

реза слизистой влагалища при лапароскопическом доступе предупреждает формирование эрозии. Вагинальная экстраперитонеальная кольпопексия целесообразна при лечении пациенток, имеющих рецидивные формы пролапса

гениталий, с тяжелыми экстрагенитальными заболеваниями, выраженным ожирением. К преимуществам вагинального доступа следует отнести возможность использования региональной анестезии.

ОСЛОЖНЕНИЯ ЭКСТРАПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ КОЛЬПОПЕКСИИ (PROLIFT)

© А. А. Попов, Т. Н. Мананникова, О. В. Мачанските, М. Р. Рамазанов, И. В. Краснопольская, А. А. Федоров, М. А. Чечнева, Б. А. Слободянюк, К. Н. Абрамян

Московский областной НИИ акушерства и гинекологии, Москва, Россия

Цель исследования

Оценить характер и количество осложнений после коррекции генитального пролапса с применением системы Prolift (ETHICON Women's Health & Urology, Johnson & Johnson Company, США).

Дизайн исследования: ретроспективное когортное исследование.

Материал и методы

Мультицентровое исследование на базе 7 крупных клиник Москвы. В исследование включены пациентки, у которых имелось опущение и выпадение матки и стенок влагалища II–IV стадии классификации POP-Q, сочетавшееся с нарушением анатомии и функции смежных органов, и прооперированных по методу экстраперитонеальной кольпопексии с использованием сетчатого протеза и наборов инструментов Prolift с 2005 по 2008 гг.

Результаты

Всего выполнено и проанализировано 421 операций, из которых 216 Prolift anterior, 33 — Prolift

Posterior, 142 — Prolift Total, 30 — Prolift Anterior et Posterior.

Осложнения были разделены на три группы. Интраоперационные — в 24 случаях: ранение уретры — 2, ранение мочевого пузыря — 7, ранение прямой кишки — 4, массивное кровотечение (>500мл) — 12. Послеоперационные — в 59 случаях: повышение температуры выше 38°C — 11, гипотония мочевого пузыря — 14, существенные гематомы влагалища — 23, обширные гематомы промежности — 11. Меш-ассоциированные — в 39 случаях, к которым мы отнесли: эрозию стенки влагалища (лечены хирургически) — 16, инфицирование протеза — 3, сморщивание протеза — 5, боли в промежности и ягодицах — 16.

Заключение

Нецелесообразно расценивать экстраперитонеальную кольпопексию с применением системы PROLIFT как малоинвазивное вмешательство и предлагать эту технологию в качестве рутинного метода лечения генитального пролапса, т. к. в 28% случаев операция сопровождается осложнениями различной степени тяжести.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕКОНСТРУКЦИИ СЕГМЕНТОВ ВАГАЛИЩА

© В. А. Потапов, Р. М. Банахевич, К. Б. Акимова, А. В. Ечин, Ю. Н. Дзюба

ДДМА, кафедра акушерства и гинекологии, Днепрпетровск, Украина

Актуальность проблемы

Интерес к проблеме генитального пролапса неуклонно возрастает во всем мире. Острота проблемы различна в разных странах и зависит, прежде всего, от уровня культуры государства. Там, где ведется систематическая статистика заболеваний, частота генитального пролапса составляет 28–38,9%. В отечественной и зарубежной литера-

туре широко освещены вопросы хирургического лечения пролапса гениталий, однако многие авторы отмечают высокий процент рецидивов опущения и выпадения внутренних половых органов (5–61%) и высказывают неудовлетворенность функциональными и анатомическими результатами операций. Выбор метода коррекции пролапса

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-