



УДК 618.131/138-007.43/44-036.87-092-07-089-036.83

Р. М. Банахевич<sup>1</sup>, Д. Є. Барковський<sup>2</sup>**Результати оперативних втручань у жінок із рецидивом пролапсу заднього сегмента піхви**<sup>1</sup>ДЗ «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України»,<sup>2</sup>Запорізький державний медичний університет**Ключові слова:** матки пролапс, рецидив, лікування, післяопераційні ускладнення, профілактика.

Генітальний пролапс залишається доволі поширеним гінекологічним захворюванням. З метою оцінювання результатів хірургічного лікування рецидиву пролапсу заднього сегмента піхви і розробки способів профілактики ускладнень здійснили обстеження та лікування 44 жінок. Оцінювали результати використання різних видів синтетичних імплантів. 26 хворим виконали трансвагінальний неофасціогенез із використанням імпланту, форму якого ми запропонували, у 18 пацієнок використовували імплант Prolift posterior™. Визначили, що інтраопераційні кровотечі при встановленні системи Prolift posterior™ спостерігали у 5,6% хворих, у групі порівняння – у 7,7% ( $p < 0,05$ ), великі підшкірні гематоми виявили у 88,7% і 15,4% пацієнок відповідно, поранення передньої стінки прямої кишки відзначено тільки в 1 (5,6%) випадку при використанні імпланту Prolift posterior™. Рецидивів після операцій із використанням синтетичних матеріалів в оперованому сегменті не було. Використання синтетичних імплантів запропонованої форми та систем Prolift posterior™ є ефективним методом для хірургічного лікування рецидиву пролапсу заднього сегмента піхви і може супроводжуватись рядом стандартних інтра- та післяопераційних ускладнень.

**Результаты оперативных вмешательств у женщин с рецидивом пролапса заднего сегмента влагалища**

Р. М. Банахевич, Д. Е. Барковский

Генитальный пролапс остается достаточно распространенным заболеванием. С целью оценки результатов хирургического лечения рецидива пролапса заднего сегмента влагалища и разработки способов профилактики осложнений провели обследование и лечение 44 женщин. Оценивали результаты использования различных видов синтетических имплантов. 26 больным проведен трансвагинальный неофасциогенез с использованием импланта предложенной нами формы, у 18 пациенток использовали имплант Prolift posterior™. Установили, что интраоперационные кровотечения при установке системы Prolift posterior™ наблюдали у 5,6% больных, в группе сравнения – у 7,7% ( $p < 0,05$ ), обширные подкожные гематомы обнаружили у 88,7% и 15,4% больных соответственно, ранение передней стенки прямой кишки отмечено только в 1 (5,6%) случае при использовании импланта Prolift posterior™. Рецидивов после операций с использованием синтетических материалов в оперированном сегменте не было. Использование синтетических имплантов предложенной формы и систем Prolift posterior™ является эффективным методом для хирургического лечения рецидива пролапса заднего сегмента влагалища и может сопровождаться рядом стандартных интра- и послеоперационных осложнений.

**Ключевые слова:** матки пролапс, рецидив, лечение, послеоперационные осложнения, профилактика.

Запорожский медицинский журнал. – 2014. – №3 (84). – С. 81–84

**The result of surgical interventions in women with recurrent prolapse of the vagina posterior segment**

R. M. Banakhevich, D. E. Barkovsky

Aim. 44 women with recurrent genital prolapse of the posterior segment of the vagina were examined and treated. Results of different types of synthetic implants were evaluated.

Methods and results. 26 patients underwent transvaginal mesh with implant. In 18 patients implant Prolift posterior™ was used. The paper presents the features of the application and possible complications of the use of synthetic implants to correct the fascial defects of the posterior vaginal wall. Intraoperative bleeding after Prolift posterior™ installing were observed in 5.6 % of patients, that was lower than in the control group – 7.7% ( $p < 0,05$ ). Extensive subcutaneous hematoma was observed in 88,7% of patients after installation of the Prolift posterior™, in the comparison group – in 15,4% of patients. Wounding anterior rectal wall was observed only in 1 (5,6%) case when Prolift posterior™ was installed.

Conclusion. The analysis of the causes of postoperative complications and their prevention methods proposed. Recurrence after surgery with the use of synthetic materials in the operated segment was not observed.

