

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ АНОМАЛИЙ ПОЛОЖЕНИЯ МАТКИ И СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ



Азиев О. В.

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета РГМУ, Центр планирования семьи и репродукции, Москва, Россия

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ПРОМОНТОФИКСАЦИЯ В КОРРЕКЦИИ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ

Цель исследования: изучение эффективности лапароскопической промонтофиксации в лечении пролапса гениталий.

Материал и методы. За период с 2000 года по настоящее время в клиниках кафедры лапароскопическая промонтофиксация была произведена 69 пациенткам с неполным выпадением матки (55), пролапсом культы шейки (8) или купола влагалища (6). Наряду с промонтофиксацией были выполнены следующие сопутствующие операции: гистерэктомия — у 55 (СЛГ — 43, ТЛГ — 12), экстирпация культы шейки матки — у 2, позадилодная кольпосуспензия по Берчу — у 23, коррекция паравагинальных дефектов — у 18, кольпоперинеолеваторопластика — у 3. Среди осложнений

следует отметить 2 проникающих ранения мочевого пузыря, которые были устранены во время лапароскопии. Послеоперационный койко-день колебался от 6 до 10 дней (в среднем 8).

Результаты исследования. При изучении результатов лечения в сроки от 6 месяцев до 6 лет рецидив пролапса культы шейки матки отмечен только у одной пациентки. У 2 пациенток, через 12 и 15 месяцев после операции наблюдалась эрозия слизистой влагалища, потребовавшая иссечения части протеза влагалищным доступом.

Вывод. Лапароскопическая сакропексия является эффективной процедурой, накопленный опыт позволил сделать выводы об оптимизации лечебных подходов у женщин с пролапсом гениталий.

Бахаев В.В., Гюнтер В.Э., Дамбаев Г.Ц., Салов П.П., Развозжаев Ю.Б., Григорьев В.А.

Кафедра акушерства и гинекологии ГОУ ДПО «Новокузнецкий институт усовершенствования врачей», Россия

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ РЕКОНСТРУКЦИИ ПУЗЫРНО-ВЛАГАЛИЩНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ПРИ ЕЕ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ

Актуальность проблемы. Проблема пролапса гениталий у женщин остается актуальной на протяжении многих лет. Распространенным способом хирургического лечения опущения и выпадения передней стенки влагалища и цистоцеле остается передняя кольпоррафия. Однако при истончении и атрофии пузырно-влагалищной фасции, эта операция не обеспечивает длительного клинического эффекта.

Материалы и методы. Предоперационная подготовка больных и изучение эффективности проведенного лечения включали стандартное клинико-лабораторное обследование, уродинамические методы исследования, дневник мочеиспусканий, пробы на денервацию, прогностические способы исследования («стресс-пробы»), вагинодинамическое исследование, УЗИ, «опросник» качества жизни, в послеоперационном периоде проводилось УЗИ, обзорная рентгенография малого таза, контрольное уродинамическое и вагинодинамическое методы исследования, «опросник» качества жизни.

С целью повышения эффективности реконструкции пузырно-влагалищной перегородки при ее пролапсе, мы использовали сверхэластичную нить из никелида титана. После устранения цистоцеле и формирования уретро-везикального угла, восстановленную пузырно-влагалищную фасцию прошивали нитью TiNi в продольном и поперечном направлениях по типу сетки с захватом подлежащих тканей уретры, мочевого пузыря и поддерживающих их мышечно-фасциальных элементов на площади от отсепарованной части уретры, мочевого пузыря до шейки матки и внутренней поверхности дуг лонной кости.

