

личии рубцово-спаечного процесса между маткой и мочевым пузырем после кесарева сечения в нижнем сегменте в анамнезе. После рассечения сосудистых пучков, маточно-крестцовых и кардинальных связок вскрывается задний свод влагалища, край влагалища берется на лигатуру. Производится ампутация матки на уровне рубца. Шейка матки выворачивается в брюшную полость через

ранее созданное отверстие в заднем своде влагалища. Отсечение шейки матки от передней и боковых стенок влагалища производится под контролем зрения на уровне переходной складки. Культия влагалища ушивается.

По данной методике прооперировано 6 больных с расхождением швов на матке (перенесших кесарское сечение при доношенной беременности

- 4, после малого кесарского сечения по поводу прерывания беременности - 2). Ближайшие и отдаленные результаты (через 1 год) благоприятные.

Таким образом, предложенная нами модификация является эффективной, не требует дополнительных временных затрат и предотвращает опасность ранения мочевого пузыря.

**ЯЩУК А.Г., ШЕВЧЕНКО З.Р.,
ВАЛИУЛЛИНА Н.З.,
РЯБОШАПКИНА О.В.**
Башгосмедуниверситет,
клиническая больница № 8,
Уфа

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ АКУШЕРСКИХ ТРАВМ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ УРОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Акушерские травмы тазового дна, промежности и мочеполовой диафрагмы являются наиболее частыми осложнениями родов и составляют по данным отечественных и зарубежных авторов 10,3-39%. Разрывы влагалища и промежности являются следствием многих причин, зависящих от матери и плода, но, как правило, они являются спутниками патологических родов.

Неблагоприятными последствиями травм тазового дна являются опущение и выпадение половых органов с образованием цистоцеле и ректоцеле, сопровождающихся нарушением функции соседних органов, в том числе сфинктеров уретры и прямой кишки. По данным многочисленных отечественных и зарубежных авторов недержание мочи развивается в результате нарушения функции сфинктеров мочевого пузыря, причем в 95% случаев этим стра-

дают рожавшие женщины.

Нами обследовано 380 женщин, перенесших травмы мягких тканей родовых путей, у 64 (16,8%) из них заболевание наступило непосредственно после родов, у 84 (22,1%) вскоре после родов. У 45 (11,8%) женщин недержание мочи было связано с несостоятельностью сфинктера мочевого пузыря, что подтверждают данные сфинктерометрии, а у 335 (88,2%) сочеталось с опущением стенок влагалища.

При восстановлении мягких тканей родовых путей у 28 родильниц мы придерживались следующих основных принципов:

- учет объема и уровня поврежденных структур;
- применение аллоплантов и аллопластического шовного материала с целью оптимальной коррекции замыкательного аппарата;
- максимально возможное вос-

становление поврежденных структур.

Для восстановления передней стенки влагалища, особенно парауретральной области, мы соединили разорванные и разошедшиеся мышечные волокна, проводя аллосухожильные нити слева направо в области уретры и сфинктера. В ряде случаев создавалась фасциальная поддержка дна мочевого пузыря с использованием аллотрансплантов.

Во всех наблюдениях послеоперационный период протекал гладко. Выписка проводилась на 7-10 сутки. В послеродовом периоде у этих больных отсутствовали симптомы недержания мочи. Лечебная физкультура рекомендовалась через 2-3 недели. Некоторые из этих пациенток осмотрены через 6 месяцев. Никто из них не предъявлял жалоб на недержание мочи. Однако отдаленные результаты требуют дальнейшего изучения.