Journal of Biomedical Sciences | ISSN: 2960-9356
Research Article Peer-review, Open Access

Профилактика Пролапса Культи Шейки Матки И Влагалища После Гистерэктомии

Нигматова Г.М. [1], **Нурмамедова Г.Д.** [2]

Аннотатция

Опущение и выпадение внутренних половых органов является одним из частых заболеваний, которое неблагоприятно отражается на общем состоянии больных, приводит к снижению их трудоспособности и сексуальной активности.

Ключевые слова: гистерэктомия, экстирпация, цистоцеле, ректоцеле, энтероцеле, пролапс гениталий.

[1,2] Ташкентский Государственный Медицинский Университет, Узбекистан

Актуальность. Опущение и выпадение внутренних половых органов является одним из частых заболеваний, которое неблагоприятно отражается на общем состоянии больных, приводит к снижению их трудоспособности и сексуальной активности. Частота его среди гинекологических заболеваний, по данным различных авторов, варьирует от 28 до 38,9% (1,5).

Актуальность различных аспектов опущения и выпадения внутренних половых органов не снижается на протяжении десятилетий, несмотря на многочисленные исследования, посвященные этиологии, патогенезу, совершенствованию методов лечения этой патологии. Это обусловлено, с одной стороны, высокой частотой данной патологии, недостаточной эффективностью лечения, приводящей в 33,3% случаев к рецидивам пролапса (2), а с другой – наметившейся в последние годы тенденции к «омоложению» заболевания, преобладанию его тяжелых форм, нередко с вовлечением в процесс смежных органов, с нарушением их функции.

Проблема приобретает ещё большую значимость у женщин, перенесших абдоминальную гистерэктомию. В таких случаях пролапс гениталий больными воспринимается более остро, что находит свое отражение в их психоэмоциональном состоянии (3). Особую проблему составляет коррекция пролапсов после гистерэктомии, поскольку при этой патологии практически всегда имеются цисто-ректо- или энтероцеле, рубцовые изменения тканей и связочных структур (4).

Исследования последних лет свидетельствуют, что частота пролапса гениталий после

абдоминальной гистерэктомии варьирует от 14 до 25 %.

Несмотря на то, что в последние десятилетия предложены ряд модификаций техники гистерэктомии, в том числе эндоскопических, ни одна из них не обеспечивает рациональной профилактики пролапса гениталий в послеоперационном периоде.

Сложность проблемы сопряжена с высокой частотой гистерэктомии в современном акушерстве и гинекологии, отсутствием рациональных интраоперационных способов профилактики пролапса гениталий с использованием адекватных методов объективизации оценки состояния связочного аппарата матки и сфинктеров мочевыводящих путей в послеоперационном периоде.

Цель исследования: разработка метода интраоперационной профилактики пролапса культи шейки матки и влагалища при абдоминальной субтотальной и тотальной гистерэктомии и оценка его эффективности.

Материалы и методы исследования. Основу данной работы составили результаты исследований 211 женщин, перенесших тотальную и субтотальную абдоминальную гистерэктомию. В зависимости от способа оперативного вмешательства все пациентки были разделены на две группы. I (основную) группу составили 106 женщин, оперированных по разработанной собственной методике гистерэктомии в акушерском комплексе №9 г. Ташкента. II (контрольную) группу составили 105 женщин, которым гистерэктомия произведена по общепринятой методике в клиниках акушерского комплекса № 9 г. Ташкента и акушерской клинике ТГМУ.

Предлагаемый нами метод абдоминальной гистерэктомии включает в себя элементы профилактики опущения и выпадения культи шейки матки или влагалища в послеоперационном периоде. Суть операции заключалась в модификации этапа «перитонизации». После проведения традиционным способом надвлагалищной ампутации матки с придатками или без придатков (в зависимости от показаний) культи круглых маточных связок при помощи шелковых лигатур фиксируют к задней поверхности культи шейки матки по средней линии как показано на рис. 1. При этом длина культей круглых маточных связок должна быть такой, чтобы после фиксации ими культей шейка матка пришла в горизонтальное положение по отношению к вертикальной оси таза пациентки. Затем путем накрывания передним листком широкой связки, прикрепляемым к задней поверхности шейки матки непрерывным кетгутовым швом, проводится общая перитонизация культей.

