

## СПОСОБ ФИКСАЦИИ КУЛЬТИ ВЛАГАЛИЩА ПОСЛЕ ЭКСТИРПАЦИИ МАТКИ

**Цель** - повышение эффективности хирургической операции экстирпации матки при патологии ее шейки и тела в сочетании с опущением стенок влагалища и относительным недержанием мочи.

**Методика.** Поставленную задачу решают одновременным выполнением хирургических операций экстирпации матки и позадилоной кольпоуретро-пексии по модифицированному методу Маршалла-Маркетти-Крантца. Для чего, после отсечения влагалищной части шейки матки от сводов влагалища, прошивают боковые отделы культи влагалища кетгутowymi нитями №5-6 в области бывшего право-

го и левого сводов влагалища, а переднюю и заднюю стенку влагалища обшивают обвивными гемостатическими кетгутowymi швами. После этого обнажают позадилоное пространство. Кетгутowymi нити с культи влагалища проводят через околопузырное клетчаточное пространство в области пузырно-уретрального сегмента к задней поверхности лонных костей. Затем этими же нитями прошивают надкостницу лонных костей и нити завязывают. Таким образом, культя влагалища фиксируется к надкостнице задней поверхности лонных костей.

**Результаты.** ВГВКГ им. Н.Н. Бур-

денко проведено лечение 15 больных по предложенному методу. Осложнений во время оперативного вмешательства и в раннем послеоперационном периоде не было. Рецидивов опущения стенок влагалища в течение последующих 3 лет наблюдения не отмечено.

**Вывод.** Предложенный способ фиксации культи влагалища после экстирпации матки позволяет расширить возможности оперативного лечения больных с опущением стенок влагалища, осложненного относительным недержанием мочи при сопутствующей патологии матки (миома матки, аденомиоз матки, рака тела и шейки матки).

## ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА, ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ВЛАГАЛИЩНЫХ ОПЕРАЦИЯХ

**Цель исследования:** оптимизация предоперационной подготовки, хирургического лечения и реабилитации больных с опущением и выпадением стенок влагалища и матки.

**Методы исследования:** клинический, трансвагинальная эхография, гистероскопия, кольпоскопия, цитологическое и гистологическое исследования, цистоскопия.

**Результаты исследования:** 35 больных с различной степенью опущения и выпадения стенок влагалища и матки. В предоперационном периоде для санации влагалища, профилактики гнойно-септических осложнений назначался интравагинально "Бетадин" (EGIS, Венгерская республика) — йод в форме поливинил-пирролидон-йода — 0,2 г вагинальные свечи 5-10 сут. Данные мероприятия и дооперационное обследование проводились на догоспитальном этапе.

Объем оперативного вмешательства выбирался с учетом степени опущения и нарушения функции тазовых органов, возраста, половой, менструальной и репродуктивной функций.

Трансвагинальный доступ хирургической коррекции опущения стенок вла-

галища и матки оптимален, т.к. позволяет осуществить уретропластику и мышечно-фасциальную пластику мочевого пузыря и тазового дна для устранения недержания мочи и газов, профилактики рецидивов.

### **Заключение:**

· При опущении стенок влагалища I-II ст. передняя кольпоррафия должна дополняться мышечно-фасциальной пластикой мочевого пузыря и уретропластикой. Задняя кольпоррафия — перинео-леваторопластикой.

· При опущении I-III ст. в сочетании с элонгацией шейки матки и патологическими изменениями в ней целесообразно проводить манчестерскую операцию.

· При полном выпадении матки, сочетании с миомой и патологическими процессами в эндометрии и шейке матки оптимальна трансвагинальная экстирпация матки с мышечно-фасциальной пластикой тазового дна, уретропластикой и перинеолеваторопластикой.

· С целью уменьшения интраоперационной кровопотери и травмирования слизистой влагалища при отсепаровке

задней стенки мочевого пузыря рекомендуем вместо выкраивания овального лоскута производить срединную кольпотомию над местом его наибольшего выпячивания. Излишки влагалищной стенки отсекаются поэтапно во время кольпоррафии.

· На всех этапах операции используем только синтетический шовный материал (этикон, викрил, марлин).

· По ходу операции моча выводится катетером порционно после завершения основных ее этапов с целью своевременного устранения возможных ошибок. В раннем послеоперационном периоде (2-4 сут) устанавливаем постоянный катетер Фоллея с выведением по нему мочи каждые 3-4 ч.

· При высоком риске тромбоэмболических осложнений с целью их профилактики 7-10 сут осуществляем п/к введение фраксапарина (Sanofi, Франция) 0,3 мг/сут.

· Восстановление влагалищной микрофлоры в перименопаузальном периоде осуществляется эстриолсодержащими препаратами (овестин — свечи 500 мкг) в комбинации с пробиотиками из лактобактерий (ацилакт — свечи) интравагинально.