

**SURGICAL TREATMENT OF REDUCTION OF UTERINE STRAIN AND
VAGINAL MARGINS AFTER GISTEROENTERFIXATION**
Negmadjanov B.B.¹, Shavkatov H.Sh.², Mamatkulova M.Dj.³ (Republic of Uzbekistan)
Email: Negmadjanov542@scientifictext.ru

¹Negmadjanov Baxodur Boltaevich – Doctor in Medicine, Professor;

²Shavkatov Hasan Shavkatovich – Undergraduate;

³Mamatkulova Mokhigul Djahangirova – Assistant,
DEPARTMENT OF OBSTETRICS-GYNECOLOGY № 2,
SAMARKAND STATE MEDICAL INSTITUTE,
SAMARKAND, REPUBLIC OF UZBEKISTAN

Abstract: in the article features of surgical treatment of repeated prolapse of the uterus and the walls of the vagina after hysteroventrophication are analyzed. 13 patients with prolapse of internal genital organs after hysteroventrophication are studied. The age range of women was from 45 to 75 years. All women underwent generally accepted mandatory general clinical and gynecological methods of investigation. The method of surgical tactics of prolapse of genital organs after hysteroventrophication was studied.

Keywords: genital prolapse, ventrafixatio.

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВТОРНОГО ПРОЛАПСА МАТКИ И СТЕНОК
ВЛАГАЛИЩА ПОСЛЕ ГИСТРОВЕНТРОФИКСАЦИИ**
Негмаджанов Б.Б.¹, Шавкатов Х.Ш.², Маматкулова М.Дж.³
(Республика Узбекистан)

¹Негмаджанов Баходур Болтаевич – доктор медицинский наук, профессор;

²Шавкатов Хасан Шавкатович – студент магистратуры;

³Маматкулова Мохигул Джахангировна – ассистент,
кафедра акушерства-гинекологии № 2,
Самаркандский государственный медицинский институт,
г. Самарканд, Республика Узбекистан

Аннотация: в статье анализируются особенности хирургического лечения повторного пролапса матки и стенок влагалища после гистероventрофиксации. Исследуются 13 пациенток с выпадением внутренних половых органов после гистероventрофиксации. Возрастной диапазон женщин составил от 45 до 75 лет. Всем женщинам проводилось общепринятые обязательные общеклинические и гинекологические методы исследования. Изучен метод хирургической тактики пролапса половых органов после гистероventрофиксации.

Ключевые слова: пролапс гениталий, вентрофиксация.

Опущение и выпадение внутренних половых органов (ОиВВПО) остается достаточно актуальной проблемой в настоящее время. У женщин моложе 30 лет распространение опущения тазовых органов достигает 10,1%, в возрасте от 30 до 45 лет – 40,2%, а женщин старше 50 лет – 50%, причем в 18% случаев отмечаются тяжелые формы заболевания.

По данным других авторов, только при профилактических осмотрах число женщин с опущением стенок влагалища I – II степени в возрасте старше 45 лет достигает 26% [1, 5, 7]. Радикально вылечить пролапс внутренних половых органов можно лишь хирургическими методами. Необходимо подчеркнуть, что ни при какой другой патологии не предложено столько способов хирургического лечения, как при опущении и выпадении внутренних половых органов. На сегодняшний день предложено более 300 методов и модификаций оперативного лечения, причем каждый из них, наряду с определенными преимуществами, имеет также и ощутимые недостатки, проявляющиеся рецидивирующим течением заболевания [2, 6].

Рецидив чаще всего проявляется в течение следующих 3-х лет после хирургического лечения и, по некоторым данным, достигает 33%, то есть у каждой третьей прооперированной.

Так частота рецидивов после гистероventрофиксации по поводу опущения и выпадения внутренних половых органов может достигать 24%, а в сочетании с пластикой влагалища - 11% [3, 4, 6].

Высокая частота встречаемости и нередко неблагоприятный исход лечения полного выпадения матки делают ее важной медико-социальной проблемой.

Цель исследования Улучшение результатов хирургического лечения пролапса половых органов после гистероventрофиксации.

Материал и методы исследования: Работа выполнена в гинекологическом отделении родильного комплекса № 3 города Самарканда.

Было проведено оперативное лечение пролапса половых органов после гистероventрофиксации у 13 женщин, с последующим удалением ventрофиксированной матки промежностным путем.

