

Оптимізація оперативних втручань у жінок з постгістеректомічним пролапсом

Р.М. Банахевич, К.Б. Акімова, А.В. Єчин, К.О. Парієнко

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Проведено обстеження і лікування 61 жінки з постгістеректомічним пролапсом, оцінені результати використання різних форм синтетичних імплантів і систем Prolift. Трансвагінальний неофасціогенез з використанням імпланту запропонованої нами форми виконано у 24 хворих (1-а група), у 23 пацієнток використовували імплант системи Prolift™ total (2-а група), у 14 пацієнток – імплант з матеріалу «Proseed» в області склепіння кукси піхви (3-я група). У статті наведені основні проблеми рецидиву захворювання, який розвивається через 1–5 років після операції і залежить від техніки проведеної операції, ступеня дисплазії сполучної тканини у оперованих хворих. Описано особливості застосування та можливі ускладнення операцій з використанням синтетичних імплантів. Установка системи Prolift™ total супроводжувалася достовірно більшою крововтратою: $202,1 \pm 6,6$ мл проти $78,8 \pm 7,5$ мл ($p < 0,05$) при використанні запропонованих методик. Збільшення крововтрати відбувалося за рахунок збільшення обсягу оперативного втручання, великої площі дисекції клітковинних просторів малого таза, проведення перфораторів через тканини з великою кількістю судин малого калібру. Термін перебування в стаціонарі серед жінок досліджуваних груп статистично відрізнявся і становив у 1-й груп – $3,2 \pm 0,2$ дня проти $4,1 \pm 0,4$ дня в 2-й групі ($p < 0,05$), в 3-й групі – $3,3 \pm 0,2$ дня. Поранення суміжних органів у ході виконання операції відзначено в 1 (4,2%) випадку при установці системи Prolift™ total і у 1 (4,4%) випадку при використанні імпланту запропонованої форми ($p > 0,05$). Корекцію стресового нетримання сечі за допомогою слінгової операціїTVT-Obturator проведено у 3 (13,1%) пацієнток 1-ї групи і у 1 (4,2%) пацієнтки 2-ї групи ($p < 0,05$).

Ключові слова: *постгістеректомічний пролапс, рецидив, системи для реконструкції тазового дна, ускладнення.*

Постгістеректомічний пролапс (ПГЕП) може розвиватися в кожному випадку після гістеректомії, виконаної вагінальним чи абдомінальним доступом. Вагінальна гістеректомія в багатьох клініках розглядається як втручання, що підходить для всіх ступенів тяжкості та типів випадання. Основною проблемою, яка виникає у післяопераційний період, є рецидив захворювання, що розвивається через 1–5 років після операції і залежать не тільки від техніки зробленої операції, але і від наявності та ступеня дисплазії сполучної тканини у оперованих хворих [1, 2]. За даними різних авторів, гістеректомія, незалежно від хірургічного підходу, збільшує ризик подальшого пролапсу статевих органів: так, абдомінальна гістеректомія підвищує ризик у два рази, вагінальна гістеректомія збільшує його в 3,8 рази, лапароскопічна – в 5,5 рази, вагінальна гістеректомія з лапароскопічною асистенцією збільшує ризик подальшого пролапсу статевих органів в 7,5 рази [3]. Однак при повному випаданні матки існує високий ризик розвитку ентероцеле та випадання кукси склепіння піхви після гістеректомії [3]. Повний виворот склепіння піхви після піхвових екстирпацій матки становить 0,2–1% [4], тоді як, за даними С. Luyet, М. Yaron, J. Dubuisson, J.B. Dubuisson, рецидив спостерігається в 43% випадків у пацієнток з про-

лапсом [5]. За інформацією R.E. Symmonds, T.J. Williams, R.A. Lee, число рецидивів пролапсу складає 10–47% після першого оперативного втручання, 53–68% після лікування рецидивів [6]. Такий широкий діапазон результатів відображає: пріоритетні напрямки роботи гінекологічного відділення, відмінності в хірургічній техніці та матеріалах, віку пацієнток, їхнього стану, маси тіла та інших характеристик.

