

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 кольпоперинеоплевропластикой, у 16 больных — передней кольпорафией, у 19 пациенток вмешательство дополнено slingовой 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

по поводу пролапса тазовых органов и недержания мочи.

Материал и методы

Для изучения ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения пролапса гениталий нами была обследована 171 пациентка, госпитализированная в гинекологическое отделение ККБ №1 гор. Краснодара. Средний возраст пациенток составил 53 года. Значимую физическую нагрузку имели 157 (92 %) пациенток (основной контингент — жители сельской местности). Экстрагенитальная патология наблюдалась у 147 (86 %) больных с пролапсом гениталий. Частота соматических заболеваний-маркеров ДСТ (дисплазии соединительной ткани) у исследуемых пациентов составили: грыжи различной этиологии — 7 (4 %), варикозная болезнь — 97 (57 %), поливалентная аллергия — 3 (2 %), в анамнезе угрозы прерывания беременности и преждевременные роды — 99 (58 %), женщины с быстрыми и стремительными родами — 30 (18 %). Роды имели все пациентки — 100 %: 58 пациенток (34 %) — одни роды, 91 (53 %) — двое родов, 22 (13 %) — трое и более родов. Операции по коррекции пролапса гениталий ранее выполнялись у 8 (4,7 %) пациенток.

Все выполненные вмешательства разделили на 4 большие группы.

- 1) Экстирпация матки или кульги шейки матки; в качестве базовой операции нами выбрана вагинальная гистерэктомия, обязательным компонентом выполнения операции мы считали проведение передней кольпоррафии и кольпоперинеолеваторопластики — 82 наблюдения, из них в 30 случаях применялись антистрессовые методики — TVT или TOT.
- 2) Передняя кольпоррафия, кольпоперинеолеваторопластика — 71 наблюдение, в 3 случаях для устранения цистоцеле использовалась пластика передней стенки с сеткой Soft, для устранения выраженного ректоцеле — особая техника — устранение дефектов ректовагинальной перегородки, сопоставление леваторов на протяжении. В этой группе больных в 19 наблюдениях применялись антистрессовые методики TVT или TOT.
- 3) Лапаротомия, коррекция сопутствующей гинекологической патологии, сакровагинопексия — 8 наблюдений, в 6 случаях дополнялись кольпоперинеолеваторопластикой.
- 4) Вагинальная экстраперитонеальная вагинопексия (Gynecare Prolift) — 10 наблюдений. В 3 случаях применялись методики TVT или TOT.

Результаты

После комплексного обследования пациенток через 1, 6, 12 месяцев в первой группе больных у 7 пациенток выявлен рецидив заболевания. В 5 случаях отмечено зияние половой щели без натуживания, при натуживании определяется цистоцеле, на момент осмотра каких-либо жалоб пациентки не предъявляли, в коррекции рецидива не нуждаются, ведется наблюдение.

Во второй группе больных — 71 наблюдение, рецидив заболевания отмечен у 9 пациенток. Рецидив цистоцеле в 2 случаях через 6 месяцев после операции, в 7 случаях рецидив «высокого» ректоцеле через 6–12 месяцев, у 2 пациенток с нарушением акта дефекации, что требует проведения повторной реконструктивной операции. В третьей и четвертой группе больных результат лечения расценен как положительный, рецидивов заболевания отмечено не было за весь период наблюдения. В четвертой группе больных отмечено 4 случая формирования эрозии слизистой влагалища. Эффективность петлевых операций у 49 пациенток составила 95,9 %, рецидив отмечен у 2 больных (4 %), после уретропексии свободной синтетической петлей TOT.

Заключение

Анализируя эффективность проведенных нами реконструктивных операций, следует отметить, что излечение и значительное улучшение отмечено у 160 (93,5 %) пациенток, рецидив заболевания у 13 (7,6 %) больных. У 4 (2,3 %) больных выявлено осложнение — эрозия слизистой влагалища. Нельзя однозначно говорить о том, что причиной данных осложнений является только дефект хирургической техники, в ряде случаев причиной неудовлетворительных результатов является недооценка состояния тканей влагалища, связанных с трофическими нарушениями, обусловленными характером предшествующего лечения и возрастом больных. Собственные ткани организма не всегда обладают прочностью и эластичностью, достаточной для эффективной и надежной коррекции анатомических нарушений, особенно у пациенток, имеющих клинические проявления дисплазии соединительной ткани. В связи с этим для избежания рецидивов пролапса гениталий, особенно у больных, имеющих клинические признаки дисплазии соединительной ткани, предлагается использование синтетических трансплантатов для восстановления дефектов тазового дна, что устраняет как анатомические, так и функциональные недостатки.