

С.Г. Штофин, О.Г. Карманов, М.Н. Чеканов, В.Г. Швайко

**РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ХИРУРГИЯ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ
ТАЗОВОГО ДНА У ЖЕНЩИН***Новосибирский государственный медицинский университет (Новосибирск)*

Приведен опыт хирургического лечения 111 больных с осложненным генитальным пролапсом (ГП). Эффективность лечения оценена в срок от 6 месяцев до 3 лет. Выявлены рецидивы ГП при влагалищном доступе у 1 (4,8 %) больной, лапароскопической Mesh-промонтофиксации у 4 (13,3 %) больных. Использование комбинированного доступа оптимизирует технику восстановительной операции. Сделан вывод о необходимости индивидуализированного подхода к реконструкции дефектов тазового дна, что снижает риск рецидива ГП и функциональных нарушений тазовых органов.

Ключевые слова: генитальный пролапс, лапароскопический доступ, полипропиленовый имплантат

RECONSTRUCTIVE SURGERY OF PELVIC FLOOR DISORDERS IN WOMEN

S.G. Shtofin, O.G. Karmanov, M.N. Chekanov, V.G. Shvayko

State Medical University, Novosibirsk

We presented our experience of surgical treatment of 111 patients with complicated genital prolapse (GP). Efficiency of treatment was evaluated in term from 6 month to 3 years. Recurrence of GP after vaginal approach was presented in 1 case (4,8 %), after laparoscopic MESH-promontofixation was presented in 4 cases (13,3 %). We suggest that use of combined approach and ascertained method of reconstruction of disorders of pelvic floor optimises technique of reconstructive surgery and decreases complication level of GP and functional disorders pelvic organs.

Key words: genital prolapse, laparoscopic approach, polypropylene implant

Генитальный пролапс (ГП) является социально значимой и окончательно не решенной проблемой. По литературным данным у 15–30 % женщин отмечается несостоятельность тазового дна и с возрастом заболеваемость возрастает [4]. Выпадение влагалища и матки сопровождается дисфункцией тазовых органов в виде неполного опорожнения мочевого пузыря, недержания мочи, запоров, а также сексуальными нарушениями, что негативно влияет на качество жизни пациенток [3, 4].

Многочисленность хирургических методов, предложенных для лечения ГП, свидетельствует о трудности коррекции этой патологии [1]. Применение полипропиленовых имплантатов повышает эффективность реконструкции несостоятельности тазового дна. Вместе с тем на сегодняшний день четко не сформулированы показания к способу реконструкции дефектов тазового дна, осложненных функциональными нарушениями тазовых органов, и определяющим в выборе восстановительного метода во многом является личный опыт хирурга.

Целью нашего исследования явилась оценка результатов хирургического лечения несостоятельности тазового дна у женщин и оптимизация хирургической тактики в лечении осложненного урогенитального пролапса.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

За период с января 2002 г. по январь 2006 года нами было оперировано 111 пациенток с осложнен-

ным урогенитальным пролапсом. Возраст больных составил от 35 до 75 лет. В репродуктивном периоде было 22 пациентки (19,8 %), перименопаузе – 49 (44,1 %). Больных в постменопаузе было 40 (36,1 %). У всех пациенток в анамнезе были роды через естественные родовые пути. Длительность заболевания составила от 2 до 23 лет. 9 (8,1 %) больных ранее перенесли операции на тазовых органах. Доброкачественные опухоли внутренних половых органов были выявлены у 31 пациентки (27,9 %).

Программа обследования включала общеклиническое обследование, гинекологический осмотр с оценкой степени урогенитального пролапса; проведение функциональных проб, Q-tip теста, комплексного уродинамического исследования по показаниям, УЗИ малого таза с использованием вагинального датчика.

Дизурические расстройства в виде нарушения мочеиспускания выявлены у 57 пациенток и недержание мочи при напряжении у 54 больных с урогенитальным пролапсом. Гипермобильный тип стрессовой инконтиненции выявлен у 41 больной, стрессовое недержание в результате недостаточности внутреннего сфинктера уретры – у 13 пациенток. Доминирующим анатомическим дефектом у 111 больных было уретроцистоцеле различной степени, в сочетании с опущением или неполным выпадением матки (купола влагалища, кульги шейки матки) – у 56, и ректоцеле 2 ст. – у 17 пациенток.

