



# НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ АНОМАЛИЙ ПОЛОЖЕНИЯ МАТКИ И СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ

Бахаев В.В., Гюнтер В.Э.

Кафедра акушерства и гинекологии ГОУ ДПО «Новокузнецкий институт усовершенствования врачей», Новокузнецк, Россия

## НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ УСТРАНЕНИЯ ОПУЩЕНИЯ И ВЫПАДЕНИЯ ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ ВЛАГАЛИЩА И ЦИСТОЦЕЛЕ

**Актуальность проблемы.** Проблема опущения и выпадения влагалища и матки остаётся актуальной на протяжении многих лет. Распространённым способом хирургического лечения опущения и выпадения передней стенки влагалища и цистоцеле является передняя кольпоррафия. Технические трудности выполнения операции при истончении и атрофии пузырно-влагалищной фасции, высокая частота рецидивов пролапса ограничивают её применение.

**Материал и методы исследования.** Предоперационная подготовка больных и изучение эффективности проведенного лечения включали стандартное клиничко-лабораторное обследование, уродинамические методы исследования, пробы на денервацию, прогностические способы исследования («стресс»-пробы), вагинодинамическое исследование, УЗИ, «опросник» качества жизни. В послеоперационном периоде проводилось УЗИ, обзорная рентгенография малого таза, контрольные уродинамические и вагинодинамические методы исследования, «опросник» качества жизни. С целью повышения эффективности реконструкции пузырно-влагалищной перегородки при её пролапсе, мы использовали сетку из сверхэластичной нити «TiNi». Она обладает высокой эластичностью, способна повторять форму любой поверхности без предварительной деформации, что позволяет зафиксировать не только восстановленные задние стенки уретры и мочевого пузыря, но и боковые стенки уретры и мочевого пузыря и значительно увеличивает площадь укрепляемой пузырновлагалищной перегородки в самом слабом её отделе.

**Результаты исследования.** При передней

кольпоррафии устраняли цистоцеле, укрепляли урорезикулярный сегмент прилежащими соединительно-тканевыми и мышечными элементами. К восстановленной задней стенке уретры и мочевого пузыря в зоне ототсепарованной части уретры до шейки матки отдельными швами фиксировали сетку из сверхэластичной нити никелида титана. Она обхватывает боковые стенки уретры и мочевого пузыря. Фасцию ушивали по типу сопоставления её краёв.

Реконструкция пузырно-влагалищной перегородки при её пролапсе (в 2-х наблюдениях) имело место выпадение культи влагалища с уретро- и цистоцеле после гистерэктомии) с использованием сетки из сверхэластичной нити «TiNi» произведена у 8 женщин в возрасте 40 – 56 лет. Операция выполнялась как этап пластики мышц тазового дна при их несостоятельности. Послеоперационный период протекал без осложнений. Самостоятельное мочеиспускание на 1 – 4-е сутки. Контрольные осмотры через 4, 6, 12, 24, 36 месяцев после операции показали, что урогинекологических и сексуальных жалоб женщины не предъявляли, отсутствовали признаки рецидива пролапса. Имплантат негативно себя не проявлял. По данным УЗИ и рентгенограммам малого таза, вокруг имплантата ткани обычной эхоструктуры.

**Выводы.** Результаты наблюдения за пациентами дали обнадеживающие результаты, что реконструкция пузырновлагалищной перегородки путем армирования восстановленного мочевого пузыря и уретры сеткой из сверхэластичной нити никелида титана может стать альтернативой существующих в настоящее время технологий вагинопексий.

Бахаев В.В., Гюнтер В.Э.

Кафедра акушерства и гинекологии ГОУ ДПО «Новокузнецкий институт усовершенствования врачей», Новокузнецк, Россия

## НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ РЕКОНСТРУКЦИИ РЕКТОВАГИНАЛЬНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ

**Актуальность проблемы.** Одной из серьёзных проблем хирургического лечения опущения и выпадения женских половых органов, является реконструкция ректовагинальной перегородки при

наличии ректоцеле. Рекомендуемая в руководствах по оперативной гинекологии леваторопластика даёт хороший эффект только при низких ректоцеле, когда грыжевые ворота в ректовагинальной перегородке