

ным выполнялась нефростомия, которую у 15 (41,1%) пациенток проводили пункционным методом под контролем ультразвукового сканирования и у 3 (8,8%) с апостематозным пиелонефритом люмботомическим способом с декапсуляцией почки. Впоследствии, спустя 2–6 месяцев, у 3 (8,8%) пациенток восстановился пассаж мочи по поврежденному мочеточнику. У остальных пациенток с нефростомами выполнялись реконструктивные оперативные вмешательства. В результате после восстановления пассажа мочи через мочевыводящие пути у всех пациентов были удалены нефростомы. Спустя 1,5 года у одного из пациентов, имевшего дислокацию мочеточника из-за наложения лигатуры через парауретеральные ткани,

в связи с развитием рубцового процесса был выполнен люмбоскопический уретеролиз.

Заключение

Выбор метода дренирования верхних мочевых путей определяется видом повреждения мочеточника, сроками его диагностирования и наличием осложнений. При интраоперационном диагностировании ятрогенного повреждения оптимальным методом дренирования верхних мочевыводящих путей является стентирование мочеточника с восстановлением его целостности. В остальных случаях выбором метода дренирования верхних мочевыводящих путей является пункционная или открытая нефростомия.

КОРРЕКЦИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ФОРМ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ У ЖЕНЩИН

© О. В. Тарабанова, А. Н. Григорова, Е. В. Белохвостикова

Краснодар, Россия

Актуальность проблемы

Проблема опущения и выпадения влагалища и матки представляет в настоящее время не только медицинскую, но и серьезную социальную проблему. Отдельную проблему составляют рецидивы после пластических операций по поводу пролапса гениталий, а также неудовлетворительное состояние промежности, тазового дна после других гинекологических операций — тотальных и субтотальных гистерэктомий. 12–36% составляет рецидив пролапса гениталий, на протяжении многих лет без тенденции к снижению (J. Goldman и соавт., 1981; G. W. Morley, J. O. DeLancey, 1988; A. M. Verdeja и соавт., 1995). Суть проблемы усугубляется тем, что треть этих пациенток — женщины репродуктивного возраста. Возникает необходимость широкого использования новых медицинских технологий для одномоментной коррекции имеющихся анатомических дефектов, улучшения функциональных результатов лечения.

Цель исследования

Изучение причины рецидивов опущения и выпадения тазовых органов после хирургического лечения пролапса гениталий и эффективность предложенных технологий.

Материал и методы

Для изучения причин рецидивов пролапса гениталий под нашим наблюдением находилось 46 больных. Средний возраст пациенток составил 56 лет. В репродуктивном возрасте (до 45 лет включительно) находились 5 (11%) пациенток.

Продолжительность заболевания варьировала от 6 до 17 лет. Недержание мочи при физической нагрузке отмечено у 24 (51,3%) пациенток. У 6 (13%) наблюдалось учащенное мочеиспускание, у 14 (30,4%) — затрудненное мочеиспускание. Симптомы затрудненной дефекации отмечены у 34 (74%) больных. Недержание газов или стула у 3 (6,5%). У 6 (13%) пациенток диагностирована декубитальная язва. Сексуальные дисфункции (неудобство при половом акте, связанное с выпячиваем в области влагалища, боль при половом акте) отмечали 22 (47,8%) пациентки. В наших наблюдениях роды имели 100% пациенток, из них 30 (67,5%) — двое и более, при этом травматические родовые повреждения имели 16 (35,9%) пациенток. У большинства пациенток имелось сочетание последствий родовой травмы и возрастной гипозестрогении. Частота соматических заболеваний-маркеров дисплазии соединительной ткани выявлена у 83,5% пациенток. У 10 (23,9%) больных пролапсом гениталий наблюдался семейный характер заболевания. Операции по коррекции пролапса гениталий ранее выполнялись у 46 (100%) пациенток, из них у 2 (4,3%) выполнены сочетанные операции по коррекции гениталий и недержания мочи. Возникновение рецидива пролапса гениталий у 29 (63%) пациенток отмечено в течение первых трех лет, у 12 (26%) в период от трех до пяти лет, и у 5 (11%) рецидив возник по прошествии более пяти лет.

