

является доказательством ранняя активизация пациентки, отсутствие шва после лапаротомии, что служит профилактикой образования послеоперационных вентральных грыж (у больных с пролапсом, в патогенезе которого одна из причин

общая несостоятельность соединительной ткани — вероятность грыжеобразования велика). 3. Вероятность тромбоэмболических осложнений при влагалищных операциях более чем в два раза ниже, чем при абдоминальных вмешательствах.

**Ищенко А.И., Чушков Ю.В., Горбенко О.Ю.**

Клиника акушерства и гинекологии  
ММА им. И.М.Сеченова,  
Москва, Россия

## КОМБИНИРОВАННЫЙ МЕТОД ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУЩЕНИЯ И ВЫПАДЕНИЯ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

**С целью** профилактики опущения и выпадения стенок и купола влагалища после влагалищной гистерэктомии нами разработана и внедрена в клиническую практику новая комбинированная методика оперативного лечения опущения и выпадения внутренних половых органов.

**Методика операции** состоит из двух этапов. Сначала производится влагалищная экстирпация матки. Культи кардинальных и крестцово-маточных связок прошиваются нерассасывающимися лигатурами и фиксируются к куполу влагалища. Параллельно производится лапароскопия. При помощи специальных проводников, проведенных экстраперитонеально, концы лигатур, фиксирующие кардинальные, крестцово-маточные связки и купол влагалища, проводятся экстраперитонеально, параллельно круглым связкам до мест введения боковых троакарров и выводятся над апоневрозом, где они и фиксируются к нему или над ним. Выполняется перитонизация, кольпоррафия, кольпоперинеоррафия с леваторопластикой. В результате осуществляется трехуровневая поддержка анатомических структур

малого таза. Таким образом, удается высоко фиксировать купол влагалища, не нарушая анатомических взаимоотношений органов малого таза.

**Результаты исследования.** С 2004 г. нами произведено 35 таких операций у пациенток с опущением и выпадением внутренних половых органов. Возраст пациенток варьировал от 42 до 76 лет. Длительность операции составляла от 60 до 90 минут. Интраоперационных осложнений не было ни в одном случае. Кровопотеря во время операции не превышала 250 мл. Послеоперационный период протекал без осложнений. За период наблюдения рецидива заболевания в виде выпадения купола влагалища не было отмечено ни у одной из пациенток.

**Выводы.** Таким образом, предложенная нами методика позволяет провести профилактику выпадения купола влагалища после влагалищной экстирпации матки, что, несомненно, имеет большое медицинское значение, а также значительно улучшает качество жизни пациенток с данным заболеванием.

**Колесов А. А., Манухин И. Б., Дмитриева О. С.**

Московский Государственный Медико-стоматологический  
Университет, Россия

## СОСТОЯНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГЕНИТАЛЬНОГО ПРОЛАПСА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

**Актуальность проблемы.** Вопрос выбора метода хирургической коррекции генитального пролапса у пациенток пожилого и старческого возраста до настоящего времени остается открытым. Возраст больных, наличие экстрагенитальной патологии требует проведения оперативных вмешательств у данной категории больных с минимальной интраоперационной агрессией. На современном этапе оптимальным оперативным

доступом является лапароскопический. Основным недостатком эндохирurgicalических вмешательств является обязательный карбоксиперитонеум. Повышение внутрибрюшного давления сопряжено с повышенным риском развития интра- и послеоперационных осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы.

**Целью** работы являлось определение влияния пневмоперитонеума на состояния системной ге-

модинамики у больных пожилого и старческого возраста, оперированных по поводу пролапса гениталий. В задачи работы входила оценка динамики периоперационных показателей центральной гемодинамики у больных, перенесших операции по поводу пролапса гениталий лапаротомическим и лапароскопическим доступом.

**Материал и методы.** В ходе работы было обследовано 58 больных, оперированных по поводу опущения и выпадения гениталий. Сравнительную группу составили 25 больных, которым вентрофиксация матки с кольпопексией по методу Богуша–Добротина была произведена лапаротомическим доступом. В основную группу вошли 33 пациентки, у которых аналогичное вмешательство было выполнено эндохирургическим способом.

