

зации отмечено не было. Было обнаружено, что после 30 суток пребывания в тканях, механические свойства эндопротезов при подпороговой нагрузке (16Н) определяются проросшей в них соединительной тканью. Растяжимость TVT при 16Н после 30 суток нахождения в тканях составила не более 14 %. Этот факт ставит под сомнение необходимость выраженной растяжимости сетчатых эндопротезов в двух направлениях.

Вывод: Таким образом, для обеспечения наиболее благоприятного клинического результата синтетичес-

кие материалы, используемые в реконструктивной хирургии тазового дна, должны удовлетворять следующим основным требованиям: биологическая инертность, минимальная материалоемкость, устойчивость к инфекции (отсутствие пустот менее 10 мкм), минимальная степень дезинтеграции тканей (минимальный диаметр мононитей, минимальное количество мононитей в стенках и узлах сетки), оптимальные показатели прочности и эластичности (растяжимость при подпороговой нагрузке более 10 % не может являться преимуществом).

¹Зайцева Е.Г., ¹Зверев И.Ю.,
¹Битеев В.Х., ²Беженарь В.Ф.

¹Кировская областная клиническая больница, Кировск;

²Научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии имени Д.О. Отта РАМН, Санкт-Петербург, Россия

КОРРЕКЦИЯ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ ВАГИНАЛЬНЫМ ДОСТУПОМ. СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ

Актуальность проблемы. Проблема лечения пролапса гениталий остается актуальной. Это связано как минимум с двумя причинами. Во-первых, количество больных с данной патологией не только не уменьшается, но напротив увеличивается. Во вторых, несмотря на большое количество предложенных оперативных методик (они исчисляются сотнями), частота рецидивов остается высокой — не менее 15 %, по некоторым данным до 35 %.

Материал и методы. За период с 2004 по 2006 год нами выполнено 120 оперативных вмешательств вагинальным доступом при наличии пролапса гениталий пациенткам разных возрастных групп от 42 до 75 лет.

Результаты исследования. Предлагаемая оперативная методика имеет преимущества перед рутинной операцией с применением передней и задней кольпорафии, дополненной леваторопластикой и фиксацией матки к апоневрозу по методике Кохера.

Апробированное нами оперативное вмешательство можно разделить на 4 этапа. 1 этап включает влагалищную гистерэктомию по стандартной методике от «параметриев» или от дна. На втором этапе проводится коррекция цистоцеле с использованием полипропиленовой сетки Gynemesh PS® («Gynecare» Johnson & Johnson, США) с индексом «soft». Третий этап заключается в крестцово-остистой вагинопексии. Заканчивается операция задней кольпорафией с леваторопластикой. Продолжительность операции составила в зависимости от выраженности пролапса и объема удаляемого органа от 50 до 120 минут. Послеоперационный период отличался гладким течением

в сравнении с операциями с применением абдоминального доступа, более ранней активизацией пациенток. При использовании вагинального доступа в большинстве случаев не требовалось назначение наркотических анальгетиков. При недолгом периоде наблюдения после операций по поводу пролапса влагалищным доступом отмечается хороший косметический эффект, отсутствие рецидива цистоцеле, что при традиционных методиках встречается достаточно часто в первые два года после операции, отсутствие жалоб на диспареунию, исчезновение жалоб на недержание мочи при напряжении у большинства пациенток даже без применения слинговых методик. Имелись следующие осложнения. В одном случае при проведении операции произошло ранение уретры. Уретра ушита интраоперационно. В 3 случаях через 3–4 месяца формировались эрозии в месте нахождения сетки. Этим пациенткам проводилось иссечение сетки и краев раны с последующим наложением отдельных швов.