Розуміння анатомії зв'язкового апарату матки та його патології після гістеректомії має важливе значення для правильного вибору ефективного лікування цього стану. Багатьма авторами були описані різні варіанти лікування ПГЕП. Кожен із запропонованих методів має певну ефективність, процент рецидивів та ускладнень. Проте, як і раніше, досить високим залишається відсоток рецидивів, незважаючи на численні методи хірургічного лікування та профілактики пролапсу статевих органів, відсутні уточнені результати довгострокових спостережень та єдина методика їхньої оцінки. Суперечливі думки про можливість та ефективність піхвових операцій при хірургічній корекції даної патології спрямовані на відновлення анатомічного положення і функції піхви. Відсутній чіткий алгоритм вибору тієї чи іншої модифікації реконструкції ПГЕП, заснованому на характері генітальної патології з урахуванням віку та соматичного статусу пацієнток. Ці обставини вимагають розроблення нових індивідуальних підходів при виборі первинного хірургічного лікування пролапсу, що дозволить звести до мінімуму ризик рецидиву у віддалений післяопераційний період.

Мета дослідження: провести аналіз ефективності апікальної суспензії за допомогою синтетичних імплантів та порівняти результати сакроспінальної кольпосуспензії та трансвагінального неолігаментофасціогенезу системою Prolift™ total.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

На клінічній базі кафедри акушерства та гінекології Державного закладу «Дніпропетровська медична академія МОЗ України» в міському центрі пластичної хірургії в гінекології комунального закладу «Дніпропетровська міська клінічна лікарня №9 Дніпропетровської обласної ради» для визначення частоти розвитку ПГЕП було проведено обстеження 1631 жінки з пролапсом статевих органів I–III стадії за класифікацією POP-Q (ICS, 1996 р.) [7], які оперовані в гінекологічних відділеннях з 2005 по 2009 р. Пацієнтки з ПГЕП були розділені на три групи залежно від проведеного лікування: 1-а група – 24 (39,4%) пацієнтки з РГП, яким проведено сакроспінальну кольпопексію і встановлено синтетичний імплант із застосуванням запропонованої методики [8]. 2-а група – 23 (37,7%) пацієнтки, яким встановлено системи Prolift™ total і Prolift™ + M total. 3-я група – 14 (22,9%) пацієнток, яким виконано закриття дефекту склепіння піхви синтетичним імплантом із матеріалу «Proseed».

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Проаналізовано 61 випадок лікування ПГЕП. У 47 (77,1%) пацієнток спостерігалось випадання кукси апікального сегмента піхви з повною чи частковою інверсією

стінок піхви та формуванням ентероцеле, у 14 (22,9%) пацієнток спостерігалось формування грижі апікального сегмента піхви з воротами у склепінні її кукси при збереженому або частково збереженому фіксувальному апараті матки, з розміщенням кукси піхви на рівні інтерспінальної лінії або близькому до цього положенні.

Тривалість захворювання становила від 1 року до 5 років. ПГЕП формувалась до 65 років у пацієнток зі збереженим вагінальним калібром, оскільки оперативне втручання із видалення матки їм виконали в більш молодому віці. Середній вік пацієнток із ПГЕП становив $56,7 \pm 2,3$ року.

Визначено, що через 12 міс після оперативного втручання у 47,6% пацієнток визначали ознаки ПГЕП, які вимагали оперативної корекції у 19,7% пацієнток – через 2 роки після операції. Аналіз динаміки формування ПГЕП свідчить про недостатню ефективність відновлення апікальної фіксації з формуванням, як правило, ятрогенно створених дефектів в зоні втручання (малюнок).

Характерною рисою сучасної реконструктивно-пластичної хірургії в гінекології є широке впровадження синтетичних імплантів для заміщення дезінтегрованого фасціально-лігаментарного апарату статевих органів (ФЛАСО) як патогенетично обґрунтований метод оперативного лікування рецидиву генітального пролапсу (РГП).

Операції, які спрямовані на відновлення фіксації апікальної частини кукси піхви, умовно можливо розділити на три групи:

1. Сакроспінальна вагінопексія з трансвагінальним неофасціогенезом переднього сегмента піхви синтетичним матеріалом. Рекомендується застосовувати пацієнткам з невеликими, субкомпенсованими формами втрати інтегральності лігаментарних структур апікального сегмента піхви при ПГЕП або без ознак втрати інтегральності існуючого зв'язкового апарату з його фіксацією до сакроспінальної зв'язки.

2. Операції із використанням системи Prolift™ total. Рекомендується усім пацієнткам із декомпенсованими формами апікальної фіксації.

3. Операції при ізольованому пролапсі кукси піхви без втрати апікальної підтримки.

