

## МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ЦИСТОЦЕЛЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕСТНЫХ ТКАНЕЙ

А.Н. Нечипоренко, Н.А. Нечипоренко, Д.Л. Середич

Гродненский государственный медицинский университет  
УЗ «Пинская центральная больница»

Опущение или выпадение передней стенки влагалища является одним из наиболее часто встречающихся хронических заболеваний у женщин в возрасте 50 лет и старше. У 35–55% женщин в этой возрастной группе выявляется та или иная степень опущения передней стенки влагалища.

В основе патогенеза опущения передней стенки влагалища лежит несостоятельность лобково–шеечной фасции, которая является тканевой структурой поддерживающей мочевой пузырь. В случаях потери лобково–шеечной фасцией биомеханической прочности мочевой пузырь теряя опору начинает опускаться вниз, что проявляется выпячиванием передней стенки влагалища в просвет мочевого пузыря – формируется цистоцеле. По мере увеличения степени опущения мочевого пузыря появляются расстройства мочеиспускания среди которых наиболее часто встречается: стрессовое недержание мочи, гиперактивность мочевого пузыря, обструктивное мочеиспускание. В случаях цистоцеле IV степени, что бывает при полном выпадении матки, страдают и верхние мочевыводящие пути. У больных развивается одно– или двусторонний уретерогидронефроз с исходом в хроническую почечную недостаточность.

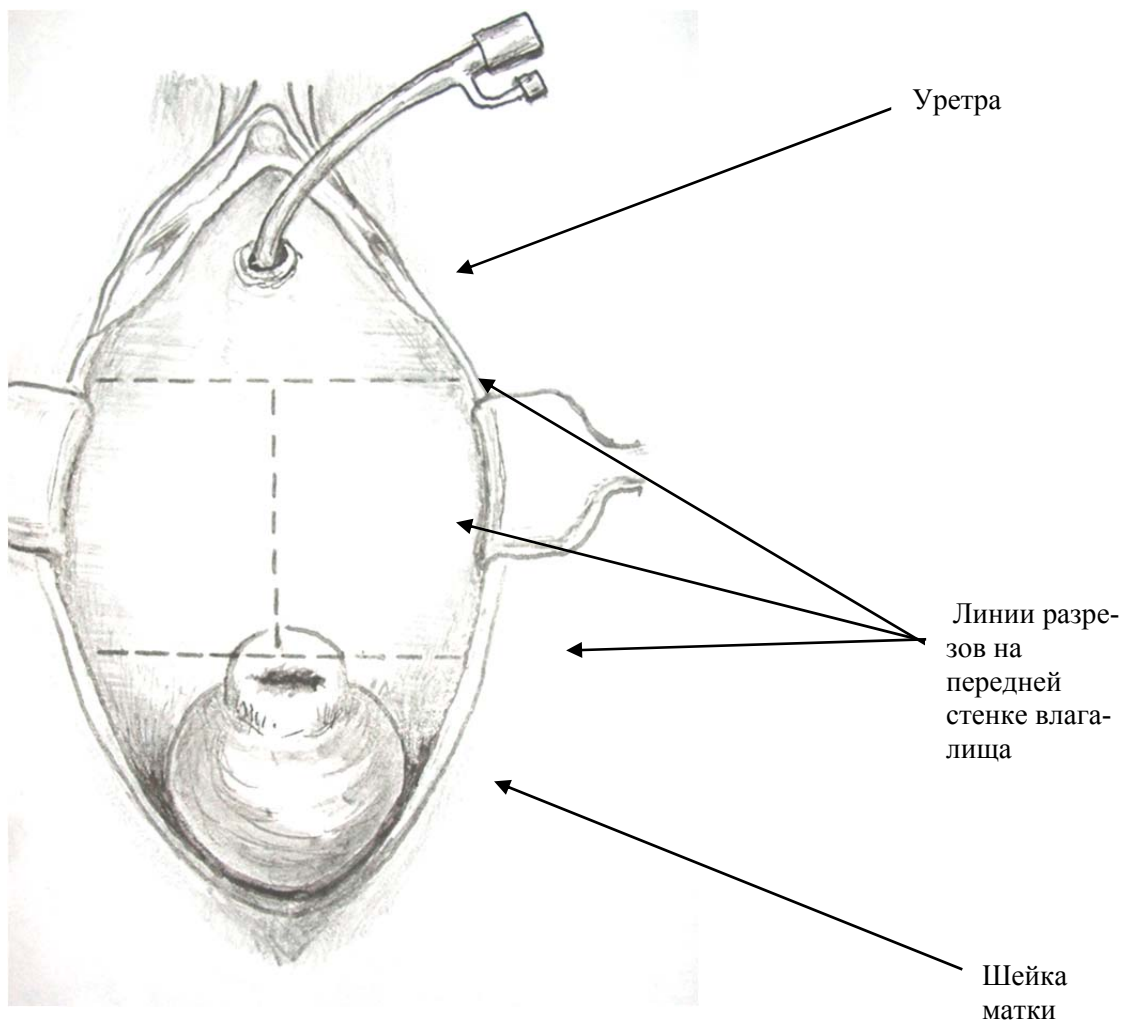
Лечение женщин по поводу цистоцеле зависит от степени опущения мочевого пузыря и от характера расстройств его функции.

