

УДК 61

DOI 10.21661/r-117865

*А.А. Федорова, И.Н. Коротких, Т.Н. Лаптева***ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С ПРОЛАПСОМ ГЕНИТАЛИЙ**

Аннотация: в статье рассматривается проблема пролапса гениталий в жизни женщин. Это нередкая патология на сегодняшний день. На базе клинической больницы проведено исследование, приведены статистические данные и результаты наблюдений за пациентками. Так же рассмотрены классификация и различные способы лечения данной патологии. Разработана новая методика оперативного лечения пролапса гениталий (циркулярный гемостатический шов при влагалищных экстирпациях матки). В конце статьи подведены итоги и сделаны выводы.

Ключевые слова: пролапс гениталий, циркулярный гемостатический шов, влагалищная экстирпация матки, предоперационная подготовка.

*A.A. Fedorova, I.N. Korotkikh, T.N. Lapteva***THE TACTIC OF OBSERVATION OF PATIENTS WITH GENITAL PROLAPSE**

Abstract: the article considers the problem of genital prolapse in women. This is not a rare pathology to date. On the basis of clinical hospital, the authors conducted the study, the statistical data and the results of observations of patients. The researcher also described the classification and different ways of treatment of this pathology, developed a new method of surgical treatment of genital prolapse (circular hemostatic suture in vaginal extirpation of the uterus). At the end of the article the conclusions have been made.

Keywords: genital prolapse, circular hemostatic suture, vaginal hysterectomy, preoperative preparation.

Пролапс гениталий – серьезная проблема не только у женщин климактерического периода, но, зачастую, и молодых. Генитальный пролапс нужно рассматривать как разновидность грыжи тазового дна. Очень часто у женщин в анамнезе имеются грыжи других локализаций.

В мире 11,4% женщин имеют риск хирургического лечения генитального пролапса, при этом одна из 11 женщин за свою жизни перенесет операцию по поводу опущения или выпадения внутренних половых органов. Однако около 30% женщин имеют повторные операции по поводу рецидива генитального пролапса. Гинекология: Национальное руководство + CD // Под ред. В.И. Кулакова, Г.М. Савельевой, И.Б. Манухина. – 2014.

С конца прошлого столетия было предложено множество операций по поводу пролапса гениталий (более 500 модификаций), но ни одна из них не стала «золотым стандартом», обеспечивающим максимальный эффект лечения (Радзинский В.Е., 2006). Это свидетельствует как о пристальном интересе ученых к этой проблеме, так и о неудовлетворенности результатами хирургического лечения, поскольку рецидивы заболевания развиваются в 33 – 61,3% случаев в течение 3 лет после операции (Л.В. Адамян и др., 1998; С.Н. Буянова и др., 1998; В.И. Краснопольский и др., 1999; В.Е. Радзинский и др., 2002; V.L. Shull, et al., 2000), что заставляет искать новые пути решения проблемы (О.В. Азиев, Н.А. Мусткиви, 2007).

За полтора года исследования на базе БУЗ ВО ВОКБ №1 нами было прооперировано 326 женщин с диагнозом неполное или полное выпадение матки (ректо- и цистоцеле различных степеней), что составляет 17,3% от общего количества больных гинекологического отделения №1. Возраст пациенток составляет от 40 до 84 лет. У многих из них в анамнезе были двое и более родов с весом ребенка при рождении 3800 и более грамм (11,4%), разрывы промежности различных степеней (7,53%) и эпизиотомии (4,2%). У некоторых из них имеется генетическая предрасположенность по материнской линии (34,7% всех исследуемых).

Больные были разделены на 2 группы. В первой группе проводилась влагалищная экстирпация матки, передняя и задняя пластика влагалища с использованием стандартной перитонизации, что составило 74,8% (248 пациенток) от общего количества больных с пролапсом гениталий. Во вторую группу вошли женщины прооперированные с использованием модифицированного циркулярного

гемостатического шва, что составило 25,2% (76 пациенток) от общего количества больных с выпадением матки.

В первой группе в качестве предоперационной подготовки применялась санация влагалища гексиконом в 96,3% случаев, а в 3,7% использовалась мазь с метилурацилом.

Во второй группе в качестве предоперационной подготовки применялись свечи Далацин (35,2%), аллокин-альфа (22,9%) и комплексное применение двух этих препаратов в 41,9% случаев.

В первой группе во время проведения влагалищной экстирпации матки, передней и задней пластики был использован кисетный шов. Перитонизация малого таза осуществлялась путем наложения кругового кисетного шва, начало которого проходило от переднего края брюшины и культи маточной трубы, круглой и яичниковой связок. Затем накладывался шов до культей кардинальной и крестцово-маточной связок, которые соединяются с краем влагалища. Далее шов переходит на брюшину заднего дугласова пространства, которую подшивают одним-двумя стежками. Теперь шов переходит на противоположную сторону, причем нить проводят со стороны внутренней поверхности культи крестцово-маточной связки наружу через слизистую влагалища. Шов продолжают накладывать вверх, захватывая культю маточной трубы, круглой и яичниковой связок. Последние витки шва накладывают на край брюшины, покрывающей мочевого пузыря. После затягивания кисетного шва весь малый таз оказывается перитонизированным, а культя широкой связки ретроперитонизированными.

