

лий (ПГ) продолжает оставаться в центре внимания хирургов-гинекологов в силу большой распространенности и ограниченности оперативных методов лечения (Тотчиев Г. Ф., 2006).

Материал и методы

За период с 2004 по август 2009 г. 62 женщинам, имеющим пролапс гениталий стадии II–IV по классификации POP-Q (ICS, 1996 г.), нами выполнены операции с использованием полипропиленового имплантата трансвагинальным доступом. При этом изолированная реконструкция переднего отдела тазового дна поведена в 31 случае, заднего отдела тазового дна у 9 пациенток, тотальная реконструкция у 22 пациенток. В 47 (75,8%) случаях пролапс тазовых органов сочетался со стрессовой инконтиненцией и требовал одновременной хирургической коррекции, при этом выполнялись слинговые операции с использованием полипропиленового имплантата: позадилонным доступом — 17 или трансобтураторным доступом — 30 случаев. В 27 (43,5%) случаях при реконструкции стенок влагалища выполнена гистерэктомия.

Результаты

В 2 (3,2%) случаях были встречены интраоперационные осложнения — ранение задней стенки мочевого пузыря при диссекции его, при этом интраоперационно было выполнено ушивание перфорационного отверстия 2-рядным швом с последующей деривацией мочи (7 суток) посредством уретрального катетера. Причинами ранения мочевого пузыря считаем: в 1-м случае — «освоение методики операции», во 2-м случае

истончение стенки мочевого пузыря и пузырно-вагинальной перегородки у пациентки с рецидивом цистоцеле.

В раннем послеоперационном периоде (1 сутки после операции) задержка мочи (более 100 мл) диагностирована только при одновременной коррекции тазового пролапса со стрессовой инконтиненцией, при этом в группе пациенток с позадилонным расположением полипропиленовой сетки данное осложнение встретилось в 11 (23,4%) случаях, а при трансобтураторном доступе — 6 (12,8%).

В отдаленном послеоперационном периоде были встречены следующие осложнения операций по коррекции тазового пролапса с использованием сетчатых полипропиленовых имплантатов: эрозия слизистой влагалища у 2 (3,2%) пациенток, абсцесс рецидива пространства у 1 (1,6%) пациентки, сворачивание сетки с возникновением рецидива пролапса у 2 (3,2%) пациенток, диспареуния у 10 (16,1%) пациенток. При этом лечение эрозии слизистой влагалища было успешным с использованием консервативных мероприятий. При абсцессе рецидива пространства было выполнено вскрытие и дренирование абсцесса с последующей антибактериальной терапией, а имплантат не удалялся.

Заключение

Таким образом, трансвагинальная реконструкция тазового дна с использованием полипропиленовых имплантатов при пролапсе тазовых органов сопровождается небольшим количеством осложнений, но требует дальнейшего изучения и разработки мер для их профилактики.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ И ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАСОНОГРАФИИ И МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ ПРИ ТАЗОВОМ ПРОЛАПСЕ

© К. В. Пучков, В. Б. Филимонов, Р. В. Васин, И. В. Васина

Медицинский Центр управления делами мэра и Правительства Москвы, ГУЗ Рязанская областная клиническая больница

Актуальность проблемы

Тазовый пролапс — синдром опущения тазового дна и органов малого таза изолированно или в сочетании, может выражаться в виде синдрома опущения промежности, цистоуретроцеле, ректоцеле, опущения матки, прямой кишки (А. G. Parks и соавт. 1966; S. Jackson и соавт., 1997; S. P. Marinkovic, S. L. Stanton, 2004; R. Bartoletti, 2007; В. Ф. Куликовский, Н. В. Олейник, 2008). Многогранность данной патологии требует полноценного обследования органов малого таза, в связи,

с чем для диагностики тазового пролапса в последнее время широко используется ультразвуковое исследование и магнитно-резонансная томография.

Материал и методы

С 2004 по август 2009 г. нами обследовано 123 женщины с пролапсом гениталий стадии II–IV по классификации POP-Q (ICS, 1996 г.), при этом ультрасонографическое исследование выполнено всем пациенткам, а магнитно-резонансная томография 39 пациенткам.