Показаниями для операции являются: цистоцеле III–IV степени, а так же цистоцеле любой степени выраженности при расстройствах мочеиспускания в виде стрессового недержания мочи или в случаях обструктивного мочеиспускания (нарушение функции опорожнения мочевого пузыря) – появление остаточной мочи более 50 мл.

Радикальным методом лечения цистоцеле является хирургическое вмешательство сущность которого состоит в восстановлении физиологического положения мочевого пузыря, что в большинстве случаев позволяет если и не полностью ликвидировать функциональные расстройства, то значительно их уменьшить. Широко применяемая и сегодня операция по поводу цистоцеле в виде передней кольпоррафии в 35–45% случаев дает рецидив заболевания в течение 1–2 лет после вмешательства.[1, 2]. Это вызвано тем, что упомянутая операция патогенетически не обоснована. Иссечение участка несостоятельной лобково–шеечной фасции и наложение швов на края дефекта в фасции не дает желаемого результата, так как швы накладываются на заведомо несостоятельные ткани. Это и приводит к формированию рецидива. Это явилось причиной разработки операций с использованием синтетических сетчатых протезов, эффективность которых значительно выше, однако стоимость протезов и приспособлений для их имплантации крайне высока, кроме того операции сопровождаются развитием специфических осложнений, связанных с применением синтетических материалов.[3]. В связи с этим оправдан поиск патогенетически обоснованных методов хирургической коррекции цистоцеле с использованием местных тканей.

Мы разработали операцию по поводу цистоцеле с использованием местных тканей, которая позволяет более надежно по сравнению с передней кольпоррафией ликвидировать цистоцеле не прибегая к использованию синтетических материалов. Сущность операции – ликвидация цистоцеле методом формирования дубликатуры передней стенки влагалища и лобково–шеечной фасции прямоугольными лоскутами.

Техника операции. В положении больной для гинекологических операций под общим обезболиванием проводится гидравлическая препаровка тканей передней стенки влагалища и выполняется передняя продольная кольпотомия на протяжении от переднего свода до уровня шейки мочевого пузыря. Рассекаются стенка влагалища на всю толщину вместе с лобково–шеечной фасцией. Затем выполняются 2 поперечных разреза. Один проходит через проксимальный конец продольного разреза влагалища от правого бокового свода до левого. Второй разрез проводится через конец продольного разреза на уровне шейки мочевого пузыря. Рассекается стенка влагалища на всю толщину с лобково–шеечной фасцией. (Рис. 1).



