

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ АНОМАЛИЙ ПОЛОЖЕНИЯ МАТКИ И СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ



Азиев О. В.

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета РГМУ,
Центр планирования семьи и репродукции,
Москва, Россия

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ПРОМОНТОФИКСАЦИЯ В КОРРЕКЦИИ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ

Цель исследования: изучение эффективности лапароскопической промонтофиксации в лечении пролапса гениталий.

Материал и методы. За период с 2000 года по настоящее время в клиниках кафедры лапароскопическая промонтофиксация была произведена 69 пациенткам с неполным выпадением матки (55), пролапсом культы шейки (8) или купола влагалища (6). Наряду с промонтофиксацией были выполнены следующие сопутствующие операции: гистерэктомия — у 55 (СЛГ — 43, ТЛГ — 12), экстирпация культы шейки матки — у 2, позадилоная кольпосуспензия по Берчу — у 23, коррекция паравагинальных дефектов — у 18, кольпоперионеолевавторопластика — у 3. Среди осложнений

следует отметить 2 проникающих ранения мочевого пузыря, которые были устранены во время лапароскопии. Послеоперационный койко-день колебался от 6 до 10 дней (в среднем 8).

Результаты исследования. При изучении результатов лечения в сроки от 6 месяцев до 6 лет рецидив пролапса культы шейки матки отмечен только у одной пациентки. У 2 пациенток, через 12 и 15 месяцев после операции наблюдалась эрозия слизистой влагалища, потребовавшая иссечения части протеза влагалищным доступом.

Вывод. Лапароскопическая сакропексия является эффективной процедурой, накопленный опыт позволил сделать выводы об оптимизации лечебных подходов у женщин с пролапсом гениталий.

Бахаев В.В., Гюнтер В.Э., Дамбаев Г.Ц., Салов П.П., Развозжаев Ю.Б., Григорьев В.А.

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

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ РЕКОНСТРУКЦИИ ПУЗЫРНО-ВЛАГАЛИЩНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ПРИ ЕЕ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ

Актуальность проблемы. Проблема пролапса гениталий у женщин остается актуальной на протяжении многих лет. Распространенным способом хирургического лечения опущения и выпадения передней стенки влагалища и цистоцеле остается передняя кольпоррафия. Однако при истончении и атрофии пузырно-влагалищной фасции, эта операция не обеспечивает длительного клинического эффекта.

Материалы и методы. Предоперационная подготовка больных и изучение эффективности проведенного лечения включали стандартное клинико-лабораторное обследование, уродинамические методы исследования, дневник мочеиспусканий, пробы на денервацию, прогностические способы исследования («стресс-пробы»), вагинодинамическое исследование, УЗИ, «опросник» качества жизни, в послеоперационном периоде проводилось УЗИ, обзорная рентгенография малого таза, контрольное уродинамическое и вагинодинамическое методы исследования, «опросник» качества жизни.

С целью повышения эффективности реконструкции пузырно-влагалищной перегородки при ее пролапсе, мы использовали сверхэластичную нить из никелида титана. После устранения цистоцеле и формирования уретро-везикального угла, восстановленную пузырно-влагалищную фасцию прошивали нитью TiNi в продольном и поперечном направлениях по типу сетки с захватом подлежащих тканей уретры, мочевого пузыря и поддерживающих их мышечно-фасциальных элементов на площади от отсепарованной части уретры, мочевого пузыря до шейки матки и внутренней поверхности дуг лонной кости.

Результаты исследования. По данной методике выполнено 34 операции. Возраст пациенток составил 38–66 лет. Операции выполнялись как этап пластики мышц тазового дна при их несостоятельности. Послеоперационный период протекал без осложнений. Самостоятельное мочеиспускание на 1–9 сутки. Контрольные осмотры через 4, 6, 12, 24, 36 месяцев после операции показали отсутствие