

Громыко Н.Л.<sup>1</sup>, Захаренкова Т.Н.<sup>1</sup>, Лызикова Ю.А.<sup>1</sup>, Банникова С.М.<sup>2</sup>, Захарова Е.В.<sup>2</sup>  
<sup>1</sup> Гомельский государственный медицинский университет, Гомель, Беларусь <sup>2</sup>  
 Гомельская городская клиническая больница № 4, Гомель, Беларусь

## Опыт применения сетчатых протезов в коррекции пролапса тазовых органов

### Введение

Во всем мире отмечается рост числа пациенток репродуктивного, перименопаузального и постменопаузального возраста, имеющих клиническую картину несостоятельности тазового дна. При этом нарушения функции тазовых органов сопровождают пролапс в 15-20% случаев, что значительно снижает качество жизни женщин [1,2, 5].

Однозначного представления об этиологии и патогенезе несостоятельности тазового дна, факторах риска и механизмах пролапса тазовых органов не выработано до последнего времени. Некоторые авторы указывают на существенную роль дисплазии соединительной ткани в возникновении опущений и выпадений тазовых органов у женщин репродуктивного возраста [1, 5]. Другие исследования позволяют предположить, что дисплазия соединительной ткани играет роль лишь предрасполагающего фактора, а травма тазового дна служит триггером в развитии пролапса [6].

Хирургическая коррекция пролапса гениталий является единственным адекватным методом лечения пролапса тазовых органов. Однако существует значительная проблема рецидивов пролапса тазовых органов, развивающихся более чем у 30% пациенток [1, 5, 6]. В частности, после передней кольпоррафии частота возобновления пролапса составляет 24-31%, а после задней кольпоррафии достигает 25-35%. После вагинальной гистерэктомии выпадение купола влагалища наблюдается с частотой до 43% [5].

Развитие рецидивов в первую очередь связано с непрочностью собственных тканей пациентки, что и является главной предпосылкой к широкому использованию имплантов у пациенток с пролапсом тазовых органов. Протез из хирургической сетки состоит из волокон, сплетающихся в мягкую, тонкую, но прочную сетку, моделирует и замещает все слабые места малого таза, укрепляет связки, формирует прочную пластину между стенками влагалища и органами малого таза. Материал, из которого производят хирургические сетки, не растворяется в тканях и сохраняет свои физические свойства на всю жизнь [3].

Однако на сегодняшний день нет единого мнения о безопасности и эффективности применении сетчатых протезов в гинекологии для коррекции пролапса гениталий.

### Цель исследования

Изучить безопасность и эффективность синтетического протеза при проведении реконструктивно-пластической операции на органах малого таза при их выпадении, осложненном уретральной инконтиненцией.

### Материалы и методы

Исследование проведено на базе государственного учреждения здравоохранения «Гомельская городская больница № 4». За период с января 2015 года по ноябрь 2016 года в отделении гинекологии 39 женщинам проведена реконструктивно-пластическая операция на органах малого таза с использованием синтетической сетки из полипропилена «Сорбимэш» (сетка синтетическая композитная из полипропилена и поли (гликолида-со-е-капролактона), производитель ООО «Эргон Эст», Республика Беларусь).

Для оценки степени опущения и выпадения матки и стенок влагалища использована классификация POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification system, 1996).

Техника выполнения передней кольпоррафии с применением сетчатого протеза (по методу Краснопольского В.И. и соавт.) включала в себя следующие этапы: а) продольный разрез слизистой оболочки влагалища без ее иссечения; б) отсепаровка слизистой влагалища от фасции; в) формирование парауретральных каналов тупым путем; г) установка протеза на предпузырную фасцию в свободном от натяжения состоянии с введением его частей в парауретральные каналы; д) зашивание слизистой оболочки передней стенки влагалища.

Проведена оценка состояния женщины в раннем послеоперационном периоде в стационаре и далее 4 раза в течение 3 месяцев. После выписки из стационара контрольные осмотры проведены женщинам через 2 и 4 недели после операции, а также по истечении второго и третьего месяца.

Полученные результаты проанализированы в сравнении с данными зарубежных исследователей.

Для представления полученных данных использована описательная статистика с использованием доли (P) и 95% доверительного интервала доли (95% ДИ), высчитанного по методу Клоппер - Пирсона (P%; 95% ДИ). Зависимость между изучаемыми переменными выявлена с помощью корреляционного анализа Спирмена (r).

### Результаты и обсуждение

Средний возраст женщин в исследовании составил - 59,4±9,5 года. В репродуктивном возрасте находились 2 (5,1%; 0,6-17,3) женщины в перименопаузе - 6 (15,3%; 5,8-30,5) человек, в постменопаузе - 31 (79,4%; 63,5-90,7) женщина. У всех женщин в анамнезе отмечены роды, причем у 33 (84,6%; 69,4-94,1) женщин родов было 2 и более. У 34 (87,1%; 72,5-95,7) женщин была выявлена сопутствующая экстрагенитальная патология, преимущественно представленная заболеваниями сердечно-сосудистой системы (32; 82%; 66,4-92). Основными клиническими проявлениями пролапса тазовых органов были: недержание мочи при напряжении - 39 (100%) случаев; затрудненное мочеиспускание - у 3 (7,7%; 1,6-20,8) женщин; диспареуния - у 3 (7,7%; 1,6-20,8) пациенток; тянущие боли внизу живота - у 20 (51,2%; 34,7-67,5) женщин; запоры - 2 (5,1%; 0,6-17,3) случая; ощущение инородного тела во влагалище - у 36 (92,3%; 79,1-98,3) пациенток.

