

**Бахаев В.В., Гюнтер В.Э. Дамбаев Г.Ц.,
Салов П.П., Развозжаев Ю.Б., Григорьев В.А.**

Кафедра акушерства и гинекологии ГОУ ДПО
«Новокузнецкий институт усовершенствования врачей»,
Россия

ОПЫТ РЕКОНСТРУКЦИИ РЕКТО- ВАГИНАЛЬНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ПРИ ПРОЛАПСЕ ГЕНИТАЛИЙ У ЖЕНЩИН

Актуальность проблемы. Реконструкция ректо-вагинальной перегородки при лечении пролапса гениталий в сочетании с ректоцеле у женщин остается серьезной проблемой в хирургии тазового дна. Рекомендуемая в руководствах по оперативной гинекологии леваторопластика, даёт удовлетворительный эффект только при низких ректоцеле, когда грыжевые ворота в ректовагинальной перегородке закрывают сведением ректальных ножек леваторов. При средних и высоких ректоцеле этого явно недостаточно. Сохраняется высокая частота рецидивов и интраоперационных осложнений.

Материал и методы исследования. Предоперационная подготовка больных и изучение эффективности проведенного лечения включали стандартное клиничко-лабораторное обследование, проктологические методы исследования, пробы на денервацию, прогностические способы исследования («стресс»-пробы), вагинодинамическое исследование, УЗИ функциональное исследование, «опросник» качества жизни. В послеоперационном периоде проводилось УЗИ, обзорная рентгенография малого таза, контрольные проктологические и вагинодинамические методы исследования, «опросник» качества жизни.

С целью повышения эффективности оперативного лечения опущений и выпадений задней стенки влагалища с формированием ректоцеле, мы применили сверхэластичную нить из никелида титана. Производили широкую отсепаровку передней стенки прямой кишки от задней стенки влагалища и прилегающих к ней мышечно-фасциальных элементов и возвращали ее в естествен-

ные анатомические границы. Восстанавливали мышечно-фасциальный футляр прямой кишки и прошивали его сверхэластичной нитью TiNi в продольном и поперечном направлениях по типу сетки от наружного сфинктера прямой кишки до заднего свода влагалища и боковых стенок прямой кишки. Затем производили кольпоперинеорафию с изолированной леваторопластикой.

Результаты исследования. Выполнена 31 операция при пролапсе гениталий и наличии ректоцеле. Возраст пациенток составил 38–66 лет. Операция выполнялась как этап пластики мышц тазового дна. Послеоперационный период протекал во всех случаях без осложнений. После выписки из отделения проводился комплекс реабилитационных мероприятий. Контрольные осмотры через 4, 6, 12, 24, 36 месяцев после операции показали отсутствие несостоятельности ректо-вагинальной перегородки. Все пациентки отмечали значительное улучшение качества жизни, отсутствовали гинекологические жалобы. У 5 женщин не получавших реабилитационные мероприятия сохранялись запоры и сексуальный дискомфорт в течение 1 года, которые в последствии были купированы. Созданная конструкция в ректо-вагинальной перегородке с имплантированным материалом из никелида титана негативно себя не проявляла. По данным ультразвукограмм и рентгенограммам малого таза вокруг имплантата ткани обычной эхоструктуры.

Выводы. Результаты наблюдения за пациентами показали, что предложенный вариант реконструкции ректовагинальной перегородки обеспечивает не только хороший косметический, но и функциональный эффект.

¹Беженарь В.Ф., ²A.Kletsel

¹Научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии имени Д.О. Отта РАМН, Санкт-Петербург, Россия.

²Clinic for Gynecology and Obstetrics University of Muenster Osnabrück, Germany.

НОВЫЕ АЛГОРИТМЫ ПРИМЕНЕНИЯ СИНТЕТИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ В ХИРУРГИИ ТАЗОВОГО ДНА

С целью оценки эффективности хирургического лечения больных с пролапсом гениталий при использовании синтетических аллоимплантантов нами проведено клиническое обследование 139

женщин с различными формами несостоятельности мышц тазового дна. Среди них с цистоцеле (23), ректоцеле (18), цисторектоцеле (12), выпадением купола влагалища (12), полным пролапсом

гениталий (3), неполном выпадении матки (14), стрессовым недержанием мочи (35). Средний возраст женщин составил 51 ± 5 лет (от 46 до 60 лет). Всем пациенткам было выполнено хирургическое лечение с применением синтетических материалов.

