

гениталий, является одним из наиболее спорных вопросов.

Цель исследования

1. Провести ретроспективный анализ методов коррекции сегментов влагалища.
2. Изучить частоту развития рецидивов.
3. Определить основные факторы в развитии рецидивов.

Материал и методы

За период с 2004 по 2008 г. проведен анализ 540 оперативных реконструктивно-восстановительных вмешательств на переднем сегменте влагалища у пациенток возрасте от 36 до 78 лет с генитальным пролапсом. Пациентки находились на лечении в гинекологических отделениях городской клинической больницы №9 г. Днепропетровска и на базе городского центра реконструктивно-пластической хирургии в гинекологии Днепропетровской государственной медицинской академии (заведующий кафедрой — доктор медицинских наук, профессор Потапов В. А.). Повторный осмотр после проведенной операции проводился через 3–6–12 месяцев. Коррекция проводилась стандартными методиками с использованием только шовного материала «Кетгут» или «Викрил», а также современными методиками с замещением сегментов системами Prolift и импорт замещающими технологиями.

Результаты

У 313 пациенток при осмотре обнаружен рецидив заболевания, что составило 58%. Из них у подавляющего большинства — 265 (84,7%) пациенток с рецидивом генитального пролапса доминировал рецидив с центральным или паравагинальным дефектом переднего сегмента влагалища. Сочетание рецидива в двух и более сегментах наблюдалось у 39 (12,5%) пациенток. Дефект заднего сегмента влагалища составил 10% случаев. Апикальный дефект наблюдался у 17,9% пациенток. Анализ проведенных методов коррекции показал низкую эффективность традиционных методов реконструкции переднего сегмента влагалища. При использовании шовного материала «Кетгут» к паравагинальному

дефекту переднего сегмента часто присоединялся центральный в области послеоперационного рубца. Причиной чаще всего служила быстрая потеря прочности самого шовного материала с формированием грыжи в области послеоперационного рубца при минимальных осевых нагрузках на эту область. Применение шовного материала «Викрил» позволило уменьшить количество рецидивов на 4%. К кардинальным успехам в лечении пролапса гениталий привело применение синтетических протезов. Один случай рецидива наблюдался при использовании импорт замещающей технологии с использованием проленовой сетки «Ультра-про». Аналогичная ситуация наблюдалась при реконструкции заднего сегмента влагалища. При использовании материала «Кетгут» рецидивы составили 32,1%, материала «Викрил» — 27,8%, проленовых протезов — 3%.

При коррекции дефекта апикального сегмента с использованием экстирпации матки в 27,5% случаев наблюдался рецидив. При сакроспинальной фиксации или тотальном замещении урогенитальной фасции и ректовагинальной перегородки проленовым протезом рецидивы не наблюдались.

Заключение

В структуре причин рецидивов генитального пролапса ведущее место принадлежит неправильной диагностике вида пролапса и вследствие этого неправильной коррекции дефекта. Использование современных шовных материалов не снижает количество рецидивов. Замещение фасций синтетическим протезом и использование сакроспинальной фиксации минимизирует количество рецидивов. Рутинное удаление матки при апикальном дефекте не снижает количества рецидивов.

Генитальный пролапс не является заболеванием, непосредственно угрожающим жизни больной, но оказывает огромное влияние на качество жизни женщины в любом возрасте. Анализ полученных данных показывает, что использование современных научных разработок, оперативных доступов, материалов и оборудования дает возможность уменьшить частоту развития рецидивов, а использование оригинальных методик Prolift — свести их к 0%.

ОСЛОЖНЕНИЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПОЛИПРОПИЛЕНОВЫХ ИМПЛАНТАТОВ ПРИ ТАЗОВОМ ПРОЛАПСЕ

© К. В. Пучков, В. Б. Филимонов, Р. В. Васин, И. В. Васина

Медицинский Центр управления делами мэра и Правительства Москвы, ГУЗ Рязанская областная клиническая больница

Актуальность проблемы

Хирургия пролапса составляет приблизительно 20% от общего количества хирургий таза

и увеличивается до 59% у пожилых женщин (Лоран О.Б., 2006). Проблема пролапса генита-

лий (ПГ) продолжает оставаться в центре внимания хирургов-гинекологов в силу большой распространенности и ограниченности оперативных методов лечения (Тотчиев Г. Ф., 2006).

