

Абулхаирова О.С., Лузина Л.В.

Башкирский государственный медицинский университет,  
кафедра акушерства и гинекологии №2, Городская  
клиническая больница №18, Уфа, Россия

## САКРОВАГИНОПЕКСИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОЛЕНОВОЙ СЕТКИ В ЛЕЧЕНИИ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ

**Актуальность проблемы.** В последние десятилетия возросла продолжительность жизни, в связи с чем женщины заинтересованы сохранить женственность и сексуальный потенциал. Одним из наиболее препятствующих этим целям заболеваний является выпадение стенок влагалища, которое может сопровождаться опущением матки (28 %). Среди гинекологических больных, перенесших абдоминальные и трансвагинальные операции, в 8 (26 %) отмечается опущение купола влагалища, выпадение стенок и полный выворот влагалища с энтероцеле. В ряде случаев это связано с неадекватной фиксацией культи влагалища. У пациенток наблюдается сопутствующее опущение мочевого пузыря и выпадение прямой кишки, что вызывает множество неудобств в жизни женщины. Основными жалобами, предъявляемыми пациентками, являются ноющие боли внизу живота, ощущение тяжести внизу живота, бели, чувство инородного тела в области наружных половых органов, недержание мочи и газов при физической нагрузке, учащенное мочеиспускание.

**Целью** исследования явилось изучение ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения пролапса гениталий.

**Материал и методы.** Динамическое наблюдение с комплексным обследованием проводилось за 170 прооперированными женщинами в возрасте от 35 до 78 лет (средний возраст  $47 \pm 4$  года) на протяжении 5 лет. С учетом характера выявленной патологии все обследованные пациентки были распределены на пять групп. В первую группу вошли пациентки с опущением стенок влагалища и формированием цисто- и ректоцеле (24). Вторая группа – женщины с неполным выпадением матки (39). Полное выпадение матки имели 98 пациенток (3-я группа). Выпадение культи матки после надвлагалищной ампутации было выявлено у 8 пациенток (4-я группа). Пятую группу составила одна пациентка с выпадением купола влагалища после абдоминальной экстирпации матки.

**Результаты исследования.** К настоящему времени известно множество способов хирургической коррекции этой патологии (в том числе с применением лапароскопической техники), что, с одной стороны, свидетельствует об актуальности проблемы, а с другой – о недостаточной эффективности хирургических методик и высокой частоте рецидивов заболевания. По данным многих исследователей рецидивы развиваются практически у каждой третьей больной в течение

ближайших 3 лет после операции. В поиске оптимальных технологий лечения пролапса гениталий мы внедрили синтетические материалы в хирургию тазового дна. Для хирургической коррекции выпадения культи матки после надвлагалищной ампутации матки и выпадения купола влагалища после экстирпации матки нами проводилась крестцовая кольпопексия. В качестве фиксирующего материала мы использовали проленовую сетку из серии GynеMesh шириной 2 см и длиной 8 см. Приводим основные этапы оперативного вмешательства, разработанного нами: 1. Пациентка находится в литотомической позиции на спине. На вершину влагалища накладывается 2 зажима. Если ранее была выполнена гистерэктомия, в области вершины влагалища будут видны швы. 2. Выполняется лапаротомия (разрез по Пфаненштилю, реже срединный разрез). 3. После отведения кишечника при помощи влажных салфеток хирург находит правый мочеточник и ректо-сигмальный отдел кишечника. Выполняется разрез париетальной брюшины от мыса крестца книзу, через Дугласово пространство и верхушку влагалища. Влагалище помещается в брюшную полость при помощи 4-сантиметрового обтуратора или губчатого тампона на овальном зажиме. 4. Фиксирующий материал (в нашем случае – проленовая сетка) пришивается к надкостнице крестца. Сначала швы надо наложить на надкостницу, затем провести через фасцию, накладывается 3 – 4 шва. Дистальный конец полосы пришивается к верхушке влагалища, накладывается 3 отдельных синтетических неабсорбируемых шва на переднюю стенку влагалища. Полоса фиксирующего материала лежит на куполе влагалища и при необходимости может быть дополнительно к нему подшита. Дугласово пространство закрывается путем сшивания крестцово-маточных связок по средней линии. 5. Париетальная брюшинашивается над полосой фиксирующего материала, малый таз перитонизируется. Сакральная вагинопексия с применением проленовой сетки производилась в 8 случаях. Рецидивов заболевания на протяжении 5 лет не наблюдалось.

