

Маматова Н.Э.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОЛИПРОПИЛЕНОВОЙ СЕТКИ В ЛЕЧЕНИИ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ В СОЧЕТАНИИ С МИОМОЙ МАТКИ

Mamatova N.E.

USE POLYPROPYLEN'S GRIDS IN TREATMENT PROLAPSES GENITALS IN A COMBINATION TO A UTERUS MYOMA

УДК: 616.618.214.-006.363.3

Цель – оценить результаты лечения опущения и выпадения матки в сочетании с миомой. Оперировано 36 больных в возрасте от 38 до 68 лет. Осуществлялась экстирпация матки и пластика стенок влагалища, использован метод фиксации стенок влагалища круглыми связками. И пластика влагалища с применением полипропиленовой сетки с титановым покрытием. В сроки от 6 мес. до 2 лет, рецидива не выявлено.

Ключевые слова: тазовое дно, несостоятельность мышц, миома матки, оперативное лечение.

The object of the work was to evaluate the results of surgical treatment of the patients with uterine and vaginal prolapses in combination with myoma. 36 patients were operated. Extirpation of the uterus and vaginoplasty were carried out; the vaginal walls fixation method by the round ligaments in period from 6 months till 2 years had been used. There were no recurrences.

Одним из наиболее распространенных заболеваний у женщин, особенно пожилого возраста относится опущение и выпадение стенок влагалища и матки, которые выявляются в 10-45% случаев [1,3,7]. В последние годы появились сообщения, что это заболевание нередко возникает и у женщин репродуктивного возраста [4,5]. Заболевание имеет тенденцию к прогрессированию, что приводит к нарушению функции тазовых органов, которые существенно влияют на состояние больных. В литературе представлено большое количество публикаций, посвященных оперативному лечению опущения и выпадения матки, но после любого метода в большом диапазоне (10-35%) возникает рецидив заболевания, что снижает эффективность хирургических вмешательств [1,3].

Необходимо также отметить, что у женщин нередко выявляется миома матки, заболеваемость которой также не имеет тенденции к снижению [2,4,5,6]. Лечение этого заболевания в основном оперативное и нередко эта патология сочетается с опущением гениталий, что требует особого подхода к оперативному лечению, так как при удалении матки, если не учитывается наличие опущения гениталий, в отдаленном периоде после операции возникает выпадение культи влагалища, которое, в свою очередь, требует оперативного лечения [6,8,9]. Поэтому идет поиск более эффективных методов лечения для предотвращения этого осложнения.

Цель работы – представить результаты лечения опущения и выпадения гениталий в сочетании с миомой матки.

Материал и методики исследования

Под наблюдением находилось 36 больных женщин, которые были оперированы в клинике по поводу опущения и выпадения гениталий в сочетании с миомой матки. Возраст их колебался от 38 до 68 лет, а давность заболевания - от одного года до 20 лет. Основными причинами выпадения и опущения были многократные роды, родовые травмы, тяжелая физическая работа, эстрогения, рубцы после перенесенных хирургических вмешательств, но нередко наблюдалось и сочетание нескольких причин.

В обследовании больных стремились выявить и сопутствующие заболевания. В диагностике, помимо общеклинических исследований, выполняли гинекологическое, УЗИ, биопсию влагалища, определение уровня гормонов.

Результаты и их обсуждение

В результате выполненных исследований II степень опущения и выпадения установлена у 14, а III ст.- у 22 больных. При оценке степени опущения мы пользовались классификацией предложенной Славашевич [7]. В разработку мы взяли тех больных, у которых выявлено еще и наличие миомы матки. Размер миомы не превышал 6,0х6 см, но клинически проявлялись метроррагиями. До операции влагалище обрабатывалось многократно озонированным раствором поваренной соли с концентрацией озона 8-10 мкг/мл, который обладает мощным бактерицидным действием [2,4]. Метод позволял быстро добиться санации влагалища.

