

Оптимальной формой протеза для коррекции цистоцеле является трапеция размерами 6 см • 3 см • 6 см, от углов протеза отходят ленточные «рукава» шириной 1,5 см и длиной 12–15 см.

Установка протеза для коррекции цистоцеле и одновременной фиксации матки проводится следующим образом.

Передние «рукава» протеза (у меньшего основания трапеции) захватываются петлями Цейса, проведенными по трубчатому проводнику снаружи внутрь, и выводятся по трубкам на промежность обратным ходом петель. Благодаря этому, передняя часть протеза оказывается под шейкой мочевого пузыря. Задние «рукава» протеза таким же образом протягиваются через нижние трубки. Задняя часть протеза оказывается у передней губы шейки матки и фиксируется к ней швами. Потягиванием за задние «рукава» протез устанавливается в нужном положении, при этом шейка матки занимает физиологическое положение.

Таким образом, протез располагается под мочевым пузырем в виде гамака. Протез фиксирован в нужном положении за счет четырех «рукавов», проведенных через начало и конец сухожильных дуг тазовой фасции. Ушивается ранга влагалища, «рукава» протеза, состоящие из разрезов на промежности, отсекаются на уровне кожи. Кожные разрезы на промежности ушиваются одним швом.

Литература

1. Cosson, M. Prolift mesh (Gynexare) for pelvic organ prolapse. Surgical treatment using the TVM-Group technique: a retrospective study of 687 patients / M. Cosson [et al.] // J. Gynecol. Obstet Bio; Reprod 2004. – Vol. 33. – P. 577-587.
2. Cutner, A. The vaginal vault // A. Cutner, E. Sohler / BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynecology. – 2004. – Vol.11. – (Suppl.). – P. 79-83.
3. Rechberger, T. Prolift anterior, posterior i total – uniwersalne systemy do operacyjnej rekonstrukcji zaburzeń statyki narządów miednicy mniejszej kobiety / T. Rechberger, J. Tomaszewski // Uroginekologia praktyczna (red. Tomasz Rechberger). – Lublin, 2007. – S. 279-282.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПЕРЕДНЕГО РЕКТОЦЕЛЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СИНТЕТИЧЕСКОГО СЕТЧАТОГО ПРОТЕЗА

Нечипоренко А.Н., Нечипоренко Н.А., Мицкевич В.А.

Гродненский государственный медицинский университет

Гродненская областная клиническая больница,

г.Гродно, Республика Беларусь

Кафедра хирургических болезней №2 с курсом урологии

Ректоцеле – дивертикулообразное выпячивание передней стенки прямой кишки в просвет влагалища (переднее ректоцеле) по причине дефекта в прямокишечно-влагалищной фасции.

Хирургическая коррекция переднего ректоцеле предполагает замещение несостоятельной прямокишечно-влагалищной фасции на протяжении от шейки матки до сухожильного центра промежности синтетическим сетчатым протезом GYNECARE Prolift posterior [1, 2, 3, 4]. Кроме того, этот протез фиксирует матку в физиологичном положении, замещая крестцово-маточные связки. Успех операции обеспечивается правильным положением протеза и его надежной фиксацией, что требует хорошего знания топографии фасций и связок тазового дна.

Техника коррекции переднего ректоцеле сетчатым протезом по технике Prolift posterior

Система Gynekare Prolift posterior позволяет провести реконструкцию прямокишечно-влагалищной фасции путем имплантации сетчатого протеза между передней стенкой прямой кишки и задней стенкой влагалища. Одновременно протез фиксирует матку в физиологическом положении за счет формирования искусственных крестцово-маточных связок.

После гидравлической препаровки тканей задней стенки влагалища выполняется продольная задняя кольпотомия от заднего свода до задней спайки. Стенка влагалища рассекается на всю глубину вместе с прямокишечно-влагалищной фасцией.

Тупо указательным пальцем стенка влагалища отслаивается от прямой кишки и указательный палец проникает в седалищно-прямокишечное пространство справа и слева от прямой кишки. При этом указательным пальцем надо дойти до седалищных остей и крестцово-остистых связок. Таким образом формируются ложе для протеза и каналы для его рукавов.

Затем выполняются 2 разреза на коже ягодиц справа и слева от анального отверстия. Разрезы выполняются в точках на 3 см латеральнее и на 3 см ниже анального отверстия (рис 1).

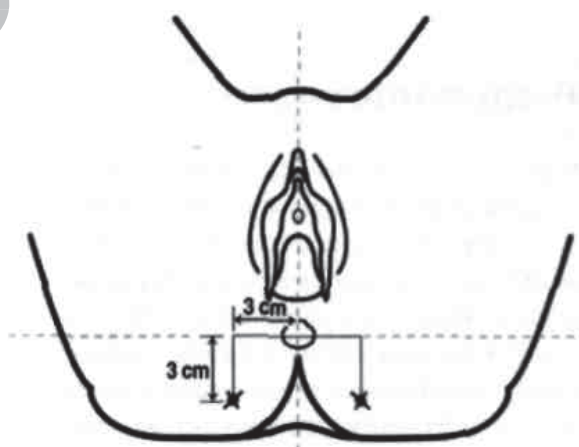


Рис. 1 – Точки введения перфораторов для установки и фиксации протеза, восстанавливающего статику задней стенки влагалища [4]

В один из этих разрезов вводится изогнутый перфоратор с надетой на него трубкой-проводником. Перфоратор продвигается в полость таза под контролем указательного пальца, введенного в рану задней стенки влагалища и установленному на седалищной ости. Введенный в седалищно-прямокишечную ямку палец предохраняет прямую кишку от повреждения перфоратором. Перфоратор проводится через крестцово-остистую связку с одной и другой стороны и после удаления стилета перфоратора внутреннее колено трубки-проводника выводится в рану влагалища (рисунки 2 и 3).

