

Выводы. Компьютерная томография позволяет выявить экстраренальные повреждения, оценить перфузионные параметры и экскреторную функцию, распространенность гематомы.

КТ должна являться «золотым стандартом» при обследовании пациентов с закрытой травмой почки. КТ является обязательным методом обследования пациентов с подозрением на повреждение чашечно-лоханочной системы и сосудов.

Получаемые сведения ориентируют врача в необходимости немедленного оперативного вмешательства либо проведения консервативной терапии.

Литература

1. УРОЛОГИЯ (национальное руководство). (Ред. Н.А. Лопаткин), Москва, 2011. – 1021 с.
2. Нечипоренко Н.А., Нечипоренко А.Н. Неотложные состояния в урологии. – Минск, "Высшая школа", 2012. – 400 с.

**ДУБЛИКАТУРА ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ ВЛАГАЛИЩА –
ВАРИАНТ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ЦИСТОЦЕЛЕ**

*Нечипоренко А.Н., Середич Д.Л.,
Нечипоренко Н.А., Прудко А.Ю.*

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Среди форм генитального пролапса (ГП) наиболее часто встречается опущение матки и передней стенки влагалища с формированием цистоцеле. Современным методом лечения этого вида ГП является внебрюшинная вагинопексия синтетическим сетчатым протезом системы Gynecar Prolift. Операция весьма эффективна, однако недостатками этой операции является высокая стоимость набора Gynecar Prolift, сравнительно частые и иногда тяжелые осложнения, трудности освоения техники операции. В связи с этим разработка метода операции по поводу опущения матки с цистоцеле менее экономически затратного, менее травматичного и более простого в техническом исполнении при одновременном сохранении высокой эффективности остается актуальной задачей.

Цель. Оценить результаты операции по поводу опущения матки с цистоцеле в виде ленточной фиксации матки и дубликатуры передней стенки влагалища.

Материал и метод. Наблюдали 19 женщин с различными формами ГП, компонентом которого было цистоцеле II-III степени при опущении матки или шейки матки (после ранее выполненной надвлагалищной ампутации матки) I-II степени.

Нами разработана и применена техника хирургической коррекции цистоцеле с использованием местных тканей, сущность которой сводится к следующему.

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 передней стенки влагалища. Один разрез проводится через проксимальный конец продольного кольпотомического разреза (под областью шейки мочевого пузыря) от правого бокового свода до левого. Второй разрез проводится через конец продольного разреза у переднего свода. Рассекается стенка влагалища на всю толщину с лобково-шеечной фасцией. Проводится диссекция тканей передней стенки влагалища так, чтобы образовалось 2 лоскута, основания которых находятся в области боковых сводов влагалища.

В случае значительного цистоцеле или резкого истончения влагалищно-пузырной перегородки каждый лоскут может быть укорочен на 1-1,5 см с помощью отсечения его части по свободному краю.

Слизистая одного из лоскутов от свободного края до его основания удаляется методом иссечения или коагулируется коагулятором. Свободный край демукозированного лоскута прошиваются 4-5 лигатурами из длительно рассасывающегося материала и этот лоскут нитями пришивается к внутренней поверхности противоположного лоскута у его основания так, что он оказывается на уровне бокового противоположного свода (рис. 1). После этого свободный лоскут накладывается на демукозированную поверхность уже фиксированного швами лоскута и фиксируется отдельными швами по краю сохраненной слизистой у основания демукозированного лоскута (рис. 2). Накладываются швы по линиям горизонтальных разрезов

влагалища, что обеспечивает плотную фиксацию лоскутов друг к другу и к стенке влагалища.

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.

Результаты и обсуждение. Операции прошли без осложнений. Цистоцеле ликвидировано во всех случаях. Послеоперационный период протекал гладко. Через месяц после операции осмотрены все женщины. Признаков цистоцеле нет. Через 12-14 месяцев после операции осмотрены 10 женщин. Рецидива цистоцеле нет. Таким образом, полученный результат позволяет положительно оценить описанную методику хирургической коррекции цистоцеле.



Рисунок 1 – Демукозированный лоскут передней стенки влагалища фиксируется швами к внутренней поверхности противоположного лоскута у его основания

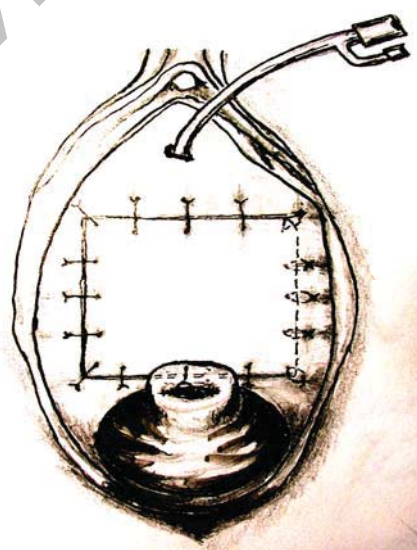


Рисунок 2 – Края свободного лоскута фиксированы отдельными швами к краям демукозированного лоскута и к краям разрезов стенки влагалища

Операция значительно проще в техническом исполнении по сравнению с операциями, использующими синтетические протезы, исключаются имплант-ассоциированные осложнения.