

возможности, одномоментной коррекции других выявленных нарушений, и, в первую очередь, стрессового недержания мочи. В процессе отработки техники комбинированных операций нами определена следующая этапность проведения операции: этап выполнения TOT (Tyco Healthcare, США) или TVT («Gynecare» Johnson & Johnson, США), этап выполнения влагалищной экстирпации матки или пластики стенок влагалища. Это объясняется относительно сохраняющимся анатомическим взаимоотношением между органами малого таза, что в свою очередь снижает риск ранения мочевого пузыря, уретры при проведении синтетической петли. При выборе метода оперативного лечения у больных с ДСТ мы отдавали предпочтение использованию синтетических протезов (проленовой сетки Gyne Mesh и Gyne Mesh soft). Четырем больным в качестве базовой операции была выполнена вагинальная гистерэктомия, пластика передней стенки влагалища с сеткой Gynemesh PS® («Gynecare» Johnson & Johnson, США), для устранения выраженного ректоцеле — кольпоперинеолеваторопластика. Через два года после операции эффективность высокая, рецидивов не отмечено. Однако у одной больной в связи с эрозией передней стенки влагалища, произведено иссечение фрагмента синтетического протеза Gynemesh PS® и наложение вторичных швов. 13 больным произведена вагинальная гистерэктомия, пластика передней стенки влагалища с кольпоперинеолеваторопластикой и петлевая операция TVT (TVT-O). Все пациентки мочу удерживают, у 4 больных имеются симптомы гиперактивного мочевого пузыря, по поводу чего проводится соответствующая терапия. 11 больным произведена передняя кольпорафия,

кольпоперинеолеваторопластика и петлевая операция TVT (TVT-O), у 9 больных эффект от операции высокий, у 3 больных имеется умеренное опущение передней стенки влагалища, показаний для хирургической коррекции нет, наблюдение за больными продолжается. 13 больным учитывая сопутствующую гинекологическую патологию (миома матки большой величины) была проведена абдоминальная гистерэктомия, сакровагинопексия, которую мы во всех случаях сочетали с леваторопластикой. Необходимо отметить, что при сочетании вагинопексии и кольпоперинеолеваторопластики создаются условия для сшивания леваторов на всем протяжении задней стенки влагалища. При этом верхние пучки сшиваются между собой и фиксируются к проленовому лоскуту на абдоминальном этапе фиксации протеза, а средние и нижние — сшиваются между собой на этапе выполнения кольпоперинеолеваторопластики (Попов А.А., 2001). Эффективность операции высокая, рецидивов не отмечено. В группе больных, которым коррекция пролапса гениталий проводилась без применения синтетических протезов (это 169 больных), рецидив заболевания был отмечен у 7,2 % больных.

**Выводы.** При использовании проленовой сетки, таких серьезных осложнений как отторжение, инфицирование сетки не отмечено, хотя у 3 (1,4 %) пациенток отмечена поливалентная аллергия, и антибиотикопрофилактика у этих пациенток проведена не была. Для более достоверной оценки результатов использования синтетических протезов при коррекции пролапса гениталий, необходимо проведение дальнейших исследований, с вовлечением большего числа пациентов и более длительным послеоперационным наблюдением.

## Питер фон Теобальд

Университет в Каэне, Франция

## ОПУЩЕНИЕ МАТКИ И ВЛАГАЛИЩА: ВАГИНАЛЬНАЯ ИЛИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИИ?

Гинекологическая хирургия начала переворачивать страницу эпохи с конца восьмидесятых. Первым признаком этого был переворот, совершенный лапароскопической хирургией, которая в течение десяти лет перешла из состояния небытия в золотой стандарт. До этого бумой правилом была догма: ученик воспроизводил технику своего учителя точно так же, как сам учитель применял методы своего учителя. Существовали разные школы: исключительные, полагавшие, что они и только они знают истину, и другие, которые должны были быть убеждены в своем неве-

жестве, те же, что пытались изменить технику, считались еретическими. Открывшиеся границы, Интернет, новые научные знания и технологический прогресс разрушили догмы и установили новое правило: нет истины, нет уверенности, есть только эра информации. Новые идеи и техника быстро получают широкое распространение. Глобальная тенденция к менее и менее инвазивной и амбулаторной хирургии воодушевляет хирургов на развитие новых концепций, какой была лапароскопия, а теперь — вагинальная хирургия с применением сетки.

