

ные и устраненные в ходе операции:

- перфорация мочевого пузыря из-
лой Перейры – 3,
- травма мочеочника – 1,
- травма мочевого пузыря – 1,
- травма уретры – 1.

Послеоперационные осложнения:

- невозможность самостоятель-
ного мочеиспускания – у 38 больных,
из них у 11 продолжительная (до 30
суток).
- воспалительные раневые ослож-
нения – 8. Удаление надлобковых ли-

гатур из-за выраженного воспали-
тельного процесса – 3.

· Клинические и уродинамические
признаки гиперактивности мочево-
го пузыря – 26 пациенток (не более
3 месяцев).

Срок наблюдения за больными до
8 лет.

Спустя один год 245 (95%) боль-
ных отметили хороший результат,
проявляющийся полным удержанием
мочи и отсутствием признаков им-
перативного недержания мочи.

Спустя два года после операции
210 (82%), через 3 - 5 лет - 206
(80%) больных отметили хороший
результат операции.

Наблюдение в течение 6 и более
лет выявило хороший результат у
185 (71%) больных.

Выводы. Данная операция приво-
дит к успеху у 71% больных в тече-
ние 7 лет наблюдения. По нашему мне-
нию она может широко применяться
при лечении больных недержанием
мочи при напряжении второго типа.

**РОССИХИН В.В.,
ПЕРЕВЕРЗЕВ А.С.**

Медицинская академия
последипломного образования,
Харьков, Украина

ОПТИМИЗАЦИЯ УРЕТРО-АБДОМИНАЛЬНОЙ СЛИНГОВОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ НЕДЕРЖАНИИ МОЧИ У ЖЕНЩИН

Цель: На основании новых техно-
логий криоконсервации тканей опти-
мизировать операцию уретро-абдоми-
нального slinga при цистоуретроце-
ле.

Методы: Наблюдали 31 женщи-
ну со стрессовым недержанием мочи
(СНМ) II-III степени после безуспеш-
ного консервативного и физиотерапев-
тического лечения. Возраст больных
от 21 до 63 лет, четыре женщины
были оперированы неоднократно.

Уретро-абдоминальный sling, вы-
полняемый с помощью листов ауто-
фасции прямых мышц живота (или
фасциально-мышечных лоскутов),
имеет тот недостаток, что выкро-
енные лоскуты не всегда имеют дос-
таточную длину, натяжение их при
подшивании к парауретральным тка-
ням увеличивается, ушивание апонев-
ротического дефекта затруднитель-
но, что увеличивает вероятность раз-

вития передне-брюшной грыжи. На-
блюдали 11 женщин, оперированных
по классическому методу Гебель-
Штекеля и имевших подобные ослож-
нения. У 31 больной в качестве лоску-
тов использована криоконсервиро-
ванная твердая мозговая оболочка (пла-
стины по 15 см длиной), из которой вык-
раивались лоскуты шириной 1,5-2 см.
Эти лоскуты П-образными швами
фиксировались к парауретральным
тканям и тканям влагалища, а затем,
выводя их на апоневроз прямых мышц
живота, производилась ангуляция
уретры. Степень натяжения лоску-
том была таковой, что при извлече-
нии уретрального катетера опреде-
лялось некоторое сопротивление, а
прямой металлический буж отклонял-
ся в направлении кочичка.

Обсуждение: Использование в ка-
честве лоскутов криоконсервиро-
ванной человеческой мозговой оболочки со-

кратило длительность операции в
среднем на 15-20 минут. Аллергиче-
ские реакции на криоткань не наблю-
дались. В начальном периоде при осво-
ении методики у 3 женщин была ги-
перангуляция, потребовавшая бужи-
рования уретры и самокатетериза-
ции от 3 недель до 4 месяцев (1 боль-
ная). У 26 женщин отмечено полное
выздоровление, две - жаловались на ос-
тавшуюся дизурию, что при тща-
тельном анализе было оценено как яв-
ления уретрального синдрома (цис-
талгии), который был и до операции.
Послеоперационные грыжи не отме-
чены ни у одной пациентки.

Выводы: Использование при урет-
ро-абдоминальной slingовой операции
криоконсервированной человеческой
мозговой оболочки целесообразно вви-
ду упрощения операции, отсутствия
осложнений и хороших отдаленных
клинических результатов.

СОЗАЕВА Л.Г., КУЗНЕЦОВ Р.Э.

