

Гурин А.Л.¹, Костяхин А.Е.², Гутикова Л.В.¹

¹ УО «Гродненский государственный медицинский университет»

² УЗ «Городская клиническая больница № 4

г. Гродно»

г. Гродно, Беларусь

ПРОЛАПС ГЕНИТАЛИЙ: СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ТЕРАПИИ.

Актуальность. Проплапс тазовых органов — это заболевание, объединяющее группу нарушений связочно-аппарата матки и влагалища, приводящие к опущению и выпадению внутренних половых органов, проявляющееся смещением гениталий до влагалищного входа или выпадением за его пределы.

Эпидемиологические исследования последних лет показывают, что 14% женщин в мире имеют пожизнен-

ный риск хирургического лечения генитального пролапса. Необходимо отметить, что в связи с рецидивом пролапса повторно оперируются более 35% больных. С увеличением продолжительности жизни частота встречаемости генитального пролапса возрастает. В настоящее время в структуре гинекологической заболеваемости на долю этого заболевания приходится до 30%.

Цель. Изучить возможность использования промонтофиксации с вагинальной пластикой собственными тканями (кольпоперинеолеваторопластикой или сфинктеропластикой) у пациенток репродуктивного возраста.

Материалы и методы. Нами данная методика применена у четырех пациенток в возрасте 35-42 лет. Пациентки выполнили репродуктивную функцию (имели в анамнезе 2 и 3 родов) и более, не планировали беременеть в будущем. Вели активную половую жизнь и страдали не полным выпадением матки.

После хирургической коррекции пациенток наблюдали в течение 1 года. Спустя этот период рецидива заболевания не наблюдалось. У двух женщин имелось цисто- и ректоцеле I степени без нарушения функции соседних органов.

Результаты и обсуждение. На наш взгляд, самой надежной и безопасной методикой лечения тазового пролапса в репродуктивном периоде является промонтофиксация с вагинальной пластикой собственными тканями (кольпоперинеолеваторопластикой или сфинктеропластикой), которая представляет собой симультанную операцию, включающую лапароскопическое сшивание крестцово-маточных связок с промонтофиксацией (фиксация имплантом за шейку и связки без контакта сетки со стенкой влагалища) и вагинальной пластикой собственными тканями.

В результате проведенной операции получаем надежно фиксированный в правильном векторе купол влагалища или шейку с влагалищем и пластику мягкими тканями на промежности. В норме верхняя половина или треть влагалища отклоняется кзади к прямой кишке, поэтому подшивать его необходимо в заднем направлении к третьему и четвертому крестцовым позвонкам, над плоскостью леватора (мышцы таза) и прямой кишки. Если в процессе операции верхушка влагалища окажется в центре малого таза, то внутрибрюшное давление вызовет рецидив пролапса.

Выводы. Данная методика наиболее безопасна и эффективна при лечении генитального пролапса у женщин репродуктивного возраста.

Преимущества данной методики следующие:

- сохранение максимально естественных анатомо-топографических соотношений органов малого таза;
- минимизация риска рецидива опущения матки;
- минимальный риск послеоперационных осложнений (эрозий слизистой влагалища, диспареунии, повреждений соседних органов, кровотечений, инфекционных осложнений);
- минимальная травматичность (возможность половой жизни не ограничивается);
- максимально быстрый период реабилитации;
- отсутствие необходимости длительной гормональной подготовки перед операцией;
- возможность одновременной коррекции другой экстрагенитальной и гинекологической патологии.