Сравнительная оценка эффективности лапароскопической сакрокольпопексии и операции Prolift

М.М. ВЫСОЦКИЙ, Е.О. САЗОНОВА, Ю.Ю. ДОМОКЕЕВА

Comparative analysis of efficacy of laparoscopic sacrocolpopexy and Prolift surgery

M.M. VISOTSKY, E.O. SAZONOVA, YU.YU. DOMOKEEVA

Кафедра эндоскопической хирургии факультета последипломного образования МГМСУ, Москва

Проведен сравнительный анализ отдаленных результатов хирургического лечения 76 пациенток с опущением и выпадением половых органов. Из этих пациенток 35 подверглись лапароскопической сакрокольпопексии, 41 — установке проленовых имплантатов системы Prolift. Неудовлетворительные отдаленные результаты хирургического лечения отмечены у 3 (8,6%) женщин, подвергшихся лапароскопической сакрокольпопексии, и у 8 (19,5%) после операции Prolift.

Ключевые слова: пролапс тазовых органов, сакрокольпопексия, пролифт.

A comparative analysis of long-term results of surgical treatment of 76 patients with genital prolapse, 35 of whom underwent laparoscopic sacropexy, 41 — Prolift prolene mesh placement, has been carried out. Poor long-term results were observed in 3 (8.6%) patients after laparoscopic sacropexy and in 8 (19.5%) patients after Prolift surgery.

Key words: sacrocolpopexy, pelvic prolapse, Prolift.

До настоящего времени опущение и выпадение внутренних половых органов (ОиВВПО) представляет собой серьезную медицинскую и социальную проблему. В России, по данным различных авторов, ОиВВПО наблюдается у 20—40% женского населения [1]. Опущение половых органов, как правило, развивается в позднем репродуктивном возрасте, постепенно прогрессируя до периода постменопаузы. В настоящее время опущение половых органов принято рассматривать как полиэтиологическое заболевание, развивающееся на фоне несостоятельности связочного аппарата половых органов и тазового дна. В связи с этим патогенетически обоснованным методом лечения больных с ОиВВПО, особенно пациенток с дисплазией соединительной ткани, является хирургическая коррекция с использованием синтетических нерассасывающихся материалов (пролен, мерсилен, этибонд). История применения синтетических протезов в гинекологии для коррекции ОиВВПО насчитывает четверть века. В течение этого периода значительно менялись требования к синтетическому протезу и уже разработаны материалы с высоким индексом безопасности, обладающие оптимальной биологической совместимостью. Тем не менее проблема развития специфических осложнений при использовании синтетических материалов в виде формирования эрозий слизистой оболочки влагалища не утратила своей актуальности. Данной проблеме в литературе уделяется особое внимание [2, 3]. Кроме того, ни одна из существующих методик хирургического лечения больных с ОиВВПО не исключает риск развития их рецидивов.

Цель настоящего исследования — сравнительный анализ эффективности лапароскопической сакрокольпопексии (ЛСКП) и установления проленовых имплантатов системы Prolift на основании изучения осложнений операций и рецидивов ОиВВПО в отдаленном периоде.

Материал и методы

В исследование включены 76 пациенток в возрасте от 44 до 58 лет, перенесших хирургическое лечение по поводу ОиВВПО. Из них 35 больных, подвергшихся в период с 2002 до 2008 г. ЛСКП, составили 1-ю группу. Соответственно пациентки (n=41), которым была выполнена операции Prolift согласно рекомендованной производителем техники в период с 2006 по 2008 г., отнесены ко 2-й группе. Таким образом, период наблюдения варьировал от 3 до 9 лет (в среднем 4,7±1,6 года) в 1-й группе и от 3 до 5 лет (в среднем3,8±0,6 года) во 2-й группе. Средний возраст пациенток 1-й группы на момент обследования составил 56,3±1,2 года, больных 2-й группы — 47,2±0,9 года.

© Коллектив авторов, 2012

Endosk Hir 2012; 1: 12

e-mail: visotsky-gyn@mtu-net.ru

ЛСКП выполняли по стандартной методике. Основными этапами операции явились ревизия брюшной полости и малого таза и фиксация сигмовидной кишки к брюшной стенке, создание ретроперитонеального тоннеля, выделение леваторов, введение и фиксация сетки, перитонизация. По объему оперативного лечения, выполненного наряду с сакрокольпопексией, больные 1-й группы распределились следующим образом. 29 (82,9%) пациенткам произведена тотальная гистерэктомия, 4 (11,4%) — экстирпация культи шейки матки, 1 (2,9%) — двусторонняя аднексэктомия (в анамнезе влагалищная экстирпация матки). Кроме того, у 1 (2,9%) больной произведена только сакрокольпопексия по поводу выпадения культи влагалища после экстирпации матки. Недержание мочи при напряжении у 9 (25,7%) пациенток послужило показанием к одномоментному выполнению операции Берча и коррекции паравагинальных дефектов.

