

Тем не менее обе эти методики имеют следующие неоспоримые преимущества перед другими антистрессовыми операциями: обладают высокой эффективностью, являются минимально инвазивными манипуляциями, могут выполняться под местной или общей анестезией, их можно использовать при сочетанных операциях, сопровождаются минимальным количеством интра- и послеоперационных осложнений.

Частота эрозий влагиалища после введения сетчатых протезов колеблется, по данным литературы, от 0 до 30 % (П. вон Теобальд, 2006). В наших исследованиях мы наблюдали 3 (3,3 %) эрозии стенки влагиалища. Было произведено иссечение пролабирующих участков сетки, с последующим назначением вагинальных свечей «Овестин». В остальных наблюдениях сетчатый протез благо-

получно пророс окружающими тканями. Полного отторжения сетчатого протеза, требующего удаления сетки, мы не наблюдали.

Заключение

Анализируя данные литературы и результаты собственных исследований, мы считаем перспективным использование сетчатых имплантатов и лапароскопических методик в лечении опущения и выпадения половых органов. Важнейшей составляющей хорошего результата хирургического лечения у пациенток с пролапсом является строгое соблюдение показаний и противопоказаний к операции с учетом анамнеза, возраста, сопутствующей патологии, характера и особенностей пролапса, нарушений функции тазовых органов, наличия или отсутствия половой жизни.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ САКРОКОЛЬПОПЕКСИЯ И ОПЕРАЦИЯ PROLIFT В ХИРУРГИИ ГЕНИТАЛЬНОГО ПРОЛАПСА

© А. А. Попов, Т. Н. Мананникова, М. Р. Рамазанов, А. А. Федоров, И. В. Краснопольская, О. В. Мачанските, М. А. Чечнева, Б. А. Слободянюк, К. Н. Абрамян

Московский областной НИИ акушерства и гинекологии, Москва, Россия

Цель исследования

Сравнить результаты лечения пролапса гениталий лапароскопической сакрокольпопексией и методом вагинальной экстраперитонеальной кольпопексией по технологии Prolift.

Материал и методы

Лапароскопическая сакрокольпопексия произведена у 275 пациенток, страдающих пролапсом гениталий II–IV стадии по классификации POP-Q. У большинства пациенток (81 %) сакрокольпопексия сочеталась с гистерэктомией лапароскопическим доступом. С 2005 года начато выполнение вагинальной экстраперитонеальной кольпопексии (операция Prolift). Синтетический протез был применен у 225 пациенток с симптомным ОиВВПО, причем у 59 пациенток в анамнезе уже имелись оперативные вмешательства по поводу генитального пролапса. Более чем у половины пациенток хирургическое вмешательство было сочетанным. Так, у 35 % (79 пациенток) вагинальная экстраперитонеальная кольпопексия сочеталась с экстирпацией матки, а у 43 пациенток (19 %) с стрессовым недержанием мочи — с трансобтураторной уретропексией по методу TVT-Obturator.

Результаты

Анализированы интра- и послеоперационные осложнения. Кровопотеря, превышающая

500 мл, имела место только у двух пациенток, оперированных по технологии Prolift. При лапароскопической сакрокольпопексии выявлены ранения мочевого пузыря в 2 случаях (0,7 %). В 1 (0,4 %) случае после сакрокольпопексии развилось редкое осложнение — люмбосакральный спондилодисцит, что потребовало повторной лапароскопии, отсечение протеза от промонториума, длительной антибиотикотерапии с благоприятным исходом.

При вагинальном доступе перфорация мочевого пузыря произошла у 2 пациенток (0,9 %), стенки прямой кишки — у 1 пациентки (0,4 %). Характерное и наиболее часто встречающееся послеоперационное осложнение при Prolift — гематома клетчаточных пространств малого таза — отмечена у 6 пациенток (2,7 %). После лапароскопической сакрокольпопексии забрюшинная гематома наблюдалась только у 1 пациентки (0,4 %). Эрозии влагиалища после лапароскопической операции встречались в 2 (0,7 %) случаях, после вагинального доступа у 9 пациенток (3,6 %), что связано с наличием обширного разреза слизистой влагиалища.

