

Радзинский В.Е., Шалаев О.Н.,  
Плаксина Н.Д., Салимова Л.Я.,  
Колесникова Е.И., Войташевский К.В.

Российский Университет Дружбы Народов,  
Москва, Россия

## ОПЫТ РЕКОНСТРУКЦИИ ТАЗОВОГО ДНА ПРИ ГЕНИТАЛЬНОМ ПРОЛАПСЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СИСТЕМЫ PROLIFT®

**Актуальность проблемы.** Опущение и выпадение внутренних половых органов наблюдается у 15–30 % женщин, а у женщин старше 50 лет частота пролапса возрастает до 40 %. Очевидным является необходимость поиска более эффективных операций с целью коррекции генитального пролапса. Концепция представленной в данной работе операции с использованием технологии TVM (трансвагинальное проведение сетки) заключается в установке «новой» искусственной тазовой фасции (неофасции) вместо разрушенной старой, с целью формирования надежного каркаса для органов малого таза (мочевого пузыря, влагалища, прямой кишки).

**Цель:** оценить эффективность трансвагинальной установки сетчатого имплантата системы Prolift® (Johnson & Johnson, Gynecare, USA) в лечении пролапса гениталий.

**Материал и методы.** В течение 7 месяцев этого года нами выполнено 25 операций с установкой сетчатого имплантата системы Prolift® для реконструкции тазового дна у женщин с пролапсом гениталий. У двух пациенток использовали имплантат для восстановления переднего отдела тазового дна, у двух — заднего отдела, у 21 — для выполнения полной реконструкции тазового дна. Возраст больных колебался от 30 до 70 лет, средний возраст пациенток составил 46,5 лет. Основными жалобами больных были: ощущение инородного тела во влагалище — у 15, неудобство при ходьбе — у 5, тянущие боли внизу живота — у 6, диспареуния — у 5, констипация — у 6, менометроррагии — у 5, затрудненное мочеиспускание —

у 4, недержание мочи — у 6. Всем пациенткам амбулаторно или при поступлении выполнялся комплекс стандартных диагностических исследований, в том числе, исследование уродинамики, двух- и трехмерное ультразвуковое промежностное сканирование. Операции были выполнены под эпидуральной анестезией — у трех женщин, и под спинномозговой анестезией — у 22.

**Результаты исследования.** Длительность операции составляла от 51 до 153 минут и зависела от объема оперативного вмешательства (с экстирпацией матки или без, объема реконструкции). Интраоперационных осложнений не было. Кровопотеря во время операции составила от 210 до 750 мл (в среднем 420 мл). Во всех случаях операции выполнялись без гидропрепаровки тканей и введения сосудосуживающих средств. Отмечено одно послеоперационное осложнение — свисающая стопа. Предварительное обследование пока не позволило выявить точную причину данного осложнения.

**Заключение.** Технология TVM с установкой системы Prolift® для реконструкции тазового дна, по нашему мнению, является эффективной операцией при хирургическом лечении пролапса гениталий и имеет целый ряд преимуществ: невысокая травматичность, хороший косметический эффект, возможность выполнить операцию под спинномозговой или эпидуральной анестезией. Данный вид операции является патогенетически обоснованным, так как «создаются» неофасции взамен разрушенных (лобково-шеечной и прямокишечно-влагалищной).

Русина Е.И., Кречмар М.В.

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

## ПРОЯВЛЕНИЯ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У БОЛЬНЫХ С ОПУЩЕНИЕМ И ВЫПАДЕНИЕМ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

**Актуальность проблемы.** Несмотря на прогресс хирургических технологий, опущение и выпадение внутренних половых органов (ОиВВПО) является одной из актуальных проблем в современной гинекологии. Частота рецидивов заболевания после хирургической коррекции традиционными вагинальными методами достигает 40 %.

Выяснение роли дисплазии соединительной ткани (ДСТ) в этиологии этого заболевания — область активных научных поисков.

**Цель исследования:** изучить особенности проявлений ДСТ у больных с ОиВВПО для выбора тактики лечения.

**Материал и методы.** Обследованы 42 женщи-

ны (средний возраст  $57,5 \pm 9,6$  лет), страдавших ОиВВПО легкой (5 %), средней (46 %), и тяжелой (49 %) степени. У 38 пациенток (90 %) имелось сопутствующее недержание мочи — при напряжении или смешанной формы. Проведен клинико-генеалогический анализ и морфо-функциональное обследование. По разработанному нами алгоритму оценены 65 признаков ДСТ.