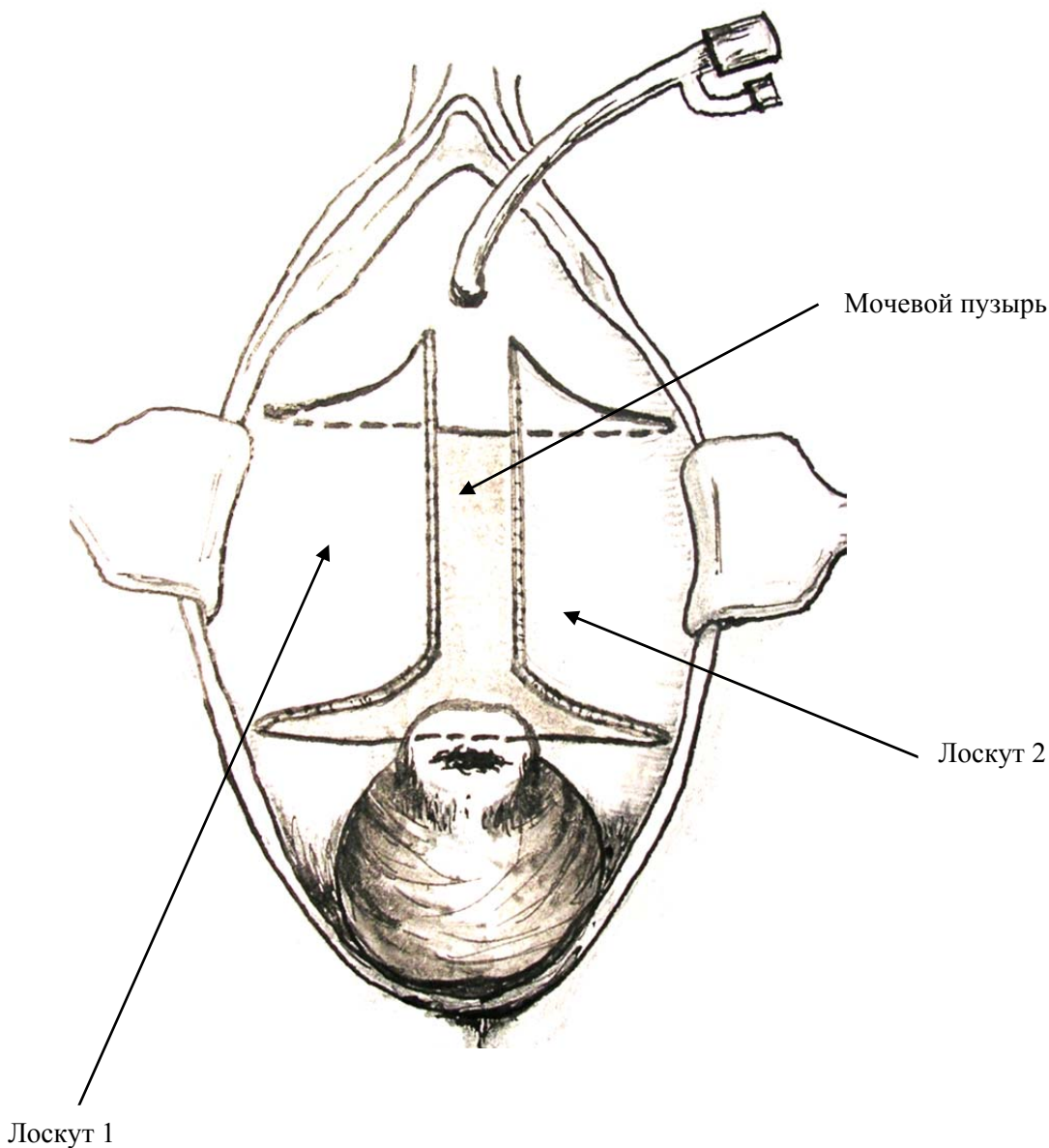
**Рисунок 1 – Вид передней стенки влагалища**

Пунктиром показаны линии разрезов на передней стенке влагалища.

На рисунке 2 схематически показаны 2 образовавшиеся лоскута (1 и 2) передней стенки влагалища лобково–шеечной фасцией, которые отсепааровываются от мочевого пузыря до уровня боковых сводов.

В случае значительного цистоцеле или резкого истончения влагалищно–пузырной перегородки каждый лоскут может быть укорочен на 1–1,5 см, отсекая его часть по свободному краю.

