

Беженарь В.Ф.^{1,2}, Иванова Р.Д.¹, Цуладзе Л.К.¹,
Русина Е.И.¹, Благодарный Г.В.¹

ГУ НИИ акушерства и гинекологии им. Д.О. Отта РАМН¹,
кафедра акушерства и гинекологии ВМедА², Санкт-Петербург,
Россия

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СИНТЕТИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ В ХИРУРГИИ ТАЗОВОГО ДНА

Актуальность проблемы. Несостоятельность мышц тазового дна является одной из актуальных проблем оперативной гинекологии, которая является одной из важных причин снижения качества жизни пациенток старшего возраста. В настоящее время ведущее место в лечении тазового пролапса занимает хирургическое лечение с использованием аллоимплантантов.

Целью нашего исследования была оценка эффективности хирургического лечения больных с пролапсом гениталий при использовании проленовых аллоимплантантов.

Материал и методы. В группу исследуемых пациенток вошли 96 женщин с различными формами несостоятельности тазового дна. Среди них с цистоцеле (21), ректоцеле (18), цисторектоцеле (12), выпадением купола влагалища (12), полным пролапсом гениталий (2), стрессовым недержанием мочи (40). Средний возраст женщин составил 51 ± 5 лет (от 46 до 60 лет).

Всем пациенткам было выполнено хирургическое лечение: передняя кольпотомия с Gynemesh пластикой ($n=17$), задняя кольпоперинеолеваторопластика ($n=42$), TVT ($n=8$), TVT-O ($n=11$), сакропексия ($n=6$), апоневрорагинопексия ($n=12$). Мы использовали проленовые сетки Gynemesh и Gynemesh Soft, а также проленовые петли TVT и TVT-O (Gynecare). Эффек-

тивность результатов оперативного лечения оценивалась с учетом субъективных и объективных критериев восстановления анатомических параметров и функциональных показателей, а также оценивалось качество жизни пациенток при динамическом наблюдении в сроки от 3 месяцев до 8 лет.

Результаты исследования. Нами отмечена высокая эффективность хирургического лечения тазового пролапса, а также стрессового недержания мочи с использованием проленовых имплантантов. При применении проленовых имплантантов отмечалось полное восстановление анатомической и функциональной состоятельности тазового дна. Следует также отметить отсутствие рецидивов стрессового недержания мочи. При динамическом наблюдении за прооперированными пациентками в течение от 3 мес. до 8 лет рецидивов пролапса не отмечали. Рецидивов стрессового недержания мочи также отмечено не было. Все пациентки отмечали удовлетворенность результатом и улучшение качества жизни.

Заключение. Хирургическая коррекция несостоятельности тазового дна с использованием проленовых имплантантов является одним из наиболее эффективных методов лечения, препятствующих рецидивированию пролапса и функциональной несостоятельности тазового дна, который не приводит к снижению качества жизни пациенток.

Белоцерковцева Л.Д., Панкратов В.В.

Сургутский Государственный Университет, кафедра акушерства и гинекологии медицинского факультета, Россия

ОПЕРАЦИЯ TVT ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ И ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ У ЖЕНЩИН

Введение. Недержание мочи при напряжении у женщин – одна из наиболее часто встречаемых проблем урологии и гинекологии. Хирургическое лечение является основным методом коррекции стрессовой инконтиненции. Несмотря на большое количество методов оперативного лечения при данной патологии, до настоящего момента идет поиск наиболее безопасных и эффективных способов решения проблемы стрессового недержания мочи у женщин.

Цель настоящего исследования – оценить эффективность операции TVT при комбинированном лечении стрессового недержания мочи и пролапса гениталий у женщин.

Пациенты и методы. Нами проведен анализ результатов хирургического лечения недержания мочи при напряжении у 32 пациенток, оперированных в гинекологическом отделении КПЦ города Сургута по методу TVT. Пролапс гениталий различной степени был выявлен у всех 32 (100 %) пациенток. При этом выпадение матки и стенок влагалища обнаружено у 7 (21,9 %), опущение передней стенки влагалища и цистоцеле у 20 (62,5 %), опущение задней стенки влагалища у 5 (15,6 %) пациенток. Всем пациенткам выполнено комбинированное хирургическое вмешательство в объеме уретропексии по методу TVT (100 %) в сочетании с влагалищной экстирпацией матки, передней кольпоррафией, за-