Результаты исследования. По данной методике выполнено 34 операции. Возраст пациенток составил 38–66 лет. Операции выполнялись как этап пластики мышц тазового дна при их несостоятельности. Послеоперационный период протекал без осложнений. Самостоятельное мочеиспускание на 1–9 сутки. Контрольные осмотры через 4, 6, 12, 24, 36 месяцев после операции показали отсутствие

пролапса передней стенки влагалища и мочевого пузыря. Все пациентки отмечали значительное улучшение качества жизни. У 5 женщин в течение года после операции сохранялись явления гиперактивного мочевого пузыря. Однако проведенная детализация причин этого явления и последующая терапия позволили устранить этот дискомфорт. В дальнейшем урогинекологических и сексуальных жалоб женщины не предъявляли. Созданная конструкция с имплантированным материалом из

никелида титана негативно себя не проявляла. По данным УЗИ и рентгенограмм малого таза, вокруг имплантата ткани обычной эхоструктуры.

Выводы. Результаты наблюдения за пациентками позволяют предположить, что разработанная технология реконструкции пузырно-влагалищной перегородки, являющаяся модификацией передней кольпорафии, станет эффективным методом коррекции опущения и выпадения передней стенки влагалища.

Бахаев В.В.

Кафедра акушерства и гинекологии ГОУ ДПО
«Новокузнецкий институт усовершенствования врачей»,
Россия

ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ СЛОЖНЫХ И РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ФОРМ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ У ЖЕНЩИН

Актуальность проблемы. Наиболее распространенным способом хирургического лечения опущения и выпадения стенок влагалища, цистоцеле, ректоцеле является передняя и задняя кольпорафия с леваторопластикой. Однако высокая частота рецидивов пролапса и технические трудности выполнения операции при истончении и атрофии пузырно-влагалищной и ректо-вагинальной фасций ограничивают их применение.

Материал и методы исследования. Предоперационная подготовка больных включала стандартное обследование, уродинамические и проктологические методы исследования, пробы на денервацию, прогностические способы исследования («стресс»-пробы), вагинодинамическое исследование, УЗИ функциональное исследование, «опросник» качества жизни. В послеоперационном периоде проводилось УЗИ, обзорная рентгенография малого таза, контрольные уродинамические, проктологические и вагинодинамические методы исследования, «опросник» качества жизни.

Результаты исследования. При реконструкции пузырно-влагалищной и ректо-вагинальной перегородок использовали сетку из сверхэластичной нити TiNi. После устранения цистоцеле, укрепляли уривезикальный сегмент прилежащими соединительно-тканными и мышечными элементами. К восстановленной задней стенке уретры и мочевого пузыря фиксировали сетку из нити никелида титана. Она обхватывает и боковые стенки уретры и мочевого пузыря. Фасцию ушивали по типу сопоставления её краёв. Во время реконструкции ректо-вагинальной перегородки переднюю стенку прямой кишки возвращали в

естественные анатомические границы. К восстановленной передней стенке прямой кишки фиксировали сетку из нити никелида титана. Затем восстанавливали ректовагинальную фасцию и производили кольпоперинеорафию с леваторопластикой. Реконструкция пузырно-влагалищной перегородки произведена у 8 женщин в возрасте 40–56 лет. Реконструкция ректо-вагинальной перегородки сеткой TiNi произведена у 7 женщин с выраженным ректоцеле. Послеоперационный период протекал без осложнений. Самостоятельное мочеиспускание на 1–4 сутки, стул на 5–6 сутки. Контрольные осмотры в

течение 5–6 лет после операции показали отсутствие рецидива пролапса гениталий. Все пациентки отметили значительное и стойкое улучшение качества жизни. Урогинекологических и проктологических жалоб женщины не предъявляли. У одной пациентки сохранилась дисфункция половой жизни. Однако от обследования для уточнения ее причины и соответствующей коррекции она отказалась. Имплантат негативно себя не проявлял. По данным ультрасонограмм и рентгенограммам малого таза, вокруг имплантата ткани обычной эхоструктуры.

Выводы. Наблюдения за пациентами позволяют сделать вывод, что реконструкция пузырно-влагалищной и ректовагинальной перегородок путем армирования восстановленного уривезикального сегмента и прямой кишки сеткой из нити никелида титана может быть использована при наиболее сложных формах и рецидивах пролапса гениталий у женщин, когда использование других методик весьма проблематично.