

МЕТОД ПРОФІЛАКТИКИ ПОСТГІСТЕРЕКТОМІЧНОГО ПРОЛАПСУ ПІД ЧАС ТРАНСВАГІНАЛЬНОЇ ГІСТЕРЕКТОМІЇ

О.О.Проценко, О.П.Пересулько¹

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова, Військово-медичний центр ПС ЗС України (м. Вінниця), ¹Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Резюме. Запропоновано новий метод кульдопластики під час вагінальної гістеректомії за показаннями, не пов'язаними з пролапсом у жінок з високим ступенем ризику постгістеректомічного пролапсу. Підшивання проксимальних частин крижово-маткових зв'язок до апікальної частини піхви з репозицією сечового міхура є профілактичним засобом розвитку постгістеректомічного пролапсу кукси піхви.

Ключові слова: вагінальна гістеректомія, постгістеректомічний пролапс, профілактика.

Патологічно змінену матку можна видалити після розсікання основних структур, що її фіксують [1]. Відомо [2], що денервація, порушення архітекτονіки тазового дна та фасціально-лігаментного комплексу сприяють розвитку постгістеректомічного пролапсу (ПГП), однак під час видалення матки можливо відновити апікальну фіксацію, що зменшить ризик виникнення пролапсу кукси піхви. Іншим аспектом ПГП є можливість прогресування вже існуючих, але проігнорованих чи не встановлених дефектів підтримки апікального відділу піхви [3]. У цьому випадку ПГП потрібно розглядати як прогресування існуючих порушень фіксації, якому сприяло видалення матки.

Нами розроблено метод профілактики ПГП після трансвагінальної гістеректомії (ТВГ) з репозицією сечового міхура у хворих, яким видалється матка з причин, не пов'язаних з генітальним пролапсом. В інших випадках апікальна фіксація не є профілактичним засобом, а способом реконструкції вже існуючого дефекту апікального сегмента піхви (В.М.Запорожан, М.Р.Цегельський, 1996).

Мета дослідження. Оцінити зміни вагінального профілю після ТВГ та можливості запропонованого методу профілактики пролапсу кукси піхви чи розвитку ентероцеле під час трансвагінального видалення матки за показаннями, не пов'язаними з пролапсом.

Матеріал і методи. Протягом 2004-2005 рр. у відділенні гінекології хірургічної клініки Військово-медичного Центру ПС України виконано ушивання кукси піхви під час трансвагінальної екстирпації матки у 34 жінок (основна група) за авторською методикою. Критерієм відбору пацієнток для дослідження була наявність факторів ризику виникнення пролапсу чи початкові ознаки порушення фіксації апікального відділу піхви. Показанням до гістеректомії була фіброміома матки. Групу порівняння становили 29 жінок, яким куксу піхви зашивали без додаткового укріплення. Періопераційні показники та результати оперативного лікування визначали за "системою вагінального профілю" [4]. У кожної жінки вивчали анамнестичні дані (вік, кількість вагітностей, пологів та їх особливості, максимальна маса новонародженого, гінекологічний та соматичний анамнези). Ретельне визначення вагінального профілю під час проби Вальсальви проводили до та після операції в середньому протягом 1,2 року, з колюванням терміну спостереження за віддаленими результатами від 7 тижнів до 1,8 року. Одержані дані оброблено за методами дескриптивної

статистики для біомедичних досліджень.

Техніка трансвагінальної гістеректомії. Циркулярним розрізом у межах склепінь після гідропрепарування 0,1% розчином адреналіну розрізали та відшаровували стінку піхви. Мобілізували сечовий міхур і виконували задню кольпотомію, після чого послідовно клеміювали і перев'язували крижово-маткові та кардинальні зв'язки. Після передньої кольпотомії перев'язували широкі зв'язки матки доки не вдавалося клеміювати і перев'язати маткові кінці придатків. Якщо не вдавалося вивести в операційне поле дно матки, використовували різні способи інтраопераційного зменшення розміру матки: міомектомія (62%), сагітальний розріз (25%), морцеляція (18%).

Після видалення матки в основній групі за стандартною методикою виконували перитонізацію циркулярним швом (Вікріл № 0) з прошиванням кукс зв'язок і сагітальним зашиванням рани слизової оболонки піхви.

