АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ СОЧЕТАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В ЛЕЧЕНИИ ПРОЛАПСА ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ

Коркан А.И., Лактионова М.В., Сармулдаева Ш.К.

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом неонатологии КазМУНО (Алматы, Казахстан)
rigel1992@mail.ru

Введение. Пролапс тазовых органов занимает 3-е место в структуре гинекологических заболеваний (28%). В связи с этим, до 15% всех «больших» гинекологических операций производится по этому поводу (Краснопольский В.И., 2005). На сегодняшний день основным способом лечения пролапса тазовых органов является хирургический метод. Результаты крупных исследований доказывают актуальность и эффективность замещения тазовой фасции сетчатыми протезами в лечении пролапса гениталий, а также сочетание различных оперативных приемов для одномоментного устранения функциональных нарушений органов малого таза.

Материалы и методы исследования. Проведен ретро- и проспективный анализ 124 случаев операций по поводу генитального пролапса в МЦ «ХАК» с июня 2013г. – декабрь 2015г. Объем исследования включал клинические, лабораторные методы, метод анкетирования (дневник мочеиспускания, вопросник-анкеты), ультразвуковой и статистический метод. Объем оперативного вмешательства оценивался согласно алгоритмам хирургической тактики, разработанным д.м.н. Коркан А.И.

Результаты исследования. Были выделены 4 направления хирургической тактики:

1 -комбинированный метод установления сетчатого протеза только лапароскопическим и лапароскопическим в сочетании с вагинальным доступами, учитывая профилактику и лечение функциональных нарушений органов малого таза 29 (23,38%).

2 - лапароскопическим доступом без учета профилактики функциональных нарушений органов малого таза в 36 случаях (29,03%).

3 - вагинальным доступом – 20 (16,12%).

4 - операции без применения сетчатого протеза 18 (14,41%) и в 21 случае -16,93% пациентки были оперированы только по поводу стрессового недержания мочи.

Выводы. Комбинированный метод лечения представляет собой метод лечения пролапса тазовых органов в сочетании лапароскопической промонтофиксации (ЛП) с тотальной репозицией пубоцервикальной фасции (ТРПЦФ) - по нашим результатам дает 6,9% рецидива цистоцеле, против 17,24% при сочетании ЛП с процедурой Берч, рецидива аппикального пролапса не было ни в одном случаяе. При вентерофиксации рецидив аппикального пролапса составил 3,4%. В отношении профилактики и лечения стрессового недержания мочи (СНМ) ЛП в сочетании с ТВТ-О наиболее эффективна - 3,4% рецидива, против 17,24% в сочетании с ТРПЦФ, и 6,9% в сочетании с процедурой Берч. ТРПЦФ, как самостоятельный метод лечения, не дал рецидива в отношении аппикального пролапса и цистоцеле, рецидив СНМ составил 10%. Рецидив ректоцеле после кольпоперинеолеваторопластики в первой группе составил (10,3 %), во второй группе (3,4%) и в третьей группе 10%, этот метод более эффективен у женщин с небольшой степенью пролапса. ЛП с фиксацией сетчатого протеза к леваторам показала высокую эффективность - рецидива ректоцеле не наблюдалось. В группе без применения сетчатых протезов у молодых женщин или женщинам с I,II степенью пролапса рецидив цистоцеле составил (11,1%).