Принцип заміни власного ФЛАСО синтетичним ендопротезом став тим потенціальним ресурсом, який відповідає принципу малоінвазивності та збереженню органів і тканин хірургії РГП. Подальше спостереження за цими хворими довело ефективність запропонованої системи та методики її використання. Вибір методу хірургічного лікування пролапсу залежить від ступеня пролапсу статевих органів, супутньої патології статевих органів, віку пацієнтки, соціальної та життєвої активності хворих, наявності ознак дисплазії сполучної тканини, анальної та сечової інконтиненції.

Хірургічне лікування було ефективним в 76,1% випадків сакроспінальної фіксації. Однак при декомпенсованих формах ПГЕП таке оперативне лікування було недостатнім. Звідси кращий результат хірургічної корекції декомпенсованих форм ПГЕП (95,7%) був отриманий у пацієнток з використанням Prolift™ total. Найкращі результати спостерігалися в групі з ізольованим пролапсом в апікальному сегменті піхви, де ефективними були практично всі операції.

Особливостями оперативного втручання у жінок 2-ї групи була більша тривалість операції, оскільки застосування системи Prolift™ total проводилося при декомпенсованих формах ПГЕП ($26,7 \pm 1,1$ хв проти $85,3 \pm 1,0$ хв, $t=2,29$, $p<0,05$). Збільшення тривалості оперативного втручання зумовлено технічними особливостями підготовки місця для встановлення імпланту та фіксації сітки під час процедури.

У 2-й групі крововтрата була достовірно більшою $202,1 \pm 6,6$ мл проти $78,8 \pm 7,5$ мл в 1-й групі ($p<0,05$). Збільшення крововтрати відбувалося за рахунок збільшення об'єму опе-

ративного втручання, великої площі дисекції клітковинних просторів малого таза, проведення перфораторів через тканини з великою кількістю судин малого калібру. Час оперативного втручання також впливав на величину крововтрати.

Термін перебування в стаціонарі серед жінок досліджуваних груп статистично відрізнявся і становив в 1-й групі $3,2 \pm 0,2$ дня проти $4,1 \pm 0,4$ дня в 2-й групі ($p<0,05$), в 3-й групі – $3,3 \pm 0,2$ дня. Після перших оперативних втручань термін перебування в стаціонарі після операції складав 4–5 діб. Цей факт зумовлений великою частотою (83,3%) інвазії в черевну порожнину при дисекції слизової оболонки піхви в зоні рубця після гістеректомії.

Операції з використанням системи Prolift™ total супроводжувалися великою інтраопераційною крововтратою, незважаючи на те, що використовували стандартну процедуру гідро-препарування тканин з додаванням вазоконстриктора. Поранення суміжних органів в ході виконання операції було відзначено в 1 (4,2%) випадку при установці системи Prolift™ total і в 1 (4,4%) випадку при виконанні сакроспінальної фіксації з укріпленням переднього сегмента піхви синтетичним імплантом. Причиною ускладнення була рубцева деформація тканин, а до складу рубця входила стінка сечового міхура після попередніх пластичних операцій на стінках піхви. Ушивання перфорційного отвору в стінці сечового міхура було виконано безпосередньо під час операції матеріалом полігліколід 2-0 – Рапід в два ряди під контролем цистоскопії. Після операції протягом 7 діб була призначена антибактеріальна терапія, виконували катетеризацію сечового міхура катетером Фолея.

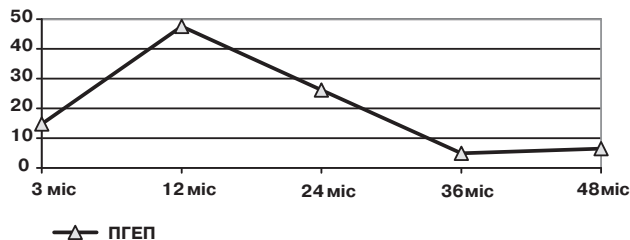
Гематоми клітковинних просторів малого таза визначали при ультразвуковому дослідженні. Їхній вміст не перевищував 5 мл і тому не вимагав дренивання гематоми. Больовий синдром та гіпертермічна реакція також не турбувала пацієнток у післяопераційний період.

У пацієнток 2-ї групи спостерігалось формування значних підшкірних гематом – 18 (78,3%) випадків, у пацієнток 1-ї групи – в 1 (4,2%) випадку ($p<0,05$). Лікування таких гематом також було консервативним. При виконанні реконструктивно-пластичних операцій у пацієнток з ПГЕП такі ускладнення, як травма сечоводу чи сечового міхура перфоратором, не спостерігалися.