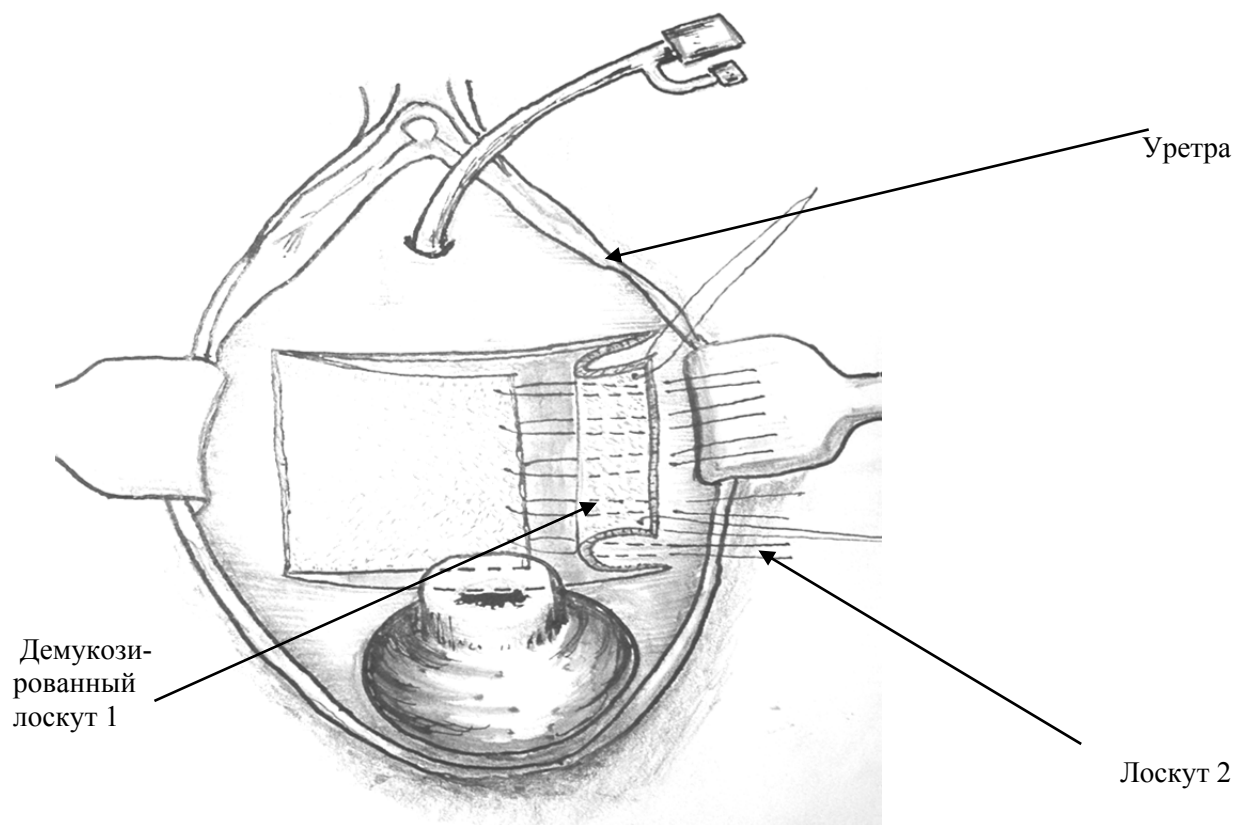
Слизистая лоскута 1 от свободного края до его основания удаляется методом иссечения или коагулируется коагулятором. Свободный край этого лоскута прошиваются 4–5 лигатурами из длительно рассасывающегося материала и лоскут 1 этими нитями пришиваются к внутренней поверхности основания лоскута 2 на уровне бокового свода (рис. 3).



