

ВЫПАДЕНИЯ ВЛАГАЛИЩНОЙ КУЛЬТЫ ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОЙ ГИСТЕРЭКТОМИИ У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ

Шомиров Д.А.,

ГУ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Акушерства и Гинекологии.

✓ *Резюме,*

Настоящая статья представляет индивидуальный подход для профилактики выпадения влагалищной культи после тотальной гистерэктомии у женщин с ожирением. В статье рассмотрены особенности тотальной гистерэктомии у 121 больной с ожирением.

Ключевые слова: тотальная гистерэктомия, ожирение, миома матки.

СЕМИЗЛИК КУЗАТИЛГАН АЁЛЛАРДА ТОТАЛ ГИСТЕРЭКТОМИЯДАН КЕЙИН ҚИН КУЛЬТИЯСИНИ ТУШИБ КЕТИШИ

Шомиров Д.А.,

Республика ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология илмий-амалий тиббиёт маркази.

✓ *Резюме,*

Ушбу мақола семиз аёлларда тотал гистерэктомиядан сўнг қин культиясининг тушиб кетишининг олдини олишга қаратилган. Мақолада семизлик кузатишган 121 та аёлларда тотал гистерэктомиянинг хусусиятлари муҳофафа қилинади.

Калит сўзлар: тотал гистерэктомия, семизлик, бачадон миомаси.

VAGINAL STUMP LOSS AFTER TOTAL HYSTERECTOMY IN OBESE WOMEN

Shomirov D.A.,

Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Obstetrics and Gynecology Tashkent, Uzbekistan, 100124, Tashkent, Mirzo-Ulugbek district, Mirzo-Ulugbek St., 132-a Website: www.akusherstvo.uz.

✓ *Resume,*

This article presents an individual approach for the prevention of prolapse of the vaginal stump after total hysterectomy in obese women. The article discusses the features of total hysterectomy in 121 patients with obesity.

Key words: total hysterectomy, obesity, uterine fibroids.

Актуальность

Проплапс гениталий является мультифакторным заболеванием, что обуславливает необходимость обоснованного выбора стандартизированного метода лечения, с одной стороны, и индивидуального метода хирургической коррекции, с другой стороны, для каждой пациентки. Только комплексный подход позволит улучшить результаты хирургического лечения больных с пролапсом гениталий, снизить частоту рецидивов данного заболевания и риск ближайших и отдаленных неблагоприятных результатов хирургического вмешательства [2,4,7]. Удельный вес пролапса культи влагалища среди гинекологических нозологий в отделениях оперативной гинекологии высокопрофильных стационаров составляет 19,9-49,6% [1, 8].

Проблема усугубляется и тем, почти 2/3 часть женщин с данным осложнением являются — женщины с ожирением, у которых во время проведения тотальной гистерэктомии присутствуют ряд технических трудностей из-за выраженного жирового слоя [2]. Тем не менее, в последнее время тенденция к ожирению среди женщин увеличивается.

Проплапс культи влагалища, как правило, сопровождается различными неприятными симптомами, которые заставляют женщину испытывать сильный дискомфорт. Часто этот процесс сопровождают сильные

боли, задержка или, наоборот, недержание мочи, частое мочеиспускание, проблемы с дефекацией [3, 4, 6, 7, 10]. При полном выпадении влагалища после удаления матки, слизистая его стенок подвержена сильным травмам, что влечет за собой развитие инфекционных заболеваний, абсцесса и даже, отмирания тканей [5, 9, 12].

Существующие методы операции не всегда радикально устраняют патологию, в связи с чем возникает необходимость разработки новых методов операции.

Цель нашего исследования: Разработка эффективных способов хирургической профилактики и коррекции выпадения культи влагалища у женщин с ожирением, перенесших тотальную гистерэктомию.

Материал и методы

Объектом исследования явились 141 женщин с миомой матки более 12 недель и ожирением, которым были выполнены операции тотальной гистерэктомии абдоминальным доступом.

На первом этапе проведено комплексное клинико-лабораторное обследование всех пациенток поступивших на плановое хирургическое лечение по поводу миомы матки и с ожирением в РСНПМЦ АиГ.