**Key words:** Uterine Prolapse, Recurrence, Treatment, Postoperative Complications, Prevention.

Zaporozhye medical journal 2014; №3 (84): 81–84

Генітальний пролапс (ГП) залишається доволі поширеним гінекологічним захворюванням. У європейських країнах його діагностують у 30,8% жінок у періоді менопаузи, у жінок Близького Сходу – в 19,9–49,6%. У США цю патологію діагностують лише у 2% жінок, в Індії – у 85% жінок після 55 років, у Сирії – у 12%. У північній, східній Африці ГП діагностують у 46–56% жінок старшої вікової групи, він посідає друге місце серед показань до гістеректомії [1]. ГП у жінок різних вікових і соціальних груп України, за даними ряду авторів, становить 31–76%. Дані про частоту рецидивів пролапсу (РП) у сучасній медичній літературі

відрізняються залежно від загального, зокрема і медичного рівня розвитку країни, а також деяких національних особливостей у межах від 1 до 50% [2].

Відомо понад 300 методів і тисячі методик, що пропонуються для лікування цієї патології, але єдиного методу, котрий може гарантувати мінімальний ризик розвитку ГП, не існує. В Україні використання синтетичних проленових імплантів різних форм [1], систем Prolift™, Prolift™+ (ETHICON «Women's Health & Urology», Johnson & Johnson Company, США) в хірургії тазового дна для корекції фасціально-лігаментарного апарату статевих органів (ФЛАСО)



повільно посідає своє місце серед сучасних методів лікування цієї патології [2]. Використання синтетичних матеріалів і сучасних технологій максимально зменшує ризик розвитку рецидиву захворювання. Особливо це стосується ГП, коли застосування сучасних технологій дає оптимальні функціональні та анатомічні результати [2,3].

Однак використання нових технологій і синтетичних матеріалів в оперативній гінекології закономірно призводить до збільшення ризику розвитку нових інтра- та післяопераційних ускладнень. Так, за даними Федерального Агентства США з нагляду за використанням харчових і лікарських засобів (FDA – US Food and Drug Administration, 2008), щорічно у світі виконують 300 000 операцій із використанням синтетичних імплантів. При цьому важкі ускладнення можуть розвинути у 3,4% випадків, легкі – в 14,8%, що в абсолютних цифрах становить приблизно 5500 ускладнень [1]. Використання проленових систем для хірургічного лікування ГП не є винятком.

#### Мета роботи

Оцінити результати хірургічного лікування рецидиву пролапсу заднього сегмента піхви (РПЗСП) із використанням синтетичних систем запропонованої форми та системи Prolift posterior™, розробити способи профілактики ускладнень.

#### Пацієнти і методи дослідження

На клінічній базі кафедри акушерства та гінекології ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», в міському центрі пластичної хірургії в гінекології КЗ «Дніпропетровська МКЛ №9 ДОР» з 2005 до 2013 р. здійснено обстеження і лікування 44 пацієнок із рецидивом пролапсу в задньому сегменті піхви II–IV стадій за класифікацією POP-Q (ICS, 1996 р.). Локалізацію та вид дефекту описували за класифікацією К.Ф. Славянського та Міжнародною класифікацією хвороб (МКХ 10), клінічне оцінювання стадії пролапсу виконали за класифікацією POP-Q [2].

Першу групу (А) сформували 26 (62,0%) хворих, яким виконали трансвагінальний неофасціогенез із використанням імпланту форми, котру ми запропонували [4]. Другу групу (В) – 18 (33,9%) пацієнок, у яких при виконанні хірургічного втручання використали сітчастий імплант системи Prolift posterior™.

Конструктивні особливості сітчастого імпланту «лямбда posterior» запропонованої форми: імплант виготовляли безпосередньо при виконанні реконструктивно-пластичної операції; враховували анатомічні особливості пацієнтки та розміри дефекту фасції; для виготовлення імпланту застосовували м'яку проленову сітку, що частково розсмоктується, ULTRAPRO™ MESH (ETHICON, INC. США). Імплант розміщують без натягу між передньою стінкою прямої кишки і слизовою задньої стінки піхви. Якщо є показання, виконували супутні операції: піхвову гістеректомію, ампутацію шийки матки, перинеопластику.