Результаты

При выборе лечебной тактики пролапс гениталий рассматривался как проявление системного

процесса, на что указывают патологическая наследственность, фенотипические маркеры дисплазии соединительной ткани и сопутствующая экстрагенитальная патология. Использовались абдоминальный и влагалищный доступы. Абдоминальная меш-сакровагинопексия была выполнена у 28 (60,9%) больных. У 28 пациенток меш-сакровагинопексия дополнена кольпоперинеолеваторопластикой, у 16 больных — передней кольпорафией, у 19 пациенток вмешательство дополнено слинговой операцией для коррекции стрессового недержания мочи — уретропексией свободной синтетической петлей трансобтураторным доступом. Случаев интраоперационных осложнений в данной группе не было. В послеоперационном периоде осложнение отмечено у 1 (3,6%) больной — эрозия стенки влагалища. За период наблюдения от 1,5 до 3 лет рецидива пролапса гениталий в данной группе больных не выявлено. При идентификации дефектов связочного и мышечного аппарата тазового дна, нами была выделена группа больных, у которых не удавалось ранее достичь хороших результатов лечения пролапса с помощью традиционной кольпорафии и леваторопластики, было установлено, что это больные имеющие дефекты в ректовагинальной фасции в сочетании с резко выраженной атрофией мышц поднимающих задний проход. Операцией выбора у данной группы больных (9 (18%) пациенток) стал TVM по системе Prolift (из них 8 — Total, 1 — Posterior). В 5 случаях сочеталась с

уретропексией свободной синтетической петлей трансобтураторным доступом по поводу стрессового недержания мочи. Интраоперационно одно осложнение — тупое проникающее ранение прямой кишки при мобилизации ишиоректального пространства перед установкой Prolift Posterior. В позднем послеоперационном периоде 2 случая эрозии стенки влагалища, потребовавшие иссечения пролабирующего участка сетки. Таким образом, осложнения возникли у 33% оперированных больных по методике Prolift. За период наблюдения до 3 лет рецидивов заболевания отмечено не было. Анализ пластики цистоцеле у 9 пациенток (в 6 случаях по системе Prolift Anterior, в 3 пластика цистоцеле сеткой Gynemesh) отметил положительные результаты. Интраоперационных и послеоперационных осложнений зафиксировано не было. В 2 случаях рецидив заболевания после пластики цистоцеле с сеткой Gynemesh через 6 и 9 месяцев после операции, не потребовавшие хирургической коррекции.

Заключение

При рецидивных формах пролапса гениталий целесообразно широкое применение современных синтетических протезов с использованием различных хирургических доступов и малоинвазивных методик. Особенно оправдано применение синтетических протезов для восстановления фасциальных дефектов тазового дна на фоне полной либо частичной атрофии мышц тазового дна.

ОПЫТ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ТАЗОВОМ ДНЕ У ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

© О. В. Тарабанова, А. Н. Григорова, Е. В. Белохвостикова

Краснодар, Россия

Актуальность проблемы

Единственным эффективным методом лечения пролапса тазовых органов и несостоятельности тазового дна является хирургический. Современные принципы оперативного вмешательства при рассматриваемых состояниях заключаются в восстановлении правильных топографо-анатомических взаимоотношений органов, вовлеченных в патологический процесс (Радзинский В. Е., 2006). В настоящее время перед практикующим гинекологом нередко встает проблема выбора метода оперативного лечения, направленного на коррекцию пролапса тазовых органов. Однако ни одна методика

не обеспечивает максимальный эффект. В связи с высокой частотой рецидивов заболевания после оперативного лечения пролапса гениталий высок интерес к применению имплантированных материалов для восстановления фасциальных дефектов тазового дна. Эти обстоятельства способствуют разработке новых подходов к выбору хирургической тактики, оптимизации оперативных вмешательств и противорецидивных технологий.

Цель исследования

Комплексная оценка отдаленных результатов после различных реконструктивных операций