Жалобы на учащенное мочеиспускание, затрудненное начало мочеиспускания, чувство непол-

ного опорожнение мочевого пузыря предъявляли пациентки с цистоцеле 3 – 4 ст., что было обусловлено остаточной мочой в мочевом пузыре (УЗИ) и инфравезикальной обструкции. Непроизвольное подтекание мочи при напряжении отмечали больные с уретроцистоцеле 1 – 3 ст.

Показаниями к операции служили опущение и неполное выпадение матки и стенок влагалища, осложненное нарушением функции мочевого пузыря – 57 больных; урогенитальный пролапс с симптомами стрессовой инконтиненции мочи – 54 больных.

Объем операции подбирался индивидуально и зависел от возраста, типа стрессовой инконтиненции мочи и степени тазовой десценции. У большинства больных выполнялось несколько хирургических вмешательств, направленных на реконструкцию дефектов тазового дна.

При уретроцистоцеле смещения 2 – 3 ст. выполнялась лапароскопическая модифицированная паравагинальная реконструкция и операция по Burch – 62 и с облитерацией прямокишечно-маточного пространства по McCall – 24. При опущении, неполном выпадении матки или культи шейки матки выполнялась лапароскопическая Mesh-кольпопромотофиксация 30 (в качестве имплантата использовалась полипропиленовая сетка размерами 3 × 15 см) или влагалищная экстирпация матки с передней кольпоррафией, кольпоперинеолеваторопластикой – 21. Влагалищная экстирпация матки с лапароскопической Mesh-кольпопромотофиксацией – у 6 пациенток при неполном выпадении матки и влагалища. 13 больным с недержанием мочи при напряжении вследствие недостаточности внутреннего сфинктера уретры выполнена пластика свободной синтетической петлей: tension-free vaginal tape (TVT-6, TVT-O-1), intravaginal sling (IVS – 6).

РЕЗУЛЬТАТЫ

При выполнении лапароскопических вмешательств отмечено 1 интраоперационное ранение мочевого пузыря, дефект стенки мочевого пузыря восстановлен лапароскопически. В одном случае на этапе освоения методиками TVT и IVS на вторые сутки диагностирована позадилобковая гематома в объеме около 200 мл, что потребовало проведения рассасывающей терапии с положительным эффектом. Других интраоперационных осложнений не было. Продолжительность лапароскопических операций определялась анатомическими дефектами тазового дна и составляла от 70 до 185 минут при Mesh-кольпопромотофиксации. Время, затраченное на выполнение slingовых вмешательств от 25 до 45 минут, влагалищной экстирпации матки с пластикой влагалища от 85 до 110 минут и комбинированного доступа – 100 – 120 минут.

Осложнений после лапароскопических операций не было; 1 (4,8 %) перикюльтит после влагалищной экстирпации матки с пластикой влагалища местными тканями был купирован назначением антибиотиков и противовоспалительных средств.

Анализируются и сравнены отдаленные анатомо-функциональные результаты хирургического лечения ПГ при динамическом наблюдении в срок от 6 месяцев до 3 лет с применением объективных методов исследования. Несмотря на то, что при объективном обследовании в раннем послеоперационном периоде пациентки демонстрировали хорошие функциональные и анатомо-топографические результаты реконструкции тазового дна, при длительном наблюдении эффективность примененных методик была ниже. Выявлен 1 (4,8 %) рецидив неполного выпадения купола влагалища после влагалищной экстирпации матки с передней кольпоррафией и кольпоперинеолеваторопластикой у пациентки 65 лет. Рецидив устранен лапароскопической Mesh-кольпопромотофиксацией через 6 месяцев после первого вмешательства. Лапароскопическая Mesh-промотофиксация позволяет надежно зафиксировать матку и среднюю треть влагалища, вместе с тем у 4 (13,3 %) больных не удалось устранить диастаз леваторов и ректоцеле, что связано с техническими трудностями сближения леваторов при промотофиксации и возможной миграции сетки. Вторым этапом выполнена задняя кольпоперинеолеваторопластика. В одном случае у больной развился болевой синдром в пояснично-крестцовой области, что потребовало стационарного лечения в неврологическом отделении с положительным эффектом. У 2 (4,9 %) больных после лапароскопической позадилобной кольпосуспензии зафиксирован рецидив стрессового недержания мочи, причина рецидива была обусловлена недостаточностью внутреннего сфинктера уретры, которая была диагностирована через 2 – 6 месяцев после операции. Эпизоды ургентного недержания мочи у 5 (12,2 %) больных выявлены в послеоперационном периоде и купированы медикаментозно. Результаты пластики свободной синтетической петлей при стрессовом недержании мочи в 13 случаях удовлетворительные, пациентки удерживают мочу. Период наблюдения от 6 до 12 месяцев.

