

**ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПУЩЕНИЯ И ВЫПАДЕНИЯ
ВЛАГАЛИЩА И МАТКИ У ЖЕНЩИН С ПРИМЕНЕНИЕМ
ПОЛИПРОПИЛЕНОВОЙ СЕТКИ С ТИТАНОВЫМ ПОКРЫТИЕМ**
Маматова Н.Э.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Представлены результаты оперативного лечения у 52 женщин с пролапсом гениталий. У 12 сетку при пластике влагалища не фиксировали, у одной из них возникла деформация сетки и ее пришлось удалить. У 40 сетку фиксировали. Осложнений после операции не наблюдали. В стационаре больные находились не более 2-3 дней. В отдаленные сроки отмечено значительные улучшения качества жизни.

Ключевые слова: пролапс гениталий, оперативное лечение, полипропиленовая сетка, титановое покрытие, отдаленные результаты.

**АЯЛДАРДЫН ЖЫНЫСТЫКТЫН ТҮШҮП КЕТИШИН ТИТАН
МЕНЕН КАПТАЛГАН ПОЛИПРОПИЛЕН ТОРЧОСУН КОЛДОНУП
ХИРУРГИЯЛЫК ДАРЫЛОО**
Маматова Н.Э.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Жыйынтык: жыныстыктын түшүп кетиши менен ооруган 52 аялдын операция жолу менен дарылоонун тыянагы көрсөтүлгөн. 12 аялдын кынына торчо бекитилген эмес, бирөөнүн торчосу бүрүшүп калгандыктан алынып салынды. 40 аялга торчо бекитилди. Операциядан кийин ырбоо болгон эмес. Оорулар стационарда 2-3 күн эле ашык жатышкан. Аялдардын жашоо сапаттары кийинки мезгилде жакшырган.

Маанилүү сөздөр: гениталдык пролапс, оперативдик дарылоо, полипропилен торчосу, титан капталуу, кийинки тыянактар.

**SURGICAL TREATMENT OF PTOSIS AND PROLAPSE OF THE
VAGINA AND UTERUS IN WOMEN USING POLYPROPYLENE
MESH-COATED**
Mamatova N.E.

Kyrgyz State Medical Academy. I.K. Ahunbaeva
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: The results of surgical treatment of 52 women with stress enuresis and genital prolapse are presented in this article. Vesicourethral angle became bare and circular unresolved suture was laied on the urethra and it was fixed to the periosteum of public bone. Then the anterior plasty on vagina was carried out. There were no recidivations during the period from 6 months till 2 years. In the long-term period showed a significant improvement of quality of life.

Key words: enuresis, genital ptosis and prolapse in women, surgical treatment, long-term results.

Введение:

Опушение и выпадение влагалища и матки – довольно распространенная патология во многих странах мира, сопровождаемая нарушением функции мочевого пузыря и прямой кишки [1,7,8]. Клинические проявления пролапса гениталий влияют на состояние общего здоровья, сексуальную активность, снижают трудоспособность, приводят к депрессии и другим нарушениям [3,4,6].

Основным методом лечения этого тяжелого заболевания является хирургический.

К настоящему времени предложено большое число различных методов оперативного лечения, но все они не лишены такого недостатка как, рецидив болезни, который колеблется от 5 до 40% [2,3,5]. В связи с высокой частотой рецидивов наблюдается повышенный интерес акушеров-гинекологов и хирургов к применению имплантационных материалов для восстановления дефектов тазового дна. Идут поиски материалов, обладающих максимальной биосовместимостью, свойства которых близки к свойствам организма. В литературе

последних лет опубликованы немногочисленные материалы об использовании для пластики влагалища полипропиленовых сеток [1,4], но какова их эффективность остается до конца не решенным вопросом, не изучены качества жизни в отдаленные сроки после операции. Кроме того все больные оперированы в стационарах с традиционными сроками послеоперационного лечения (8-10 дней), а что касается лечения этой группы больных в стационарах с краткосрочным пребыванием, мы в доступной литературе не обнаружили.

