

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД ПРИ РЕКОНСТРУКЦИИ ТАЗОВОГО ДНА ПРИ ПРОЛАПСЕ

© О. Ф. Козырь, Н. А. Соснин

ФГУ «Северный медицинский клинический центр им. Н.А. Семашко ФМБА России», Архангельск, Россия

Актуальность проблемы

Несостоятельность мышц тазового дна, функциональная способность поддержки органов малого таза является одной из актуальных проблем оперативной гинекологии. Существующее многообразие операций при пролапсе гениталий не дает желаемого эффекта, особенно при анализе отдаленных результатов применяемых традиционных методик. Это связано с тем, что не устранялась одна из основных причин возникновения пролапса — дисплазия соединительной ткани. В последние годы ведущее место при восстановительной хирургии тазового пролапса занимает использование синтетических протезов. Одним из них является система Prolift (компания Johnson & Johnson) для восстановления тазового дна.

Системы полной реконструкции, а также реконструкции переднего и заднего отделов тазового дна предназначены для укрепления тканей и долговременной стабилизации фасциальных структур тазового дна при выпадении стенок влагалища путем механического усиления или установки имплантата, закрывающего фасциальный дефект.

Материал и методы

С 2007 года на базе отделения гинекологии СМКЦ им. Н. А. Семашко выполнено 64 операции с использованием системы Prolift. Из них 47 тотальных, 9 передних, 8 задних. В наш центр обратились женщины в возрасте от 42 до 80 лет. Средний возраст женщин составил 48 лет. Дооперационный койко-день составил — 1, послеоперационный — 5,2 дня. В зависимости от клинической ситуации, возраста индивидуально решался вопрос сохранения матки. У одной пациентки опущение сочеталось со стрессовым недержанием мочи, в связи с чем выполнен передний пролифт в сочетании с операцией TVT-O. В одном случае наблюдалось сочетание опущения с элонгацией шейки матки, была выполнена ампутация шейки мат-

ки по Штурмдорфу и установлен тотальный пролифт. Выполнено 6 операций влагалищной экстирпации матки и установки тотального пролифта. Остальные операции выполнены у пациенток с различными формами опущения (цистоцеле, ректоцеле) и несостоятельностью тазового дна.

Операции проводились под спинальной анестезией или эндотрахеальным наркозом с обязательной предоперационной санацией влагалища и антибиотикопрофилактикой. Длительность послеоперационного койко-дня обусловлена тем, что большинство женщин проживают в районах области, где наблюдение за ними в раннем периоде невозможно.

Результаты

Длительность операции составляла от 35 до 90 минут, средняя продолжительность 55 минут. Из осложнений имелся случай ранения мочевого пузыря — ушит с последующей катетеризацией в течение 5 суток и антибиотикотерапией. Также один случай субфасциальной нагноившейся гематомы, потребовалось ее вскрытие и дренирование в сочетании с антибиотикотерапией. Результаты операции оценивались с учетом субъективных ощущений и объективных критериев восстановления функций и анатомических параметров. Нами отмечена высокая эффективность данных операций, полное восстановление функций и анатомической состоятельности тазового дна при наблюдении в течение трех лет. Все пациентки отмечали полное удовлетворение результатами операции.

Заключение

По нашему мнению, операция с установкой системы Prolift является одним из наиболее эффективных методов лечения пролапса половых органов, с минимальным риском возникновения рецидива, однако применение данной технологии нуждается в углубленном анализе более отдаленных результатов.