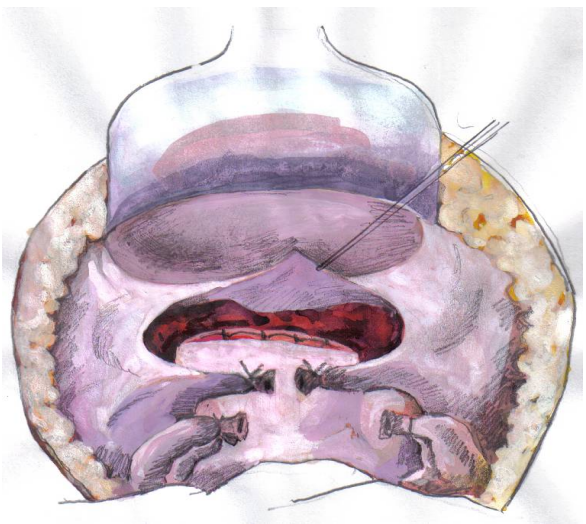

Рис. 1.

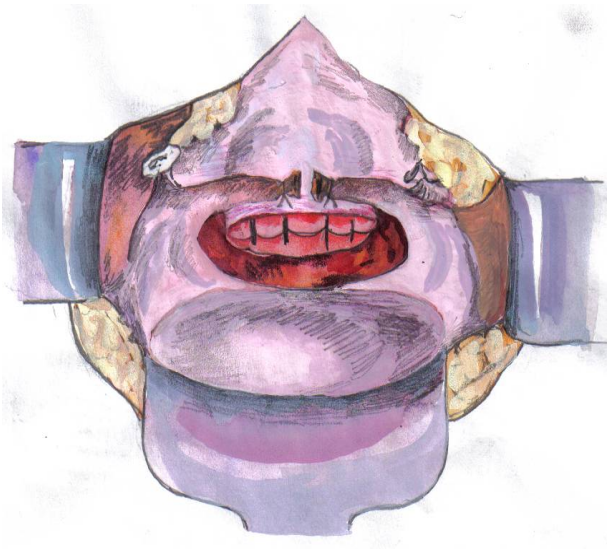

Рис. 2.

При экстирпации, после ушивания влагалищной раны, культи круглых маточных связок подшивают к средней линии задней поверхности как представлено на рис. 2. Затем непрерывным кетгутовым швом соединяют передний и задний листки брюшины.

С целью оценки эффективности апробируемой методики операции и проведения сравнительного анализа всем женщинам, перенесшим гистерэктомию, проведен комплекс общеклинического и специального обследования. В период обследования тщательно собирался анамнез, выяснялись жалобы, изучались и анализировались перенесенные гинекологические заболевания, сопутствующая соматическая патология. Обращали внимание на объективный статус пациенток. Осмотр в зеркалах позволял определять состояние слизистой оболочки стенок влагалища и шейки матки. Вагинальное исследование выполняли при достаточном натуживании для определения степени смещения стенок влагалища и культи. При бимануальном исследовании определяли положение культи, состояние придатков, параметрия.

Для определения уровня и положения культи шейки матки или влагалища всем женщинам проводилось ультразвуковое сканирование органов малого таза аппаратом работающего в масштабе реального времени частотой датчика 3,5 мггц по методике наполненного мочевого пузыря по Дональд.

В целях объективного контроля состояния связочного и поддерживающего аппарата тазовых органов при изучении отдаленных результатов мы применяли функциональные пробы М.В. Ёлкина: леваторотонометрию, абдоминолигаментометрию, лигаментотонометрию и сфинктеротонометрию. Для выполнения функциональных проб использовался специальный прибор, состоящий из резинового наконечника, укрепленного на стеклянном соединителе, резиновых трубок, металлического манометра и резинового баллона для нагнетания воздуха.