У післяопераційний період інфекції сечовивідних шляхів, інфекції в зоні операційної травми у пацієнток досліджуваних груп також не відзначали. Такий результат досягнуто завдяки передопераційній підготовці із застосуванням тимчасової іммобілізації апікального сегмента піхви.

Корекцію стресового нетримання сечі за допомогою слінгової операції TVT-Obturator проведено у 4 (6,6%) пацієнток. Із них у 3 (12,5%) пацієнток 1-ї групи та у 1 (4,4%) пацієнтки 2-ї групи ($p<0,05$).

Формування ерозії слизової оболонки піхви в зоні імплантації синтетичного матеріалу спостерігалось лише у 3 (13,1%) пацієнток 2-ї групи. В усіх випадках ерозії формувалися в області склепіння піхви. Саме ця ділянка містить рубцеву тканину після попередніх оперативних втручань, і повторне формування рани в зоні рубця збільшує ризик формування ерозії. Аналіз оперативних втручань показав,



Динаміка розвитку ознак ПГЕП

що встановлення центральної частини системи Prolift™ total у пацієнток з ПГЕП слід проводити через тунель, створений в зоні рубцевої тканини кукуси піхви.

ВИСНОВКИ

1. Установлено, що постгістеректомічний пролапс (ПГЕП) в 66,3% випадків формувався протягом 24 міс після гістеректомії.

2. Формування ерозій у місці встановлення системи

Prolift™ total спостерігалось в 13,1% випадків в зоні кукуси піхви.

3. Застосування запропонованої технології розміщення системи Prolift™ total в апікальному сегменті піхви запобігає розвитку ерозії в зоні імплантації.

4. Запропонована технологія лікування ПГЕП знижує інтраопераційну крововтрату в 2,6 разу, тривалість операції в 3,2 разу, термін перебування в стаціонарі в 1,3 разу, не збільшує ризик травми суміжних органів.

Оптимизация оперативных вмешательств у женщин с постгистерэктомическим пролапсом

Р.М. Банахевич, К.Б. Акімова, А.В. Ечин, Е.А. Париенко

Проведено обстеження і лікування 61 жінки з постгістеректомічним пролапсом, оцінені результати використання різних форм синтетических імплантів і систем Prolift. Трансвагінальний неофасциогенез з використанням імплантата запропонованої нами форми виконан 24 больними (1-я група), у 23 пацієнток використовували імплант системи Prolift™ total (2-я група), у 14 пацієнток – імплант із матеріала «Proseed» в області своду культи влагалища (3-я група). В статті приведені основні проблеми рецидива захворювання, який розвивається через 1–5 років після операції і залежить від техніки проведеної операції, ступеня дисплазії з'єднаної тканини у оперованих больних. Описані особливості застосування і можливі ускладнення операцій з використанням синтетических імплантів. Установка системи Prolift™ total супроводжувалась достовірно більшою кровопотерею: 202,1±6,6 мл проти 78,8±7,5 мл (p<0,05) при використанні запропонованих методик. Збільшення кровопотери проходило за рахунок збільшення об'єму оперативного втручання, великої площі диссекції клітчаточних просторів малого таза, проведення перфораторів через тканини з великою кількістю судин малого калібру. Термін перебування в стаціонарі серед жінок досліджуваних груп статистично відрізнявся і становив в 1-й групі – 3,2±0,2 дні проти 4,1±0,4 дні во 2-й групі (p<0,05), в 3-й групі – 3,3±0,2 дні. Ранення сусідніх органів в ході виконання операції відзначено в 1 (4,2%) випадку при установці системи Prolift™ total і в 1 (4,4%) випадку при використанні імплантата запропонованої форми (p>0,05). Коррекцію стресового недержання сечі з допомогою слингової операції TVT-Obturator проведено у 3 (13,1%) пацієнток 1-ї групи і у 1 (4,2%) пацієнтки 2-ї групи (p<0,05).

Ключевые слова: постгістеректомічний пролапс, рецидив, системи для реконструкції тазового дна, ускладнення.