Показания к операции определялись диагнозом, поставленным на основании комплексного клинико-

лабораторного обследования. В настоящей работе применялись следующие методы исследования: клинические (опрос, осмотр, гинекологический статус), лабораторные (исследование общего анализа крови и гематокрита до операции и на вторые сутки после нее) и специальные (исследование свертывающей системы крови). Исследовали посевы цервикального канала, влагалища, уретры.

Больные в стационаре подвергались дополнительному обследованию, которое заключалось в проведении УЗИ (трансвагинальный и абдоминальный доступы), доплерометрию, по показаниям КТ, МРТ и др.

Результат и обсуждение

С учетом способа хирургического вмешательства все обследуемые были разделены на 2 группы. Основная группа 87 женщин, которым проведены операции тотальные гистерэктомии лапаротомным доступом по усовершенствованной технологии с укреплением связочного аппарата к культе влагалища, которым в ходе операции купол влагалища оставлен открытым. Контрольная группа 54 пациенток, которым выполнялись тотальные гистерэктомии лапаротомным доступом по традиционной методике. Все операции выполнялись с целью хирургического лечения миомы матки более 12 недель.

Обследуемые обеих групп были сопоставимы по социально-биологическим характеристикам и тяжести заболевания. В исследуемые группы входили пациентки с ожирением и миомой матки более 12 недель требующие хирургического лечения, в возрасте от 45 до 52 лет, средний возраст $49,4 \pm 1,78$ лет. Решение об объеме хирургического лечения принималось индивидуально в каждом случае.

Произведено 87 операций (основная группа) - тотальной гистерэктомии лапаротомным доступом по усовершенствованной технологии. Сущность метода заключается в наложении прямого зажима одновременно с захватыванием крестцово-маточной связки, кардинальной связки и сосудистого пучка под углом 45 градусов по отношению к проводной оси тела матки, что позволяет объединить этапы оперативного вмешательства, тем самым укоротить её продолжительность, уменьшить объем кровопотери. Последующая фиксация крестцово-маточных, кардинальных, круглых связок с боковыми стенками влагалища с каждой стороны и одновременным наложением обивного шва на переднюю и заднюю стенки культи влагалища производится одной нитью. При этом начало шва начинается с лигирования сосудистого пучка с одной стороны с последующим захватом кардинальной, крестцово-маточной связок и переходом на заднюю стенку культи влагалища (начало вкола иглы в культю влагалища начинается изнутри наружу, т.е. от слизистой влагалища). Противоположная сторона ушивается в обратной последовательности. После лигирования сосудистого пучка необходимо произвести фиксацию круглой связки с переходом на переднюю стенку культи влагалища (выполняется аналогичным приемом). Заканчивать шов следует с фиксацией круглой связки с противоположной стороны.

Таким образом, предложенный нами усовершенствованный метод операции тотальной гистерэктомии абдоминальным доступом предупреждает пролапс культи влагалища у женщин с ожирением. Потому, что

при фиксации шва происходит уменьшение размеров дугласового пространства за счет его натягивания и подтягивания, что предотвращает в дальнейшем формирование энтероцеле у женщин с ожирением. При данном методе сохраняется физиологическая горизонтальная ось влагалища по отношению к леваторам (*levatoris ani externa*), за счет этого не нарушается половая функция.

Продолжительность операции тотальной гистерэктомии по усовершенствованной технологии варьировала от 45 до 75 минут. Длительность нахождения больных в стационаре составляла 4 - 6 суток. Средняя кровопотеря - $180,4 \pm 3,3$ мл. Интраоперационных осложнений отмечено не было. В раннем послеоперационном периоде в 2 (2,3%) случаях были подпапоневрические гематомы. После проведения антибактериальной и инфузионной терапии наступило выздоровление.

Продолжительность операции варьировала от 90 до 110 минут при традиционном методе абдоминальной гистерэктомии. Длительность нахождения больных в стационаре составляла 5 - 7 суток. Средняя кровопотеря - $290,7 \pm 26,8$ мл. В ходе тотальной гистерэктомии по традиционной методике влагалище укорачивается в связи с чем, затруднена половая жизнь.