Во 2-й группе полная реконструкция таза с использованием Prolift total выполнена 25 (60,9%) больным, Prolift anterior et posterior — 9 (21,9%), Prolift posterior — 7 (17,2%). По поводу недержания мочи при напряжении 12 пациенткам произведена операция TVT-Obturator (Aris Coloplast).

Результаты

Продолжительность ЛСКП варьировала от 90 до 210 мин, составив в среднем 121,8±23,74 мин. Длительность хирургического вмешательства была максимальной на этапе освоения методики операции, а также при сочетанном выполнении операции Берча. Интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений в ходе проведения ЛСКП не отмечено ни в одном наблюдении. Интраоперационная кровопотеря у всех больных не превысила 200 мл. Средняя длительность пребывания больных в стационаре составила 5,3±0,5 дня.

Продолжительность операции установления проленовых имплантатов системы Prolift варьировала от 30 до 40 мин, составив в среднем 36±1,3 мин. Увеличение продолжительности вмешательства отмечалось при сочетанном выполнении коррекции недержания мочи при напряжении. Кровопотеря во всех наблюдениях не превысила 50 мл. У 1 (2,4%) пациентки в ходе операции был поврежден мочевой пузырь, что обусловило необходимость ушивания раны. В раннем послеоперационном периоде у 2 (4,9%) больных сформировались гематомы влагалища, при которых потребовались вскрытие и опорожнение. У 38 (92,7%) женщин период пребывания в стационаре составил один день. Наличие осложнений у 3 (7,3%) больных явилось причиной увеличения длительности пребывания в стационаре до 5—7 дней.

Развитие специфических осложнений при использовании синтетических материалов в отдаленном периоде в виде эрозий слизистой оболочки влагалища констатировано у 5 (6,5%)больных, из них у 2 (5,7%) 1-й группы и у 3 (7,3%) — 2-й группы. Иссечение части проленового протеза влагалищным доступом через 12 мес после ЛСКП потребовалось одной больной. В другом наблюдении проведено консервативное лечение с положительным эффектом. Среди больных, которым был установлен Prolift, частичное иссечение сетки через 15 и 18 мес выполнено в 2 случаях. У одной пациентки местное применение противовоспалительных средств и эстрогенсодержащих препаратов дало положительный эффект. Кроме того, иссечение сетки потребовалось 1 (2,4%) пациентке 2-й группы в связи с выраженным болевым синдромом.

Рецидив ОиВВПО в виде выпадения культи влагалища через 3 года после ЛСКП отмечен в одном (2,9%) случае. У данной пациентки ЛСКП с использованием проленового имплантата выполнялась на этапе освоения методики. Повторно в другом лечебном учреждении больной были выполнены чревосечение, MESH-фиксация культи влагалища.

Среди пациенток, которым были установлены проленовые имплантаты системы Prolift, рецидив ОиВВПО констатирован у 4 (9,75%). Этим больным потребовалось проведение повторных корригирующих операций, 2 из них в отдаленном периоде выполнена ЛСКП.

Следует отметить, что эпизодов недержания мочи при физической нагрузке не отмечала ни одна обследованная пациентка обеих клинических групп.

В целом неудовлетворительные отдаленные результаты хирургического лечения отмечены у 3 (8,6%) пациенток, подвергшихся ЛСКП, и у 8 (19,5%) больных, которым были установлены проленовые имплантаты системы Prolift.

Обсуждение

Согласно современным представлениям патогенетически обоснованный метод лечения больных с ОиВВПО — хирургическая коррекция с помощью синтетических нерассасывающихся материалов с использованием лапароскопического или вагинального доступа. Наиболее часто выполняемой лапароскопической операцией является сакрокольпопексия. Среди операций, проводимых влагалищным доступом, наибольшее распространение за последние годы приобрела разработанная хирургами Франции система Gynekare Prolift, представленная в 3 вариантах: для восстановления переднего, заднего отделов и полной реконструкции тазового дна. Накопленный мировой опыт проведения данных вмешательств позволил определить их преимущества и недостатки.

