

УДК 618.215.616-052

Нечайкин Андрей Степанович

канд. мед. наук, доцент ФГБОУ ВПО «МГУ им. Н.П. Огарева»,

г. Саранск, РФ

E-mail: Nechaykinas@rambler.ru

СТИМУЛЯЦИЯ РЕГЕНЕРАЦИИ СЛИЗИСТОЙ ВЛАГАЛИЩА И ШЕЙКИ МАТКИ БОЛЬНЫХ ПРОЛАПСОМ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ**Аннотация**

Обследовано 232 пациентки с опущением и выпадением внутренних половых органов. В качестве предоперационной подготовки 78 больных получали влагалищные тампоны с 10% метилурациловой мазью, 79 – обработку стенок влагалища и шейки матки аэрозолем олазол, 75 – орошения стенок влагалища и шейки матки 0,25% раствором дерината. Применение дерината позволило улучшить результаты лечения на 8,8%, сократить сроки лечения на 2,4 суток.

Ключевые слова

Пролапс внутренних половых органов, предоперационная подготовка

Опущение и выпадение внутренних половых органов у женщин является широко распространенной гинекологической патологией, трудно поддающейся лечению [1, с. 189]. Во время ежегодных гинекологических осмотров это заболевание выявляется у 30-37% женщин, среди пациенток старше 50 лет оно регистрируется примерно в 50% случаев [3, с. 1088].

Единственно эффективным методом терапии при данной патологии является хирургическое лечение [5, с. 91].

Недостаточная эффективность хирургической интерпозиции внутренних половых органов обусловлена выраженными нарушениями кровотока, проявляющимися замедлением пиковой систолической скорости в основных венозных коллекторах малого таза [2, с. 48], повышенной «готовностью» к тромбоэмболическим осложнениям на почве регионального стаза крови в дистопированной матке [4, с. 218], травматичности операции, а также продолжительной гиподинамии в послеоперационном периоде [6, с. 247].

В связи, с чем актуальными остаются вопросы усовершенствования методов предоперационной подготовки, а именно уменьшение трофических и воспалительных изменений в тканях у больных с пролапсом гениталий с целью повышения эффективности хирургического лечения.

Пациенты и методы исследования. Проведен сравнительный анализ результатов лечения пролапса внутренних половых органов. В исследование были включены 232 пациентки, госпитализированные в гинекологические отделения ГБУЗ РМ «Республиканская клиническая больница № 4» г. Саранска в период с 2004 по 2014 гг. Средний возраст больных составил $59,3 \pm 2,3$ года, минимальный – 29 лет, максимальный – 78 лет.

Всем пациенткам проведены сбор анамнеза со специализированным опросником, клиническое и инструментальное обследование.

В репродуктивном периоде находилось 52 (22,4%) женщины, в периоде перименопаузы – 78 (33,6%), в постменопаузе – 102 (44,0%) пациентки.

Характер патологии, с которой больные поступили на оперативное лечение: II стадия пролапса гениталий – 59 (25,4%), III стадия – 96 (41,3%); IV стадия – 77 (33,3%) пациентка. Стадия пролапса определялась по системе количественной оценки пролапса внутренних половых органов ICS (POP-Q).

Сопутствующее цистоцеле наблюдалось у 189 (81,5%) женщин, ректоцеле у – 163 (70,3%) больных. У 56 (24,1%) пациенток выявлены трофические язвы слизистой передней, задней стенок влагалища и шейки матки.

202 (87,0%) больные предъявляли жалобы на тянущие боли в нижних отделах живота, 178 (76,7%) – на чувство инородного тела в области наружных половых органов, 158 (68,1%) – на учащенное

мочеиспускание, 132 (56,9%) – на затруднение акта дефекации, 41 (17,7%) – на недержание мочи при физической нагрузке, 12 (5,1%) – на затрудненное мочеиспускание.

Длительность течения заболевания варьировала от 3 до 29 лет.

Сопутствующая патология (признаки ДСТ) наблюдалась у 149 (64,2%) женщин; заболевания, приводящие к хроническому повышению внутрибрюшного давления – у 166 (71,6%) пациенток.

Для каждой больной с учетом возраста, имеющейся основной и сочетанной гинекологической и экстрагенитальной патологии составлялась индивидуальная программа предоперационной подготовки, хирургического лечения и послеоперационного ведения.

В зависимости от применявшихся методов лечения все пациентки были условно разделены на 3 группы. В первую группу вошли 78 (33,6%) больных, которым применяли в предоперационном периоде санацию влагалища, влагалищные тампоны с 10% метилурациловой мазью 1 раз в сутки. Курс лечения включал 5 процедур до операции. Оперировано 78 (100%) пациенток. В послеоперационном периоде курс лечения 10% метилурациловой мазью составлял 7 процедур по вышеописанной методике.

Вторую группу составили 79 (34,1%) женщин, в лечении которых использовали в предоперационном периоде санацию влагалища, обработку стенок влагалища и шейки матки аэрозолем олазол 1 раз в сутки. Курс лечения включал 5 процедур до операции.

Оперировано 79 (100%) пациенток. В послеоперационном периоде лечение аэрозолем олазол продолжалось 7 дней по вышеописанной методике.

В третью группу отнесено 75 (32,3%) больных. В предоперационную подготовку пациенток данной группы включали санацию влагалища, орошения стенок влагалища и шейки матки 0,25% раствором дерината для местного и наружного применения 1 раз в сутки. Курс лечения включал 5 процедур до операции.

