

Соснин Н.А., Козырь О.Ф.

ФГУ Северный медицинский центр им. Н.А.Семашко,
Архангельск, Россия

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СЛИНГОВЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ НЕДЕРЖАНИИ МОЧИ У ЖЕНЩИН

Актуальность проблемы. Недержание мочи при напряжении у женщин — одна из наиболее распространённых и трудных проблем в современной урогинекологии. Существует несколько типов недержания мочи. Наиболее часто встречающимся вариантом является стрессовое недержание, с учётом смешанной формы эта патология составляет до 85 %. Стрессовое недержание мочи — это недержание при напряжении, которое проявляется в непроизвольном, неконтролируемом волей больной, истечении мочи из интактной уретры в момент физического напряжения (кашель, смех, чихание и т.д.) Наиболее часто начало заболевания встречается у женщин в возрасте 45–50 лет, то есть у социально-активных, трудоспособных женщин. Эта проблема в значительной степени влияет на профессиональную и личную активность женщины, значительно ухудшая качество жизни. Для лечения данной патологии предложено более 200 разновидностей и модификаций операций. Метод TVT (tension free vaginal tape) был разработан в университетском госпитале г. Упсалы (Швеция) в 1995 году. В настоящее время петлевая пластика по праву является основным видом в хирургическом лечении недержания мочи. Операция так же применяется в качестве дополнительного вмешательства при влагалищных гинекологических операциях, когда имеется сочетание опущения стенок влагалища и матки с недержанием.

Материал и методы. В гинекологическом отделении нашей клиники за последние 2 года выполнено 57 операций TVT и TVT-Obturator. Для работы мы используем стандартные одноразовые наборы фирмы Johnson & Johnson (США). Перед операцией проводится общеклиническое обследование, консультации уролога и невропатолога, больные заполняют анкеты-опросники и дневники мочеиспускания. При объективном

исследовании проводятся: кашлевая проба, тест при натуживании. В подавляющем большинстве случаев этих данных оказывается достаточно для постановки правильного диагноза. Все операции в нашей клинике проводятся под спинальной анестезией и представляют собой малоинвазивное вмешательство: через небольшой разрез слизистой влагалища над уретрой, с помощью специальных игл-перфораторов проводится проленовая лента, ширина которой 1,1 см, а длина 45 см. Лента выводится или на переднюю брюшную стенку (TVT), или на внутреннюю поверхность бедра (TVT-O). Нами проведено 5 операций TVT и 52 TVT-O. Средний возраст прооперированных больных составил $47 \pm 1,5$ лет, среднее время операции $18,5 \pm 1,7$ мин.

Результаты исследования. На наш взгляд, проведение проленовой ленты через запирательное отверстие является более безопасным методом, так как исключает возможность ранения мочевых путей, а так же не требует эндоскопического контроля в ходе операции. После её окончания проводится контрольная кашлевая проба. Проленовая лента, проведённая под средним отделом уретры, располагается без натяжения, создавая тем самым опору для мочеиспускательного канала во время напряжения за счёт формирования отчётливого S-образного перегиба уретры что формирует новый механизм удержания мочи. Катетеризация мочевого пузыря в послеоперационном периоде 4–6 часов.

Заключение. В наших наблюдениях мы не отметили сколько-нибудь серьёзных операционных осложнений и во всех случаях наблюдали 100 % эффект. Это ставит операции TVT и TVT-O в ряд «золотого стандарта» лечения стрессового недержания мочи. Все операции проводятся за счёт средств Федерального бюджета.

**Тарабанова О. В., Кравцова Н. А.,
Мирошниченко Л. Б.**

Краевая клиническая больница им. С. В. Очаповского № 1,
Краснодар, Россия

ПРОЛАПС ГЕНИТАЛИЙ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ

Актуальность проблемы. Проблема опущения и выпадения влагалища и матки представляет в настоящее время не только медицинскую, но и серьёзную социальную проблему. Заболевание

нередко начинается в репродуктивном возрасте и носит прогрессирующий характер. По мере развития процесса углубляются функциональные нарушения, которые, часто наслаиваясь, друг на

друга, вызывают не только физические и моральные страдания, но и делают больных частично или полностью нетрудоспособными. До настоящего времени, по данным литературы, отмечается высокая частота развития рецидивов пролапса гениталий (5–40 %) и высказывается неудовлетворенность функциональными результатами операций. Восстановление тазового дна у пациенток с выпадением тазовых органов — это, прежде всего его механическая реконструкция целью, которой является устранение насколько это возможно, нарушенных анатомических взаимоотношений, поэтому необходимо точное знание нормального строения, и функционирования пораженных структур. Структуры ответственные за фиксацию органов малого таза, состоят преимущественно из соединительной ткани, это — фасция и сумма фасциальных структур — связки. Однако соединительная ткань не может выполнить присущую ей опорную функцию в условиях недостатка или отсутствия поперечнополосатых мышц. Продолжающиеся исследования роли этих тканей и их элементов в фиксации и нормальном функционировании органов малого таза тем самым дают лучшее понимание механизма выпадения органов малого таза, а это неизбежно влечет за собой улучшение методов лечения, в том числе хирургических.