При выполнении гистерэктомии с использованием лапаротомного доступа по традиционной методике зарегистрированы следующие осложнения: интраоперационно - 1 (1,9%) ранение мочевого пузыря и 1 (1,9%) ранение мочеточника. В раннем послеоперационном периоде было выявлено 2 (3,7%) перикюльита, у каждой третьей пациентке гранулемы и 3 (5,5%) подпапоневрических гематомы передней брюшной стенки. После проведения антибактериальной и инфузионной терапии наступило выздоровление.

Как и любое оперативное вмешательство, после экстирпации матки возможны ранние и поздние послеоперационные осложнения. Наиболее частое раннее осложнение после экстирпации матки - температурная реакция и нагноение. Этот вид осложнения обусловлен нередким скоплением небольшого количества экссудата в дугласовом пространстве. В предлагаемом нами способе формирования культи влагалища исключается возможность скопления экссудата в послеоперационном периоде, вследствие создания естественного "дренажа" паравезикального и параметрального пространств. Оставляя культю открытой, мы таких осложнений не наблюдали, что способствовало максимально ранней выписке из стационара. Усовершенствованная техника наложения швов на переднюю и заднюю стенки влагалища, культи крестцово-маточных, круглых и кардинальных связок, позволяет свести до минимума количество послеоперационных осложнений.

Для подтверждения эффективности усовершенствованного метода ушивания культи влагалища нами проанализированы различные характеристики особенностей течения раннего послеоперационного периода у пациенток которым проведены операции тотальные гистерэктомии по усовершенствованной методике и оперированные по традиционной методике такие как: количество койко-дней после операции, количество дней с повышенной температурой тела, цифры максимального подъема температуры тела, а также количество женщин с культизмом и гранулемой.

Подавляющее большинство пациенток, которым проведены операции по усовершенствованной мето-

дике 92,1% - находились в стационаре после операции в течение до 5 суток, тогда как женщины оперированные по традиционной методике - 66,3%.

Анализ количества женщин, находившихся в клинике с повышенной температурой тела, показал также убедительное преимущество усовершенствованного метода ушивания культи влагалища. А именно только у 11,8% пациенток после применения усовершенствованного метода ушивания культи влагалища отмечено повышение температуры тела до 3 дней в пределах 37,5°C. Почти у половины пациенток, прооперированных традиционным способом - 52,7%, отмечалось повышение температуры тела от 37 до 39 °C.

При этом в группе женщин которым проведены операции по традиционной методике у каждой 3-ой пациентки отмечался подъем температуры от 37°C до 38°C, а у каждой 5-ой - выше 39°C.

Развитие культи отмечено у 10,5% пациенток после операции по традиционной методике, в группе с оставлением купола влагалища открытым не зарегистрировано ни одного случая культи.

Также у больных, у которых проведена операция по усовершенствованной технике, не наблюдались гранулемы, которые встречались у каждой третьей прооперированной традиционным методом.

Таким образом, полученные результаты показывают преимущество использования усовершенствованного метода в виде создания искусственного дренирования области послеоперационной раны: снижение осложнений в виде культи, образование гранулемы, уменьшение количества дней с повышением температуры тела, уменьшение использования лекарственных средств, снижение пребывания пациенток в стационаре и повышение оборота койки.

Ограничения в процессе половой жизни отсутствуют в группе женщин оперированных по усовершенствованной технологии за счет того, что в ходе операции произведено укрепление связочного аппарата к культе влагалища, в ходе которого формировался глубокий купол влагалища, сохраняется физиологическая горизонтальная ось влагалища по отношению к леваторам (*levatoris ani externa*), что создает возможность нормальной половой жизни. В ходе традиционной тотальной гистерэктомии влагалище укорачивается в связи с чем, затруднена половая жизнь.

При наблюдении в течении 2 лет после проведения операции по усовершенствованной методике во время которой культя влагалища фиксировалась крестцово-маточными, кардиальными, круглыми связками пролапс культи влагалища не наблюдалось. Тогда как, у женщин которым были проведены операции по традиционной методике пролапс культи влагалища наблюдалось у 17 больных, из них цистоцеле в 9 случаях, ректоцеле в 3 случаях, энтероцеле в 5 случаях.

