

**В.О. Потапов,
Р.М. Банахевич,
К.Б. Акимова,
А.В. Єчин,
Т.І. Мандзяк**

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
кафедра акушерства та гінекології
(зав. – д. мед. н., проф. В.О. Потапов)

Ключові слова: генітальний пролапс, рецидив, хірургія, алотрансплантати
Key words: genital prolapse, recurrence, surgery, allograft

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ АЛОТРАНСПЛАНТАТІВ В ОПЕРАТИВНОМУ ЛІКУВАННІ РЕЦИДИВУ ГЕНІТАЛЬНОГО ПРОЛАПСУ

Резюме. Представлены результаты лечения 123 пациенток с рецидивом генитального пролапса. Период наблюдения составил 5 лет. Для коррекции рецидивных форм пролапса применили технологии с использованием сетчатых протезов класса «soft». Установлено: 86 устройств из материала «Gynemesh soft» по собственной разработанной форме и технологии имплантации, 8 - «Prolift anterior», 6 - «Prolift Posterior», 23 - «Prolift Total». Тяжелых интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений не было. Из отдаленных осложнений у 5 (4,1%) больных диагностировались эрозии стенки влагалища в период наблюдения 6-12-24 месяцев. Проанализированы ранние и отдаленные результаты оперативного лечения. Применение предложенной нами формы импланта для реконструкции рецидива пролапса переднего сегмента влагалища дает возможность на 50% уменьшить продолжительность операции и на 35% интраоперационно кровопотерю, уменьшить в 2 раза количество тяжелых интра- и послеоперационных осложнений без потери эффективности операции с применением сетчатых протезов.

Summary. The results of treatment of 123 patients with recurrent genital prolapse are presented. The observation period was 5 years. For the correction of recurrent prolapse forms, technology with the use of mesh prostheses, class «soft» was applied. 86 units made of material «Gynemesh soft» by own designed shape and implant technology, 8 - «Prolift anterior», 6 - «Prolift Posterior», 23 - «Prolift Total» were installed. Severe intraoperative and early postoperative complications were absent. Of the long-term complications in 5 (4.1%) of patients erosion of the vaginal wall during the observation period 6-12-24 months was diagnosed. Early and late results of surgical treatment were analyzed. Application of the proposed form of the implant for reconstruction of recurrent prolapse of the anterior segment of the vagina makes it possible by 50% to reduce operative time and intraoperative blood loss by 35%, by 2 times to reduce the number of severe intra-and postoperative complications without loss of operating efficiency with mesh prostheses usage.

У практиці хірурга-гінеколога однією з актуальних є проблема реконструкції фасціально-лігаментарного апарату внутрішніх статевих органів з приводу генітального пролапсу у жінок різних вікових груп. В останні роки відзначається помітне збільшення кількості пацієнток, що оперуються в пізньому репродуктивному віці. Оцінка віддалених результатів лікування показала багато недоліків традиційних методів корекції генітального пролапсу [1,5,10] та необхідність повторного втручання при рецидивних формах [1,2,4,5,10]. Незважаючи на те, що для корекції пролапсу запропоновано багато базових оперативних втручань та їх модифікацій, рецидиви захворювання зустрічаються в 6-72% випадків та залежать від багатьох факторів

[4,3,8]. Широке впровадження сітчатих протезів у гінекологічну практику останнім часом значно збільшило ефективність лікування пролапсу, особливо його рецидивних форм, де використання власних тканин для корекції дефекту виявилось недостатнім [5,3,7,10].

Мета: визначити оптимальний метод та об'єм оперативного втручання із застосування алотрансплантатів при рецидиві генітального пролапсу.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Протягом 2005-2010 років нами проведено обстеження 123 пацієнток, які були розділені на дві групи. Групу №1 склали 86 пацієнток з рецидивом генітального пролапсу, яким було про-

ведено оперативне втручання з використанням імпланту, запропонованої нами форми (патент України на корисну модель № 58958, А61F2\02), групу №2 - 37 пацієнок з рецидивом захворювання, яким виконано трансвагінальний неофасціогенез системою «Prolift» за технологією її встановлення [6].

