. 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. – Vol. 193. – P. 103–113.
4. 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. – Vol. 11. – № 6. – P. 45–78.