

ЭРОЗИИ ВЛАГАЛИЩА, МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ И УРЕТРЫ ПОСЛЕ ТРАНСВАГИНАЛЬНОЙ КОЛЬПО- И УРЕТРОПЕКСИИ СИНТЕТИЧЕСКИМИ СЕТЧАТЫМИ ПРОТЕЗАМИ

А.Н. Нечипоренко, Н.А. Нечипоренко, Г.В. Юцевич

Гродненский государственный медицинский университет

Наиболее тяжелыми поздними осложнениями операций по поводу генитального пролапса (ГП) и стрессового недержания мочи (СНМ) у женщин с использованием синтетических сетчатых протезов являются эрозии стенки влагалища, мочевого пузыря или уретры [1–5]. Эти осложнения требуют хирургической коррекции, что позволяет отнести их к актуальной проблеме оперативной урогинекологии.

Цель работы — анализ наблюдений таких осложнений у женщин после трансвагинальных операций, корригирующих ГП и СНМ, с использованием синтетических сетчатых протезов и лечебную тактику при них.

Материал и методы. В сроки 2–48 мес. после трансвагинальной внебрюшинной кольпопексии сетчатыми протезами по принципу *Prolift anterior* и (или) *posterior* [2, 3] и после уретропексии синтетической лентой по принципу операции TVT мы наблюдали 11 женщин с развитием эрозий слизистой влагалища или с миграцией фрагмента протеза в просвет мочевого пузыря или уретры (таблица).

Таблица

Характер поздних осложнений после операций по принципу *Prolift* и TVT

Вид операции	Характер осложнения		
	Эрозия влагалища с обнажением протеза	Миграция протеза в мочевой пузырь	Миграция протеза в уретру
Кольпопексия по принципу <i>Prolift anterior et posterior</i>	5	1	–
Уретропексия по принципу TVT	2	2	1
Всего	7	3	1

Все пациентки однотипно обследованы: влагалищное исследование, стандартные лабораторные исследования; посев отделяемого из влагалища и посев мочи на флору с определением чувствительности к антибиотикам; уретроцистоскопия, экскреторная урография, МРТ таза выполнена пациенткам с миграцией протезов в мочевой пузырь и уретру. Оперированы 10 женщин.

Результаты и их обсуждение. Эрозия влагалища клинически стала проявляться у наших пациенток в сроки 2–36 мес. после операции кровянистыми выделениями и умеренными болями во влагалище. Диагностика эрозии трудностей не представляла. Осмотр влагалища в зеркалах позволил хорошо осмотреть язвенный дефект на слизистой. Дном язвы был участок сетчатого протеза. Величина участка эрозированной слизистой влагалища у 5 женщин после операций по принципу *Prolift* составляла от 1×2 до 2×3 см. На передней стенке влагалища эрозия локализовалась у 2 женщин и у 3 — на задней стенке, дном эрозий был обнаженный участок сетчатого протеза. У одной пациентки обнажение протеза в просвет влагалища осложнилось образованием тазового абсцесса.

Эрозии слизистой влагалища после антистрессовых операций по принципу TVT у 2 пациенток локализовались на передней стенке влагалища под уретрой, обнаженная часть сетчатого протеза была величиной 0,5×0,9 и 1,0×1,2 см. Миграция сегмента протеза в просвет мочевого пузыря или уретры клинически проявлялась учащенным болезненным мочеиспусканием и эпизодами макрогематурии. В анализах мочи отмечалась лейкоцитурия и эритроцитурия. Диагностика миграции протезов в просвет мочевого пузыря или уретры проводилась путем уретроскопии и цистоскопии. Миграция протеза в просвет мочевого пузыря или уретры диагностирована в сроки 4–32 мес. после операции, хотя дизурические расстройства эти женщины отмечали уже в сроки 2–14 мес. В ходе эндоскопии на слизистой уретры или мочевого пузыря был выявлен очаг гиперемии с зоной буллезного отека, в центре которой определялся фрагмент сетчатого протеза, инкрустированный солями.

Всем женщинам с эрозиями слизистой влагалища назначался 10-дневный курс терапии, включавший мазевые влагалищные тампоны и влагалищные свечи с эстриолом и антибактериальная терапия. К концу курса медикаментозной терапии у одной пациентки с эрозией слизистой влагалища после операции по принципу TVT отмечена эпителизация язвенного дефекта. Местное лечение было продолжено. Через 1, 3 и 6 мес. после окончания лечения при осмотре признаков эрозии слизистой влагалища у этой пациентки не обнаружено.

Остальные 6 женщин с эрозиями слизистой влагалища и 4 пациентки с миграцией протезов в мочевой пузырь и уретру прооперированы. Операции по поводу эрозий слизистой влагалища с обнажением части сетчатого протеза представляли значительные технические трудности. Удаление части или всего сетчатого протеза таит в себе высокий риск повреждения мочевого пузыря, уретры или прямой кишки (в зависимости от локализации эрозии).

