

РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АПЛАЗИЕЙ ВЛАГАЛИЩА

Л. В. Вахрушева

Уральская медицинская академия.

Отделение восстановительной и эстетической хирургии
НПО «Бонум», Екатеринбург

Отсутствие влагалища или высокая степень его недоразвития, не позволяющая женщине жить нормальной половой жизнью, являются для нее источником тяжелейших переживаний. Эти больные настойчиво добиваются хирургического вмешательства и, чтобы избавиться от физической неполноценности, готовы идти на любую операцию, даже с риском для жизни.

Однако множество способов и разнообразие методик кольпопоза, предложенных на протяжении примерно полуторастолетней истории вопроса, наряду с противоречивостью данных об их эффективности, свидетельствовали о неудовлетворенности врачей и пациенток исходами многих проведенных операций.

Имеются два принципиально разных подхода к лечению этой патологии: консервативный и хирургический. Консервативный метод, заключающийся в углублении преддверия влагалища путем постепенного растягивания тканей преддверия наряду с явными преимуществами — неинвазивный, отсутствие осложнений, имеет и ряд серьезных недостатков — мучителен для пациентки, выполнение его очень длительно, неовлагалище часто формируется недостаточной длины, повторные курсы бескровного кольпопоза не всегда приводят к желаемому результату: при имеющихся рубцовых изменениях вульвы, сформированной девственной плеве и влагалищной ямке повторные курсы кольпоэлонгации оказываются малоэффективными. Нами проводились кольпоэлонгации 7 пациенткам. Хороший эффект был достигнут в 3 случаях, частичный в 3 случаях (до 4 см), в одном без эффекта.

Большинство способов хирургического кольпопоза, применяемых в наши дни, можно разделить на 2 вида: способы, связанные с перемещением отрезка кишечника в прямокишечнопузырное пространство, и способы, основанные на выстилании канала, образуемого в ректовезикальной клетчатке, кожей, амнионом, брюшиной малого таза или аллопластическими материалами.

Операции образования искусственного влагалища из резецированного участка сигмовидной кишки, выполненные высококвал-

лифицированными хирургами, дают удовлетворительный и стойкий эффект относительно возможности половой жизни. Однако они чреваты серьезными, а порою очень тяжелыми (перитониты) послеоперационными осложнениями, опасными для жизни. Также в 82% случаев (по данным литературы) пациентки при половой жизни отмечали дискомфорт из-за выраженной длины неовлагалища и частого выпадения его стенок, обильного отделяемого со специфическим запахом.

Операции кольпопозза, выполненные с использованием кожи, плодных оболочек, тазовой брюшины или синтетических материалов, которыми выстилается созданный ректоуретральный канал, в большинстве случаев не вызывают серьезных осложнений, но довольно часто оказываются малоэффективными из-за наступления рубцевания созданного влагалища.

Успех операции обусловлен адекватной эпителизацией стенок влагалища, которая в свою очередь зависит от способа кольпопозза, материала, которым будет выстлано неовлагалище, предоперационной подготовки и послеоперационного ведения.

Большинство исследователей (Краснопольский В. И. 1988 г., Селезнева Н. Д., 1984 г., Jörn Dewhurst 1996 г.) считают, что создание условий для заживления операционной раны, ускорения процессов регенерации, местной защиты раневой поверхности является одним из условий повышения результатов реконструктивно-пластической хирургии на женских половых органах.

По литературным данным, наилучшие результаты получены при использовании одного из видов кольпопозза из тазовой брюшины:

1. Научными исследованиями многих авторов (Кипарисов Л. И., Вербенко А. А., 1968 г.; Гиговский Е. Е. 1973 г.) подтверждено, что постепенное нарастание многослойного плоского эпителия на стенку неовлагалища происходит со стороны преддверия влагалища. Брюшина, лишенная мезотелия и проросшая грануляционной тканью, исполняет роль остова, по которому идет эпителизация. Исходя из этого утверждения, напрашивается вывод, что чем больше глубина преддверия, тем быстрее и проще идет эпителизация неовлагалища.
2. Нами разработан и начал применяться модифицированный способ кольпопозза из тазовой брюшины, заключающийся в следующем: на этапе подготовки к оперативному лечению, мы начали проводить у пациенток один-два курса бескровного кольпопозза, растягивая длину преддверия до 3—4 см и таким образом увеличивая величину слизис-

той преддверия (в 2 случаях дальнейший оперативный кольпопоз не понадобился, так как консервативно было создано неовлагалище глубиной 10 см).

После создания «глубокого» преддверия выполнялся типичный кольпопоз из тазовой брюшины с лапароскопической ассистенцией, купол неовлагалища создавался лапароскопическим доступом и фиксировался к рудиментарным маточным валикам, что предохраняло неовлагалище в дальнейшем от выпадения.

За счет длины преддверия анастомоз между брюшиной и слизистой влагалища накладывался на глубине 2 см от входа во влагалище, что имело следующие преимущества:

1. Нет риска рубцового сужения входа во влагалище.
2. Перевязки в послеоперационном периоде практически безболезненны (так как наибольшей чувствительностью и болезненностью обладают швы на вульве, у основания малых половых губ, а не в глубине влагалища).
3. Требуется меньшее по длине количество брюшины.

По этой методике нами прооперировано 4 пациентки. Послеоперационный период с использованием мазей «бетедин», «виватон» и сменной тампона во влагалище через 2—3 дня протекал гладко, пациентки выписаны из стационара на 14 сутки и обучены введению протеза с мазевыми аппликациями во влагалище ежедневно на 2—3 часа.

Неовлагалище у всех достаточной глубины и ширины. Средний возраст пациенток 18,4 года. В настоящее время к оперативному лечению сеансами консервативного кольпопоза готовится 5 девушек возраста 17—19 лет.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вербенко А. А., Шахматова М. П. Аплазия влагалища. 1982 г.
2. Хашукова, Асiley З. Современные подходы к диагностике, хирургическому лечению и реабилитации больных с аномалиями развития матки и влагалища. 1988 г.

ВЛИЯНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ЭКСТРАОРГАННОГО КРОВОТОКА В СОСУДАХ ПРИДАТКОВ МАТКИ НА ВЫБОР МЕТОДА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МИОМОЙ МАТКИ

С. К. Володин, Р. И. Файзуллин

Кафедра акушерства и гинекологии № 1 КГМА.

(зав. кафедрой профессор Мальцева Л. И.), г. Казань

В настоящее время отмечается тенденция роста числа больных с миомой матки (Василевская Л. Н., 1979; Вихляева Е. М., 1980; Савицкий Г. А., 1994; Aizenstein R., 1991). Часто возникают