Цель нашего исследования – представить результаты применения полипропиленовой сетки с титановым покрытием в лечении опущения и выпадения влагалища и матки в стационаре с краткосрочным пребыванием.

Материал и методы исследования

Под наблюдением находилось 52 женщины с пролапсом гениталий, которые были оперированы в многопрофильной клинике «КАМЭК» с пребыванием в стационаре (2-3 дня). Возраст их колебался от 32 до 74 лет, а давность заболевания – от 6 месяцев до 20 лет. Трое из них поступили с рецидивом пролапса гениталий, которые ранее были оперированы в других лечебных учреждениях, а к нам поступили в связи с рецидивом заболевания.

Из анамнеза установлено, что причиной пролапса у 26 были тяжелые роды с родовой травмой (разрывы, эпизио- и перинеотомия), 10 женщин свое заболевание связывали с выполнением тяжелого физического труда, 6 женщин отметили связь возникновения пролапса с перенесенными ранее операциями (ампутация, либо экстирпация матки), у 10 имели место сочетание родовой травмы и тяжелого физического труда в ближайший послеродовой период.

При поступлении больных в стационар, помимо общеклинического обследования, выполняли влагалищное исследование, выявление экстрагенитальных заболеваний, пробы для диагностики стрессового недержания мочи, ректо-, энтероцеле. Ультразвуковое исследование осуществляли с использованием абдоминального, промежностного и трансвагинальных датчиков, что позволяло

выявить патологию матки, шейки матки и придатков. Состояние микробиоты влагалища до лечения и после операции определяли с помощью микроскопии вагинальных мазков. Качества жизни изучали по анкете опроснику, составленному на русском и кыргызском языках.

Результаты и их обсуждение

В оценке степени пролапса гениталий мы пользовались классификацией описанной Славашевич Т.И. [5]: 2 степень умеренно выраженное опущение передней или задней, либо обеих вместе стенок влагалища; 1- опущение стенок влагалища сочетается с удлинением шейки матки, тело матки смещается книзу, но не выходя за пределы половой щели; 3- выпадение всех слоев влагалища и матки, при этом тело матки полно или частично располагается за пределами входа во влагалище. Показанием для оперативного лечения считали 2-3 степени пролапса гениталий с наличием цисто- или ректоцеле.

При обследовании женщин в момент поступления вторая степень пролапса установлена у 27 и третья – у 25 больных. Сопутствующие заболевания имели место у 47 из 52 поступивших (гипертоническая болезнь, коронарная болезнь сердца, хронический бронхит вне обострения). Особое внимание мы уделяли санации влагалища до операции и с этой целью назначали ванночки с озонированным раствором поваренной соли с концентрацией озона 8-10 мкг/мл и введение тампонов с озонированным растительным маслом. В результате проведенной предоперационной подготовки в течение 3-4 процедур удавалось добиться повышения чистоты влагалища. В момент операции влагалище и кожные покровы промежности тщательно обрабатывали 1% водным раствором повидона.

Все женщины оперированы под эпидуральным обезболиванием. Мы отдаем предпочтение этому методу, так как оно позволяет уменьшить кровопотерю, рано активизировать больных и, кроме того, оно менее затратное в сравнении с эндотрахеальным наркозом.

С целью профилактики гнойно-воспалительных осложнений операция

сопровождалась внутривенным введением озонированного раствора поваренной соли с концентрацией озона 3-4 мкг/мл в объеме 400 мл. Введение этого раствора повторяли на следующий день после операции (400 мл). Антибиотики, как правило, не назначали.

Операцию осуществляли следующим образом: при передней пластике иссекаем слизистую влагалища трапециевидной формы и на место удаленной слизистой укладываем выкроенную по размеру полипропиленовую сетку с титановым покрытием. После экономного иссечения излишков тканей ушиваем переднюю стенку влагалища.