Операции осуществлялись под эпидуральной анестезией. Мы отдаем предпочтение данному виду обезболивания, при котором, как правило, уменьшается кровопотеря в момент операции, а в послеоперационном периоде больные активизируются в более ранние сроки, что является хорошей профилактикой легочных и тромбоэмболических осложнений, тем более, что у нас большинство больных было пожилого возраста, у которых риск возникновения осложнений велик. Экстирпацию (у 14) и надвлагалищную ампутацию матки (у 18)

выполняли влагалищным доступом. После удаления матки влагалище ушивали, а по краям фиксировали круглые связки, которые предотвращали выпадение культи. После фиксации круглыми связками производили пластику передней и задней стенки влагалища. Из 36 больных у 12 кольпоррафия с леваторопластикой была осуществлена традиционным способом, а у 24 при пластике влагалища использована полипропиленовая сетка с титановым покрытием. У 12 женщин сетку мы не фиксировали, а только укладывали на место иссеченной слизистой влагалища, но при этом у одной женщины сетка деформировалась, нам пришлось ее удалить, а у 12 сетку фиксировали, что обеспечивало хорошее ее приживание.

С целью профилактики воспалительных осложнений в момент операции больным переливали озонированный раствор поваренной соли с концентрацией озона 3-4 мкг/мл в количестве 400,0-600 мл. На следующий день после операции переливание повторяли. Половые органы после операции обрабатывали озонированным раствором два раза в сутки, так как установлено [2,4], что озон обладает мощным бактерицидным действием, с концентрацией озона 8-10мкг/мл.

Самостоятельное мочеиспускание восстановилось сразу после операции у 14 больных, еще у 18 выполнена один раз катетеризация мочевого пузыря, а у 7 - дважды. В стационаре больные находились 3,2±0,18 койкоднев. На 7-е и 21-е сутки больные являлись на контрольный осмотр. На 7-е сутки ряд женщин отмечали периодически возникающие тупые боли внизу живота, но на 21-е сутки болевого синдрома уже не было. Жалоб больные не предъявляли.

Через 6 месяцев обследовано 32 из 36 больных, состояние их было удовлетворительным, рецидива опущения влагалища не

обнаружено и ни у одной из оперированных выпадения культи влагалища не выявлено.

Таким образом, наши немногочисленные исследования показали эффективность выполнения операций в условиях кратковременного пребывания в стационаре больных с опущением и выпадением гениталий в сочетании с миомой матки.

Литература:

1. Буянова С.Н., Савельев С.В., Гришин В.Л. Некоторые аспекты патогенеза пролапса гинеталий //Акушерство и гинекология.- 2001.- № 3.- С. 39-43.
2. Данилян С.Ж. Применение медицинского озона в акушерстве и гинекологии // Материалы V Российского форума «Мать и дитя»: Тез. докл.- М., 2003.- С. 54-55.
3. Загребина В.А., Иванченкова О.В., Азиев О.В. Хирургическое лечение опущения и выпадения половых органов // Российский мед. журнал.- 1997.- № 1.- С. 37-39.
4. Зуев Б.М., Побединский Н.М., Джимбуладзе Т.А. Озонотерапия в гинекологии // Акушерство и гинекология.- 2002.- № 8.- С. 3-6.
5. Коркан А.И. Пролапс тазовых органов (диагностика, хирургическая тактика): Автореф. дисс. докт. мед. наук 140001. Астана, 2009.- 44с.
6. Краснопольский В.К., Буянова М.Н., Иоселиани В.Ф. Профилактика выпадения влагалища после вагинальной гистерэктомии // Вестник Российской ассоциации акушеров – гинекологов.- 1998.- № 1.- С. 64-66.
7. Славашевич Т.И. Хирургическое лечение больных с опущением и выпадением половых органов: Автореф. дисс. канд. мед. наук. Минск, 1986.- 140001.- 24с.
8. Colombo M., Milani R.- Sacrospinous ligament and modi-Ried Mc Call culdoplasty during vaginal hysterectomy for advanced ureterovaginal prolapse.// Am. y. Obstet. Gynecol.- 1998.-Vol.179, # 1.- P.13-20.
9. Webb M.Y., Aronson M.P., Ferquson L.K. Posthisterectomy vaginal prolapse: primery repair in 693 patients // Obstet. Gynecol.- 1998.- Vol. 92, № 2, P.- 281-285.

Рецензент: к.мед.н. Салыбаев А.Д.