

93,1%, через три года - 87,1%.

Частота рецидива НМПН через год после комбинированных вмешательств – гинекологическая операция (“базовая” или влагалищная гистерэктомия) и операция Берчу – составила 6,8% (трое больных) из 44. Через два года после оперативного лечения эффективность оставалась высокой и составила 95,1%, через три года - 92,3%.

ПОПОВ А.А., ГОРСКИЙ С.Л.,
МАНАННИКОВА Т.Н.,
ШАГИНЯН Г.Г., ПЕТРОВА В.Д.,
ЧЕЧНЕВА М.А.
МОНИИАГ,
Москва, Россия

Под малоинвазивными методами хирургического лечения мы понимаем пособия, выполненные в условиях эндоскопии, трансвагинальным или чрезкожным доступом без широкого вскрытия кожи, апоневроза, брюшной полости. Развитие малоинвазивной хирургии на сегодня является наиболее перспективным направлением во всех разделах медицины, гинекологии в частности. Наиболее полно преимущества малоинвазивных технологий проявляются при операциях на труднодоступных для традиционной хирургии областях, какой являются клетчаточные пространства малого таза, область уретровезикального сегмента. Этот факт совместно с высокой частотой пролапса гениталий и неудовлетворенностью результатами раннее предложенных методов лечения и определил наш интерес к данной проблеме.

С 1993 года в эндоскопическом отделении МОНИИАГ оперировано 264 больных с различными формами пролапса гениталий в возрасте от 28 до 86 лет (средний 56,8), которым выполнены различные малоинвазивные хирургические пособия. Показанием к операции были следующие заболевания: опущение, неполное и полное выпадение матки и стенок влагалища – 137 больных, опущение и выпадение стенок влагалища с симптомами стрессовой инконтиненции – 127 больных.

Мы не останавливаемся на симптомокомплексе данной патологии, большее внимание обращаем на на-

Обсуждение: Применение комбинированного метода лечения является патогенетически обоснованным и позволяет проводить одновременно и коррекцию пролапса, и ликвидировать недержание мочи. При цистоцеле значительных размеров необходимо выполнение гистерэктомии, что дает возможность надежной коррекции нарушенной анатомии малого таза.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАЗЛИЧНЫХ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ КОРРЕКЦИИ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ

рушение функции смежных органов (нижние мочевые пути, прямая кишка), что по нашим данным наблюдается соответственно у 40% и 20% пациенток. Следует отметить важность выявления начальных функциональных нарушений, так как неадекватное оперативное лечение в этих случаях может усугубить данные расстройства. Это еще раз подчеркивает важность предоперационного обследования данной категории больных.

Обязательным считаем проведение комплексного уродинамического обследования и ультразвукового исследования с использованием абдоминального, вагинального, промежностного сканирования, трехмерной реконструкции изображения. Последняя позволяет неинвазивным путем производить осмотр шейки мочевого пузыря “изнутри”, оценить состояние и структуру тканей, позволяет визуализировать внутренний “сфинктер” мочевого пузыря, образованный S-образными волокнами внутреннего мышечного слоя стенки мочевого пузыря.

Все виды малоинвазивных операций мы подразделяем на корректирующие пролапс, корректирующие недержание мочи, реконструирующие промежность и ректовагинальную перегородку, сопутствующие операции по устранению патологии внутренних половых органов. Были выполнены следующие виды вмешательств:

Лапароскопическая MESH апо-невротическая вагинопексия - 127

Выводы: Высокая эффективность хирургического лечения пролапса гениталий, осложненного недержанием мочи может быть обеспечена применением комбинированных методов лечения этой патологии, позволяющих ликвидировать пролапс гениталий, гипермобильность уретровезикального сегмента, восстановить адекватный акт мочеиспускания.

MESH сакровагинопексия - 12
Ушивание паравагинальных дефектов - 4

Вагинальная гистерэктомия по Мейо (+ вагинопексия по МакКоллу) - 21

Лапароскопическая кольпопексия по Берчу - 126

Предбрюшинная кольпопексия по Берчу под контролем лапароскопа - 5

Операция Перейры - 11

Петлевая уретропексия с использованием разл. материалов (кожа, слизистая, мерсерлен, широкая фасция бедра) - 17

Трансвагинальная позадилоная MESH уретропексия (TVT) - 5

Кольпоперинеолеваторопластика, сфинктеропластика - 69

Пластика дефектов ректовагинальной перегородки - 8

Лапароскопическая облитерация маточно-прямокишечного пространства - 14

Различные варианты лапароскопической гистерэктомии (ампутация матки, интрафасциальная гистерэктомия, лапароскопически ассистированная вагинальная гистерэктомия, лапароскопическая гистерэктомия) - 115

Вагинальная гистерэктомия - 37

Операции на придатках матки, хирургическая стерилизация - 29

**Количество операций не совпадает с количеством пациенток в связи с применением нескольких методик у одной и той же больной.

