

установлен у 6 больных (21,4 %), у 18 (64,3 %) – 2б тип, у 3 (10,7 %) – 3а тип. У 17 пациенток (60,7 %) имело место цистоцеле, у 3 (10,7 %) – ректоцеле. Операция: на переднюю стенку влагалища накладываем два полукисетных шва из пролена, формируя окружность диаметром 5 см. Отступая от линии шва 5 мм, рассекаем стенку влагалища. Латеральные края раны мобилизуем на 2,5 см с каждой стороны. Обходя уретру справа и слева, создаём каналы в позадилонное пространство. Иглу-перфоратор поочерёдно проводим через 2 разреза в надлобковой области через позадилонное пространство и выводим во влагалищную рану. Заводим нити в ушко иглы, при извлечении которой нити выводим в надлобковую область. Для исключения повреждения мочевого пузыря выполняем уретроцистоскопию. При необходимости производим пластику цистоцеле с помощью элементов пубо-цервикальных связок и задней стенки мочевого пузыря. Латеральные края влагалищной раны ушиваем узловыми швами (викрил № 3-0). Таким образом в рану погружаем участок стенки влагалища на собственной питающей ножке. Нити объединяем в дополнительном разрезе, выполненном по средней линии, с фиксацией их в наружном фиксирующем устройстве, исключая контакт лигатур с окружающей средой. Таким образом нити зафиксированы над апоневрозом, формируя петлю.

Результаты исследования. У 20 (71,4 %) больных в послеоперационном периоде осуществлялась коррекция натяжения лигатур для достижения оп-

тимального результата. У 22 пациенток (78,6 %) полностью исчезли симптомы недержания мочи, у 4 (14,3 %) – значительно уменьшились. При трансвагинальном УЗИ и осмотре per vaginam у всех пациенток мы не обнаружили грубых рубцовых изменений в зоне проведенной операции (период наблюдения – 2 года). Полная реабилитация достигнута у 21 (75 %) пациентки. У 5 (17,9 %) пациенток степень СИ уменьшилась. У 2 (7,14 %) пациенток СНМ после операции сохранилась. Послеоперационные осложнения: задержка мочи и необходимость катетеризировать мочевого пузыря отмечали 4 (14,3 %) пациентки, активация мочевого инфекции – у 7 (25 %) пациенток, боли в надлонной области – у 10 больных (35,7 %). У одной больной (3,6 %) на фоне неадекватной физической нагрузки рецидивировало недержание. При обследовании обнаружен обрыв пубовагинальных лигатур.

Заключение. Отказ от мобилизации участка передней стенки влагалища минимизирует опасность развития дистрофических и рубцовых изменений в области пузырно-уретрального сегмента. Разработанный способ позволяет при необходимости изменять вновь созданные анатомо-физиологические взаимоотношения проксимальной уретры и тазовой диафрагмы в ближайшем послеоперационном периоде, создавая наиболее выгодное для конкретной больной функциональное положение нижних мочевых путей, позволяющее достигнуть оптимальных результатов в лечении СНМ у женщин.

Коркан А.И., Корабельников А.И., Коркан И.П.

Институт последипломного образования акушеров-гинекологов, Казахстан

КОМБИНИРОВАННОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЦИСТО- И РЕКТОЦЕЛЕ ПРИ ОПУЩЕНИИ И ВЫПАДЕНИИ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения цисто- и ректоцеле при пролапсе тазовых органов за счет комбинированной коррекции анатомических и функциональных нарушений с использованием малоинвазивных технологий.

Материал и методы исследования. Анализированы результаты лечения у 47 женщин с пролапсом тазовых органов и с жалобами на недержание мочи при напряжении, запоры, чувство неполного опорожнения прямой кишки, недержание кала и газов, необходимость ручного пособия при дефекации (синдром тазовой дисценции). Проводились клинические, лабораторные, ультразвуковые (в том числе трансвагинально), уродинамические, проктографические (в том числе натуживанием) и эндоскопические исследования. По показаниям и методике осуществлялось оперативное лечение, ко-

торая включала: петлевую слинговую уретропластику (TVT и TVTobt), трансвагинальную сакровагинопексию (LS-MESH) и коррекцию пролапса (переднюю и заднюю пластику стенок влагалища, операцию Штурмдорфа и т.д.). Результаты были изучены в сроках от 3 мес. до 3 лет после операции. При этом использовались анкеты, клинические, лабораторные, ультразвуковые исследования.