На етапі підготовки до оперативного втручання усім хворим проаналізовано анамнез та скарги, наявність екстрагенітальної та гінекологічної патології, наявність та ступінь дисплазії сполучної тканини, локалізацію та вид дефекту в кожному сегменті піхви окремо за класифікацією POP-Q [6], оцінено результати транспромежинної ультразвукової діагностики тазового дна на апаратах «ALOKA SSD-4000SV» і «TOSHIBA XARIO XG» у режимі двовимірної та тривимірної довільної реконструкції та результати функціональних проб (проба зі скороченням м'язів промежини та проба Вальсальви) [6]. Для визначення наявності та ступеня тяжкості дис-

плазії сполучної тканини (ДСТ) використовували бальну шкалу критеріїв Brighton, 1998 р. [3]. Статистична обробка матеріалу проводилась за допомогою статистичних методів MS Excel 2010.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній вік хворих 1-ї групи становив 56±7,8 року, 2-ї групи – 54±6,3 року. Тривалість захворювання в групах становила від 1-го до 12 років (в середньому – 3±2,4 року).

Для корекції рецидивних форм пролапсу застосували технології з використанням сітчатих протезів класу «soft». Встановлено 123 імпланти: 86 – «Gynemesh soft», 8 – «Prolift anterior», 6 – «Prolift Posterior», 23 - «Prolift Total». Крім того, для лікування супутнього стресового нетримання сечі застосовано 5 систем TVT-O. Тривалість операцій із застосуванням технології «Prolift» в середньому була довшою та достовірно відрізнялася від тривалості операції із застосуванням імпланту запропонованої нами форми (табл. 1).

Таблиця 1

Результати оперативних втручань при рецидиві генітального пролапсу (M±m)

| Група № | 1 (n=86) | 2 (n=37) |
|---|-------------|-------------|
| Вік пацієнок | 56,8±8,08 | 54,4±6,23 |
| Тривалість операції хв., (M±m) | 38,1±8,9** | 75,8±12,7 |
| Крововтрата (мл) | 126,1±44,1* | 363,1±123,8 |
| Операція з екстирпацією матки n (%) | 24 (27,9%) | 8 (21,6%) |
| Перебування в стаціонарі після операції (M±m) | 5,0±0,81 | 5,38±0,51 |

Примітка: * критерій Стьюдента p<0,01, ** p<0,05

Тривалість перебування в стаціонарі після операції із застосуванням систем «Prolift» становила 5,38±0,5 доби та суттєво не відрізнялась від терміну перебування пацієнтів групи №1.

Аналіз показав, що операції з використанням синтетичних протезів «Gynemesh soft» (86 спостережень) були високоефективними, рецидивів цистоцеле не відзначено (табл. №2). Інтра- та тяжких післяопераційних ускладнень не було. З віддалених ускладнень у 5 (5,8%) хворих діагностувалися ерозії стінки піхви по лінії розрізу з візуалізацією частини сітчатого протеза (проблему вирішено шляхом висікання видимої частини протеза з подальшою повною епітелізацією слизової піхви).

Ускладнення діагностувалися у період спостереження 6-12-24 місяців. У 1-й групі це ускладнення відмічалось у 3 (3,5%) пацієнок, в другій групі – у 2 (5,4%) пацієнок.

Тяжких інтраопераційних ускладнень (травми сечового міхура, уретри, n. obturatoris, великих судин тазу) в наших спостереженнях не зустрілося. У 3 (8,1%) пацієнок 2-ї групи інтраопераційно розвивалися значні кровотечі із вен тазу, при неможливості візуалізації судини в зону кровотечі встановлювався гемостатичний матеріал «Серджисел» компанії «Джонсон & Джонсон». У пацієнок 1-ї групи значні кровотечі не спостерігалися.

У ранньому післяопераційному періоді формування гематом розвинулось в одному випадку на 4-ту добу у пацієнтки 2-ї групи. Гематома сформувалася між сечовим міхуром та слизовою оболонкою піхви. Її дренивали через додатковий розріз на слизовій оболонці піхви з подальшою тампонадою піхви. Ерозії слизової та рецидиву пролапсу у віддаленому післяопераційному періоді в цьому випадку не спостерігалося.

