



# 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 урорезикальный сегмент прилежащими соединительно-тканными и мышечными элементами. К восстановленной задней стенке уретры и мочевого пузыря в зоне от отсепарованной 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 предьявляли, 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

закрывают сведением ректальных ножек леваторов. Проблема реконструкции ректовагинальной перегородки при средних и высоких ректоцеле остается открытой из-за высокой частоты рецидивов.

**Материал и методы исследования.** Предоперационная подготовка больных и изучение эффективности проведенного лечения включали стандартное клинико-лабораторное обследование, проктологические методы исследования, пробы на денервацию, прогностические способы исследования («стресс»-пробы), вагинодинамическое исследование, УЗИ, функциональное исследование, «опросник» качества жизни. В послеоперационном периоде проводилось УЗИ, обзорная рентгенография малого таза, контрольные проктологические и вагинодинамические методы исследования, «опросник» качества жизни.

**Результаты исследования.** С целью повышения эффективности оперативного лечения опущений и выпадений задней стенки влагалища с формированием ректоцеле мы применили сетку из сверхэластичной нити никелида титана. Во время реконструкции ректо-вагинальной перегородки производили широкую отсепаровку передней стенки прямой кишки от задней стенки влагалища и прилегающих к ней мышечнофасциальных элементов. Перерастянутую переднюю стенку прямой кишки ушивали и возвращали в естественные анатомические границы. К восстановленной передней стенке влагалища прикладывали, моделируя по форме, и отдельными швами фиксировали сетку из сверхэластичной нити

«TiNi» на площади от наружного сфинктера прямой кишки до заднего свода влагалища с захватом боковых стенок. Затем сшивали разошедшиеся листки ректо-вагинальной фасции, прилежащие мышечно-фасциальные элементы. После иссечения излишков задней стенки влагалища, производили кольпопериэктомию с изолированной леваторопластикой. Таким методом прооперировано 7 больных с полным и неполным выпадением матки с формированием ректоцеле. Возраст пациентов составил 46 – 65 лет. Послеоперационный период протекал во всех случаях наблюдения без осложнений. Швы с промежности сняты на 6 – 7-е сутки. Заживление швов первичным натяжением. Контрольные осмотры через 4, 6, 12, 24, 36 месяцев после операции показали, что гинекологических, проктологических и сексуальных жалоб женщины не предъявляли, отсутствовали признаки рецидива пролапса. Имплантат негативно себя не проявлял. По данным ультразвукографии и рентгенограммам малого таза вокруг имплантата ткани обычной эхоструктуры.

**Выводы.** Результаты наблюдения за пациентами показали высокую эффективность реконструкции ректовагинальной перегородки с применением армирования передней стенки прямой кишки сеткой из сверхэластичной нити никелида титана. Разработанная методика может стать альтернативой сакровагинальной фиксации ректовагинальной перегородки при сложных формах пролапса гениталий и передней стенки прямой кишки.

Беженарь В.Ф.<sup>1,2</sup>, Волков Н.Н.<sup>1</sup>, Цуладзе Л.К.<sup>1</sup>,  
Благодарный Г.В.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ГУ НИИ акушерства и гинекологии им. Д.О. Отта РАМН,  
<sup>2</sup>кафедра акушерства и гинекологии ВМедА, Санкт-Петербург,  
Россия

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ УРЕТРОПЕКСИЙ TVT И TVT-О В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ ПРИ НАПРЯЖЕНИИ

**Актуальность проблемы.** Недержание мочи при напряжении (НМПН) является одной из наиболее актуальных проблем оперативной гинекологии. Приобретая высокую распространенность среди женщин репродуктивного и старшего возраста, НМПН приобретает важное медико-социальное значение, приводя к ряду патологических процессов, а также значительно снижению качества жизни пациенток. В современной гинекологии одним из наиболее эффективных методов лечения НМПН является использование субуретральных проленовых слингов.

**Целью** нашего исследования была оценка эффективности проленовых аллоимплантантов TVT и TVT-о при хирургическом лечении НМПН.

**Материал и методы.** За период с октября 2004 года нами проведено лечение 11 пациенток с НМПН, которым было проведено оперативное лечение с использованием TVT-о и 8 пациенток, которым была

выполнена операция TVT. У всех пациенток клинический диагноз НМПН был подтвержден при уродинамическом обследовании и 3D-УЗИ. Оценивались как субъективные, так и объективные параметры эффективности лечения НМПН. Всем пациенткам проводилось уродинамическое исследование, УЗИ уретровезикального сегмента до и после операции.

**Результаты исследования.** Средний возраст пациенток составил  $46 \pm 5$  лет. У пациенток обеих групп после операции наблюдалось полное излечение. Мы не наблюдали никаких осложнений как во время проведения уретропексий, так и в послеоперационном периоде. Средняя длительность операций составила 25 мин. Самостоятельное мочеиспускание наблюдалось на первые сутки после операции. При проведении контрольного УЗИ уретровезикального сегмента после операции признаков гипермобильности уретровезикального сегмента и (или) везикализации уретры отмечено не было. Все