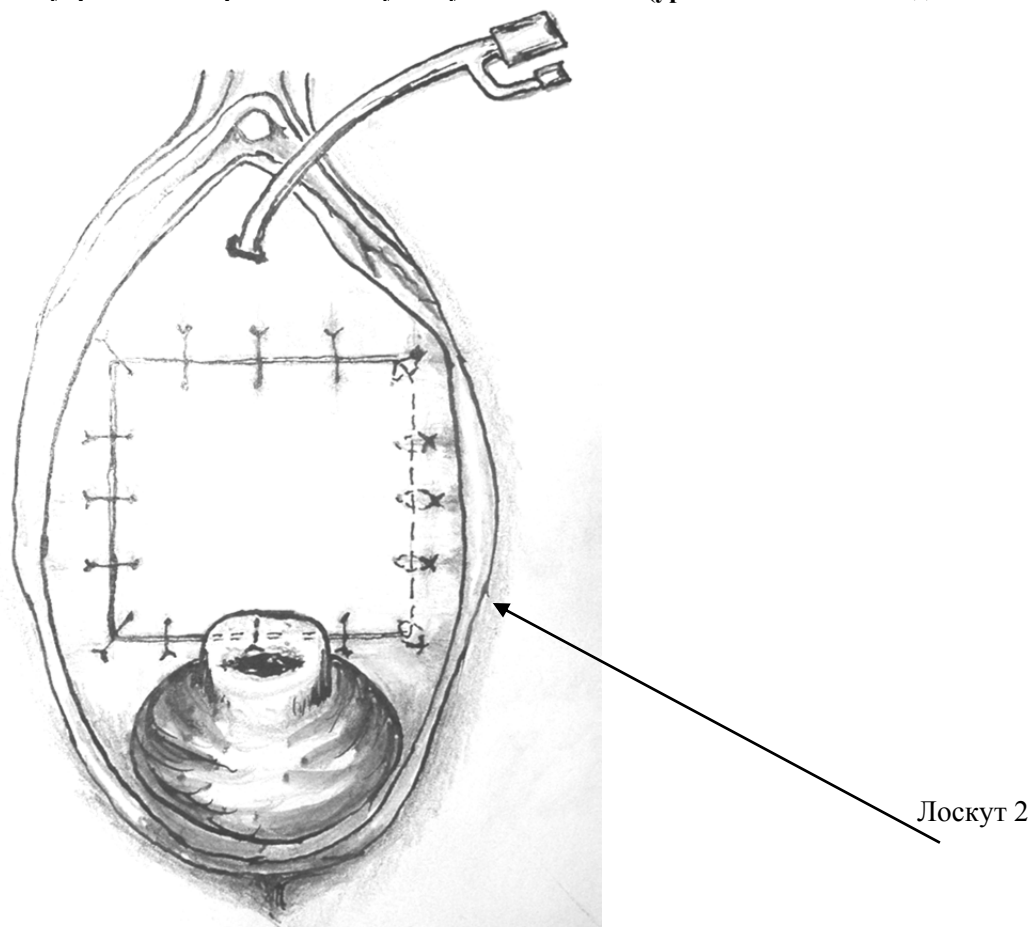
**Рисунок 2 – Формирование двух слизисто-фасциальных лоскутов из передней стенки влагалища с подлежащей лобково-шеечной фасцией.**

Таким образом, под мочевым пузырем формируется дубликатура из передней стенки влагалища и лобково-шеечной фасции. Передняя стенка влагалища не иссекается как при классической передней кольпоррафии, а сохраняется с формированием двойного слоя тканей из стенки влагалища и лобково-шеечной фасции, что значительно повышает прочность опорных тканей под мочевым пузырем, ликвидируется цистоцеле и одновременно суживается просвет влагалища.

По приведенной методике оперировано 11 женщин с цистоцеле II–III степени. У 6 из этих пациенток дополнительно была выполнена уретропексия синтетической лентой по поводу стрессового недержания мочи (операция по принципу TVT). Интраоперационных осложнений не было. Послеоперационный период у всех протекал гладко. Женщины выписаны из стационара на 6–7 день. При осмотре через месяц после операции признаков цистоцеле нет. У пациенток с имевшим место стрессовым недержанием мочи петлевая пластика позволила восстановить полную континенцию. У остальных 5 пациенток отмечено учащенное мочеиспускание днем. Таким образом, непосредственные результаты операций хорошие. В течение 2–6 месяцев после операции рецидива цистоцеле нет.



**Рисунок 3 – Демукозирванный лоскут 1 передней стенки влагалища фиксируется швами к внутренней поверхности лоскута 2 у его основания (уровень бокового свода влагалища).**



**Рисунок 4 – Края лоскута 2 фиксированы отдельными швами к краям подлежащего лоскута 1 и к краям разрезов стенки влагалища**

Малые сроки наблюдения не позволяют сделать окончательных выводов относительно достоинств и недостатков приведенной техники формирования дубликатуры передней стенки влагалища с целью ликвидации цистоцеле. Однако и полученные результаты свидетельствуют о целесообразности продолжения изучения предложенной методики операции.

### **Литература**

1. Кулаков В.И. Оперативная гинекология. М.: "Медицина", 1990. –402с.
2. Кира Е.Ф. Эволюция хирургического лечения стрессовой инконтиненции. Quovadis? / Кира Е.Ф., Гагарина С.В., Ермолинский И.И. и др. // V Всероссийская конференция «Расстройства мочеиспускания у женщин» Москва, 22–23 мая 2006 года/ Российская академия медицинских наук. – Москва, 2006. – С.12–13.
3. Краснопольский В.И. TVM (transvaginalMESH) – новый взгляд на хирургию генитального пролапса / Краснопольский В.И. [и др.] // V Всероссийская конференция «Расстройства мочеиспускания у женщин». Москва, 22–23 мая 2006 года/ Российская академия медицинских наук. – Москва, 2006. – С.9–11.