Післяопераційне спостереження передбачало профілактичне місцеве використання вагінальних супозиторіїв, що містять 10 мг промєстриєну, 1 раз на добу, №30. У віддаленому післяопераційному періоді спостереження про-

водили через 3, 6, 12 місяців і надалі 1 раз на рік. Термін спостереження за віддаленими результатами операцій – від 6 місяців до 5 років.

Для порівняльного аналізу результатів дослідження та розробки прогностичних критеріїв ступеня ризику ускладнень та виникнення рецидиву ГП використали математичні та статистичні методи, які покладено в основу сучасних принципів доказової медицини: t-критерій, дисперсійний аналіз, методи непараметричного аналізу ( $\chi$ -квадрат, точний метод Фішера), кореляційний аналіз (розрахунки коефіцієнтів Spearman (R) і Kendall ( $\tau$ )). Для визначення прогностичних показників використовували дискримінантний аналіз, котрий дає можливість знаходити різницю між двома чи більше групами об'єктів одночасно за кількома величинами, що змінюються. Статистично вірогідними вважали різницю при  $p < 0,05$ . Аналіз виконано за допомогою програми «Statistica 6.0» (StatSoft, Inc. 2001) [5].

#### Результати та їх обговорення

Із 1278 жінок, яких прооперували із приводу ГП, у 294 (22,9%) осіб виявили ознаки РПЗСП. Хірургічної корекції потребували 44 (14,9%) пацієнтки, у них діагностували симптоми значного ректоцеле (стадії II–IV за класифікацією POP-Q) та функціональну патологію, котра пов'язана з анатомічним дефектом задньої стінки піхви (порушення дефекації, ерозія слизової тощо). Середній вік жінок – 61,1 $\pm$ 1,3 року, тривалість захворювання – від 1 до 7 років.

Жінки, яким виконали задню кольпорафію із посиленням системою Prolift posterior™ (група В), були молодшого віку та з більшою вагою (49,0 $\pm$ 2,1 проти 63,1 $\pm$ 2,0 року ( $p < 0,05$ ) та 82,1 $\pm$ 4,0 проти 71,0 $\pm$ 3,8 кг ( $p < 0,05$ ) відповідно).

За кількістю пологів групи жінок були подібні та статистично не відрізнялись ( $p > 0,05$ ). Самостійно жінки звертались по допомогу з приводу значних змін анатомії задньої стінки піхви – 18,2%, проблем акту дефекації – 13,6%, поєднання цих проблем відзначили 66,2% жінок.

Структуру особливостей оперативних втручань при реконструкції РПЗСП і ускладнень наведено в таблиці 1.

Таблиця 1

#### Особливості оперативних втручань у пацієнок із рецидивом ректоцеле

Показник	Група	
	А (n=26)	В (n=18)
Поранення прямої кишки, n (%)	0	1 (5,6)
Кровотеча, n (%)	2 (7,7%)	1 (5,6)
Формування гематом малого тазу, n (%)	0	0
Поранення судин і нервів, n (%)	0	0
Крововтрата інтраопераційна, (мл)	163,5 $\pm$ 2,2	184,7 $\pm$ 5,2*
Тривалість операції, хв (M $\pm$ m)	33,9 $\pm$ 17,1	35,1 $\pm$ 11,3

Примітка: \* – статистично вірогідна різниця між відповідними показниками у групах ( $p < 0,05$ ).

Тривалість операції жінок групи А була меншою, бо «лямбда posterior» встановлювали при невеликих розмірах випинання піхви в задньому сегменті (33,9 $\pm$ 17,1 хв проти 35,1 $\pm$ 11,3 хв ( $p > 0,05$ )) за рахунок технічних особливостей підготовки місця для встановлення імпланту та



фіксації сітки під час процедури. Однак перебіг операції не супроводжувався збільшенням крововтрати, тому що в обох випадках використовували стандартну процедуру гідропрепарування тканин із додаванням вазоконстриктора.

Поранення передньої стінки прямої кишки під час виконання операції визначили в 1 (5,6%) випадку при встановленні системи Prolift posterior™. При встановленні імпланту запропонованої форми «лямбда posterior» таких ускладнень не спостерігали.

Причиною ускладнення була рубцева деформація тканин, а до складу рубця входила стінка прямої кишки після стандартної перинеолеваторопластики. Ушивання перфораційного отвору на прямій кишці виконали безпосередньо під час операції матеріалом поліглактин №2-0 у три ряди з наступною балонною пробою. Герметизацію швів провели матеріалом «Тахокомб». Від встановлення імпланту в цьому випадку відмовились. У післяопераційному періоді призначена дієта харчовою сумішшю для перорального застосування у термін до 7 діб. Ознак формування нориці не було.

