

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 трансагинальном и промежностном ультрасонографическом исследовании 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) трансагинальное 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 трансагинальной реконструктивно-пластической операции с ис-

пользованием синтетического материала системы Пелвикс (Линтекс, Россия) для лечения пролапса тазовых органов.

Материал и методы

Система для реконструкции тазового дна Пелвикс включает в себя имплантат, а также набор инструментов, предназначенных для установки сетки. Сетка выполнена из полипропиленовых и поливинилиденфторидных мононитей малого диаметра (90 мкм), что обеспечивает биологическую инертность и минимальную материалоемкость — не более 45 г/м². Благодаря применению уникальной технологии Пелвикс производится как цельновязанный эндопротез, а не вырезанный из полотна. Имплантат обладает исключительной мягкостью и высокой объемной пористостью. Благодаря сочетанию высоких показателей биоинертности и особых структурно-механических свойств сетка обеспечивает образование в зоне имплантации тонкого, нежного и равномерного рубца. Эндопротез обладает высокой устойчивостью к инфекции.

Имплантат выпускается в трех исполнениях — полном, переднем и заднем. Имплантат для полной реконструкции тазового дна — Пелвикс полный — имеет шесть рукавов: четыре — для фиксации его передней части, и два — для фиксации задней части. Передняя часть протеза устанавливается как гамак под мочевым пузырем и фиксируется к сухожильной дуге при трансобтураторном доступе. Рукава проводятся через проксимальную и дистальную часть *arcus tendineus fascia pelvis* (ATFP) и выводятся через кожные разрезы наружу. Задняя часть протеза укладывается на переднюю стенку прямой кишки, рукава проводятся через медиальную часть сакроспинальной связки и выводятся с двух сторон наружу латеральнее и ниже ануса. Передняя и задняя части соединены перемычкой, которая укладывается в куполе влагалища. Протез Пелвикс полный может быть установлен только после выполнения влагалищной гистерэктомии, тогда как, разделив его пополам, можно произвести реконструкцию переднего и заднего отделов тазового дна при сохраненной матке.

В период с января 2007 по декабрь 2008 г. нами выполнено 19 операций с установкой системы Пелвикс для реконструкции тазового дна у женщин с пролапсом тазовых органов. У 6 пациенток установлен имплантат для полной реконструкции тазового дна, у 9 — для восстановления переднего отдела, у 4 — для задней реконструкции тазового дна. Возраст пациенток колебался от 46 до 78 лет (средний возраст — 57 ± 5).

Результаты

Влагалищная гистерэктомия была произведена у 12 женщин. Показанием для удаления матки были следующие заболевания: множественная миома матки — у 4 (21,1 %) больных; множественная миома матки в сочетании с аденомиозом — у 2 (10,5 %); полное выпадение матки в сочетании с фоновыми заболеваниями шейки матки — у 8 (42,1 %).

Все пациентки были амбулаторно обследованы по стандартной схеме. Из специальных исследований проводили уродинамическое исследование и ультразвуковое сканирование, дополненное трехмерной реконструкцией. Степень пролапса определяли клинически, согласно классификации, стандартизирующей степень пролапса (POP-Q — Pelvic Organ Prolapse Quantification). Основными жалобами больных были: ощущение инородного тела во влагалище — у 19, неудобство при ходьбе — у 11, тянущие боли внизу живота — у 8, диспареуния — у 7, запоры — у 13, меноррагии — у 4, затрудненное мочеиспускание — у 9.

Операции были выполнены под регионарной анестезией — у 16 женщин, и под эндотрахеальным наркозом — у 3 пациенток. Длительность операции составляла от 45 до 139 минут и зависела от объема оперативного вмешательства (с экстирпацией матки или без, с полной реконструкцией тазового дна или только переднего или заднего отделов).

Интраоперационных осложнений не было ни в одном случае. Кровопотеря во время операции составила от 100 до 450 мл (в среднем 120 мл).

Период наблюдения — от 2 до 18 месяцев. Осложнений в послеоперационном периоде и рецидивов пролапса гениталий за время наблюдения не было.

Нами наблюдался 1 случай диспареунии после установки переднего отдела Пелвикс.

Заключение

Полученные результаты свидетельствуют об эффективности и безопасности реконструктивно-пластической операции с использованием системы Пелвикс для реконструкции тазового дна при хирургическом лечении пролапса тазовых органов. Однако, несмотря на отсутствие осложнений и рецидивов заболевания, считаем необходимым дальнейшее совершенствование данной методики и анализ отдаленных результатов лечения, учитывая относительно короткий период наблюдения больных и небольшое количество оперативных вмешательств.