Методы исследования. При дефектах пузырно-влагалищной фасции выполняли переднюю кольпотомию с пластикой стенки влагалища и коррекцией дефекта проленовой сеткой Gynemesh® или Gynemesh PS® («Gynecare» Johnson & Johnson, США) (n = 17), при цистоцеле II–III ст. использовали систему Prolift anterior (n = 2), Gynemesh PS® трансплантат, который дважды проводили через запирающее отверстие по в оригинальной модификации GynATOM (n = 10) или проленовую сетку SerATOM® (n = 10) (Serag Wiessner, Германия). При дефектах ректо-вагинальной фасции выполняли заднюю кольпоперинеолеваторопластику, дополненную задним IVS® слингом (Tyco, США) в сочетании с коррекцией дефекта сеткой Gynemesh PS® (n = 17), коррекцию ректоцеле сеткой Gynemesh PS® с фиксацией к сакро-спинальной связке в оригинальной модификации или проленовой сеткой Seratom® (n = 6). При выпадении матки (полном или неполном) выполняли влагалищную гистерэктомию в сочетании с операцией Prolift total® (n = 3), SerATOM® anterior-posterior (n = 9). В случаях выпадения культи влагалища или при выполнении лапароскопической субтотальной гистерэктомии на втором этапе

предпочитали MESH-сакровагинопексию (n = 8) или MESH-апоневровагинопексию (n = 22). При выявлении стрессовой инконтиненции операцию у 6 больных дополняли субуретральным слингом TVT® («Gynecare» Johnson & Johnson, США), IVS® (Tyco, США) (n = 8) или субуретральным трансобтураторным слингом TVT-O® (Johnson & Johnson, США) (n = 30), TOT® (Tyco, США) (n = 2), Serasis® (n = 5) (Serag Wiessner, Германия).

Результаты исследования. Эффективность результатов оперативного лечения оценивалась с учетом субъективных и объективных критериев восстановления анатомических параметров и функциональных показателей, а также оценивалось качество жизни пациенток при динамическом наблюдении в сроки от 3 месяцев до 8 лет. Нами отмечена высокая эффективность хирургического лечения тазового пролапса, а также стрессового недержания мочи с использованием синтетических материалов. При применении проленовых имплантантов отмечалось полное восстановление анатомической и функциональной состоятельности тазового дна. Следует также отметить отсутствие рецидивов стрессового недержания мочи. При динамическом наблюдении за прооперированными пациентками в течение до 8 лет рецидивов пролапса не отмечали. Рецидивов стрессового недержания мочи также отмечено не было. Все пациентки отмечали удовлетворенность результатом операции и улучшение качества жизни.

¹Беженарь В.Ф., ¹Цуладзе Л.К., ¹Иванова Р.Д.,
¹Цыпурдеева А.А., ¹Павлова Н.Г.,
¹Прохорова В.С., ²Кравцова Н.А., ¹Рулев М.В.

¹ГУ НИИ акушерства и гинекологии имени Д.О. Отта
РАМН, Санкт-Петербург;

²Южно-Российский центр косметологии и пластической
хирургии,
Краснодар, Россия

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ TVT® И TVT-O® В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ ПРИ НАПРЯЖЕНИИ

Актуальность проблемы. Недержание мочи при напряжении (НМПН) на сегодняшний день остается актуальной медицинской и социальной проблемой. В среднем, каждая четвертая женщина в возрасте старше 40 лет испытывает дискомфорт, вследствие данного расстройства мочеиспускания (Краснопольский В.И., и др., 1999; Abrams P., et al., 2002).

Целью исследования была оценка эффективности полипропиленовых имплантантов TVT® и TVT-O® («Gynecare» Johnson & Johnson, США) при хирургическом лечении НМПН.

Материал и методы. За период с октября 2004

года по октябрь 2006 года нами проведено лечение 30 пациенток с НМПН, которым было проведено оперативное лечение с использованием TVT-O® (1-я группа) и 8 пациенток, которым была выполнена операция TVT® (2-я группа). У всех пациенток клинический диагноз НМПН, был подтвержден при комплексном уродинамическом обследовании (КУДИ) (Dantec Menuet) и 3D-УЗИ (Voluson-730 expert, GE). Оценивались как субъективные, так и объективные параметры эффективности лечения НМПН. КУДИ, а также УЗИ уретровезикального сегмента с измерением углов α и β до и после операции выполняли всем обследованным.