РМАПО
Москва, Россия

ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА, ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ВЛАГАЛИЩНЫХ ОПЕРАЦИЯХ

Цель исследования: оптимиза-
ция предоперационной подготовки,
хирургического лечения и реабилита-
ции больных с опущением и выпаде-
нием стенок влагалища и матки.

Методы исследования: клини-
ческий, трансвагинальная эхогра-
фия, гистероскопия, кольпоскопия,
цитологическое и гистологическое
исследования, цистоскопия.

Результаты исследования: 35
больных с различной степенью опу-
щения и выпадения стенок влагали-
ща и матки. В предоперационном пе-
риоде для санации влагалища, про-
филактики гнойно-септических ос-
ложнений назначался интраваги-
нально "Бетадин" (EGIS, Венгерс-
кая республика) – йод в форме по-
ливинил-пирролидон-йода – 0,2 г ва-

гинальные свечи 5-10 сут. Данные
мероприятия и дооперационное об-
следование проводились на догости-
тельном этапе.

Объем оперативного вмеша-
тельства выбирался с учетом степени
опущения и нарушения функции та-
зовых органов, возраста, половой,
менструальной и репродуктивной
функций.

Трансвагинальный доступ хирургической коррекции опущения стенок влагалища 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 вытягивания. 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 её 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 тромбозов и эмболических осложнений с целью их профилактики 7-10 сут осуществляем п/к введение фраксипарина (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.

ТЫЧКОВА Л.А., КИРА Е.Ф.
Военно-медицинская академия,
кафедра акушерства
и гинекологии,
Санкт-Петербург

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОПУЩЕНИЕМ И ВЫПАДЕНИЕМ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ ПРИ НАПРЯЖЕНИИ

Лечение недержания мочи при напряжении (НМПН) остается сложной хирургической проблемой, обусловленной трудностями в проведении рандомизированных исследований всех существующих оперативных методов, разработанных для лечения этого заболевания.

Целью настоящего исследования явилось проведение клинико-физиологической оценки эффективности различных методов хирургического лечения пациенток с опущением и выпадением гениталий, сопровождающихся НМПН.

В клинике акушерства и гинекологии им. акад. А.Я. Красковского ВМедА обследованы 139 пациенток (с 1996 по 1999 гг.), которые оперированы по поводу опущения гениталий и НМПН. Больные были разделены на три группы.

Больным первой группы 20 (12,9%) была выполнена передняя кольпоррафия с ушиванием уретры и задняя кольпоперинеоррафия с леваторопластикой.

Больным второй группы 18 (11,7%) выполнялись лапароскопическая лигаментопексия матки круг-

лыми связками к апоневрозу передней брюшной стенки с передней кольпоррафией и леваторопластикой (первая подгруппа) и позадилобная уретропексия с передней кольпоррафией и задняя кольпоперинеоррафия с леваторопластикой по методу К.М. Фигурнова 80 (51,9%) при которой одновременно с ушиванием разошедшихся волокон сфинктера мочевого пузыря и ликвидацией цистоцеле исправляется положение мочевого пузыря поднятием его за счет фиксации передней стенки влагалища к задней поверхности лобковых костей (вторая подгруппа). Объем операции зависел от степени опущения стенок влагалища, положения дна мочевого пузыря, величины ЗПУУ, степени недостаточности замыкательного аппарата мочевого пузыря.

Пациенткам третьей группы 21 (13,6%) проводилась влагалищная гистерэктомия с последующей пластикой стенок влагалища с укреплением фасции мочевого пузыря и леваторопластикой.

Оценка эффективности вышеуказанных методов оперативного

вмешательства проводилась с учетом комплекса данных рентгенологического и уродинамического методов исследования. Анализ уретроцистограмм свидетельствовал о том, что у всех оперированных женщин дно мочевого пузыря достигло уровня нормального анатомического положения и соответствовало первой и второй позициям. Третья и четвертая позиции после операции не определялись.

Таким образом, данные рентгенологических исследований, полученные после операции, объективно подтверждают восстановление и укрепление фиксирующего аппарата мочевого пузыря.

Уродинамические параметры в отдаленном послеоперационном периоде (через один год) изменились следующим образом: функциональная длина уретры увеличилась, в среднем, на 5 миллиметров и составляла 30 миллиметров, также определялось увеличение максимального внутриуретрального давления и максимального давления закрытия уретры, которые соответственно составили 52,4 миллиметров водно-