Ускладнення оперативних втручань при рецидиві генітального пролапсу

| Група № | 1 | 2 |
|--|----|-----------|
| Інтраопераційні ускладнення | | |
| Кровотеча (більше 500 мл) | 0 | 2 |
| Травма сечового міхура | 1 | 1 |
| Ускладнення після операції | | |
| Гематома | 1 | 4 |
| Значні болі | 1 | 2 |
| Катетеризація сечового міхура більше 3-х діб | 4 | 5 |
| Тромбози, флебіти | 0 | 2 |
| Диспареунія | 0 | 5 |
| Стресове нетримання сечі | 2 | 3 |
| Ерозія слизової піхви | 7 | 2 |
| Інфікування протезу | 0 | 0 |
| Здавлювання уретри | 0 | 1 |
| Гіперактивний сечовий міхур | 14 | 8 |
| Рецидив через 3-6-12 міс. в суміжному сегменті | 5 | 2 (13,8%) |
| Рецидив через 3-6-12 міс. в оперованому сегменті | 2 | 1 |
| Зміщення протезу | 6 | 4(14%) |
| Елонгація шийки матки після операції | 2 | 4 |
| Субоптимальний результат | 5 | 4 (17,4%) |

Специфічні ускладнення (ерозії стінки піхви) після операцій з використанням синтетичних протезів відзначалися на початкових етапах освоєння методики встановлення протезів. У подальшому були враховані недоліки технології встановлення протезу, проаналізовані можливі фактори, що дало можливість у подальшому уникнути розвитку ерозії стінки піхви. Такий результат досягнуто також за рахунок використання розробленої нами методики накладання швів на слизову оболонку, відмови від застосування електрохірургії в ході операції та використання технології без висікання «надлишку» слизової піхви (метод без натягу тканин).

Встановлено недостатню ефективність «Prolift anterior» у корекції дефекту апікального сегменту, корекції стресового нетримання сечі та пролапсу в задньому сегменті піхви. Крім того, у 4 (12,9%) випадках спостерігалось скручування протезу із втратою його ефективності та розвитком субоптимального результату оперативного втручання.

У 2 (13,8%) випадках встановлення «Prolift Posterior» спостерігалось прогресування недіагностованого, або прихованого пролапсу в суміжному сегменті піхви. Рецидивів ректоцеле відзначено не було.

Після операції із встановленням «Prolift total» субоптимальний результат спостерігався в 4 (17,4%) випадках із провисанням протеза в передньому сегменті піхви при повному випаданні матки. Ерозій при використанні «Prolift total» діагностовано не було.

За результатами опитування, через 24 місяці після операції 82,3% пацієток були задоволені результатами лікування.

Таким чином, незважаючи на універсальність техніки, операції із застосуванням систем «Prolift» не можуть вважатися безпечними малоінвазивними втручаннями. З нашої точки зору, вони повинні розглядатися як операції підвищеної категорії складності, а їх виконання, через наявність сліпих етапів операції, вимагає спеціальної підготовки фахівця хірурга. Запропо-

нований нами імплант для корекції дефектів переднього сегменту піхви може бути альтернативою системи «Prolift anterior», як більш безпечний та технічно простіший у виконанні та легко відтворюваний.

Для запобігання розвитку тяжких інтраопераційних ускладнень та рецидивів при проведенні реконструктивно-пластичних операцій у випадку рецидиву пролапсу з використанням сітчатих протезів ми звичайно дотримуємося таких рекомендацій:

1. Ретельне попереднє обстеження пацієнтки до операції дає можливість правильно вибрати об'єм оперативного втручання та прогнозувати можливі результати операції.

2. Передопераційна підготовка з використанням препаратів, що містять естрогени для місцевого застосування, із моделюванням фізіологічного положення стінок піхви, 2-4 тижні до оперативного втручання та до повної епітелізації слизової піхви після оперативного втручання.