Возрастной диапазон исследуемых женщин составил от 46 до 75 лет. Женщины были распределены следующим образом: перименопаузальном периоде – 8 (62%), и сенильном периоде – 5(38%). Из данной группы больных с пролапсом преобладали женщины в перименопаузальном периоде, что связано с дисгормональными нарушениями, которые, по данным многих исследователей, являются наиболее распространенным фактором в развитии опущения и выпадения внутренних половых органов.

По семейному положению большинство женщин замужем (80%) и одинокие (20%). Следует отметить, что (8%) случаев одинокие женщины были разведены при возникших симптомах данного заболевания.

Результаты исследования: По данным нашего исследования среди 13 обследованных больных, у 5 (38%) было преимущественно опущение стенок влагалища, у 6 (47%) неполное выпадение матки и стенок влагалища, и у 2 (15%) полное выпадение матки.

Длительность заболевания колебалась от 6 лет до 22 лет, причем характер выявленной патологии находился в прямой зависимости от продолжительности болезни.

У 3 (23%) больных пролапс стенок влагалища в сочетании с диспозицией тазовых органов, требующее повторного хирургического лечения развилось в течение ближайших 3-х лет.

Выясняя возможные причины возникновения пролапса было выявлено: среди обследованных из 13 женщин 3 (23%) имели большие физические нагрузки. Также при анализе экстрагенитальной патологии обследуемых женщин нами выявлено варикозное расширение вен нижних конечностей, пупочная грыжа, бронхиальная астма по 2 (15%), заболевание желудочно-кишечного тракта у 4 (31%) пациенток которые, как известно, относятся к проявлениям системной несостоятельности соединительной ткани. Указания на такие виды оперативного лечения как герниопластика, тонзилэктомия, также свидетельствуют о проявлении системной несостоятельности соединительной ткани.

Таким образом: Удаление ventрофиксированной матки трансвагинальным доступом являются более щадящими для организма, имеют низкую травматичность, проще в техническом исполнении, дают возможность одновременно с опущением и выпадением матки и стенок влагалища устранить последствия и осложнения: гипертрофию и удлинение шейки матки, расширение влагалища, опущение дна мочевого пузыря и прямой кишки, а также недержание мочи при напряжении.

Список литературы / References

1. *Адамян Л.В.* Роль «тканевого фенотипа» в развитии гинекологических заболеваний / Л.В. Адамян, Т.Ю. Смольнова, В.В. Банин // Проблемы репродукции, 2007. № 4. С. 6-11.
2. *Салимова Л.Я.* Хирургическое лечение пролапса гениталий влагалищным доступом: Автореферат дис.канд. мед. наук. // Москва, 2012. С. 28.
3. *Баранов В.С.* Гены «предрасположенности» пролапса тазовых органов // Ж. акуш. и жен. болезн., 2010. Т. LIX. № 3. С. 15-21.
4. *Айламазян Э.К.* Пролапс тазовых органов у женщин: этиология, патогенез, принципы диагностики: пособие для врачей. СПб., 2010.
5. *Апокина А.Н.* Прогнозирование эффективности хирургической коррекции пролапса тазовых органов. Автореф. дисс.канд. мед.наук. Москва, 2012.
6. *Радзинский В.Е., Шалаев О.Н., Игнатенко Т.Н., Салимова Л.Я., Погасов А.Г.* Предоперационное обследование женщин с дисфункцией тазового дна в выборетактики хирургического лечения // Материалы Международной научно-практической конференции «Современные подходы к диагностике и лечению патологии тазового дна». Н. Новгород 15-16 июня, 2010.
7. *Коришонов М.Ю., Сазыкина Е.И.* Отдаленные результаты реконструктивных операций на тазовом дне / // Акуш. и гинек., 2007.
8. Урологическая гинекология, Санкт-Петербург 2006г акушерство, гинекология и здоровье женщины Ф. Карр. Москва, 2005.
9. *Godlewski M.E.* Use of nylon net in the treatment of anterior vaginal prolapse Text. /M.E. Godlewski I IC R Soc Fr Gynecol., 2004.
10. *Price N., Slack A., Jwarah E., Jackson S.* The incidence of reoperation for surgically treated pelvic organ prolapse: Menopause Int., 2008.