Отдаленные результаты изучены от 2-х месяцев до 2-х лет, большинство прооперированных женщин по усовершенствованной технологии были удовлетворены результатами операций. Всеми было отмечено улучшение качества жизни, связанного со здоровьем.

Предлагаемые нами параметры способа позволяют достичь поставленного технического результата - снижение риска развития ранних и поздних послеоперационных в стационарах любого уровня.

Выводы:

1. Таким образом, предложенный нами усовершенствованный техника операции тотальной гистерэктомии предупреждает пролапс культи влагалища у женщин с ожирением. Потому, что при фиксации шва происходит уменьшение размеров дугласового пространства за счет его натягивания и поднятия, что предотвращает в дальнейшем формирование энтероцеле у женщин с ожирением. При данном методе сохраняется физиологическая горизонтальная ось влагалища по отношению к леваторам (*levatoris ani externa*), за счет этого не нарушается половая функция.

2. В предлагаемом нами способе формирования культи влагалища исключается возможность скопления экссудата в послеоперационном периоде, вследствие создания естественного "дренажа" паравезикального и параметрального пространств.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Коршунов М. Ю. Эффективность вагинальной гистерэктомии с высоким подвешиванием купола влагалища к крестцово-маточным связкам в лечении пролапса тазовых органов у женщин : научное издание / М. Ю. Коршунов // Российский вестник акушера - гинеколога. - М., 2015; 13(2): 61-65.
2. Наврузов Б. С. Диагностика ректоцеле при пролапсе тазовых органов у женщин: научное издание / Б. С. Наврузов, Э. К. Шаймарданов // Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана. - Ташкент, 2014; 1: 45-47.
3. Гаспаров А.С., Дубинская Е.Д., Бабичева И.А., Лаптева Н.В. и др. Роль дисплазии соединительной ткани в акушерско-гинекологической практике // Казанский медицинский журнал. 201; 95(6): 897-904.
4. Довлатов З.А., Довлатов З.А. Сетчатые имплантаты в лечении пролапса тазовых органов у женщин: осложнения и пути их профилактики // Современные проблемы науки и образования. - 2015; 5.
5. Плеханов А.Н., Стрижелецкий В.В. Малоинвазивные доступы в хирургическом лечении пациенток с миомой матки больших размеров// Московский хирургический журнал. - 2008; 2(2): 11-17.
6. Пучков К.В., Иванов В.В., Баков В.С., Усачев И.А. Оптимизация техники хирургического лечения тазового пролапса // Малоинвазивные технологии в хирургии: материалы межрегион. науч.-практ. конф. - Махачкала: ИПЦ ДГМА, 2005; 159-160.
7. Федоров А.А. Влияние гистерэктомии на анатомо-функциональное состояние мочевой системы. /Автореф. дисс. на соискание ученой степени д.м.н. - М., 2005; 8-16.
8. Шалаев О.Н., Радзинский В.Е., Плаксина Н.Д., Салимова Л.Я. Фиксация влагалища к крестцово-остистой связке как профилактика рецидива генитального пролапса. //Вестник Российского университета дружбы народов. - М. - 2017; 17-18.
9. Ghetti C. et. al. Pelvic organ descent and symptoms of pelvic floor disorders // Am. J. Obstet. Gynecol. - 2018; 7: 53-57.
10. Гаспаров А.С., Бабичева И.А., Дубинская Е.Д., Лаптева Н.В., Дорфман М.Ф. Хирургическое лечение пролапса тазовых органов. Казанский медицинский журнал. 2014; 95(3): 341-347.
11. Мгелишвили М.В., Буянова С.Н., Марченко Т.Б., Рижинашвили И.Д. Опыт применения синтетических протезов для лечения тяжелых форм пролапса гениталий у женщин в пожилом возрасте. // Альманах клинической медицины. 2015; 37: 118-122.
12. Мороз Н.В. УЗИ в оценке тазового дна. Акушерство и гинекология. 2015;14(2): 31-37.

Поступила 09.02. 2020