3. Розрізи слизової оболонки піхви проводимо в сагітальному напрямку без висікання надлишку тканин (виключенням є повне випадання матки із значним цистоцеле або грижове випинання в зоні апікального сегменту, де відсутня фасція).

4. Обов'язково застосовуємо гідропрепаровку тканин (200 мл 0,9% розчину Натрію хлориду із

додаванням 1 мл розчину «Терліпресин» та 5 мл розчину «Окситоцин»).

5. У ході операції мінімально застосовуємо електрокоагуляцію.

6. По закінченні операції із застосуванням проленових імплантів, здійснюємо тампонаду піхви марлевым тампоном на 20-24 години для попередження формування гематом в клітковинних просторах малого тазу та здійснюємо моніторинг артеріального тиску, пульсу, насичення артеріальної крові киснем, діурезу протягом як мінімум 24 годин після операції.

7. При формуванні гематоми в клітковинних просторах тазу дренажування проводимо через додатковий розріз на слизовій піхви та повторно тампуємо піхву марлевым тампоном на одну добу.

ПІДСУМОК

Застосування запропонованої нами форми імпланту для реконструкції рецидиву пролапсу переднього сегменту піхви дає можливість на 50% зменшити тривалість операції та на 35% інтраопераційно крововтрату, зменшити в 2 рази кількість тяжких інтра- та післяопераційних ускладнень без втрати ефективності операції із застосування сітчатих протезів.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Возможности влагалищной гистерэктомии и перспективы развития метода / В.Е. Радзинский, О.Н. Шалаев, О.С. Ашахман [и др.] // *Мать и дитя: материалы IV Российского форума.* – М., 2002. – Ч. 2. – С. 322-323.

2. Деякі аспекти патогенезу випадіння матки та стінок піхви у жінок, хірургічна корекція / Ю.П. Вдовиченко, А.П. Григоренко, В.М. Бойчук, М.Д. Боцюра // *Репродуктивное здоровье женщины.* – 2005. – №1 (21). – С. 198-199.

3. Дисплазия соединительной ткани как одна из возможных причин недержания мочи у женщин с пролапсом гениталий / Т.Ю. Смольнова, С.Н. Буянова, С.В. Савельев, В.Д. Петрова // *Урология.* – 2001. – № 2. – С. 25-30.

4. Ефективність оперативних втручань при пролапсі тазових органів / В.І. Пирогова, М.В. Томич, І.В. Верніковський [та ін.] // *Вагинальная хирургия сегодня и завтра: материалы науч.-практ. конф.* – Винница, 2005. – С.31-32.

5. Краснополяская И.В. Хирургическое лечение и профилактика пролапса гениталий после гистерэктомии: автореф. дис. на соискание учен. степени

канд. мед. наук: спец. 14.01.01 «Акушерство и гинекология» / И.В. Краснополяская. – М., 2004. – 23с.

6. Оперативная гинекология / В.И. Краснополяский, С.Н. Буянова, Н.А. Щукина, А.А. Попов. – М.: МЕДпресс-информ, 2010. – 320с.

7. Петрова В.Д. Тактика лечения больных с выпадением купола влагалища после гистерэктомии / В.Д. Петрова, С.Н. Буянова // *Акушерство и гинекология.* – 2000. – №3. – с. 45-49.

8. Laparoscopic Sacral Colpopexy: Short term results and complications in 83 patients / M. Cosson, E. Bogaert, F. Narducci [et al.] // *Eur. J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.* – 2000. – Vol. 29. – P.746-750.

9. Swift S.E. Epidemiology of pelvic organ prolapse // *Ostergard's Urogynecology and Pelvic Floor Dysfunction* / A.E. Brent, D.R. Ostergard, G.W. Cundiff, S.E. Swift. – Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 2003. – P. 35-42.

10. Vaginal vault suspension by abdominal sacral colpopexy for prolapse: a follow up study of 40 patients / P.M. Geomini, H.A. Brolmann, N.J. van Binsbergen, B.W. Mol // *Eur. J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.* – 2001. – Vol. 94. – P.234-238.