Леваторотонометрия (функциональная проба №1) позволяет определить тонус мышц тазового дна и сократительную способность леваторов.

Абдоминолигаментотонометрия (функциональная проба №2) выявляет тонус и эластичность связочного аппарата матки и уровень внутрибрюшного давления, передающегося на тазовое дно и влагалище, обуславливающие пролапс тазовых органов.

При выполнении ***лигаментотонометрии (***функциональной пробы №3) определяли повышение давления во влагалище при положении стоя.

С целью определения тонуса замыкающего аппарата мочевого пузыря женщинам проводилась сфинктеротонометрия.

Статистический анализ данных базировался на основе значений (M+m) и критерия Стьюдента (1990).

Результаты исследований и их обсуждение. Наибольший удельный вес в наших исследованиях составили женщины в возрасте 41 года и старше. Из анамнестических данных нами выявлено, что частота и тяжесть воспалительно-инфекционных гинекологических заболеваний, являющихся возможным фактором неправильных положений внутренних гениталий, в обеих группах существенно не разнятся.

Обращала на себя генеративная функция женщин, подвергшихся гистерэктомии. Непременным условием исследования являлось отсутствие патологии мышц тазового дна до операции, которая чаще всего возникает как осложнение родов (разрывы промежности, влагалища, наложение акушерских щипцов). Преобладающее большинство женщин в обеих группах имели нормостеничекий тип телосложения. Учитывая, что условия трудовой деятельности женщин могут влиять на формирование опущения и выпадения внутренних половых органов нами изучена профессиональная принадлежность пациенток. Оказалось, род деятельности многих женщин в обеих группах не был связан с тяжелым физическим трудом. В ходе комплексного обследования экстрагенитальные заболевания выявлены у 73 (68,9%) женщин основной группы и у 77 (73,3%) - контрольной. Существенной разницы в частоте их между группами не имелась, за исключением патологии мочевыводящих путей, на долю которых приходилось 32%.

Клиническое обследование больных контрольной группы в послеоперационном периоде выявило у 82,9% жалобы на тяжесть внизу живота, боли в поясничной области и крестце, неудобство при ходьбе, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря, частое мочеиспускание, недержание газов, затрудненная дефекация, диспариунию. Полное выпадение культи шейки матки диагностировано у 5,7% пациенток данной группы, полное выпадение культи влагалища – у 2,8%, опущение передней стенки влагалища – у 12,4%, опущение передней и задней стенок влагалища – у 24,8%, всего у 29 женщин, что составляет 27,6%.

Согласно нашим данным, среди женщин основной группы, т.е. оперированных по модифицированной методике, в послеоперационном периоде пролапса культи шейки матки и влагалища не выявлено.

При гинекологическом осмотре у всех женщин, которым производилась фиксация культи шейки матки при ампутации матки и свода влагалища при экстирпации матки, половая щель была сомкнута, опущения влагалища и культи шейки матки при натуживании не отмечалось. При внутреннем исследовании культи располагалась достаточно высоко, в связи с чем стенки влагалища оказывались несколько подтянутыми и не свисали в область половой щели.

Для объективизации клинических данных полученные результаты нами оценивались по показателям УЗИ органов малого таза и функциональным пробам М.В.Ёлкина и сфинктертонометрии. Так, у всех пациенток контрольной группы при ультразвуковом исследовании выявлено вертикальное положение культи, а у 55,2% из них – на уровне или ниже плоскости узкой части малого таза. У пациенток основной группы расположение культи было горизонтальным и выше уровня III плоскости малого таза.

Подтверждением эффективности проведенных операций у женщин основной группы служили показатели леваторотонометрии и силы уретрального сфинктера в покое и при напряжении.

Таблица 1. Показатели леваторотонометрии у пациенток после операции (M+m)

Изучаемый показатель	Возраст			
	35 – 45 лет		46 – 55 лет	
	Основная группа	Контрольная группа	Основная группа	Контрольная группа
Сократительная способность леваторов, (мм рт.ст.)	19,7+1,9	10,5+0,51	10,2+0,18	5,3+0,09
	P> 0,05		P> 0,05	

Анализ результатов обследования пациенток после операции показал, что сила уретрального сфинктера как в покое, так и при напряжении статистически достоверно почти в 1,5 раза выше была у пациенток основной группы.