Кровотеч у ранньому післяопераційному періоді з венозного сплетіння тазової клітковини в зоні ректо-вагінального заглиблення у групах жінок не спостерігали.

У післяопераційному періоді після застосування систем Prolift posterior™ у 16 (88,9%) жінок виявили значні підшкірні гематоми на ділянці проведення рукавів імпланту (табл. 2).

Таблиця 2

#### Перебіг післяопераційного періоду пацієнток із рецидивом ректоцеле

Показники	Група	
	A (n=26)	B (n=18)
Рецидив, n (%)	0	0
Формування підшкірних гематом, n (%)	4 (15,4)	16 (88,7)*
Формування ерозії слизової, n (%)	2 (7,7)	1 (5,6)
Формування грануляційних поліпів, n (%)	2 (7,7)	3 (16,7)*
Зсув імпланту, n (%)	-	-
Перебування у стаціонарі після операції, діб (M±m)	2,2±0,6	3,1±0,4*

Примітка: \* – статистично вірогідна різниця між відповідними показниками у групах ( $p < 0,05$ ).

При застосуванні системи «лямбда posterior» ризик розвитку підшкірних гематом зменшується в 5,8 раза, його спостерігали в 4 (15,4%) випадках. Ведення таких гематом було консервативним. Термін перебування у стаціонарі серед жінок груп спостереження статистично вірогідно відрізнявся і становив  $3,1 \pm 0,4$  доби та  $2,2 \pm 0,6$  доби у групах ( $p < 0,05$ ).

Рецидивів після операції в задньому сегменті піхви не було. Аналіз даних, що показують результат збереження положення задньої стінки піхви у віддаленому післяопераційному періоді, підтвердив високу ефективність обох методів. Суттєвого погіршення результатів операції не визначили в обох випадках, однак встановлена лише тенденція до про-

лабування задньої стінки піхви у групі В через 12 місяців після операції. Визначаючи тип реконструктивної операції для заднього сегмента, необхідно встановити дефекти чи прогнозувати розвиток рецидиву, передусім у передньому сегменті піхви. Необхідність реконструкції апікального сегмента в комбінації із заднім сегментом безпосередньо не впливає на вибір методу реконструкції заднього сегмента через конструктивні особливості імплантів, які містять додаток в основі для фіксації до анатомічних структур апікального сегмента.

Рецидив захворювання в передньому сегменті піхви через 12 місяців після хірургічного лікування з використанням системи Prolift posterior™ рентгенологічно і за допомогою УЗД виявили у 4 (22,2%) пацієнток. Рецидивів захворювання в зоні імплантації систем не спостерігали.

Застосування запропонованої технології «лямбда posterior» рекомендовано при субкомпенсованих формах РПЗСП у задньому сегменті піхви (ступінь II–III за POP-Q). Систему Prolift posterior™ доцільно застосовувати у жінок із групи ризику розвитку РПЗСП та у жінок із РПЗСП (ступінь III–IV за POP-Q).

Використання імпланту «лямбда posterior» у жінок із РПЗСП забезпечує індивідуальний підхід для кожного клінічного випадку, виконання операції без застосування спеціального інструментарію та обладнання, низький відсоток інтраопераційних ускладнень та ускладнень у ранньому післяопераційному періоді, незначний відсоток рецидивів. Такий спосіб лікування РПЗСП дає змогу зберегти еластичність стінки піхви та максимально відновити її фізіологічне положення, скорочує тривалість операції, зменшує терміни перебування у стаціонарі, поліпшує і скорочує реабілітаційний період. Досвід виконання оперативних втручань на органах малого таза дає можливість звести до мінімуму число післяопераційних ускладнень при використанні запропонованих методів хірургічного лікування РПЗСП.

#### Висновки

Рецидиви пролапсу заднього сегмента піхви виявили у 22,9% пацієнток, яких оперували з приводу генітального пролапсу; 14,9% цих жінок потребують повторного оперативного втручання.

Запропонована методика оперативного лікування дала змогу знизити ризик інтраопераційних ускладнень у 2,1 раза, формування ерозій слизової піхви – в 1,7 раза.