**Результаты исследования.** Полученные данные свидетельствовали об относительно сходных тенденциях изменений показателей центральной гемодинамики при различных оперативных доступах. В период наложения пневмоперитонеума при эндохирургическом вмешательстве по сравнению с исходным уровнем отмечалось достоверное снижение ( $p < 0,05$ ) показателей среднего артериального давления — на 19,9 %, а также бо-

лее выраженные нарушения насосной функции миокарда (МО, УО, СИ) по сравнению с больными, которые перенесли лапаротомические вмешательства ( $p < 0,01$ ). Вместе с тем выявленные отклонения нивелировались после десуффляции по окончании вмешательства и не влекли за собой осложнений в послеоперационном периоде. Улучшить условия работы сердца и снизить баротравму легких можно путем снижения внутригрудного давления. С этой целью после вскрытия *pl. vesicouterinae* и прошивания влагалищного свода внутрибрюшное давление снижали до 10 mm Hg. Это позволяло проводить ИВЛ в режимах достоверно не отличающихся от таковых при лапаротомическом доступе. Различия показателей пикового и среднего давления дыхательных путей у больных обеих групп не были статистически достоверными ( $p > 0,05$ ) при фактически идентичной сатурации крови.

**Выводы.** Таким образом, за исключением начальных этапов, эндохирургические вмешательства не сопряжены с выраженными нарушениями системной гемодинамики, позволяет рассматривать лапароскопический доступ, как метод выбора при проведении коррекции пролапса у больных пожилого и старческого возраста.

Комяков Б. К., Рыкин П. А., Идрисов Ш. Н.,  
Гулиев Б. Г., Линде В. А., Носкова А. В.

СПб ГУЗ «Городская многопрофильная больница № 2»,  
Санкт-Петербург, Россия

## СЛИНГОВЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ СТРЕССОВОМ НЕДЕРЖАНИИ МОЧИ У ЖЕНЩИН

**Введение.** Стрессовое недержание мочи (СНМ) является сложной проблемой, встречающейся по данным разных авторов у женщин активного трудоспособного возраста от 5 до 65 %. Данное заболевание не угрожает жизни, но вызывает тяжелые физические и моральные страдания, резко снижая социальную адаптацию пациенток. Основным и наиболее эффективным методом лечения остается оперативный. Известно более 300 различных методов хирургической коррекции СНМ. Но наиболее эффективными и менее травматичными являются slingовые способы коррекции недержания.

**Материал и методы.** Под нашим наблюдением находилось 72 пациентки со СНМ в возрасте от 37 до 65 лет, средний возраст составил  $46,2 \pm 3,7$  лет. Пациенткам было выполнено необходимое комплексное обследование. Распределение больных по международной классификации ICS было следующим, тип 1 — 6 (8,3 %), тип 2 — 52 (72,2 %), тип 3 — 14 (19,4 %). Все больные были опериро-

ваны. Им выполнены следующие виды оперативного лечения: операция по методу Mazurek — 18 (25 %), операция по методу Goebell-Stoeckel — 5 (6,9 %), операция по Raz — 4 (5,5 %), парауретральное введение геля DAM+ — 6 (8,3 %). Слинг-овые операции были выполнены у 34 пациенток: TVT — у 6 (8,3 %), и модифицированная операция TVT — у 33 (45,8%). Апоневротический лоскут для фиксации пузырно-уретрального угла использовали при 1 и 2 типе СНМ, при 3 типе и в случаях рецидива применяли мышечно-апоневротический лоскут для формирования сфинктера мочевого пузыря. Следует отметить, что в последние годы предпочтение отдаем новому современному малоинвазивному и высокоэффективному методу оперативного лечения СНМ, slingовой операции TVT и ее модификации, и используем её при любом типе СНМ. Парауретральная имплантация геля DAM+ по нашему мнению применяем только при 1 типе СНМ.

**Результаты.** Осложнения развились у 4 (5,5 %)