Таблица 2. Показатели силы уретрального сфинктера у пациенток после операции (M +m)

Группа женщин	Показатели сфинктерометрии, мм рт.ст.	
	в покое	при напряжении
Основная Контрольная	57,8+0,2 49,7+2,0 P< 0,001	71,0+0,2 55,4+2,5 P< 0,001

Для выяснения дееспособности связочного аппарата и паравагинальной клетчатки у пациенток нами проведена абдоминолигаментотонометрия.

По данным абдоминолимгаментотонометрии показатели степени сопротивляемости тканей внутрибрюшному давлению в обеих группах, согласно параметрам М.В. Елкина, соответствуют

средним величинам. Однако этот показатель у обследуемых пациенток I группы оказался в 1,6 раза ниже, чем у женщин II группы. Также при определении давления во влагалище при положении стоя (лигоменототонометрия) средний показатель функциональной пробы у женщин I группы был равен 8,9±0,2 мм рт.ст., величина показателя лигаментотонометрии у женщин II группы по сравнению с данными I группы указывает на более ослабленное состояние связочного аппарата и составляет 14,9+0,2 мм рт.ст.

Таблица 3. Сравнительная оценка функциональных проб №2, №3 у обследуемых групп женщин после оперативного вмешательства (M±m)

Функциональная проба	I группа, (n=106)	II группа, (n=105)	Достоверность, P
Абдоминолигаментотонометрия	13,9+0,2	20,9+0,2	<0,001
Лигаментотонометрия	8,9+0,2	14,9+0,2	<0,001

На основании полученных результатов мы пришли к заключению, что пролапс возникает при расположении культи шейки матки или влагалища в вертикальном положении, параллельно оси таза. В этом случае культя не противодействует внутрибрюшному давлению и при его повышении происходит смещение культи книзу с вовлечением стенок влагалища, что способствует снижению внутривлагалищного давления как в покое, так и при напряжении.

При переводе культи шейки матки и влагалища в горизонтальное положение путем фиксации культями круглых маточных связок внутрибрюшное давление сверху передается в основном на мышцу, поднимающую задний проход, и вследствие этого, уменьшаются условия для опущения и выпадения.

Выводы

1.Частота пролапса культи шейки матки и влагалища после абдоминальной субтотальной и тотальной гистерэктомии достигает 27,6%.

2.Леваторотонометрия, определение силы уретрального сфинктера, тонуса и эластичности связочного аппарата матки и уровня внутрибрюшного давления в совокупности с клиническим и ультразвуковым исследованиями позволяет осуществить раннюю диагностику пролапса культи шейки матки и влагалища после гистерэктомии.

3.Профилактика пролапса культи матки и влагалища после гистерэктомии позволяет существенно оптимизировать общесоматический статус пациенток за счет отсутствия дискомфортных и дизурических нарушений.

Литература:

1. Абашин В.Г., Сергиенко Н.Ф., Девятов А.С. Способ фиксации культи влагалища после экстирпации матки //Журнал акушерства и женских болезней. – 2000.- №1.- С. 16.
2. Буянова С.Н., Савельев С.В., Гришин В.Л. Некоторые аспекты патогенеза пролапса гениталий // Акуш. и гинекол. – 2001. - №3. – С.39-43.
3. Доброхотова Ю.Э. Психоэмоциональный и гормональный статус женщин после гистер эктомии без придатков //Рос. мед. журн.- 2000.- №4.- С.25-28.
4. Иванян А.Н., Мелехова Н.Ю. и др. Состояние культи шейки матки у пациенток после гистерэктомии // Вестник Смоленской медицинской Академии. – Смоленск, 2004. - №6. – С.84.
5. Ищенко А.И., Чушков Ю.В. Оперативное лечение больных с опущением и выпадением матки в сочетании с недержанием мочи при напряжении // Акушерство и гинекология.- 2000.- №1.- С.32-36.