Что же такое сетка? Сначала — это инородное тело, имплантированное в выбранное место, где коллагеновая ткань ослаблена. Оно вызывает воспалительную реакцию, привлекает макрофаги и другие клетки воспалительного очага и, наконец, фибробласты, которые будут вызывать коллагеновый фиброз вокруг этого инородного тела. И до тех пор, пока инородное тело находится на месте, эта коллагеновая ткань будет сама себя поддерживать и восстанавливаться. Таким образом, путем имплантации сетки, не подвергающейся абсорбции, мы обязываем организм пациента восстанавливать себя аутологическим коллагеном.

Чем же сетка не является? Она не является механической опорой или поддержкой тазового дна. Ее задача восстановить нормальные оси влагалища, и это требует хорошего знания функциональной анатомии, искусного выполнения разреза и хирургического мастерства, но не нуждается в применении больших усилий или очень высокой резистентности к изнашиванию. Даже самая слабая сетка прочнее самой сильной связки.

Является ли хирургия с использованием сетки новостью в урогинекологии? Нет. Она была применена при открытой сакрокольпопексии более 50 лет назад (первая публикация Hughier and Scali, 1958). Многолетний опыт показал превосходную толерантность и долгосрочную эффективность этих абдоминальных процедур. При проведении большой серии операций эрозии и инфекции составляли около 5 %. Испытывались многие материалы, и оказалось, что полипропилен переносится лучше других (и, вероятно, наиболее дешевый). Но до настоящего времени никаких соответствующих сравнительных клинических испытаний не проводилось, и неизвестно, будет ли это необходимо, поскольку ожидаемая разница в количестве эрозий и инфекций оказывается ниже 5 %-ного барьера.

С начала 90-х годов (прошлого столетия) некоторые группы (подобно нашей) переходили от традиционной хирургии вагинального пролапса к лапароскопической сакрокольпопексии, с тем, чтобы снизить частоту рецидивов путем введения сетки, сохраняя при этом минимальную инвазивность. Были получены превосходные результаты. По данным наших наблюдений в течение 8 лет показатель рецидивов равнялся 6 %. Однако, лапароскопическая сакрокольпопексия это трудная процедура, которая требует очень высокого уровня мастерства и необходимости прохождения длительного обучения. Большинство хирургов-гинекологов, также занимающихся акушерством, ультразвуком, бесплодием, не имеют достаточно количества больных в неделю, для того, чтобы обучиться этой технике и затем закрепить ее. Новшеством стало применение протезирования

в операциях при выпадении влагалища, прежде запрещенного и признанного возможным с 1997 года, когда возник бум субуретральной вагинальной петли. Вагинальному методу обучиться легче, даже если разрез для введения сетки несколько отличается от классического разреза.

Кому должна принести пользу операция с применением сетки?

– Только в случаях рецидивов? По этой стратегии будет проводиться только несколько процедур и только у больных, у кого выполнение разреза наиболее затруднено. Это ведет к плохим результатам, т.к. малочисленность экстраординарных больных означает нестандартность процедур и отсутствие кривой обучения на легких случаях. Как если бы обучение лапароскопии проводилось на пациентках с ректовагинальным эндометриозом вместо постепенного начала со случаев внематочной беременности.

– Только пациенткам с факторами риска рецидива? Эта стратегия выглядит лучше, но факторы риска пока еще четко не установлены. По данным литературы рецидивы возникают почти у 30 % больных и требуют повторной операции.

– Всем пациенткам с пролапсом? Целью здесь является полностью стандартизированная техника, хорошая кривая обучения и предоставление каждой больной безболезненной, минимально инвазивной операции с длительным положительным эффектом. Этот протокол действует в больнице при Университете г. Казн с июня 2000 г. буквально в каждом из приблизительно 200 случаев пролапса в год.

Кому не будет пользы от операции с применением сетки?

– Несомненно, пациенткам с инфекцией или с риском инфекции (нестабильный диабет, иммунодефицит и т.д.).