Куксу піхви з репозицією сечового міхура після ТВГ зашивали окремими нерозсмоктувальними швами (PDS II № 0) з порожниці піхви послідовно через тканини верхнього паракольпуму в межах кукси крижово-маткової зв'язки, медіальніше розрізу слизової оболонки піхви, з подальшим проведенням нитки через середню частину крижово-маткової зв'язки з того ж боку (рис. 1). Тією ж ниткою послідовно прошивають очеревину бокових та передньої стінок ректосигмоїдного сегмента і протилежної крижово-маткової зв'язки. Далі нитку виводять через розріз очеревини апікального відділу медіальніше розрізу слизової оболонки піхви симетрично до первинного уколу. Вільні кінці ниток проводять через кукси відповідних міхурово-маткових зв'язок. Нитки стягують після зашивання розрізу слизової оболонки піхви (рис. 2). Перитонізацію та зашивання рани апікального відділу піхви виконують за стандартною методикою.

Результати дослідження та їх обговорення. Загальна характеристика хворих наведена в табл. 1. Відмінності між групами жінок пояснюються тим, що профілактика пролапсу апікального сегмента піхви виконувалася із-за ризику виникнення генітального пролапсу.

Також встановлено розбіжності в показаннях до видалення матки – мено-, метроррагія та дисменорея були частіше у жінок групи порівняння. Важливо, що у жінок основної групи середній розмір матки становив $11,7 \pm 0,5$, а в групі порівняння – $9,1 \pm 1,1$ тиж. вагітності ($p < 0,05$). Між групами вимірювання вагінального профілю виявлені тільки відмінності щодо знаходження точок С та D. Серед жінок основної групи положення цих орієнтирів визначалося ближче до вульварного кільця і становило для С – $5,8 \pm 1,01$ см,

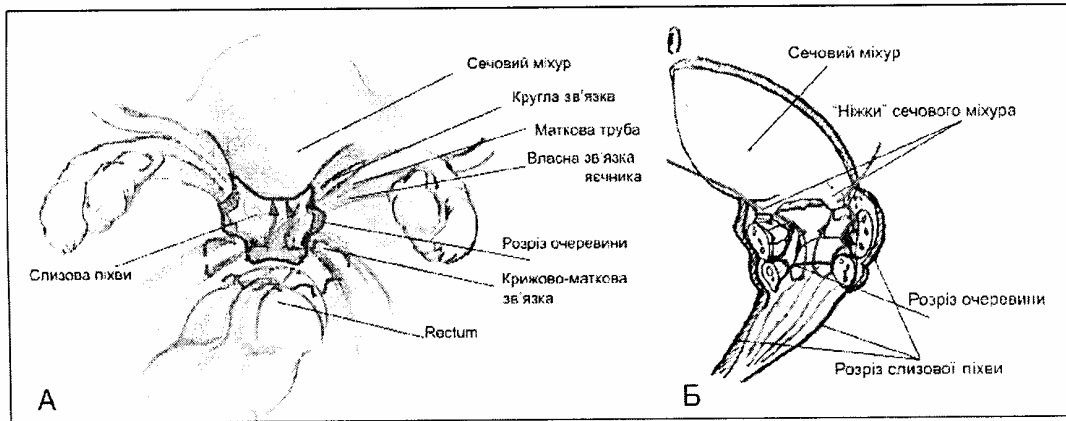


Рис. 1. Проведення шва під час модифікованої кульдопластики з репозицією сечового міхура. А – вигляд з боку порожнини тазу, Б – вигляд з боку порожнини піхви.

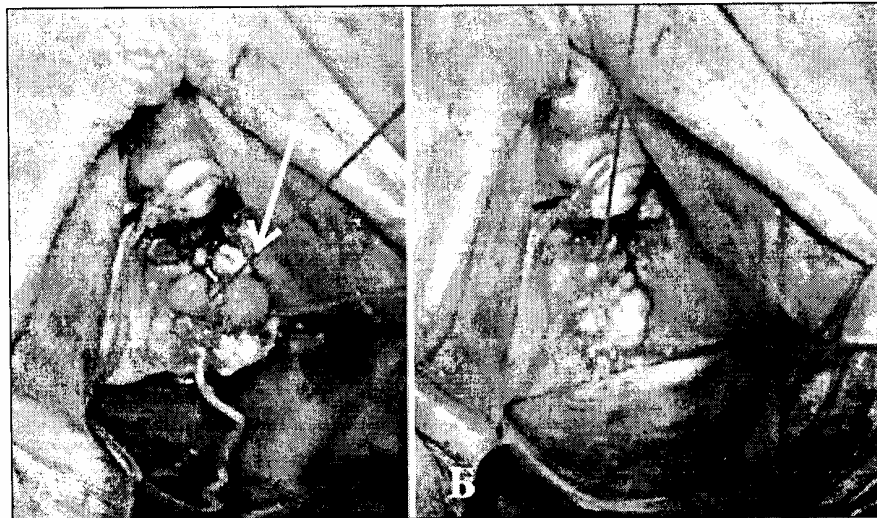


Рис. 2. Вигляд кукси піхви до (А) і після (Б) з'ясування лігатури (стрілка – нитка PDS II № 0).

