пролапса передней стенки влагалища и мочевого пузыря. Все пациентки отмечали значительное улучшение качества жизни. У 5 женщин в течение года после операции сохранялись явления гиперактивного мочевого пузыря. Однако проведенная детализация причин этого явления и последующая терапия позволили устранить этот дискомфорт. В дальнейшем урогинекологических и сексуальных жалоб женщины не предъявляли. Созданная конструкция с имплантированным материалом из

никелида титана негативно себя не проявляла. По данным УЗИ и рентгенограмм малого таза, вокруг имплантата ткани обычной эхоструктуры.

Выводы. Результаты наблюдения за пациентками позволяют предположить, что разработанная технология реконструкции пузырно-влагалищной перегородки, являющаяся модификацией передней кольпорафии, станет эффективным методом коррекции опущения и выпадения передней стенки влагалища.

Бахаев В.В.

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

ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ СЛОЖНЫХ И РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ФОРМ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ У ЖЕНЩИН

Актуальность проблемы. Наиболее распространенным способом хирургического лечения опущения и выпадения стенок влагалища, цистоцеле, ректоцеле является передняя и задняя кольпорафия с леваторопластикой. Однако высокая частота рецидивов пролапса и технические трудности выполнения операции при истончении и атрофии пузырно-влагалищной и ректо-вагинальной фасций ограничивают их применение.

Материал и методы исследования. Предоперационная подготовка больных включала стандартное обследование, уродинамические и 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 уродинамические, проктологические и вагинодинамические методы исследования, «опросник» качества жизни.

Результаты исследования. При реконструкции пузырно-влагалищной и ректо-вагинальной перегородок использовали сетку из сверхэластичной нити TiNi. После устранения цистоцеле, укрепляли уривезикальный сегмент прилежащими соединительно-тканными и мышечными элементами. К восстановленной задней стенке уретры и мочевого пузыря фиксировали сетку из нити никелида титана. Она обхватывает и боковые стенки уретры и мочевого пузыря. Фасцию ушивали по типу сопоставления её краёв. Во время реконструкции ректо-вагинальной перегородки переднюю стенку прямой кишки возвращали в

естественные анатомические границы. К восстановленной передней стенке прямой кишки фиксировали сетку из нити никелида титана. Затем восстанавливали ректовагинальную фасцию и производили кольпоперинеорафию с леваторопластикой. Реконструкция пузырно-влагалищной перегородки произведена у 8 женщин в возрасте 40–56 лет. Реконструкция ректо-вагинальной перегородки сеткой TiNi произведена у 7 женщин с выраженным ректоцеле. Послеоперационный период протекал без осложнений. Самостоятельное мочеиспускание на 1–4 сутки, стул на 5–6 сутки. Контрольные осмотры в

течение 5–6 лет после операции показали отсутствие рецидива пролапса гениталий. Все пациентки отметили значительное и стойкое улучшение качества жизни. Урогинекологических и проктологических жалоб женщины не предъявляли. У одной пациентки сохранилась дисфункция половой жизни. Однако от обследования для уточнения ее причины и соответствующей коррекции она отказалась. Имплантат негативно себя не проявлял. По данным ультрасонограмм и рентгенограммам малого таза, вокруг имплантата ткани обычной эхоструктуры.

Выводы. Наблюдения за пациентами позволяют сделать вывод, что реконструкция пузырно-влагалищной и ректовагинальной перегородок путем армирования восстановленного уривезикального сегмента и прямой кишки сеткой из нити никелида титана может быть использована при наиболее сложных формах и рецидивах пролапса гениталий у женщин, когда использование других методик весьма проблематично.