– Молодым пациенткам? Некоторые хирурги могут опасаться применять сетку больным в возрасте до 50 лет, не зная, что станет с сеткой лет через 20–30. И будут использовать традиционную технику по сужению влагалища при высоком риске рецидивов в этой очень активной возрастной группе. Это кажется нелогичным. Молодые активные женщины нуждаются в применении техники с длительным эффектом и сохранением целостности вагинальной ткани. Только операция с сеткой может обеспечить это. Иначе получается, что протез молочной железы или бедра можно устанавливать только женщинам старше 70!

Итак, вагинальный подход или лапароскопическая сетка? Будущее, несомненно, за применением сетки. Сетки быстро совершенствуются, становясь все более легкими и имеющими все больший размер пор. Пока еще четко не разграни-

чены показания к лапароскопическим и вагинальным операциям; цистоцеле целесообразно лечить вагинальным методом, ректопексии — выполнять

лапароскопически. Тазовые боли, узкая вульва или патология яичников безусловно являются показаниями к лапароскопическому методу.

### Питер фон Теобальд

Университет г. Каэн,  
Франция

### КАК ПРЕДОТВРАТИТЬ ЭРОЗИЮ ВЛАГАЛИЩА, ВЫЗВАННУЮ ЛЕНТОЙ

Частота эрозий влагалища, возникающих после вагинальной имплантации сетки по поводу заболеваний тазового дна, согласно литературным данным, колеблется от 0 до 30 %. Большинство хирургов, использующих такую же ленту (полипропилен), полагают, что столь разные показатели можно объяснить или нечестностью некоторых авторов, или различиями в технике введения. Если большинство хирургов были бы нечестными, мы все имели бы уровень эрозий 30 % и тогда, я уверен, мы все отказались бы от такого типа операции! Фактически результаты зависят от техники. Стратегия операции, разрез, наложение швов при применении сеток очень специфические и отличаются от процедур, не использующих сетку.

Вагинальная эрозия уже была описана в литературе как осложнение после абдоминальной сакрокольпопексии с разными и достоверными показателями при применении большого количества разных сеток. Авторы, которые показывают долю эрозий равную 0 % и те, кто дает удивительно высокие цифры — это те, у кого самые короткие серии и, таким образом, наименьший опыт проведения этой процедуры. Другие имеют разумные данные, около 2 %, которые могут быть только у тех, кто полностью владеет техникой и умением подобрать сетку. То же самое относится и к операциям с вагинальным протезом. Другой важный момент это перестать путать эрозию (вследствие некроза вагинального эпителия, обычно на линии разреза) и инфекцию, которая может вызвать выделения и образование вагинального свища. Тактика ведения обеих проблем различна: в случае эрозии достаточно произвести иссечение пролабирующей части сетки под местной анестезией и наложить вагинальный шов. В случае инфекции следует удалить всю сетку; антибиотики бесполезны. В случае эрозии проверьте технику ис-

полнения вашей процедуры; в случае инфекции улучшите асептику в вашей операционной, распаковывайте сетку в самый последний момент, смените перчатки, прежде чем прикоснуться к ней, прикройте анальное отверстие и т.д.

Основные рекомендации по снижению процента эрозий.

- Вагинальные имплантаты должны устанавливаться в тех же самых местах, как при абдоминальном методе, между фасцией и органом. Фасцию не следует отсекать от вагинальной слизистой, чтобы сохранить хорошую васкуляризацию.

- Фиксируйте сетку глубоко в структурах или тканях, не менее 2-х см от линии разреза.

- Не должно быть никаких трансфиксирующих швов, повышающих опасность некроза вагинальной стенки.

- Избегайте бесполезной гистерэктомии. Удаление матки повышает вероятность эрозии при проведении абдоминальной сакрокольпопексии, как и при вагинальных процедурах с применением сетки.

- Делайте тупое рассечение с ограниченной электрокоагуляцией на вагинальной стенке для сохранения хорошей васкуляризации.

- Не проводите вообще или только очень бережную кольпэктомию, для того чтобы сохранить толщину слизистой.

- Вводите протез без натяжения, но не допускайте появления складок.

Приемлемая частота эрозий при использовании современных легких макропористых сеток из полипропилена и следовании всем вышеуказанным рекомендациям должна быть менее 5 %. Допустимая частота инфекций, связанных с применением сетки, не должна превышать 1–2 %. Если эта цифра больше, то следует улучшить технику.