При пластике задней стенки влагалища продольным разрезом (срединным) рассекаем заднюю стенку до заднего свода и максимально отсепаровываем стенки влагалища в стороны к стенкам таза с обнажением перерастянутой передней стенки прямой кишки, покрытой ректовагинальной фасцией до боковых стенок. Затем накладываем один-два кисетных шва на ректовагинальную фасцию с обязательным захватом передней стенки прямой кишки, этим мы устраняем ректоцеле. На участок отсепарованной слизистой укладываем полипропиленовую сетку с титановым покрытием. После иссечения излишков тканей слизистую над сеткой ушиваем.

У 12 больных мы сетку не фиксировали и, несмотря на благоприятное течение послеоперационного периода, у одной сетка деформировалась и ее пришлось удалить, а при повторной операции сетку фиксировали. У остальных женщин (40 чел.) при пластике сетку обязательно фиксировали в верхнем углу к краям поперечной связки влагалища, а внизу – край сетки подшивали к фиброзной ткани шейки матки. Это обеспечивало устойчивость сетки, она быстро прорастала тканями и деформация не возникала.

В послеоперационном периоде самостоятельное мочеиспускание отмечено у 50 женщин, а у двух была атония мочевого пузыря, но в результате применения физиотерапии, мочеиспускание быстро восстановилось. Нарушения биоценоза влагалища в связи с применением сетки мы не наблюдали. При выписке из стационара рекомендовали

соблюдение режима труда и отдыха, исключить тяжелый физический труд.

В сроки от 6 месяцев до 2 лет обследовано было 46 женщин, ни одна из них прежних жалоб не предъявляла, при обследовании рецидива ни у одной не выявлено. Все отметили значительное улучшение качества жизни: повысилась физическая активность (с 35,0% до 85,0%), а также социальное (с 45,0% до 72,5%) и ролевое функционирование (с 58,5 до 70,0%).

Выводы:

Наши исследования показали, что в лечении пролапса можно использовать полипропиленовую сетку с титановым покрытием, которая позволяет улучшить результаты лечения.

Полипропиленовую сетку необходимо фиксировать, чтобы предотвратить ее деформацию.

Для профилактики гнойно-воспалительных осложнений использовать внутривенное введение озонированного раствора поваренной соли, а также применять эти растворы местно в пред- и послеоперационном периоде.

Применение полипропиленовой сетки в лечении пролапса гениталий способствует повышению качества жизни.

Литература:

1. Бахаев В.В. Хирургическое лечение пролапса гениталий у женщин с использованием сверхэластичных материалов / В.В. Бахаев // Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. – Челябинск, 2008, – 50 с.
2. Буянова С.Н. Способ хирургического лечения пролапса гениталий / С.Н. Буянова, И.В. Краснопольская, А.А. Федоров // Патент, 2004, № 2242942.
3. Загребина В.А. Хирургическое лечение опущения и выпадения половых органов / В.А. Загребина, Н.Д. Иванчикова, О.В. Азиев // Российский мед. журнал, – 1997, - № 1, – С.37-39.
4. Кустаров В.Н. Качество жизни женщин после хирургической коррекции пролапса матки / В.Н. Кустаров // Материалы VII Российского форума «Мать и Дитя». – М., 2005, – С.430-431.

5. Славашевич Т.И. Хирургическое лечение больных с опущением и выпадением половых органов: автореф. дис. канд. мед. наук., Минск, 1986,- 22с.

6. Ящук А.Г. Научное обоснование и реализация лечебно-реабилитационных мероприятий у женщин с пролапсом гениталий / А.Г. Ящук // Автореф. дисс. д-ра мед. наук. – М., 2009, – 37 с.

7. Boscaro M. Plastic vaginal surgery according to Pesalozza-Dellepiane in treatment of genital prolapse / M. Boscaro // Minerva Gynaecol. – 2004, – Vol.31, # 6. – P.376-380.

8. Carley M.E. Obstetric history in women with surgically corrected urinary incontinence or pelvic organ prolapse M.E. Carley // J. Am. Assoc. of Gynec. Laparosc. – 1999, – Vol.6, # 1. – P.85-89.