По степени пролапса тазовых органов женщины были распределены следующим образом: III степень выявлена у 36 женщин (92,3%; 79,1-98,3), IV степень - у 3 женщин (7,7%; 1,6-20,8).

Хирургическое лечение пролапса тазовых органов наряду с установкой сетчатого протеза включало в себя ампутацию шейки матки по Штурмдорфу - у 29 женщин (74,3%; 57,8-86,9), переднюю кольпоррафию - у 36 (92,3%; 79,1-98,3) человек, кольпоперинеолеваторопластику - у 36 (92,3%; 79,1-98,3) пациенток. У 3 женщин (7,7%; 1,6-20,8) была выполнена влагалищная экстирпация матки. Длительность операции составила в среднем 90±10 мин. Кровопотеря во время операции - 100±15 мл.

Послеоперационная оценка осложнений была проведена в соответствии с рекомендациями Международной ассоциации урогинекологов и Международного общества по лечению недержания мочи, в которых даны основные положения по терминологии и классификации осложнений, непосредственно связанных с установкой сетчатых протезов в хирургии тазового дна у женщин, так называемых mesh-ассоциированных осложнений [4].

Во время проведения хирургического лечения и в раннем послеоперационном периоде осложнений выявлено не было.

Во время последующих контрольных осмотров общее количество осложнений, связанных с использованием сетчатых протезов, составило 5 случаев.

Неполное заживление стенок влагалища обнаружено у 5 (12,8%; 4,3-27,4) женщин. Частота возникновения эрозий сетчатых протезов и неполного заживления стенок влагалища, опи-

санная в литературе, варьирует от 0 до 33%. Основными причинами данного состояния являются возраст, эстрогенная недостаточность, атрофические изменения урогенитального тракта, сахарный диабет, использование стероидов и курение пациентки. В нашем исследовании неполное заживление стенок влагалища было связано с возрастными атрофическими изменениями влагалищной стенки ( $r_s=0,57$ ;  $p=0,001$ ). Лечебная тактика выражалась в обработке раны местными антисептиками, использовании суппозиториев с ранозаживляющими средствами. Необходимости в удалении протеза ни в одном случае не возникло.

Частота возникновения инфекции послеоперационной раны, по данным литературы, составляет от 0 до 8% и связана с типом сетчатого протеза, соблюдением профилактических мероприятий против вторичного инфицирования, возрастом и сопутствующими заболеваниями пациента. В нашем исследовании инфекционных осложнений не наблюдалось. Добиться хорошего результата в плане профилактики данных осложнений удалось путем использования в послеоперационном периоде противомикробных препаратов широкого спектра действия в 100% случаев. Случаев деформации импланта, рубцевания стенок влагалища над имплантом, диспареунии и хронической тазовой боли в нашем исследовании за указанный промежуток наблюдения выявлено не было.

Все женщины сразу после операции и во время контрольных осмотров отмечали удовлетворенность лечением, связанную с исчезновением симптомов мочевого инконтиненции.

### Выводы

Исходя из полученного нами опыта и данных литературы, можно сделать вывод, что применение сетчатых протезов «Сорбимэш» обосновано и безопасно для хирургической коррекции пролапса тазовых органов.

Возможные местные осложнения после установки протеза связаны с возрастными особенностями влагалищной стенки, поддаются консервативному лечению и не требуют удаления протеза.

Однако необходимо дальнейшее изучение имплант-ассоциированных осложнений в более поздние сроки, выявление факторов риска их возникновения и разработка методов профилактики.

### Литература

1. Аполихина, И.А. Современная лечебно-профилактическая тактика при опущении и выпадении половых органов у женщин. Знания и практические навыки врачей / И.А. Аполихина, Г.Б. Дикке, Д.М. Кочев // Акушерство и гинекология. - 2014. - № 10. - С.104 - 110.
2. Буянова, С.Н. Эффективность использования сетчатых протезов при осложненных формах пролапса гениталий / С.Н. Буянова, Н.А. Щукина, Журавлева А.С. // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2009. - Т.9, № 1. - С. 76-81.
3. Гвоздев, М.Ю. Синтетические материалы в урогинекологии / М. Ю. Гвоздев // Журнал акушерства и женских болезней. - 2013. - № 2. - С. 43 - 50.
4. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint terminology and classification of the complications related directly to the insertion of prostheses (meshes, implants, tapes) and grafts in female pelvic floor surgery / Haylen B.T., Deprest J. [et al.] // Neurourology and Urodynamics. - 2011. - Vol. 30. - Iss.SI. - p. 2-12.
5. Epidemiologic evaluation of reoperation for surgically treated pelvic organ prolapse and urinary incontinence / A.L. Clark, T. Gregory, V.J. Smith [et al.] // Am. J. Obstet. Gynecol. - 2003. - Vol. 189,-P.1261-1267.
6. 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.