Во вторую группу вошли женщины прооперированные с использованием модифицированного циркулярного гемостатического шва. Этот шов предусматривает многократную фиксацию к заднему листку брюшины. Та часть ее, которая покрывает заднематочное пространство, фиксируется к культям придатков и культе влагалища. Затем это все закрывается пузырно-маточной складкой. Подобная фиксация предназначена для достижения дополнительного гемостаза во время операции.

В послеоперационном периоде в первой группе 5 пациенток (2,05%) диагностирована послеоперационная гематома в области культи влагалища или ее инфильтрация. Ведение таких пациенток было консервативным (5–2,05%), отмечалось повышение температуры до 38° , что потребовало длительной антибактериальной терапии. В послеоперационном периоде длительно сохранялись дизурические явления, культиты, что потребовали противовоспалительного лечения. За счет чего увеличивалось количество проведенных койко-дней в стационаре. Полное заживление послеоперационных швов у этих больных происходило к 3 месяцу. Также в послеоперационном периоде во второй группе использовались свечи Депантол. Это комбинированный препарат для местного применения, оказывающий регенерирующее, противомикробное, метаболическое действие.

Послеоперационный период у второй группы протекал хорошо, гематом в области культи влагалища не было диагностировано, повышение температуры не отмечалось. Такие женщины проводили минимальное количество койко-дней (7–10) в стационаре. В этой группе также в качестве послеоперационной реабилитации использовался эпиген для пациенток репродуктивного возраста, а у женщин климактерического возраста использовался Овипол клио.

В первой и второй группе проводился осмотр через 2 месяца после операции. В первой группе отмечалось полное заживление швов в 76,9% случаев, в то время как у 23,2% заживление происходило только на третьем месяце послеоперационного периода. У 21,3% больных держался длительный субфебрилитет до 1,5 месяцев.

Во второй группе у всех больных происходило заживление послеоперационных швов ко второму месяцу послеоперационного периода. Субфебрильная температура отмечалась только в 5,7% случаев в течение 1 месяца.

Выводы: Прولاпс гениталий – это мультифакторная проблема, включающая в себя многокомпонентные факторы риска. Эта патология требует тщательной предоперационной подготовки и послеоперационной реабилитации. Одним из ключевых факторов снижения послеоперационных гематом и инфильтрации культи влагалища в послеоперационном периоде является тщательный гемостаз

во время операции. Предложенная методика позволяет добиться успеха в этом направлении, что облегчает течение послеоперационного периода, сокращает койко-день пребывания в стационаре, снижает количество использования усиленной антибактериальной терапии, вследствие чего снижается и общая стоимость лечения каждого больного.

Успех восстановительной терапии заключается в профилактике послеоперационных осложнений.

Список литературы

1. Cervigni M., Natale F. – 2010.
2. Гинекология: Национальное руководство + CD // Под ред. В.И. Кулакова, Г.М. Савельевой, И.Б. Манухина. – 2011.
3. В.И. Краснопольского с соавт. – 2006; Л.В. Адамян с соавт. – 2006.
4. Samuelsson E.C. [et al.]. – 2007.
5. Deeb M.E. [et al.]. – 2003; Смольновой Т.Ю. – 2009.
6. Кулакова / Кулакова, Г.М. Савельевой, И.Б. Манухина. – 2009.
7. Гинекология / В.И. Кулаков, В.Н. Серов, А.С. Гаспаров. – Москва.: ООО «Медицинского информационное агенство». – 2007.
8. Fernando R.J. Effect of vaginal pessaries on symptoms associated with pelvic organ prolapsed / R.J. Fernando [et. al.] // Obstet. Gynecol. – 2006.
9. Медведев С.Н. Комбинированный лапаро-вагинальный доступ в лечении больных с генитальным пролапсом: Дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2005.
10. Оперативная гинекология, издательство. – М.: Медицина. – 1990. – С. 106.
11. Заявка на изобретение №2015134425.

Федорова Алина Александровна – аспирант кафедры акушерства и гинекологии №1 ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Россия, Воронеж.

Fedorova Alina Aleksandrovna – postgraduate of the Department of Obstetrics and Gynecology №1 FSBEI of HE “N.N. Burdenko Voronezh State Medical University” of Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Russia, Voronezh.

Коротких Ирина Николаевна – д-р мед. наук, профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии №1, Заслуженный врач РФ ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Россия, Воронеж.

Korotkikh Irina Nikolaevna – doctor of medical sciences, professor, head of the Department of Obstetrics and Gynecology №1, Honored Doctor of the Russian Federation FSBEI of HE “N.N. Burdenko Voronezh State Medical University” of Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Russia, Voronezh.

Лаптева Татьяна Николаевна – аспирант кафедры акушерства и гинекологии №1 ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Россия, Воронеж.

Lapteva Tatyana Nikolaevna – postgraduate of the Department of Obstetrics and Gynecology №1 FSBEI of HE “N.N. Burdenko Voronezh State Medical University” of Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Russia, Voronezh.