Выводы. 1. При вентрофиксации к апоневрозу, когда матка подтягивается кверху, создается большой угол между влагалищем и прямой кишкой, вероятность рецидива пролапса в виде ректо — или энтероцеле увеличивается. При хирургической коррекции по описанной нами методике угол между влагалищем и прямой кишкой наоборот уменьшается, что служит препятствием для рецидива ректо и энтероцеле. Увеличение угла между влагалищем и мочевым пузырем в данном случае увеличивает вероятность рецидива цистоцеле, для профилактики этого служит дополнительный протектор в виде сетки. 2. Влагалищный метод операции, более щадящий для пациентки, чему

является доказательством ранняя активизация пациентки, отсутствие шва после лапаротомии, что служит профилактикой образования послеоперационных вентральных грыж (у больных с пролапсом, в патогенезе которого одна из причин

общая несостоятельность соединительной ткани — вероятность грыжеобразования велика). 3. Вероятность тромбоэмболических осложнений при влагалищных операциях более чем в два раза ниже, чем при абдоминальных вмешательствах.

Ищенко А.И., Чушков Ю.В., Горбенко О.Ю.

Клиника акушерства и гинекологии
ММА им. И.М.Сеченова,
Москва, Россия

КОМБИНИРОВАННЫЙ МЕТОД ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУЩЕНИЯ И ВЫПАДЕНИЯ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

С целью профилактики опущения и выпадения стенок и купола влагалища после влагалищной гистерэктомии нами разработана и внедрена в клиническую практику новая комбинированная методика оперативного лечения опущения и выпадения внутренних половых органов.

Методика операции состоит из двух этапов. Сначала производится влагалищная экстирпация матки. Культи кардинальных и крестцово-маточных связок прошиваются нерассасывающимися лигатурами и фиксируются к куполу влагалища. Параллельно производится лапароскопия. При помощи специальных проводников, проведенных экстраперитонеально, концы лигатур, фиксирующие кардинальные, крестцово-маточные связки и купол влагалища, проводятся экстраперитонеально, параллельно круглым связкам до мест введения боковых троакаров и выводятся над апоневрозом, где они и фиксируются к нему или над ним. Выполняется перитонизация, кольпоррафия, кольпоперинеоррафия с леваторопластикой. В результате осуществляется трехуровневая поддержка анатомических структур

малого таза. Таким образом, удается высоко фиксировать купол влагалища, не нарушая анатомических взаимоотношений органов малого таза.

Результаты исследования. С 2004 г. нами произведено 35 таких операций у пациенток с опущением и выпадением внутренних половых органов. Возраст пациенток варьировал от 42 до 76 лет. Длительность операции составляла от 60 до 90 минут. Интраоперационных осложнений не было ни в одном случае. Кровопотеря во время операции не превышала 250 мл. Послеоперационный период протекал без осложнений. За период наблюдения рецидива заболевания в виде выпадения купола влагалища не было отмечено ни у одной из пациенток.

Выводы. Таким образом, предложенная нами методика позволяет провести профилактику выпадения купола влагалища после влагалищной экстирпации матки, что, несомненно, имеет большое медицинское значение, а также значительно улучшает качество жизни пациенток с данным заболеванием.

Колесов А. А., Манухин И. Б., Дмитриева О. С.

Московский Государственный Медико-стоматологический
Университет, Россия

СОСТОЯНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГЕНИТАЛЬНОГО ПРОЛАПСА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Актуальность проблемы. Вопрос выбора метода хирургической коррекции генитального пролапса у пациенток пожилого и старческого возраста до настоящего времени остается открытым. Возраст больных, наличие экстрагенитальной патологии требует проведения оперативных вмешательств у данной категории больных с минимальной интраоперационной агрессией. На современном этапе оптимальным оперативным

доступом является лапароскопический. Основным недостатком эндохирurgicalических вмешательств является обязательный карбоксиперитонеум. Повышение внутрибрюшного давления сопряжено с повышенным риском развития интра- и послеоперационных осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы.

Целью работы являлось определение влияния пневмоперитонеума на состояния системной ге-