Optimization surgical interventions in women with prolapse after hysterectomy

R.M. Banakhevych, K.B. Akymova, A.V. Echin, K.O. Parienko

Conducted the examination and treatment of 61 women with posthysterectomy prolapse, assessed the results of the different forms of synthetic implants and systems Prolift. Transvaginal neofasciogenesis using an implant, the proposed forms completed 24 patients (group 1), 23 patients used implant system Prolift™ total (group 2), and 14 patients – implant from a material «Proseed» in the area of the vault of the vagina stump (group 3). In the article the main problems of recurrence of the disease, which develops in 1 to 5 years after surgery and depends on the techniques of the performed operation, the degree of dysplasia of connective tissue for operated patients. Describes features of application and possible complications of operations using synthetic implants. Installing system Prolift™ total was accompanied by a significantly greater blood loss: 202,1±6,6 ml against 78,8±7,5 ml (p<0,05) when using the proposed methods. The increase of blood loss occurred due to increase of volume of operative intervention, the great square dissection of cellular tissue areas of small pelvis, conducting drills through the fabric with a large number of vessels of small caliber. The term prebivaniya hospital among women studied groups are statistically distinguishable and was in group 1 – 3,2±0,2 day against 4,1±0,4 days in group 2 (p<0,05) in group 3 – 3,3±0,2 day. Injuries related bodies in progress noted in 1 (4,2%) the case when installing Prolift™ total and 1 (4,4%) the case when the implant proposed form (p>0,05). Correction of stress incontinence using swingaway TVT-Obturator was performed in 3 (13,1%) patients of group 1 and 1 (4,2%) patients of group 2 (p<0,05).

Key words: prolapse after hysterectomy, recurrent genital prolapse, pelvic floor reconstruction system, complications.

Сведения об авторах

Банахевич Роман Михайлович – ГЗ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», 49044, г. Днепропетровск, ул. Дзержинского, 9; тел.: (0562) 23-15-26. E-mail: banahevich@yandex.ru

Акімова Клавдія Борисівна – ГЗ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», 49044, г. Днепропетровск, ул. Дзержинского, 9; тел.: (0562) 23-15-26. E-mail: banahevich@yandex.ru

Ечин Андрей Викторович – КУ «Днепропетровская ГКБ № 9 ДОР», 49044, г. Днепропетровск, пр. Воронцова, 29; тел.: (0562) 23-14-76. E-mail: banahevich@yandex.ru

Париенко Екатерина Александровна – ГЗ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», 49044, г. Днепропетровск, ул. Дзержинского, 9; тел.: (0562) 23-15-26. E-mail: parienko.katerina@yandex.ru

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Применение малоинвазивных технологий в лечении осложненных форм пролапса гениталий / А.А. Попов, Т.Н. Мананикова, Г.Г. Шагинян [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2004. – № 3. – С. 32–34.
2. Эффективность применения системы «Prolift Total» при хирургическом лечении декомпенсированных форм пролапса тазовых органов у женщин / В.Ф. Беженарь, Э.К. Айламазян, М.В. Рулев [и др.] // Журнал акушерства и женских болезней. – 2011. – Т. 60, № 1. – С. 21–29.
3. Mawajdeh S.M. Prevalence and risk factors of genital prolapse. A multicenter study / S.M. Mawajdeh, R.J. Al-Qutob, A.M. Farag // Saudi Med. J. – 2003. – Vol. 24, N 2. – P. 161–165.
4. Risk factors for prolapse recurrence after vaginal repair / J.L. Whiteside, A.M. Weber, L.A. Meyn [et al.] // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2004. – Vol. 191. – P. 1533–1538.
5. Актуальні питання розвитку та результати лікування рецидиву генітального пролапсу / В.О. Потапов, Р.М. Банахевич, К.Б. Акімова [та ін.] // Здоров'я жінки. – 2009. – № 4(45). – С. 192–193.
6. Репродуктивное здоровье и качество жизни женщин после хирургического лечения пролапса гениталий / О.Н. Шалаев, Г.Ф. Тотчиев, Л.П. Токтар [и др.] // Вестник Рос. Ун-та дружбы народов. Серия Медицина (акуш. и гинек.). – 2003. – № 1. – С. 148–152.
7. Diez-ltza I. Risk factors for the recurrence of pelvic organ prolapse after vaginal surgery: a review at 5 years after surgery / I. Diez-ltza, I. Aizpirtarte, A. Becerro // Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunct. – 2007. – Vol. 18, N 11. – P. 1317–1324.
8. Пат. № 81494 Україна, МПК А61F 2/02, А61В 17/42. Спосіб хірургічного лікування цистоцеле / Р.М. Банахевич, В.О. Потапов, К.Б. Акімова, А.В. Ечин, Д.Л. Золотарьов; власник Банахевич Р.М. – №201303675; заявл. 26.03.2013, опубл. 25.06.2013, Біол. №12.

Статья поступила в редакцию 27.05.2014