Материал и методы

За период с 2004 по август 2009 г. 62 женщинам, имеющим пролапс гениталий стадии II–IV по классификации POP-Q (ICS, 1996 г.), нами выполнены операции с использованием полипропиленового имплантата трансвагинальным доступом. При этом изолированная реконструкция переднего отдела тазового дна поведена в 31 случае, заднего отдела тазового дна у 9 пациенток, тотальная реконструкция у 22 пациенток. В 47 (75,8%) случаях пролапс тазовых органов сочетался со стрессовой инконтиненцией и требовал одновременной хирургической коррекции, при этом выполнялись слинговые операции с использованием полипропиленового имплантата: позадилобным доступом — 17 или трансобтураторным доступом — 30 случаев. В 27 (43,5%) случаях при реконструкции стенок влагалища выполнена гистерэктомия.

Результаты

В 2 (3,2%) случаях были встречены интраоперационные осложнения — ранение задней стенки мочевого пузыря при диссекции его, при этом интраоперационно было выполнено ушивание перфорационного отверстия 2-рядным швом с последующей деривацией мочи (7 суток) посредством уретрального катетера. Причинами ранения мочевого пузыря считаем: в 1-м случае — «освоение методики операции», во 2-м случае

истончение стенки мочевого пузыря и пузырно-вагинальной перегородки у пациентки с рецидивом цистоцеле.

В раннем послеоперационном периоде (1 сутки после операции) задержка мочи (более 100 мл) диагностирована только при одновременной коррекции тазового пролапса со стрессовой инконтиненцией, при этом в группе пациенток с позадилобным расположением полипропиленовой сетки данное осложнение встретилось в 11 (23,4 %) случаях, а при трансобтураторном доступе — 6 (12,8%).

В отдаленном послеоперационном периоде были встречены следующие осложнения операций по коррекции тазового пролапса с использованием сетчатых полипропиленовых имплантатов: эрозия слизистой влагалища у 2 (3,2%) пациенток, абсцесс рецидива пространства у 1 (1,6%) пациентки, сворачивание сетки с возникновением рецидива пролапса у 2 (3,2%) пациенток, диспареуния у 10 (16,1%) пациенток. При этом лечение эрозии слизистой влагалища было успешным с использованием консервативных мероприятий. При абсцессе рецидива пространства было выполнено вскрытие и дренирование абсцесса с последующей антибактериальной терапией, а имплантат не удалялся.

Заключение

Таким образом, трансвагинальная реконструкция тазового дна с использованием полипропиленовых имплантатов при пролапсе тазовых органов сопровождается небольшим количеством осложнений, но требует дальнейшего изучения и разработки мер для их профилактики.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ И ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАСОНОГРАФИИ И МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ ПРИ ТАЗОВОМ ПРОЛАПСЕ

© К. В. Пучков, В. Б. Филимонов, Р. В. Васин, И. В. Васина

Медицинский Центр управления делами мэра и Правительства Москвы, ГУЗ Рязанская областная клиническая больница

Актуальность проблемы

Тазовый пролапс — синдром опущения тазового дна и органов малого таза изолированно или в сочетании, может выражаться в виде синдрома опущения промежности, цистоуретроцеле, ректоцеле, опущения матки, прямой кишки (А. G. Parks и соавт. 1966; S. Jackson и соавт., 1997; S. P. Marinkovic, S. L. Stanton, 2004; R. Bartoletti, 2007; В. Ф. Куликовский, Н. В. Олейник, 2008). Многогранность данной патологии требует полноценного обследования органов малого таза, в связи,

с чем для диагностики тазового пролапса в последнее время широко используется ультразвуковое исследование и магнитно-резонансная томография.

Материал и методы

С 2004 по август 2009 г. нами обследовано 123 женщины с пролапсом гениталий стадии II–IV по классификации POP-Q (ICS, 1996 г.), при этом ультразвукографическое исследование выполнено всем пациенткам, а магнитно-резонансная томография 39 пациенткам.