

проводилась реконструктивно-пластическая органосохраняющая операция совместно с рентгенэндоваскулярными вмешательствами, что является необходимой частью оперативного лечения. Снижение объема кровопотери предупреждает развитие тяжелых осложнений, а также потенцирует быструю реабилитацию женщин.

ЛИТЕРАТУРА

1. Демидов, В. Н. О возможности высокоточной диагностики вставания плаценты в рубец на матке после кесарева сечения / В. Н. Демидов, А. И. Гус, Т. А. Ярыгина // Пренатальная диагностика. – 2020. – Т. 19. – № 4. – С. 336-342.

2. Таланова, И. Е. Опыт применения метропластики с использованием дистального компрессионного гемостаза для проведения органосохраняющей операции при вставании плаценты / И. Е. Таланова // Проблемы репродукции. – 2021. – Т. 27. – № 5. – С. 142-146.

3. Боровков, В. А. Оценка перинатального риска у беременных с рубцом на матке / В. А. Боровков, Т. М. Черкасова, О. Ю. Пачковская, Г. А. Сафарова, Н. Л. Гуревич // Бюллетень медицинской науки. – 2019. – Т. 14. – № 2. – С. 50-55.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОЛАПСА ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СИНТЕТИЧЕСКИХ СЕТЧАТЫХ ПРОТЕЗОВ КАК МЕТОД ВЫБОРА У ПАЦИЕНТОК С РАЗЛИЧНЫМИ ВИДАМИ ПРОЛАПСА ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ

Короневская А. С., Герцык Н. В.

Гродненский государственный медицинский университет

Научные руководители: к.м.н., доцент Гурин А. Л.,
к.м.н., доцент Киселевский Ю. М., ассистент Левин В. И.

Актуальность. Цистоцеле – патологическое состояние, характеризующееся опущением у женщин передней стенки влагалища и мочевого пузыря (генитальный пролапс), что приводит к нарушению функции этих тазовых органов [1].

В основе патогенеза опущения передней стенки влагалища лежит ослабление мышечно-связочного аппарата органов малого таза, в частности лобково-шеечной фасции, которая является тканевой структурой, поддерживающей мочевой пузырь. В случаях потери фасцией биомеханической прочности мочевой пузырь, теряя опору, начинает опускаться вниз, что приводит к опущению передней стенки влагалища – формируется цистоцеле. По мере увеличения степени опущения мочевого пузыря появляются расстройства мочеиспускания, среди которых наиболее часто встречаются стрессовое недержание мочи, гиперактивность мочевого пузыря, обструктивное мочеиспускание [2].

Отмечается корреляция степени дисплазии соединительной ткани и сложности хирургической коррекции: чем выраженнее проявления дисплазии на полиорганном уровне, тем в более молодом возрасте возникает пролапс органов малого таза, тем сложнее произвести хирургическую коррекцию, что обуславливает частые рецидивы заболевания.

Цель. Оценить эффективность хирургического лечения по методике аллопротезирования у пациенток с пролапсом тазовых органов (ПТО), выделить основные факторы риска развития ПТО.

Методы исследования. Методом сплошной выборки проведен ретроспективный анализ историй болезни 65 пациенток, находившихся на лечении в УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр» за период 2020-2021 гг. Пациентки были объединены в группы.

Группу 1 (Г1) составили 52 пациентки, методом коррекции пролапса органов малого таза которых было выбрано использование сетчатых трансплантатов. Аллопротезирование с использованием изолированного переднего трансплантата Prolift™ anterior было произведено 19 (36,5%) пациенткам, изолированного заднего протеза Prolift™ posterior – 2 (3,8%), ленточной фиксации – 13 (25,0%), PROSIMA – 4 (7,7%), сакропексия – 1 (1,9%), TVT-О (слинговая уретропексия) была произведена 3 (4,6%) женщинам.

В группу 2 (Г2) вошли 13 пациенток, которым выполнялось сочетанное протезирование органов малого таза: 8 (61,5%) женщинам была выполнена влагалищная экстирпация матки, диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала – 4 (30,7%) пациенткам, передняя кольпоррафия – 1 (7,7%).

Результаты и их обсуждение. Средний возраст пациенток Г1 составил 62,2 года, в Г2 – 61,4 года. Средний индекс массы тела пациенток Г1 составил 28,3, Г2 – 28,9, что значимо не различалось.