Заключение

Выполнение лапароскопической сакрокольпопексии целесообразно пациенткам, активно живущим половой жизнью, т. к. отсутствие раз-

реза слизистой влагалища при лапароскопическом доступе предупреждает формирование эрозии. Вагинальная экстраперитонеальная кольпопексия целесообразна при лечении пациенток, имеющих рецидивные формы пролапса

гениталий, с тяжелыми экстрагенитальными заболеваниями, выраженным ожирением. К преимуществам вагинального доступа следует отнести возможность использования региональной анестезии.

ОСЛОЖНЕНИЯ ЭКСТРАПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ КОЛЬПОПЕКСИИ (PROLIFT)

© А. А. Попов, Т. Н. Мананникова, О. В. Мачанските, М. Р. Рамазанов, И. В. Краснопольская, А. А. Федоров, М. А. Чечнева, Б. А. Слободянюк, К. Н. Абрамян

Московский областной НИИ акушерства и гинекологии, Москва, Россия

Цель исследования

Оценить характер и количество осложнений после коррекции генитального пролапса с применением системы Prolift (ETHICON Women's Health & Urology, Johnson & Johnson Company, США).

Дизайн исследования: ретроспективное когортное исследование.

Материал и методы

Мультицентровое исследование на базе 7 крупных клиник Москвы. В исследование включены пациентки, у которых имелось опущение и выпадение матки и стенок влагалища II–IV стадии классификации POP-Q, сочетавшееся с нарушением анатомии и функции смежных органов, и прооперированных по методу экстраперитонеальной кольпопексии с использованием сетчатого протеза и наборов инструментов Prolift с 2005 по 2008 гг.

Результаты

Всего выполнено и проанализировано 421 операций, из которых 216 Prolift anterior, 33 — Prolift

Posterior, 142 — Prolift Total, 30 — Prolift Anterior et Posterior.

Осложнения были разделены на три группы. Интраоперационные — в 24 случаях: ранение уретры — 2, ранение мочевого пузыря — 7, ранение прямой кишки — 4, массивное кровотечение (>500мл) — 12. Послеоперационные — в 59 случаях: повышение температуры выше 38°C — 11, гипотония мочевого пузыря — 14, существенные гематомы влагалища — 23, обширные гематомы промежности — 11. Меш-ассоциированные — в 39 случаях, к которым мы отнесли: эрозию стенки влагалища (лечены хирургически) — 16, инфицирование протеза — 3, сморщивание протеза — 5, боли в промежности и ягодицах — 16.

Заключение

Нецелесообразно расценивать экстраперитонеальную кольпопексию с применением системы PROLIFT как малоинвазивное вмешательство и предлагать эту технологию в качестве рутинного метода лечения генитального пролапса, т. к. в 28% случаев операция сопровождается осложнениями различной степени тяжести.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕКОНСТРУКЦИИ СЕГМЕНТОВ ВАГАЛИЩА

© В. А. Потапов, Р. М. Банахевич, К. Б. Акимова, А. В. Ечин, Ю. Н. Дзюба

ДДМА, кафедра акушерства и гинекологии, Днепрпетровск, Украина

Актуальность проблемы

Интерес к проблеме генитального пролапса неуклонно возрастает во всем мире. Острота проблемы различна в разных странах и зависит, прежде всего, от уровня культуры государства. Там, где ведется систематическая статистика заболеваний, частота генитального пролапса составляет 28–38,9%. В отечественной и зарубежной литера-

туре широко освещены вопросы хирургического лечения пролапса гениталий, однако многие авторы отмечают высокий процент рецидивов опущения и выпадения внутренних половых органов (5–61%) и высказывают неудовлетворенность функциональными и анатомическими результатами операций. Выбор метода коррекции пролапса