Використання синтетичних імплантів запропонованої форми та систем Prolift posterior™ є ефективним методом для хірургічного лікування рецидиву пролапсу заднього сегмента піхви і може супроводжуватись рядом стандартних інтра- та післяопераційних ускладнень.

**Перспективи наукових досліджень.** Надалі планується впровадження у практику матеріалів, що повністю розсмоктуються і запобігають розвитку післяопераційних ускладнень.

#### Список літератури

1. Эффективность применения системы «Prolift total» при хирургическом лечении декомпенсированных форм пролапса тазовых органов у женщин / [В.Ф. Беженарь, Э.К. Айламазян, В.В. Рулев, Е.В. Богатырева и др.] // Журнал акушерства и женских болезней. – 2011. – Т. LX. – № 1. – С. 21–30.
2. Клинический опыт использования имплантатов в реконструкции рецидива пролапса переднего сегмента влагалища / [Р.М. Банахевич, К.Б. Акимова, и др.] // Журнал акушерства и женских болезней. – 2011. – Т. LX. – Спец. вып. – С. 10–14.



3. Сравнительная характеристика эффективности реконструкции сегментов влагалища / [В.А. Потапов, Р.М. Банахевич, К.Б. Акимова и др.] // Журнал акушерства и женских болезней. – 2009. – Т. LVIII. – № 5. – С. М40–М41.
4. Патент №83561 Україна, МПК А61F 2/00. Імплантат для хірургічного лікування ректоцеле / [Р.М. Банахевич, В.О. Потапов, К.Б. Акімова, А.В. Єчин, Д.Л. Золотарьов; власник Р.М. Банахевич]. – №u201307697; заявл.17.06.2013, опубл. 10.09.2013 // Бюл. №17.
5. Антомонов М.Ю. Математическая обработка и анализ медико-биологических данных / М.Ю. Антомонов. – К. : Малий друк, 2006. – 558 с.
2. Banakhevich, R. M., & Akimova, K. B. (2011). Klinicheskij opyt ispol'zovaniya implantov v rekonstrukcii recidiva prolapsa perednego segmenta vlagalishha [Clinical experience of the use of implants in the reconstruction of relapse of prolapse of front segment of vagina]. *Zhurnal akusherstva i zhenskikh boleznej*, 60, 10–14. [in Russian].
3. Potapov, V. O., Banakhevich, R. M., Akimova, K. B., Echin, A. V., & Dziuba, Yu. N. (2009). Sravnitel'naya kharakteristika e'ffektivnosti rekonstrukcii segmentov vlagalishha [Comparative description of efficiency of reconstruction of segments of vagina]. *Zhurnal akusherstva i zhenskikh boleznej*, 58(5), 40–41. [in Russian].
4. (2013) Banakhevich, R. M., Potapov, V. O., Akimova, K. B., Echin, A. V., Zolotariv, D. L, inventor; Banakhevich R.M, assignee. Implant dlia kherurhicheskoho lecheniia rektotsele. Ukraina patent UA u201307697. 83561. 2013 sert. 10. Int. Cl. MPK A 61 F. Ukrainian. *Biulleten'*, 17. [in Russian].
5. Antomonov, M. Yu. (2006). *Matematicheskaya obrabotka i analisis mediko-biologicheskikh dannykh [Mathematical treatment and analysis of biomedical data]*. Kyiv: Malyi druk. [in Ukrainian].

#### References

1. Bezhenar, V. F., Ailamazyan, E. K., Rulev, V. V., Bogatyreva, E. V., Rusina, E. I., Kvetnoi, I. M., et al. (2011). Effektivnost' primeneniya sistemy «Prolift total» pri khirurgicheskom lechenii dekompenirovanykh form prolapsa tazovykh organov u zhenshin [Efficiency of application of the system “Prolift total” at surgical treatment of the decompensated forms of prolapse of pelvic organs for women]. *Zhurnal akusherstva i zhenskikh boleznej*, 60(1), 21–30. [in Russian].

#### Відомості про авторів:

Банахевич Р.М., к. мед. н., доцент каф. акушерства та гінекології, ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», E-mail: banahevich@yandex.ru.

Барковський Д.Є., д. мед. н., доцент каф. акушерства, гінекології та репродуктивної медицини ФПО, Запорізький державний медичний університет.

Поступила в редакцію 19.05.2014 г.