

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 тромбозомических 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. Красовского 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 позадилодная 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-

го столба и 40,2 миллиметров водно-го столба.

Сравнивая различные результаты оперативного лечения НМПН, можно сделать заключение: рассмотренные методики операций весьма эффективны при лечении больных с опущением или выпадением половых органов, сопровождающихся НМПН. Это подтверждается также данными контрольного рентгенологического и уродинами-

ческого исследований нижних мочевых путей в послеоперационном периоде, которые указывают на восстановление топографических взаимоотношений, функции мочевого пузыря и уретры.

Удержание мочи после операций К.М. Фигурнова и лапароскопической лигаментопексии матки круглыми связками к апоневрозу передней брюшной стенки осуществляется за счет нормализации анатомо-топог-

рафического положения уретро-везикального сегмента и фиксации проксимального отдела уретры и шейки мочевого пузыря в зону гидродинамической защиты, что восстанавливает механизм трансмиссии в стрессовых ситуациях. Они наиболее эффективны при лечении больных со второй и третьей степенью недостаточности замыкательного аппарата мочевого пузыря.

**ХУДОЯРОВА Д.Р.,
НЕГМАДЖАНОВ Б.Б.,
БАРНОКУЛОВ О.М.,
ДЖУМАНОВ Б.А., БЕРДИЕВ А.К.**
Кафедра акушерства и гинекологии
педиатрического факультета
СамМИ, Узбекистан

КОЛОКОЛЬПОПОЭЗ КАК МЕТОД ВЫБОРА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОТСУТСТВИЯ ВЛАГАЛИЩА

Пороки развития половых органов составляют 4% от воок врожденных аномалий. Отсутствие влагалища встречается с частотой 1 на, 4-5 тысяч новорожденных. Проблема образования влагалища при врожденной его аплазии издавна привлекала внимание многих специалистов.

В связи с успешным развитием восстановительной хирургии в последние годы стали значительно чаще осуществлять коррекцию порока. Существует множество методик создания неовагины. На наш взгляд наиболее эффективными являются трансплантаты сигмоидного отдела толстой кишки.

Под нашим наблюдением находилось 37 больных в период с 1992 по 2000 г., которым была выполнен сиг-

моидальный кольпопоз в гинекологических отделениях родильных домов №2, 3 и клиники №7. СамМИ. Из них 83,8% были с диагнозом аплазия влагалища и матки, 10,8% аплазия влагалища с функционирующей маткой, 3,4% - с синдромом полной тестикулярной феминизацией.

Возраст больных варьировал от 14 до 39 лет. Пациентки с врожденной аплазией влагалища, как правило, узнают о своем дефекте в период полового созревания. Так, 25 (70%) больных обратилось к врачу после замужества, остальные же были выявлены при профилактических осмотрах. Аменорея отмечалась у 83,8% больных и только у 10,8% - менструальная функция была сохранена.

Для изучения в динамике морфоло-

гических и функциональных процессов, происходящих, в созданном влагалище мы исследовали и изучили микрофлору неовагины: бактериологические посе-вы, рН, цитология мазков.

Оперированные больные наблюдались в течение 6 месяцев - 8 лет. Из 37 оперированных больных вышли замуж, живут половой жизнью и получают оргазм - 32 (88,8%) и 24 (66,6%) семьи усыновили детей.

Таким образом, благоприятное течение ближайшего и отдаленного послеоперационного периода, косметический эффект и хорошие функциональные результаты усовершенствованной пластики влагалища из сегмента толстой кишки, подтверждают правильность метода хирургического лечения отсутствия влагалища.

ЦАЛЛАГОВА Л.В., ХОДЖАЕВ Г.Г.
Кафедра акушерства
и гинекологии СОГМА,
Владикавказ

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОПУЩЕНИЕМ И ВЫПАДЕНИЕМ МАТКИ

Проанализированы отдаленные результаты оперативного лечения 77 больных, страдающих пролапсом гениталий. Из них у 35 отмечалось недержание мочи при напряжении. Проводились общеклинические, эндоскопические, уродинамические методы исследования и ультразвуковое сканирование.

По возрасту больные распределялись следующим образом: до 50 лет -

17 женщин, от 50 до 59 лет - 16, от 60 до 69 - 34, от 70 до 80 - 10. У 7 женщин в анамнезе отмечались одни рода, остальные были многорожавшими. Из 77 больных, опущение стенок влагалища и матки отмечались у 37, неполное выпадение матки - у 16, полное выпадение у 24 женщин. У 23 больных основное заболевание сочеталось с цистоцеле, у 3-х с ректоцеле. Длительность заболевания со-

ставляла 1-2 года у 31 больной. 3-10 лет - у 35 свыше 10 лет у 11. Пластика передней и задней стенки влагалища с леваторопластикой и вентрофиксацией произведена 23 больным, кольпоперинеоррафия - 18, срединная кольпопоррафия (операция Лефора - Нейгебауэра) - 12, надвлагалищная ампутация матки, по показаниям, дополнительно произведена 7 больным. Манчестерская операция - 17.