К общепризнанным преимуществам ЛСКП относится физиологичность методики, приводящей к горизонтализации влагалища, что оправдывает ее выполнение у пациенток с активным половым поведением, возможность одновременной коррекции любой другой патологии тазовых органов, минимальное количество дополнительных устройств и материалов, необходимых для операции. При этом улучшение результатов лечения достигается за счет общепринятых преимуществ эндоскопии [2, 4, 5]. Основной недостаток данной методики заключается в технической сложности операции, обусловливающей длительный период обучения и относительно высокую продолжительность операции. Средняя продолжительность операции в настоящем исследовании составила 121,8±23,74 мин, что согласуется с данными литературы [6]. Однако интра- и ранних послеоперационных осложнений в ходе проведения ЛСКП не было отмечено ни в одном наблюдении. При этом интраоперационная кровопотеря у всех больных не превысила 200 мл. Использование наркоза и длительность операции обусловливали среднюю продолжительность пребывания больных в стационаре 5,3±0,5 дня.

Несомненным достоинством установления проленовых имплантатов системы Prolift являются минимальная травматичность, сокращение сроков пребывания больных в стационаре и щадящая анестезия [1, 7]. Вместе с тем выполнение основных этапов операции слепым методом, основанным только на знании анатомии и тактильных ощущениях хирурга, увеличивает риск повреждения сосудов и полых органов малого таза. По данным В.Е. Радзинского и соавт., представивших 102 наблюдения установки системы Prolift, кровопотеря более 0,5% от массы тела отмечена у 7,8% больных [8]. В исследовании А.А. Попова и соавт. частота интраоперационного кровотечения составила 2,9% [9]. Основным источником кровотечения явились срамные артерии и парауретральное венозное сплетение с образованием гематом в забрюшинном, залобковом пространствах и в параметрии, что потребовало экстренной лапаротомии и удаления протеза для проведения адекватного гемостаза. Другим осложнением этих вмешательств является повреждение мочевого пузыря в виду технической необходимости выполнения широкой его мобилизации с целью достижения анатомических ориентиров для фиксации протеза. Данное осложнение в настоящем исследовании отмечено у 1 (2,4%) больной, оперированной с использованием системы Prolift total. Ранение мочевого пузыря на этапе диссекции предпузырного пространства в исследовании В.Ф. Беженаря и соавт. произошло в 1,2% наблюдений, а в исследовании А.А. Попова и соавт. — у 4,3% больных [9, 10]. Кроме того, характерным осложнением операций с применением системы Prolift является формирование гематом влагалища в раннем послеоперационном периоде. Частота развития осложнения, по данным различных авторов, варьирует от 1,9 до 5,5% [1, 8, 9]. В настоящем исследовании гематомы влагалища, обусловившие необходимость вскрытия и опорожнения, в раннем послеоперационном периоде сформировались у 2 (4,9%) больных.

Специфическим осложнением применения синтетических материалов при хирургическом лечении генитального пролапса является формирование эрозий слизистой оболочки влагалища в отдаленном периоде. Основная причина осложнения заключается в чрезмерном натяжении слизистой оболочки влагалища с последующим пролабированием сетчатого протеза. В исследовании J. Wu и соавт. частота эрозий слизистой оболочки влагалища после гистерэктомии и сакропексии составила 5,4%, в анализе осложнений сакропексии, представленном G. Bensinger, этот показатель оказался равным 3,3% [3, 5]. По результатам настоящего исследования, частота развития эрозий слизистой оболочки влагалища после ЛСКП составляет 5,7%.

Осложнения установки проленового протеза системы Prolift в виде эрозии слизистой оболочки влагалища, развившиеся в отдаленном послеоперационном периоде, по данным В.Ф. Беженаря и соавт., составляют 7,6%, по сведениям В.Е. Радзинского и соавт. — 3,9%. По наблюдениям А.А. Попова и соавт., эрозии слизистой оболочки влагалища, при которых потребовалось иссечение части протеза, сформировались у 3,8% больных. В то же время в работе Е.В. Богатыревой представлены сведения о формировании эрозий слизистой оболочки влагалища над имплантатом у 12,5% больных [7]. В настоящем исследовании данное осложнение отмечено у 3 (7,3%) пациенток, при этом иссечение части проленового протеза выполнено у 2 женщин.

Существующее многообразие различных способов хирургической коррекции ОиВВПО обусловлено, прежде всего, значительной частотой рецидивов, достигающей по данным различных авторов 35—43%. Однако высокая частота рецидивов преимущественно наблюдается при использовании для коррекции пролапса собственных тканей больных. Применение синтетических материалов с этой целью предполагает значительное снижение частоты рецидивов ОиВВПО.