Оперировано 75 (100%) женщин. В послеоперационном периоде лечение деринатом продолжалось 5 дней по вышеописанной методике.

Оценку результатов лечения осуществляли по клиническим показателям: динамике заживления трофической язвы, выраженности отека и гиперемии вокруг трофической язвы, эпителизации трофической язвы, длительности пребывания больной в стационаре, клиническим исходам.

Результаты исследования и их обсуждение. Изучение динамики изменения площади язв, у больных пролапсом внутренних половых органов, осложненным трофическими язвами слизистой передней, задней стенок влагалища и шейки матки, показало лучшие результаты в группе больных, лечившихся деринатом. Так, если на фоне терапии метилурациловой мазью площадь трофической язвы на 5-е сутки уменьшилась в 2,05 раза ($p < 0,001$), олазоля – в 4,34 раза ($p < 0,001$), то на фоне лечения деринатом – в 4,96 раза ($p < 0,001$).

Важно отметить активацию роста грануляций и выраженность процессов эпителизации в трофической язве под влиянием дерината и олазоля. Хорошие результаты получены в группе больных, где использовали деринат: с $2,12 \pm 0,06$ суток ($p < 0,05$) (против $3,06 \pm 0,62$ дня ($p < 0,05$) в первой группе) появилась бледно-розовая краевая эпителизация, которая к $5,21 \pm 0,13$ суток ($p < 0,05$) (против $6,81 \pm 0,72$ суток ($p < 0,05$) в первой группе) покрывала всю поверхность трофической язвы, то есть происходило полное заживление язвы. Полная эпителизация трофической язвы в группе больных получавших олазол происходила к $6,04 \pm 0,67$ суткам ($p < 0,05$).

Аналогичные изменения зафиксированы при анализе динамики таких местных признаков воспаления, как отек, гиперемия слизистой вокруг язвенной поверхности в зависимости от сроков и методов лечения. Лучший эффект отмечен в группе больных, где использовался деринат. Так, если выраженный отек, гиперемия в группе больных получавших метилурациловую мазь сохранялись до $2,82 \pm 0,29$ ($p < 0,05$) суток, умеренная степень – до $4,11 \pm 0,92$ ($p < 0,05$) суток и незначительная степень – до $6,35 \pm 0,43$ ($p < 0,05$) суток, в то время как в группе больных, которым применялась терапия олазолем, динамика этих показателей была более благоприятной: выраженный отек, гиперемия наблюдались в течение первых $2,03 \pm 0,31$ ($p < 0,05$) суток, умеренная степень отека, гиперемия – до $3,37 \pm 0,54$ ($p < 0,05$) суток и незначительная степень до $4,97 \pm 0,23$ ($p < 0,05$) суток. В третьей группе больных выраженный отек, гиперемия наблюдались в течение первых

1,51±0,36 (p<0,05) суток, умеренная степень отека, гиперемия – до 2,71±0,34 (p<0,05) суток и незначительная степень до 4,21±0,11 (p<0,05) суток.

Заживление раны у всех оперированных протекало путем первичного натяжения.

Анализируя исходы лечения больных опущением и выпадением внутренних половых органов, мы выявили, что в первой группе больных полное выздоровление наступило у 68 (87,2%), улучшение – у 10 (12,8%) женщин; во второй группе больных полное выздоровление наступило у 71 (91,0%) пациентки, улучшение – у 8 (9,0%) больных; в третьей группе больных полное выздоровление отмечено у 72 (96,0%), улучшение – у 3 (4,0%) больных.

Длительность пребывания больных в стационаре из первой группы составила 14,91±0,21 суток, в группе больных лечившихся олазолем – 13,83±0,17 суток, в группе больных получавших деринат – 12,51±0,18 суток.

Заключение. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что применение олазола и дерината улучшает показатели эффективности хирургического лечения больных пролапсом внутренних половых органов. Использование олазола позволяет улучшить результаты лечения на 3,8%, сократить сроки лечения на 1 сутки, применение дерината улучшает результаты лечения на 8,8%, сокращает сроки лечения на 2,4 суток.

Список использованной литературы:

1. Айламазян Э.К., Беженарь В.Ф., Цуладзе Л.К. и др. Возможности реконструктивно-пластических операций на тазовом дне с использованием системы Prolift // Журнал акушерства и женских болезней. – 2007. – Т. LVII, спецвыпуск. – С. 189-190.
2. Любарский М.С., Солюянов М.Ю., Королева Е.Г. и др. Тазовая венозная конгестия у женщин с пролапсом тазовых органов // Сибирский научный медицинский журнал. – 2014. – Т. 34. – № 4. – С. 48-50.
3. Миронов В.Н. Оценка хирургического лечения пролапса тазовых органов у женщин по функциональному критерию // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 6. – С. 1088.
4. Нечайкин А.С., Абрамова С.В., Андреева Н.А. и др. Оценка состояния кровотока матки при ее пролапсе // Онкология сегодня: пациент, государство, медицинское общество: материалы VII Российской научно-практической конференции с элементами научной школы для молодежи «Модниковские чтения» – Ульяновск, 2011. – С. 218-220.
5. Fatton B., Amblard J., Jacquetin B. Is hysterectomy indicated during prolapsus treatment? // Ann Urol. – 2007. – Vol. 41. – № 3. – P.91-100.
6. Fritel X., Schaal J.P., Fauconnier A. et al. Pelvic floor disorders 4 years after first delivery: a comparative study of restrictive versus systematic episiotomy // BJOG. – 2008. – Vol. 115. – № 2. – P. 247-252.

© А.С. Нечайкин, 2015