Результаты

Ультразвуковые методы отличаются высокой точностью, простотой, быстротой исследования, неинвазивностью и невысокой стоимостью. Ультразвуковое обследование начиналось с абдоминального сканирования, при этом оценивались форма и положение мочевого пузыря и матки, патологические изменения, объем остаточной мочи. При трансвагинальном и промежностном ультрасонографическом исследовании нами оценивались: конфигурация шейки мочевого пузыря, состояние уретры и периуретральных тканей, задний уретровезикальный угол, подвижность уретровезикального сегмента, состояние мышечных и связочных структур тазового дна, наружный и внутренний сфинктеры заднего прохода, состояние ректовагинальной перегородки.

У 93 пациенток тазовый пролапс сочетался со стрессовым недержанием мочи, при этом при ультразвуковом исследовании выявлено: задний уретровезикальный угол в покое — $143 \pm 5^\circ$, при натуживании — $165 \pm 3^\circ$; подвижность уретровезикального сегмента $1,5 \pm 0,4$ см. У пациенток с ректоцеле (51 женщина) трансвагинальное и промежностное ультрасонографическое исследование

выявило истончение ректовагинальной перегородки, а толщина ее в среднем составила у данной группы пациенток $0,38 \pm 0,081$ см.

МРТ малого таза проводилась по стандартным программам в покое и при максимальном натуживании, при этом оценивались состояние и анатомическое взаимоотношение органов малого таза (матки, мочевого пузыря, уретры, прямой кишки), состояние мышц тазового дна. У пациенток с тазовым пролапсом на МРТ при натуживании всегда визуализировалось пролабирование прямой кишки и/или мочевого пузыря в полость влагалища. При проведении МРТ при ректоцеле диагностировались: гипотрофия (или атрофия) и/или расхождение *m. levator ani*, истончение ректовагинальной перегородки. Величина аноректального угла при «динамической» МРТ у пациенток с ректоцеле в покое составила в среднем $115 \pm 3^\circ$, при натуживании — $141 \pm 5^\circ$.

Заключение

Таким образом, дополнительные методы обследования в виде ультрасонографии и МРТ при тазовом пролапсе позволяют комплексно оценить состояние органов малого таза, выявить сочетанные болезни, требующие одновременной коррекции.

КОРРЕКЦИЯ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СИНТЕТИЧЕСКОГО ИМПЛАНТАТА ПЕЛВИКС

© В. Е. Радзинский, В. Д. Петрова, Л. Я. Салимова, О. А. Демина, Р. Н. Строни, Ф. А. Паенди, Ю. А. Березовская

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН; ГКБ № 12 Москва, Россия

Актуальность проблемы

Опущение и выпадение половых органов — довольно распространенная патология. В целом они составляют 28–38,9% среди гинекологических заболеваний. Столь удручающая картина отмечается врачами всего мира (до 40% в разных возрастных группах), а исследователи констатируют неуклонный рост числа пролапсов как за счет увеличения продолжительности жизни, так и увеличением числа молодых и юных женщин, страдающих несостоятельностью тазового дна и пролапсом тазовых органов. У 85,5% больных с опущением и выпадением внутренних половых органов развиваются функциональные расстройства смежных органов: недержание мочи — у 70,1% пациенток, нарушение дефекации — у 36,5%, диспареуния — у 53,3% больных.

Традиционные методики, не являясь высокоэффективными, приводят к частым рецидивам, частота которых достигает 70%. Концепция «заместительной» хирургии является передовой и находит свое отражение во внедрении новых методик оперативного лечения пролапса гениталий. Так, операции с использованием синтетических материалов по технологии *tension free vaginal mesh* являются наиболее патогенетически обоснованными. Рецидивы при использовании синтетических материалов в реконструкции тазового дна варьируют от 5,2 до 8,3%.

Цель исследования

Оценка эффективности трансвагинальной реконструктивно-пластической операции с ис-