**Результаты:** У 23 больных ( $54,7 \pm 7,7$  %) установлена наследственная ДСТ недифференцированного типа, так как проявления ДСТ имелись у членов их семей I степени родства. У 30 больных ( $71 \pm 6,5$  %) выявлены более 10 признаков ДСТ. Наиболее часто наблюдались следующие проявления ДСТ: патология скелета (деформации грудной клетки, позвоночника, суставов) у  $80 \pm 6,5$  % больных, варикозная болезнь —  $72 \pm 6,9$  %, патология зубов —  $64 \pm 7,4$  %, повышенная растяжимость кожи —  $52 \pm 7,6$  %, нарушения зрения —  $50 \pm 7,7$  %, нарушение эвакуаторной функции

ЖКТ —  $36 \pm 6,5$  %. Установлено, что у всех больных с проявлениями ДСТ пролапс гениталий возник в репродуктивном возрасте, при этом 8 пациенток ( $19 \pm 6,1$  %) не имели вагинальных родов.

39 больным  $92,8 \pm 3,9$  % было проведено оперативное лечение. С учетом выявления признаков ДСТ у 27 больных ( $64,2 \pm 7,6$  %) выполнены реконструктивно-пластические операции на тазовом дне и антистрессовые операции с использованием синтетических аллоплантов (Gyne MESH, Gyne MESH PS, TVT, TVT-O, Prolift («Jonson and Jonson», США), IVS anterior, posterior, TOT («Tyco Healthcare», США), Seratom — anterior, posterior, total («Serag Wiessner», Германия).

**Выводы:** Более половины больных с ОиВВПО имеют признаки наследственной патологии соединительной ткани, что необходимо учитывать при выборе метода хирургической коррекции, с приоритетным использованием синтетических имплантов.

Смольнова Т. Ю., Адамян Л. В., Буланова Т. В.

Кафедра репродуктивной медицины и хирургии ФПДО;  
Кафедра рентгенологии,  
ГОУ ВПО Московский государственный медико-стоматологический университет  
Москва, Россия

## РОЛЬ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В ИССЛЕДОВАНИИ СТРУКТУР ТАЗОВОГО ДНА У БОЛЬНЫХ С ПРОЛАПСОМ ГЕНИТАЛИЙ

**Цель.** Изучение состояния костно-мышечных структур тазового комплекса и положения тазовых органов у больных с пролапсом гениталий.

**Материал и методы.** Получены Т2 взвешенные томограммы в аксиальной, фронтальной и сагиттальной проекциях и динамические Т1 взвешенные томограммы в сагиттальной проекции при натуживании и в состоянии покоя у 10 больных с пролапсом гениталий (основная группа). Группу сравнения составили 4 пациентки с другой гинекологической патологией и не имеющие опущения и выпадения внутренних половых органов. Средний возраст пациенток основной группы составил  $48,3 \pm 9,9$  лет, группы сравнения —  $42,2 \pm 4,3$  лет. Пролапс гениталий у больных основной группы был представлен: неполным выпадением матки и стенок влагалища в 5 (50 %) случаев, опущением стенок влагалища и матки 2 — 3 степени — в 5 (50 %) случаев. Стрессовое недержание мочи имели 4 (40 %) больных. В группе сравнения гинекологическая патология представлена миомой матки малых размеров с центрипетальным ростом узла — 2 пациентки, аденомиозом с явлениями гиперполименореи — 2 пациентки. Количество родов на 1 пациентку составило 1,8 и 1,4 в 1 и 2 группах соответственно.

**Результаты исследования.** Различий в группах

в размерах косного таза (размеры плоскости входа, плоскости широкой и узкой частей малого таза, плоскости выхода) не было. У больных основной группы отмечена большая глубина крестцовой впадины —  $3,2 \pm 0,56$  против  $2,5 \pm 0,77$  см. Основные изменения касались анатомических взаимоотношений мягких структур тазового комплекса. Отмечено уменьшение расстояния леваторного плато над *lin. Pubococcygeos* до  $0,17 \pm 0,57$  см против  $1,0 \pm 0,34$  см в группе сравнения, увеличение расстояния до сухожильного центра промежности —  $3,1 \pm 0,99$  и  $2,4 \pm 0,87$  см. Степень смещения леваторного плато при натуживании от *lin. Pubococcygeos* составило (-  $1,14 \pm 0,36$ ) и (-  $0,3 \pm 0,05$ ) см, сухожильного центра промежности (-  $3,75 \pm 1,12$  см) и —  $1,7 \pm 0,71$  см. Все выше перечисленное свидетельствовало об опущении тазового дна и органов малого таза. Длина линии Н (от нижнего края лонной кости до задней стенки прямой кишки в точке проекции аноректального угла) составила  $5,7 \pm 0,84$  и  $5,0 \pm 0,64$  см, длина линии М (от аноректального угла до *lin. Pubococcygeos*) —  $2,37 \pm 1,00$  и  $0,8 \pm 0,007$  см в 1 и 2 группах соответственно, что свидетельствовало о релаксации мышц тазового дна. Длина линии М при натуживании увеличивалась у больных с пролапсом гениталий до  $3,1 \pm 1,31$  см и  $0,9 \pm 0,056$  см в группе