Положительные результаты у пациенток, оперированных методом ЛСКП, по данным А.А. Попова и соавт. (2009), достигают 96% [4]. В работе, представленной С.И. Киселевым, Х.К. Егоровым (2009), признаков апикального пролапса через 6—24 мес после ЛСКП не наблюдалось ни у одной больной [6]. В настоящем исследовании отсутствие рецидива ОиВВПО через 6—9 лет после операции констатировано в 97,1% наблюдений.

По данным В.Е. Радзинского и соавт., рецидивы ОиВВПО после установки системы Prolift отмечаются в 5,9% наблюдений [8]. Согласно наблюдениям Е.Ю. Глухова и соавт. в течение первых 2 лет после операции рецидивы пролапса отмечены у 4,7% больных [11]. Аналогичные сведения представлены в исследовании О.Н. Шалаева и соавт., диагностировавших рецидив ОиВВПО в 4% наблюдений [12]. По нашим данным, рецидив ОиВВПО, обусловивший необходимость повторной хирургической коррекции, развился у 4 (9,75%) больных.

Таким образом, при сравнительной оценке эффективности ЛСКП и операции установления проленовых имплантатов системы Prolift неудовлетворительные отдаленные результаты хирургического лечения отмечены у 3 (8,6%) пациенток, подвергшихся ЛСКП, и у 8 (19,5%) больных, которым были установлены проленовые имплантаты системы Prolift.

В целом полученные в настоящем исследовании результаты согласуются с данными C. Maher и соавт., (2011) о том, что ЛСКП характеризуется более высоким объективным уровнем успешности операции, чем у влагалищной сетки, сопровождается меньшей периоперационной заболеваемостью и долей повторных операций [2].

Таким образом, длительное наблюдение за пациентками, оперированными по поводу ОиВВПО, позволяет более объективно оценить место различных оперативных вмешательств в оперативной гинекологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Буянова С.Н., Щукина Н.А., Журавлева А.С.* Эффективность использования сетчатых протезов при осложненных формах пролапса гениталий. Рос вестн акуш и гин 2009; 1: 76—81.
2. *Maher C.F., Feiner B., DeCuyper E.M. et al.* Laparoscopic sacral colpopexy versus total vaginal mesh for vaginal vault prolapse: a randomized trial. Am J Obstet Gynecol 2011; 204: 4: 360—367.
3. *Wu J.M., Wells E.C., Hundley A.F. et al.* Mesh erosion in abdominal sacral colpopexy with and without concomitant hysterectomy. Am J Obstet Gynecol 2006;194: 5: 1418—22.
4. *Попов А.А., Мананникова Т.Н., Шагинян Г.Г. и др.* Лапароскопическая сакрокольпопексия и операция Prolift в хирургии генитального пролапса. Материалы XXII Международного конгресса «Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний». М 2009: 94—95.
5. *Bensinger G., Lind L., Lesser M. et al.* Abdominal sacral suspensions: analysis of complications using permanent mesh. Am J Obstet Gynecol 2005; 193: 6: 2094—2098.
6. *Киселев С.И., Егоров Х.К.* Лапароскопическая сакрокольпопексия с использованием синтетического сетчатого протеза у больных выпадением половых органов. Материалы XXII Междунарародного конгресса «Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний». М 2009: 92.
7. *Богатырева Е.В.* Возможность использования системы Prolift для хирургической коррекции опущения и выпадения внутренних половых органов у женщин. Материалы 5-го Международного научного конгресса «Оперативная гинекология — новые технологии». Журн акуш и женских бол 2011; спецвыпуск: 19—20.
8. *Радзинский В.Е., Салимова Л.Я., Субботин Д.Н., Овчинникова А.Н.* Осложнения лечения пролапса тазовых органов с использованием системы Prolift. Рос вестн акуш и гин 2008; спецвыпуск: 66.
9. *Попов А.А., Мананникова Т.Н., Рамазанов М.Р. и др.* Анализ осложнений операции Prolift. Материалы XXIII Международного конгресса «Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний». М 2010: 219.
10. *Беженарь В.Ф., Богатырева Е.В.* Анализ осложнений хирургического лечения пролапса тазовых органов с использованием системы Prolift. Материалы 5-го Международного научного конгресса «Оперативная гинекология — новые технологии». Журн акуш и женских бол 2011; спецвыпуск: 12—14.
11. *Глухов Е.Ю., Плотко Е.Э., Мамин Э.Л., Хаютин В.Н.* Опыт применения синтетических материалов в хирургии генитального пролапса и стрессового недержания мочи. Рос вестн акуш и гин 2008; спецвыпуск: 14—15.
12. *Шалаев О.Н., Царьков П.В., Васильева Т.Н.* Экстраперитонеальный неофасциогенез у женщин репродуктивного возраста. Рос вестн акуш и гин 2008; спецвыпуск: 69.