

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра

_____ Д.Л. Пиневиц

13.04.2012

Регистрационный № 027-0212

**МЕТОД ПОЛНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ ФАСЦИЙ ТАЗОВОГО ДНА
С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СЕТЧАТОГО ПРОТЕЗА,
ДОПОЛНЕННЫЙ АМПУТАЦИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ
С ПЕРЕМЕЩЕНИЕМ КАРДИНАЛЬНЫХ И КРЕСТЦОВО-МАТОЧНЫХ
СВЯЗОК**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК: ГУО «Белорусская медицинская академия
последипломного образования»

АВТОРЫ: д-р мед. наук, проф. О.А. Переседа, канд. мед. наук, доц. А.Н. Барсуков,
А.А. Куликов

Минск 2012

В настоящей инструкции по применению (далее — инструкция) изложена методика полной реконструкции тазового дна с использованием сетчатого полипропиленового протеза, дополненной ампутацией шейки матки с перемещением кардинальных и крестцово-маточных связок по разработанной оригинальной методике у пациенток с пролапсом тазовых органов III–IV стадии по POP-Q. Реализация методики поможет оперирующим врачам снизить процент рецидива пролапса.

Инструкция предназначена для врачей-акушеров-гинекологов, врачей-урологов, врачей-проктологов.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ, РЕАКТИВОВ, СРЕДСТВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ

1. Набор для реконструкции тазового дна (передний, задний, полный).
2. Шовный материал (викрил +, размер нитки 0; 2/0).
3. Раствор Вишневого (1 мл 0,1% раствора адреналина гидрохлорида в 400 мл физиологического раствора натрия хлорида).
4. 0,02% водный раствор хлоргексидина биглюконата.
5. Стерильное вазелиновое масло.
6. Зажимы Алиса (6–8 шт.).
7. Зеркала Бриске.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

1. Пролапс тазовых органов III–IV степени по POP-Q.
2. Ректоцеле.
3. Цистоцеле.
4. Выпадение культи шейки матки после субтотальной гистерэктомии.
5. Рецидивные формы пролапса.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ

Абсолютные:

- наличие беременности;
- непереносимость синтетического материала (полипропилена) в анамнезе;
- острый инфекционный процесс любой локализации;
- сахарный диабет в стадии декомпенсации с сосудистыми осложнениями;
- некорригируемая коагулопатия.

Относительные:

- приобретенная или врожденная деформация костей таза;
- предшествующая лучевая терапия органов малого таза;
- рубцовые изменения стенок влагалища;
- тяжелые сопутствующие соматические заболевания;
- планируемая беременность;
- прием антикоагулянтов.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

Реконструкция тазового дна сетчатым полипропиленовым протезом (без удаления матки)

Положение на операционном столе: типичное для операции на промежности, угол между операционным столом и бедром 90° , что обеспечивает оптимальный угол наклона оси таза для безопасного проведения троакаров и профилактику повреждения органных структур в зоне вмешательства. В асептических условиях шейка матки захватывается пулевыми щипцами за переднюю и заднюю губы. После введения постоянного мочевого катетера и гидропрепаровки подлежащих тканей раствором Вишневого производится разрез слизистой оболочки передней стенки влагалища, отступив 3–4 см проксимальнее наружного отверстия уретры. Необходимо рассечь не только слизистую оболочку влагалища, но и подлежащую лонно-пузырно-шеечную фасцию (фасция Гальбана). Стенка влагалища и рассеченная фасция захватываются зажимами Алиса. Мобилизуется задняя стенка мочевого пузыря со вскрытием запирательных пространств, идентифицируется костная седалищная ость. Для правильного расположения протеза под контролем указательного пальца чрескожно при помощи специальных проводников перфорируется мембрана запирательного отверстия в двух максимально удаленных друг от друга местах с проведением стилетов латеральнее arcus tendineus fascia endopelvina. При помощи прилагаемых проводников передняя часть протеза устанавливается между стенкой мочевого пузыря и фасцией. Сетчатый протез дополнительно фиксируется отдельными швами. Кольпотомия ушивается непрерывным швом.

Далее выполняется задняя кольпотомия с обязательным рассечением ректовагинальной перегородки (фасции Денон-Вилье), широко мобилизуется передняя стенка прямой кишки, вскрываются ишио-ректальные пространства, идентифицируются седалищные ости и сакроспинальные связки. Через кожу промежности (латеральнее и ниже на 3 см от ануса) идентичными стилетами производится перфорация сакроспинальных связок на 2 см медиальнее места прикрепления к седалищной кости (безопасная зона). При помощи проводников, проведенных через полиэтиленовые тубусы стилетов, сетчатый протез оригинальной формы устанавливается под стенку влагалища, расправляется без натяжения. Слизистая оболочка влагалища ушивается непрерывно. Полиэтиленовые тубусы извлекаются. Избыток сетчатого протеза (рукава) отсекают подкожно. Выполняется тугое тампонирование влагалища марлевыми тампонами, смоченными 0,02% водным раствором хлоргексидина с вазелиновым маслом.

Методика полной реконструкции тазового дна сетчатым полипропиленовым протезом, дополненная ампутацией шейки матки (без удаления матки, культи шейки матки)

Модифицированная методика заключается в выполнении основных этапов, описанных выше, в сочетании с ампутацией шейки матки.

Первый этап — наложение клемм, пересечение, лигирование, перемещение и фиксация кардинальных связок на передней поверхности культи шейки матки. Данная лигатура используется для фиксации передней части сетчатого протеза.

Второй этап — наложение клемм, пересечение, лигирование и перемещение крестцово-маточных связок в созданный тоннель в тканях заднего свода, под ректовагинальной фасцией, между забрюшинным отделом шейки матки, брюшиной маточно-прямокишечного углубления и прямой кишкой и фиксацией их к сетчатому протезу.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИ ОШИБОК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

Интраоперационные осложнения (кровотечение, ранение полого органа).

Интраоперационные осложнения, связанные с использованием набора для реконструкции (кровотечение, ранение полого органа при проведении канюль).

Ранние послеоперационные осложнения (гематомы, инфекционные осложнения).

Поздние послеоперационные осложнения (эрозии, смещение или сморщивание сетчатого полипропиленового протеза, рецидив пролапса тазовых органов, диспареуния, кишечная дисфункция).