Не отмечено случаев рецидива цистоцеле смещения после лапароскопической модифицированной паравагинальной реконструкции. Все больные отмечали восстановление нормального мочеиспускания, и удлинение интервалов между мочеиспусканиями.

Основываясь на данных литературы, собственном опыте восстановительных операций при ПГ необходимо отметить, что наиболее рационально использование комбинированных доступов при реконструкции тазового дна. Так, на первом этапе выполняется влагалищная или лапароскопическая ассистированная гистерэктомия, затем со стороны влагалища выделяется ректо-генитальная фасция Денонвилле и/или лобково-шеечная фасция до нижней трети влагалища, полипропиленовой имплантат (4 × 15) фиксируется отдельными швами к выделенным структурам. Культи влагалища ушивается непрерывным швом. Далее выполняется лапароскопический этап операции. Пари-

етальная брюшина рассекается от мыса до задней стенки влагалища. Противоположные края сетки фиксируются к мысу в состоянии умеренного натяжения, с последующей перитонизацией листками брюшины.

При использовании комбинированного доступа не отмечено интра- и послеоперационных осложнений. Преимуществами данной методики является быстрая и надежная фиксация фасций влагалища полипропиленовой сеткой, с использованием техники ручного шва. Полипропиленовый имплантат укрепляет фасциальные дефекты и фиксирует влагалище к промонториуму. Не было случаев инфицирования сетки. Эффективность проведенных операций вполне удовлетворительная, т.к. не отмечено случаев рецидива урогенитального пролапса. При влагалищной экстирпации матки с пластикой цисто- и ректоцеле, передний и задний дефекты ушиваются за счет иссечения и натяжения тканей, что суживает и укорачивает влагалищную трубку, вызывая дисперунию у 3 (14,3 %) больных.

Таким образом, анализ отдаленных результатов хирургического лечения больных с урогенитальным пролапсом доказал обоснованность применения индивидуализированного подхода к хирургическому лечению несостоятельности тазового дна. Влагалищный доступ показан у пациенток с сопутствующей экстрагенитальной патологией, при этом операцией выбора является влагалищная гистерэктомия с пластикой влагалища и промежности. Лапароскопическая Mesh-промонтофиксация целесообразна у больных репродуктивного возраста и у пациенток желающих сохранить матку, а так же при рецидиве пролапса и выпадении культи шейки матки или купола влагалища. Опе-

рация является выполнимой и безопасной, позволяет восстановить дефекты тазового дна без иссечения тканей, что важно для пациенток, сохранивших сексуальную функцию. Комбинированный доступ укорачивает время операции, использование синтетических материалов обеспечивает дополнительную поддержку и укрепление несостоятельного поддерживающего аппарата тазового дна. Применение имплантатов не должно исключать выполнение задней кольпоперинеолеваторопластики.

Точный выбор доступа позволяет восстановить множественные дефекты тазового дна, снижает риск рецидива урогенитального пролапса и восстанавливает функциональные нарушения тазовых органов, улучшая качество жизни пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян Л.В. Современные концепции хирургического лечения опущения и выпадения женских половых органов / Л.В. Адамян, М.А. Блинова, Б.Е. Сашин // Эндоскопия в диагностике, лечении и мониторинге женских болезней: Материалы Международного конгресса. — М., 2000. — С. 622 — 635.
2. Буянова С.Н. Эффективность различных методов лечения женщин с пролапсом гениталий, осложненных недержанием мочи у женщин / С.Н. Буянова, В.Д. Петрова, Г.Г. Шашиян // Вестник Российской ассоциации акушер-гинекологов. — 1999. — № 3. — С. 87 — 89.
3. Leach G.E. / G.E. Leach, P.E. Zimmern // AUA Update Ser. — 1990. — Vol. 9. — P. 313 — 320.
4. Raz S. / S. Raz, A.L. Siegel, J.L. Sort, J.A. Snyder // J. Urol. (Baltimore). — 1989. — Vol. 141. — P. 43 — 46.