

УДК

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ
АПОНЕВРОТИЧЕСКОЙ КОЛЬПО- И
ВАГИНОПЕКСИИ ПРИ
ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ**

Велигурова Ольга Ивановна
заведующая гинекологическим отделением Перинатального центра МУЗ ГБ № 2 «КМЛДО», врач акушер-гинеколог высшей категории, заслуженный врач РФ

Татулян Татьяна Сергеевна
врач акушер-гинеколог МУЗ ГБ № 2 «КМЛДО»

Пенжоян Григорий Артемович
доктор медицинских наук, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии Кубанского медицинского института, Заслуженный врач РФ, врач высшей категории МУЗ ГБ № 2 «КМЛДО»

Велигуров Герман Германович
врач акушер-гинеколог Перинатального центра МУЗ ГБ № 2 «КМЛДО»
Краснодарский краевой перинатальный центр МУЗ ГБ №2 «КМЛДО», Краснодар, Россия

Метод лечения пролапса матки путем апоневротической кольпо- и вагинопексии дает хорошие результаты: гладко протекает послеоперационный период, больным разрешается ходить уже со вторых суток, швы снимаются на восьмые сутки, рецидивов пролапса культы шейки матки и стенок влагалища при наблюдении в течении трех лет выявлено не было

Ключевые слова: ПРОЛАПС МАТКИ, КОЛЬПО- И ВАГИНОПЕКСИЯ

UDC

**EXPERIENCE OF USING OF
APONEVROTICAL COLPOPEXY AND
VAGINOPEXY AT GYNECOLOGIC
OPERATIONS**

Veligurova Olga Ivanovna
manager of gynecologic branch, accoucheur-gynecologist of the highest category, the deserved doctor of the Russian Federation

Tatuljan Tatyana Sergeevna
accoucheur-gynecologist

Penzhojan Grigory Artemovich
Doctor of medical sciences, managing chair of obstetrics and gynecology of the Kuban medical institute, the Deserved doctor of the Russian Federation, the doctor of the highest category

Veligurov German Germanovich
accoucheur-gynecologist

Krasnodar Regional Perinatal Centre, Municipal public health institution, City hospital #2 "KMLDO", Krasnodar, Russia

The treatment method of uterus prolapse by aponevrotical colpopexy and vaginopexy yields good results: the postoperative period smoothly proceeds, patients are authorised to walk from second days, released for the eighth days, relapses of stump prolapse of cervix (uteri) and vagina paries at supervision in a current of three years has not been revealed

Keywords: PROLAPSE, COLPOPEXY AND VAGINOPEXY

Пролапс матки составляет значительную часть среди всех гинекологических заболеваний (по данным А. Созанского - 9,2%). По нашим данным, среди оперированных в плановом порядке больных - 10,9% составили пациентки с пролапсом той или иной степени. По степени выраженности выпадения (пролапс) матки принято делить на три степени: I и II - неполные и III - полное. При I степени наблюдается опущение матки, но шейка не достигает входа во влагалище, при второй степени шейка и частично матка выступают на интроитус влагалища, при III степени вся матка выхо-

дит за пределы входа во влагалище. Выпадение матки чаще всего является результатом несостоятельности мышц тазового дна, и, как правило, сопровождается цистоцеле, ректоцеле, нарушением мочеиспускания вплоть до недержания мочи, сексуальными расстройствами и снижением трудоспособности.

Не вызывает сомнения, что оптимальным методом лечения выпадения любой степени является хирургический. Изучение результатов различных видов операций показывает, что рецидивы (цистоцеле, ректоцеле, нарушение мочеиспускания) достигают от 2,3 до 9,6%. В связи с этим в течение многих лет продолжаются поиски новых вариантов оперативных вмешательств.

При полном выпадении матки у пациенток пожилого возраста нами применяется влагалищная экстирпация матки по МЕЙО с последующей кольпоперинеоррафией, в различной модификации. Более сложно решать вопрос в отношении объема операций при выпадении матки у молодых женщин до 45-50 лет. У лиц с выпадением матки и отсутствием элонгации шейки нами применена операция В. И. Краснопольского (1990). Суть операции заключается в укреплении крестцово-маточных связок двумя выкроенными из апоневроза наружных косых мышц живота лоскутами на широком основании, которые после вскрытия брюшной полости и параметриев между круглой связкой матки и собственной связкой яичника проводятся в параметрий экстраперитонеально, выводятся через перфорированный задний листок широкой маточной связки и фиксируются к крестцово-маточным связкам синтетическими швами. При этой операции меняется уретро-уретральный угол и, если пациентка имела недержание мочи, то этот симптом нередко исчезает. Эта операция может быть выполнена и после надвлагалищной ампутации матки и после экстирпации ее. В последнем случае апоневротический лоскут фиксируется и к крестцово-маточным связкам, и к стенке влагалища.

В гинекологическом отделении Перинатального центра выполнено хирургическое лечение пролапса и миомы матки 26 больным в возрасте от 40 до 50 лет (средний возраст 45 лет). Схема обследования больных включала в себя: углубленные клинико-лабораторные, инструментальные, аппаратные исследования: крови, мочи; отделяемого из матки, влагалища; УЗИ, ЭКГ, консультации специалистов, гистероскопия с последующим патоморфологическим исследованием.

Хирургическое лечение проводилось по описанной выше методике, предложенной В.И. Краснопольским. 16 пациенткам произведена надвлагалищная ампутация матки с укреплением культи шейки матки апоневротическим лоскутом и 10 пациентам – экстирпация матки, апоневротический лоскут фиксировался к крестцово-маточным связкам и к стенке влагалища.

Послеоперационный период протекал гладко, больным разрешено ходить со вторых суток. Швы были сняты на восьмые сутки с последующей выпиской. Рецидивов пролапса культи шейки матки и стенок влагалища при наблюдении в течении трех лет не было. Таким образом метод лечения пролапса матки путем апоневротической кольпо- и вагинопексии дает хорошие результаты в гинекологической практике.