В группах наблюдались различия по экстрагенитальной патологии. Варикозное расширение вен нижних конечностей было выявлено у 27 (51,9%) женщин в Г1 и у 4 (30,7%) в Г2, что статистически значимо. Заболевания сердечно-сосудистой системы: артериальная гипертензия выявлена у 31 (59,6%) пациенток в Г1, у 9 (69,2%) в Г2; ишемическая болезнь сердца – у 15 (28,8%) в Г1, у 4 (30,7%) в Г2; аритмия – у 1 (1,9%) в Г1, у 0 (0%) в Г2. Хронический гастрит в Г1 был у 4 (7,6%) пациенток, в Г2 – у 3 (23%). С патологией опорно-двигательного аппарата Г1 – 11 (21,1%), Г2 – 3 (23%).

Анализ гинекологического анамнеза показал, что в группах встречались пациентки с миомой матки – у 8 (15,4%) пациенток в Г1 и у 1 (7,6%) в Г2.

Одни роды в анамнезе были у 10 (19,2%) пациенток Г1 и у 6 (46,1%) в Г2; 2 родов в Г1 – у 38 (73,0%), в Г2 – у 7 (53,8%); 3 и более родов в Г1 – у 2 (3,8%), в Г2 – у 0 (0%).

Один аборт в анамнезе был у 5 (9,61%) женщин Г1 и у 2 (15,3%) в Г2; 2 аборта – у 8 (15,3%) женщин Г1 и у 2 (15,3%) Г2.

В результате анализа полученных данных выявлено 11 пациенток с цистоцеле: 2 степени – 6 (54,6%) пациенток (опущение передней стенки влагалища не достигая 1 см до половой щели или выходящее не более 1 см за

половую щель), цистоцеле 3 степени – 5 (45,4%) пациенток (выход передней стенки влагалища более 1 см за половую щель, но не более, чем на 5-6 см), у которых методом выбора хирургического лечения стало аллопротезирование по методу ленточной фиксации.

Средний возраст пациенток с установленным диагнозом цистоцеле 2 степени составил 42 года, при этом у 1 из 6 женщин наступил период менопаузы. Акушерский анамнез: 2 родов – у 5 женщин, 1 роды – у 1 пациентки.

Средний возраст пациенток с установленным диагнозом цистоцеле 3 степени составил 63 года, при этом у 3 из 5 женщин наступил период менопаузы. Акушерский анамнез: 2 родов – у 4 женщин, 1 роды – у 1 пациентки.

Таблица 1 Распределение пациенток по виду ПТО

Вид пролапса	Количество пациенток	
	n	%
Ректоцеле	4	5,0
Цистоцеле	6	7,5
Сочетание ректо- и цистоцеле	49	61,2
Элонгация шейки матки	15	18,8
Полное выпадение матки и влагалища	6	7,5
Итого	80	100

Выводы.

1. Потеря эластичности и функциональной состоятельности мышц передней стенки влагалища чаще всего развивается у женщин постменструального периода. К одному из главных факторов развития пролапса относятся повторные роды. Риск пролапса значительно повышается у рожавших, и степень его напрямую связана с количеством родов.

2. Часто наблюдается сочетание пролапса тазовых органов с такими заболеваниями и состояниями, как ревматоидный артрит, остеоартроз крупных суставов, варикозное расширение вен нижних конечностей, что подтверждает теорию системной дисплазии соединительной ткани как ведущей причины пролапсов тазовых органов.

3. За счет прочности аллопротеза обеспечивается надёжный эффект фиксации с низким риском рецидивов. Синтетический сетчатый материал обладает хорошей биосовместимостью с тканями человека, что предотвращает развитие аллергических проявлений, реакции отторжения, рубцовых изменений в тканях, а также воспалительных и гнойных осложнений.

4. Данные методы хирургического лечения обеспечивают короткий восстановительный период и хорошие отдалённые результаты, а также сопоставимы по результатам с ранее использовавшимися методами фиксации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Mickey, K. Surgical management of pelvic organ prolapse / K. Mickey, F. M. Christopher. – Saunders, 2012. – 208 p.
2. Нечипоренко, Н. А. Генитальный пролапс. / Н. А. Нечипоренко, А. Н. Нечипоренко, А. В. Строчкин. – Минск : Вышэйшая школа, 2014. – 399 с.