Основываясь на собственном опыте, необходимо отметить, что наиболее рационально использование комбинированных доступов при хирургии пролапса гениталий. Хорошие отдаленные результаты получены при использовании MESH апоневротической вагинопексии и операции Берча у больных с осложненным пролапсом. Небольшой опыт применения сакровагинопексии не позволяет сделать далеко идущие выводы, однако можно отметить более функциональное перемещение влагалищной трубки после фиксации и практически полное отсутствие боле-

вого симптома. Перспективным считаем комбинацию вагинальной гистерэктомии и операции Берча при брюшинном доступом под контролем лапароскопа. При соблюдении строгих показаний отличные результаты получены при выполнении TVT, операция достаточно простой с надежной коррекцией недержания мочи. Применение различных чрезкожных уретеропексий (типа Перрейра) дает хорошие ближайшие результаты, однако при более длительном наблюдении возрастает частота рецидивов, поэтому применение данной методики показано в

старшем возрасте ввиду ее малой травматичности.

Необходимо соблюдать следующий принцип хирургии. При осложненных формах пролапса гениталий лечение должно сочетать в себе коррекцию пролапса (например MESH вагинопексия), а на основе данной фиксации необходимо выполнить коррекцию функциональных нарушений (например операция Берча). Соблюдение этого принципа позволило получить до 88% удовлетворительных результатов при сроке наблюдения более 5 лет.

ПУШКАРЬ Д.Ю., ШАМОВ Д.А.,
ГУМИН Л.М.

МГМСУ,
Москва, Россия

СВОБОДНАЯ СИНТЕТИЧЕСКАЯ ПЕТЛЯ (TVT) В ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ПРИ НАПРЯЖЕНИИ У ЖЕНЩИН

Недержание мочи при напряжении у женщин является актуальной проблемой современной урогинекологии. Около 40% женского населения России страдают этим заболеванием. Активно ведется поиск новых способов их хирургического лечения. В последние годы поиски новых методов лечения недержания мочи при напряжении исходят из необходимости объективизировать результаты проводимого лечения. Важно контролировать результаты операции сразу, необходим контакт с больной во время выполнения процедуры.

В данной работе рассматриваются предварительные результаты использования свободной проленовой

петли TVT (Tension-Free Vaginal Tape) в хирургическом лечении недержания мочи при напряжении у женщин.

Материалы. 20 больных (средний возраст 41,4 года), страдающих II типом недержания мочи, подверглись петлевой пластике TVT. Операция предусматривает проведение проленовой ленты длиной 40 и шириной 1,1 см под местным обезболиванием без натяжения под средней частью мочеиспускательного канала. Средняя продолжительность операции составила 45 минут. Длительность нахождения в стационаре 3-4 суток.

Результаты. Каких-либо осложнений в ходе и после операции не от-

мечено. Больные приступили к активной жизни спустя 3 недели после операции. Длительность наблюдения составила от 3 до 18 месяцев. Все больные отмечают полное удержание мочи, что подтверждено данными осмотра.

Обсуждение. Полученные результаты свидетельствуют о преимуществах данного метода лечения недержания мочи при напряжении.

Выводы. Данный метод хирургического лечения стрессового недержания мочи у женщин показал высокую эффективность и может рассматриваться в настоящее время как метод выбора в лечении пациенток этой группы.

ПУШКАРЬ Д.Ю., АМИЭЛЬ Ж.

МГМСУ,
Москва, Россия

СЛИНГОВЫЕ ОПЕРАЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОРОТКОГО КОЖНОГО ЛОСКУТА У БОЛЬНЫХ НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ ПРИ НАПРЯЖЕНИИ

Известно более 250 способов хирургического лечения стрессового недержания мочи у женщин. К сожалению, до сего времени отсутствует так называемый "метод выбора" лечения данных категорий больных.

Цель настоящего исследования - оценить эффективность петлевой (слинговой) операции с использованием короткого кожного лоскута, взятого с передней брюшной стенки, у больных недержанием мочи при напряже-

нии второго и третьего типов.

Методы. 256 больных (средний возраст 48,9 лет) перенесли sling-овые операции с использованием короткого кожного лоскута. Все больные страдали недержанием мочи при напряжении и ранее не были оперированы. При обследовании у них не было выявлено уродинамических признаков нестабильности мочевого пузыря и клинических проявлений императивного недержания.

Средняя величина порога абдоминального давления составила 74,5 см водного столба. Средняя продолжительность операции - 89,7 минут. 228 пациенткам одновременно выполнена пластика цистоцеле, 4 больным - влагалищная гистерэктомия и двум - резекция шейки матки.

Результаты. Все больные перенесли операцию хорошо.

Имели место следующие интраоперационные осложнения, замечен-