Влагалище широко обнажали зеркалами. Проводили гидравлическую препаровку стенки влагалища в зоне эрозии и вокруг нее. Стенку влагалища рассекали продольно от свода до преддверия влагалища окаймляя эрозированный участок. Правый и левый лоскуты влагалища отсепаровывали от передней поверхности протеза до боковых сводов. Захватив зажимом край обнаженной части протеза, острым путем отделяли протез от подлежащих тканей настолько, чтобы диаметр мобилизованного участка протеза был на 2 см больше обнаженного в эрозии фрагмента. Мобилизованный участок протеза иссекали. Рану влагалища ушивали отдельными швами без натяжения. Влагалище тампонируют мазевым тампоном, в мочевого пузырь устанавливали катетер Фолея на 2–3 дня. Пациентке назначали антибиотики. Постельный режим на 2–3 дня.

Если площадь эрозии превышает половину площади протеза или имеет место абсцесс в ложе протеза, то удаляли весь протез. Все операции по поводу эрозий слизистой оболочки влагалища прошли без осложнений, в течение 8–36 мес. рецидива эрозии или ГП не отмечено.

Пациентке с эрозией слизистой влагалища после операции по принципу TVT в ходе операции удален подуретральный сегмент ленты, рана влагалища ушита отдельными швами после освежения краев язвенного дефекта.

Через 4 мес. после операции рецидива эрозии нет, однако отмечен рецидив СНМ, что потребовало повторной антистрессовой операции. Объем операции по поводу миграции фрагмента протеза в мочевого пузырь — чреспузырное удаление фрагмента протеза и ушивание образовавшегося дефекта в стенке пузыря. В сроки 12–36 мес. после операции рецидива миграции протезов в просвет мочевого пузыря или уретры нет.

Ретроспективный анализ наших наблюдений позволил сделать заключение о том, что основной причиной возникновения эрозий влагалища после пластики ГП было нарушение техники операции: в 3 случаях протезы соприкасались со швами, наложенными на рану влагалища, и в 2 случаях при ушивании раны влагалища был случайно прошит и протез. После петлевой уретропексии синтетической лентой по принципу операции TVT эрозии развились у 2 пациенток, у которых после вмешательства образовалась гематома в парауретральной области с последующим нагноением и расхождением краев влагалищной раны.

Причинами миграции фрагментов протеза в мочевого пузырь или уретру были не замеченные во время операции, не проникающие или проникающие повреждения стенки мочевого пузыря или уретры в момент проведения «рукавов» переднего протеза *Prolift* или в момент позадилонного проведения концов ленты TVT. Операции по поводу эрозий слизистой влагалища с обнажением части синтетического протеза и по поводу миграции фрагмента синтетического протеза в просвет мочевого пузыря или уретры технически сложны и должны выполняться бригадой хирургов высокой квалификации. Строгое соблюдение техники операций является профилактикой развития описанных осложнений.

Выводы:

1. Эрозии влагалища, мочевого пузыря и уретры являются тяжелыми поздними осложнениями операций, корригирующих генитальный пролапс и стрессовое недержание мочи с использованием синтетических протезов.

2. Строгое соблюдение техники кольпопексии сетчатыми протезами по принципу *Prolift* и уретропексии лентой по принципу TVT является лучшим методом профилактики эрозий влагалища, мочевого пузыря и уретры.

3. Хирургическая коррекция эрозий влагалища, мочевого пузыря и уретры должна проводиться опытным врачом-хирургом.

VAGINA, BLADDER AND URETHRA EROSIONS AFTER TRANSVAGINAL COLPE- AND URETROPEXY, USING SYNTHETIC MESH PROSTHESIS

A.N. Nechiporenko, N.A. Nechiporenko, G.V. Yutsevich

Introduce the principles and outcomes for women with erosions of the vaginal mucosa, bladder, urethra after surgical correction of genital prolapse and stress urinary incontinence using a synthetic mesh prostheses by principle of *Prolift* and TVT.

The results of treatment of 11 women with erosions of the vaginal mucosa, bladder and urethra. 10 women was operated. Principle of surgical treatment — removal of the part or whole prosthesis of the mucous erosion zone affected organ integrity and recovery of its wall.

Литература

1. Осложнения Mesh-вагинопексии: результаты многоцентрового исследования / В.И. Краснопольский [и др.] // Урология. — 2012. — № 1. — С. 29–32.
2. Осложнения хирургического лечения генитального пролапса с использованием синтетических сетчатых протезов / Н.А. Нечипоренко [и др.] // Охрана материнства и детства. — 2009. — № 2 (14). — С. 109–110.
3. Хирургическое лечение генитального пролапса по технике Gynecar *Prolift*: осложнения и результаты / А.Н. Нечипоренко [и др.] // Репрод. здоровье. — 2010. — № 1. — С. 43–49.
4. Rechberger, T. Powikłania po operacjach uroginekologicznych z użyciem materiałów protezujących / T. Rechberger, J. Tomaszewski // In: Uroginekolog. Prakt. / Red. T. Rechberger. — Lublin, 2007. — S. 299–307.

5. Incidence of perioperative complications of urogynecologic surgery in elderly women / K.J. Stepp [et al.] // *AJOG*. — 2005. — Vol. 192. — P. 1630–1636.