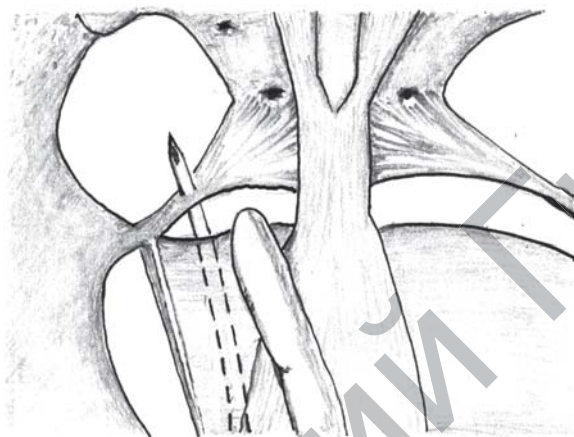


Рис. 2. – Проведение перфоратора через крестцово-остистую связку на расстоянии 1–2 см от седалищной ости [4]

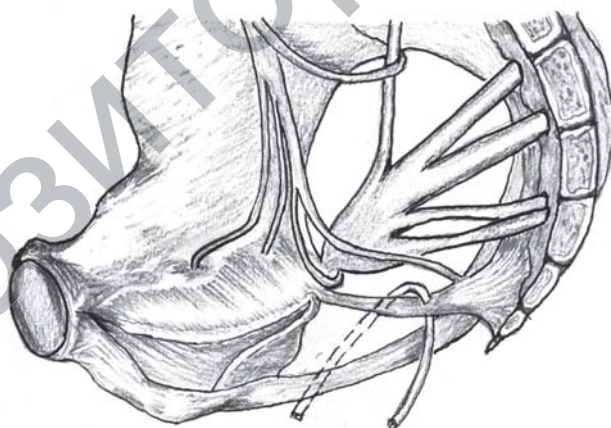


Рис. 3. Трубка-проводник проведена через крестцово-остистую связку (правая сторона) [4]

Протез для реконструкции задней стенки влагалища готовится в операционной из хирургической сетки «ЭСФИЛ». Протез имеет Т-образную форму. Средняя его часть – прямоугольник 3-3,5 x 6-7 см. От двух углов прямоугольника сетки отходят 2 ленточных «рукава» длиной 12–15 см.

Протез укладывается между прямой кишкой и задней стенкой влагалища. Проксимальный край протеза пришивается к задней поверхности задней губы шейки матки, а «рукава» его выводятся по трубкам-проводникам на кожу ягодиц. После этого трубки-проводники удаляются и легким потягиванием за «рукава» протез устанавливается в нужном положении и укладывается на прямую кишку без гофрирования. При этом протез увлекает за собой шейку матки, возвращая матку в физиологическое положение. Избыток дистального конца протеза отсекается. Возможное гофрирование протеза в сформированном ложе устраняется наложением отдельных фиксирующих швов. Ушиваются кольпотомическая рана и разрезы на коже ягодиц. Образовавшийся избыток стенки влагалища не иссекается. Проведенные через крестцово-остистые связки «рукава» протеза со временем прорастают соединительной тканью и прочно фиксируют протез между прямой кишкой и задней стенкой влагалища.

Коррекция ректоцеле II и III степени по приведенной методике была проведена 56 женщинам. Интраоперационных осложнений не было. В сроки 4–8 месяцев у 3-х женщин образовалась эрозия слизистой влагалища с обнажением участка протеза, что потребовало его удаления.

Рецидив ректоцеле в сроки 1–2 года диагностирован в 2 случаях по причине нарушений техники операции.

Заключение

Использование синтетических сетчатых протезов для коррекции ректоцеле является перспективным методом, но требует хорошей пространственной ориентации в положении органов малого таза и точной идентификации седалищных остей и крестцово-остистых связок.

Литература

1. Краснопольский, В.И. TVM (transvaginal MESH) – новый взгляд на хирургию генитального пролапса / В.И. Краснопольский, А.А. Попов // V Всероссийская конференция «Расстройства мочеиспускания у женщин». – Москва, 22-23 мая 2006. – С.9-11.
2. Перинеология (ред. В.Е. Радзинский), Москва, 2006. – 330 с.
3. Prolift mesh (Gynekare) for pelvic organ prolapse. Surgical treatment using the TVM-Group technique: a retrospective study of 687 patients / Cosson M. [et al.] // J. Gynecol. Obstet Biol. Reprod. – 2004. – Vol. 33. – P.577-587.
4. Rechberger, T. Prolift anterior, posterior i total – uniwersalne systemy do operacyjnej rekonstrukcji zaburzeń statyki narządów miednicy mniejszej kobiety / T. Rechberger, J. Tomaszewski // Uroinekologia praktyczna (red. Tomasz Rechberger). – Lublin, 2007. – S.279-282.