Материал и методы исследования. Для изучения ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения пролапса гениталий у женщин с применением синтетических протезов было обследовано 210 больных, госпитализированных в гинекологическое отделение Краевой клинической больницы № 1 города Краснодара за 2004 год. Средний возраст пациенток составил 50 лет, минимальный возраст больных составил 21 год, максимальный — 79 лет. В репродуктивном периоде (до 45 лет включительно) находилось — 80 (38 %) пациенток, в периоде перименопаузы — 19 (9 %), в постменопаузе — 111 (53 %). Продолжительность заболевания варьировала от 1 года до 15 лет. Все больные предъявляли жалобы на тянущие боли внизу живота 74,4 %, чувство инородного тела в области наружных половых органов 51,6 %, недержание мочи при физической нагрузке — 17,2 %, у 8,4 % — учащенное мочеиспускание, у 2,2 % — затрудненное мочеиспускание, нарушение дефекации (запоры, чувство неполного опорожнения прямой кишки, недержание газов) выявлено у 5,1 % больных.

Результаты исследования. Основным провоцирующим фактором пролапса гениталий считаются роды и связанные с ними различные акушерские пособия (Мажбиц А.М., 1964; Попов А.А., 2002; Петрова В.Д., 2005; Айламазян Э.К., Беженарь В.Ф., 2006). В наших наблюдени-

ях роды имели 210 (100 %) пациенток, из них 135 (64,3 %) — двое и более, при этом травматические родовые повреждения имели 45 (21,4 %) пациенток. У большинства больных имелось сочетание последствий родовой травмы и возрастной гипоестрагении, что выражалось в клинической картине заболевания, заметно прогрессирующего в постменопаузе, при этом лишь 17 (8,1 %) больных в постменопаузе принимали препараты заместительной гормонотерапии местно и 3 (1,4 %) перорально. Известно, что длительное повышение внутрибрюшного давления так же способствует возникновению заболевания: так, значительную физическую нагрузку имели 155 (73,8 %) пациенток, (основная часть госпитализированных — сельские жители). Экстрагенитальная патология наблюдалась у 180 (85,7 %) больных с пролапсом гениталий, при этом особый интерес заслуживают заболевания, которые могут иметь значение в патогенезе пролапса гениталий. Так, 32 (15,2 %) пациенток имели хронические заболевания легких и бронхов, 69 (32,8 %) различные заболевания желудочно-кишечного тракта, сопровождающиеся запорами. Наследственные заболевания соединительной ткани (ПМК, варикозная болезнь, дискинезия органов, грыжи другой локализации и т.д.) отмечены у 56 (26,5 %). Необходимо отметить, что многие пациентки были ранее оперированы: у 111 (52,8 %) больных в анамнезе были хирургические операции, у 75 (35,7 %) гинекологические операции (надвлагалищная ампутация матки, экстирпация матки). Операции по коррекции пролапса гениталий ранее выполнялись у 32 (15,2 %) пациенток. Наиболее часто встречающимися сопутствующими заболеваниями у больных с пролапсом гениталий были: миома матки — 62 (29,5 %), эндометриоз 35 (16,7 %) и доброкачественные заболевания шейки матки. Всем пациенткам проведено общеклиническое обследование, сбор анамнеза со специализированным опросником, заполнение дневника мочеиспускания, функциональные пробы (кашлевая, проба Valsava, одночасовой прокладочный тест, «стоп-тест»). Всем больным проводилось стандартное ультразвуковое исследование органов малого таза. Специальное ультразвуковое исследование с измерением уретровезикального угла при вагинальном и промежностном сканировании (Титченко Л.И., Чечнева М.А., 1999).

Для каждой пациентки с учетом возраста, имеющейся основной и сочетанной гинекологической и экстрагенитальной патологии составлялась дооперационная индивидуальная хирургическая программа. Основным принципом являлось выполнение адекватного хирургического пособия по коррекции пролапса гениталий, и по — воз-

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 бума 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.