

*В. С. Вербицкий, О.К. Кулага, Л.Ф.Можейко, М.С.Вербицкая,
С.Д.Шилова, Е.И.Барановская.*

НАШ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ.

*Кафедра акушерства и гинекологии,
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

Тяжелые, длительные, травматичные роды, большие физические нагрузки в быту и труде, синдром дисплазии соединительной ткани приводят к дефектам фасций и мышечного аппарата тазового дна, обеспечивающих правильное положение внутренних половых органов женщин, что становится причиной пролапса гениталий.

Рост числа пациенток с опущением и выпадением половых органов отмечается врачами всего мира, в том числе за счет повышающегося числа молодых и юных женщин. Эта же проблема касается и женщин Беларуси, приводя к стойким потерям трудоспособности и ухудшению качества жизни. Распространенность этого заболевания по данным разных авторов варьирует в широких пределах и остается среди наиболее распространенной патологии гениталий у пожилых женщин.

Одной из ведущих причин пролапса гениталий называют дисплазию соединительной ткани, которая подтверждается у 78,8 – 98,3% пациенток, а также травмы. Таким образом, встает вопрос о замещении дефектов соединительной ткани.

Низкая эффективность и хирургических вмешательств и высокая частота рецидивов пролапса гениталий способствовали развитию методик с применением сетчатых протезов, создающих надежный каркас для органов малого таза. Феномен дисплазии соединительной ткани послужил фактором обоснования использования синтетического материала для замещения фасциальных структур тазового дна.

Известно применение систем для хирургической коррекции генитального пролапса: Gynemesh™, Pelvicol™, Sersis™, Perigee™ и Arogee™ с использованием синтетических (IntePro™) и «биологических»

материалов (InteXen ++LP™), Avaulta™ содержащий синтетический и биологический слои, Biomesh® soft, Линтекс, Ultra Pro и т.д.

Несмотря на имеющиеся несколько сотен способов коррекции тазового дна хирургическим путем, наличия множества методик консервативного лечения проблема остается нерешенной. Продолжают создаваться новые хирургические методики с применением ауто и аллотрансплантатов, новейшей аппаратуры и лапароскопической техники. Это, с одной стороны, подтверждает актуальность проблемы, а с другой свидетельствует о том, что лечении больных на данном этапе остается далеким от совершенства. Практически все специалисты отмечают большое число рецидивов лечения пролапса гениталий и неполных эффектов в восстановлении нормального положения половых органов.

Задачей нашего способа является улучшение качества жизни женщин, страдающих опущением и выпадением половых органов за счет повышения эффективности оперативного лечения с использованием синтетического аллотрансплантата.

Поставленная задача решается предлагаемым способом хирургической коррекции дефектов передней стенки влагалища при опущении в сочетании с элонгацией шейки матки, включающим ушивание уретровезикального сегмента и дна мочевого пузыря и ушивание пузырно-влагалищной фасции и передней стенки влагалища, установку и фиксацию сетчатого протеза, в котором используют сетчатый протез из материала Ultra Pro, при этом выкраивают треугольный лоскут слизистой стенки влагалища, при этом верхний край разреза проводят отступая 1-1,5 см от уретры, нижний – свод влагалища, отделяют слизистую влагалища от подлежащих тканей (мочевого пузыря), проводят туннелирование клетчатки таза до запирающих отверстий таза и фиксируют нижний край сетчатого протеза по средней линии передней поверхности шейки матки на 1 см проксимальнее разреза, верхний край фиксируют к парауретральным мышцам с обеих сторон – по 2 отдельных шва с каждой стороны с дистанцией между швами 1 см, верхние

швы в 1,5 см от отверстия уретры, боковые рукава протеза длиной по 5 см с обеих сторон и шириной 1 см проводят пальцем в созданные туннели к запирательным отверстиям таза без перегибов и складывания сетки, туго тампонируют влагалище на 24-48 часов.

Способ коррекции цисто и уретероцеле с использованием сетчатого протеза из материала Ultra Pro (Производитель ETHICON Johnson&Johnson) осуществляют следующим образом:

1) выкраивают треугольный лоскут слизистой стенки влагалища после предварительной гидропрепаровки 0,25% раствором новокаина. Верхний край разреза проводят отступя 1-1,5 см от уретры, нижний – свод влагалища.

2) отделяют слизистую влагалища от подлежащих тканей (мочевого пузыря).

3) проводят туннелирование клетчатки таза до запирательных отверстий таза.

4) ушивают пролабирующий мочевой пузырь кисетным швом.

5) фиксируют нижний край сетчатого протеза по средней линии передней поверхности шейки матки на 1 см проксимальнее разреза. Верхний край сетчатого протеза фиксируют к парауретральным мышцам с обеих сторон – по 2 отдельных шва с каждой стороны с дистанцией между швами 1 см, верхние швы в 1,5 см от отверстия уретры. Фиксацию производят одиночными швами из длительно рассасывающего шовного материала. Боковые рукава протеза длиной по 5 см с обеих сторон и шириной 1 см проводятся пальцем в созданные туннели к запирательным отверстиям таза без перегибов и складывания сетки.

6) при паравагинальных дефектах протез дополнительно фиксируют изнутри к слизистой влагалища без прокалывания через слизистую к предпузырной фасции за краями дефекта.

7) расправляют протеза, если таковое требуется.

8) контроль гемостаза.

9) ушивают слизистую стенку влагалища непрерывным швом из длительно рассасывающего шовного материала, без подхватывания протеза.

10) туго тампонируют влагалище на 24-48 часов с целью местного гемостаза и фиксации протеза