**Заключение.** Проведение сакровагинопексии с применением проленовой сетки имеет много преимуществ перед другими хирургическими методами лечения пролапса гениталий с использованием только собственных тканей. Применение проленового лоскута из серии GynеMesh при сакровагинопексии позволяет сохранить глубину

влагалища и восстановить нормальную ось пролабированного влагалищного купола. Так как сакровагинопексия сопровождается закрытием глубокой тазовой грыжи, применение проленовой

сетки для анатомической коррекции оправдано. Данный материал хорошо моделируется, показал себя как нерассасывающийся и ареактивный, прост в применении.

**Новиков Е.И., Сорока И.В., Иванова Л.А., Попов А.С.**

ВМедА, НИИ скорой помощи им. Ю.Ю.Джанелидзе, Санкт-Петербург, Россия

## ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ СРЕДНЕЙ И ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ У ЖЕНЩИН С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ СФИНКТЕРА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

**Цель:** оценить эффективность слинговых операций при тяжелых степенях недержания мочи у женщин.

**Материалы и методы:** Перед хирургическим лечением проводится определенный алгоритм диагностики: использование модифицированного опросника, проведение функциональных проб, бактериологических анализов мочи, уродинамических исследований, цистоскопии и цистоуретрографии. Особое значение придаем проведению стоп-теста, ректальной пробы в модификации Г.А.Савицкого. Всего обследованы 86 больных со средней и тяжелой степенью недержания мочи. **Результаты:** проанализировав результаты хирургического лечения влагалищным и лапароскопическим способами у больных со средней и тяжелой степенью недержания мочи и нали-

чием недостаточности сфинктера мочевого пузыря, сделан вывод об их малой эффективности. За последние годы было выполнено 52 слинговых операции по Геббелю-Штекелю и Олдриджу-Краснопольскому. Возраст больных был от 34 до 52 лет, длительность заболевания составила от 2 до 7 лет. На основании непосредственных и отдаленных результатов в 44 случаях из 52 отмечено полное восстановление процесса мочеиспускания. По нашим данным, у больных после слинговых операций отмечен продолжительный койко-день (11 – 14), обусловленный длительным восстановлением процесса мочеиспускания.

**Заключение:** сделан вывод о высокой эффективности слинговых операций при тяжелой степени недержания мочи и функциональной недостаточности сфинктера мочевого пузыря.

**Петров С.Б., Куренков А.В., Жуковский В.А., Шкарупа Д.Д.**

ВМедА, ООО «Линтекс», Санкт-Петербург, Россия

## БИОМЕХАНИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА И БИОСОВМЕСТИМОСТЬ СИНТЕТИЧЕСКИХ СУБУРЕТРАЛЬНЫХ СЛИНГОВ

**Цель:** Определение связи между структурно-механическими свойствами синтетических субуретральных слингов и реакцией живых тканей на их имплантацию.

**Материал и методы.** Исследовались два вида синтетических слингов – TVT (Gynecare) и Obtare (Mentor), а также три варианта синтетических имплантатов, разработанных в научно-производственных лабораториях ООО «Линтекс» (образцы №1, №2 и №3). Исходя из структуры, образцы делятся на 2 группы – сетчатые из монофиламентного полипропилена (TVT, образец №1, №2 и №3) и изготовленные из нетканого термоскрепленного полипропилена (Obtare). Все синтетические имплантаты были подвергнуты подробному структурно-механическому анализу, который заключался в определении толщины, поверхностной плотности, объемной пористости, разрывной нагрузки, разрывного удлинения, жесткости.

У сетчатых материалов дополнительно определялись средняя площадь ячейки, толщина нити, среднее количество нитей в стенках ячеек. Реакция живых тканей на установку исследуемых материалов определялась после имплантации образцов размером 10x10 мм в переднюю брюшную стенку крыс. При патоморфологическом исследовании оценивались следующие основные показатели тканевой реакции: интенсивность воспаления, клеточный состав воспалительного инфильтрата, развитие грануляционной ткани, интенсивность фиброза, плотность сосудов, ширина зоны регенерации и рубцевания.

**Результаты.** Изучение структуры сетчатых материалов позволило разделить их на образцы с меньшей площадью ячейки и малой толщиной образующих их стенок – образец №1, образцы с промежуточными характеристиками – TVT и образцы с большой ячейкой и более толстыми стенками – образец №2 и №3.