Результаты исследования. Начиная со вторых суток после операции у обследованных больных исчезли жалобы, связанные с проявлением синдрома тазовой дисценции. Прежде всего пациентки констатировали отсутствие стрессовой инконтиненции, а затем и проблем, связанных с актом дефекации. Вследствие проведенного клинического и лабораторно-инструментального обследования нами не было выявлено ни одного случая рецидива пролапса и проявления синдрома тазовой дисценции.

Заключение. Для лечения больных с пролапсом тазовых органов, осложненном цисто- и ректоцеле, оптимальной является комбинированная операция, позволяющая одномоментно выполнить коррекцию генитального пролапса (в том числе реконструкцию тазового дна) и устранить имеющиеся функциональные нарушения смежных органов. При этом лучшие функциональные результаты достигаются путем использования слинговых петлевых

уретропексий (TVT и TVTobt) и трансвагинальной сакровагинопластики (LS-MESH). Кроме того, следует подчеркнуть, что одномоментная коррекция пролапса, инконтиненции и нарушений акта дефекации с использованием малоинвазивных технологий, значительно уменьшает операционную травму, улучшает результаты оперативного лечения, имеет высокий медицинский, социальный, экономический эффект и повышает качество жизни пациенток.

Коркан А.И., Корабельников А.И., Коркан И.П.

Институт последипломного образования акушеров-гинекологов, Казахстан

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В КОРРЕКЦИИ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ПРИ ПРОЛАПСЕ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ

Цель: Улучшение результатов лечения стрессового недержания мочи у женщин с пролапсом тазовых органов путем использования свободных синтетических петель из пролена (TVT, TVT-obt).

Материал и методы. Проведен анализ лечения 132 женщин с пролапсом тазовых органов (ПТО) и недержанием мочи (НМ). Всем была выполнена пластика по поводу пролапса и коррекция инконтиненции. Контрольную группу составили 53 женщины оперированные ранее, которые также страдали пролапсом и инконтиненцией, но оперативное лечение проводилось только по поводу пролапса. В дальнейшем эти больные оперировались в урологических клиниках, где выполнялась операция Краатца в модификации с использованием короткого аутодермального лоскута. У всех больных основной группы операция осуществлялась в двух этапах. На первом этапе проводилась коррекция НМ. На втором этапе – устранение пролапса. Для коррекции НМ использовались свободные синтетические петли TVT (в 112 случаях) TVT-obt (в 20 случаях). Показаниями для использования TVT и TVT-obt явилось НМ при напряжении преимущественно второго типа по Mc. Guire, в сочетании с ПТО. Во всех случаях при проведении операции применялся интубационный наркоз.

Результаты исследования. Были изучены непосредственные и отдаленные результаты операции. Исходы оперативного лечения оценивались как положительные, так и отрицательные. К положительным отнесены результаты, когда больные

после операции полностью удерживали мочу, к отрицательным – операция эффекта не дала или больные вынуждены были использовать прокладки. В течение 2 – 5 суток послеоперационного периода положительные результаты в основной группе получены у всех 132 (100 %) больных. У этих женщин восстановилось произвольное мочеиспускание естественным путем, прекратились симптомы НМ. Всем оперированным больным с целью послеоперационного контроля проводилось УЗИ, которое выявляло уменьшение размеров уретры, отсутствие остаточной мочи, а основание мочевого пузыря располагалось значительно выше, и исчезла его патологическая подвижность – результат коррекции пролапса. Анализ отдаленных исходов операции в сравнительном аспекте у больных основной и контрольной групп показал, что у больных второй группы (по данным ретроспективного исследования) через 3 месяца отрицательные результаты были у 2 (3,7 %), через 6 месяцев у 3 (5,7 %), через 12 месяцев у 6 (11,3 %) и свыше 1 года у 3 (5,7 %). Общее количество рецидивов у больных контрольной группы составило 14 (26,4 %).

Выводы. Следовательно, операция с использованием свободной синтетической петли (TVT и TVT-obt) оказалась эффективной у всех 100 % женщин, страдающих пролапсом генитальной в сочетании со стрессовым недержанием мочи. Кроме того, наилучшие результаты достигаются при правильном подборе больных и соблюдении техники оперативного вмешательства.

Коршунов М. Ю., Сазыкина Е. И.

Кафедра акушерства и гинекологии СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПУЩЕНИЯ МАТКИ И КУПОЛА ВЛАГАЛИЩА: СРАВНЕНИЕ АБДОМИНАЛЬНОЙ И ВАГИНАЛЬНОЙ МЕТОДИК

Актуальность. Опушение матки и купола влагалища за пределы гименальной плоскости сопро-

вождается значительными дефектами поддерживающего аппарата тазовых органов. Классические