Таблиця 1

Загальна характеристика хворих

Характеристика хворих	Основна група, n - 34	Група порівняння, n - 29
Вік	47±4,2	41±3,9
Кількість вагітностей в анамнезі	3,7±1,1	1,7±0,3
Кількість пологів в анамнезі	2,6±0,4	1,1±0,1
Маса тіла (кг)	60,8±10,6	51,8±11,3
Варикозна хвороба (%)	34,1	21,7
Запори (%)	29,6	18,2
Ожиріння (%)	26,6	28,1
Хронічні обструктивні захворювання дихальних шляхів (%)	21,4	09,6
Меноррагія чи метроррагія (%)	34	59
Фіброміома матки (%)	89	82
Дисменорея (%)	16	31
Аднексектомія (%)	6,2	3,9

Вагінальний профіль у жінок після трансвагінальної гістеректомії

Контрольні вимірювання	Основна група		Група порівняння		р
	6 міс. після операції	12 міс. після операції	6 міс. після операції	12 міс. після операції	
D	-8,8±1,2	-8,7±0,13	-8,1±0,66	-6,9±1,24≈	p<0,05
Довжина піхви	8,9±1,1	8,8±0,87	8,3±0,64	7,8±0,21≈	p<0,05

≈ - p<0,05, вірогідність різниці піхвового профілю жінок групи порівняння після 6 та 12 міс. спостереження.

для D – 8,9±0,35 см (у групі порівняння – 6,9±0,41 та – 10,8±1,30 відповідно, p<0,05).

У таблиці 2 наведені результати вимірювань орієнтирів апікального відділу піхви під час спостереження в післяопераційному періоді. Необхідно відмітити, що ми не встановили значного впливу ТВГ на розмір генітального хіатусу та довжини промежини, а також на положення орієнтирів переднього та заднього сегментів піхви. В основній групі довжина піхви (TVL) одразу після операції була більшою, ніж у групі порівняння. Але через 6 і 12 міс. TVL у групі порівняння зменшилася, а в основній не змінилася. Внаслідок цього менша довжина піхви встановлена у жінок групи порівняння через 12 міс. спостереження.

Аналогічні зміни в групі порівняння після ТВГ ми спостерігали з глибиною заднього дугласового простору (точка D), тоді як в основній групі цей показник залишався майже постійним.

За інтраопераційними і післяопераційними ускладненнями та функцією суміжних органів ми не встановили розбіжностей між жінками обох груп.

Отже, ТВГ призводить до зменшення довжини піхви, яка з часом прогресує внаслідок втрати надійної фіксації в результаті розсікання кардинальних та крижово-маткових зв'язок. Дистальні відділи піхви залишаються майже інтактними, що свідчить про збереження апарату фіксації цих зон під час гістеректомії.

Ознаки порушення опорних структур паракольпуму встановили визначенням зміни розташування контрольних точок апікальних від-

ділів піхви. У групі порівняння через рік після ТВГ виявляли початкові ознаки проксимального цистоцеле та ентероцеле. Подібне спостереження не означає 100% прогресування змін, але відображає відповідну тенденцію.

Важливо, що після зашивання кукси піхви запропонованою нами методикою, спостерігається збільшення довжини піхви і збереження її довжини при подальшому спостереженні. Також не встановлено ознак пролапсу кукси та тенденції до розвитку ентероцеле, хоча більшість жінок після фізичного навантаження в ранньому післяопераційному періоді відчували дискомфорт та біль у крижах. Цей факт пов'язаний з механічним навантаженням на крижово-маткові зв'язки. Проте в разі обмеження фізичної праці протягом 3-4 міс. післяопераційного періоду толерантність жінок до фізичних навантажень значно підвищується.

Висновки. 1. Дезінтеграція лігаментного апарату апікального відділу піхви під час гістеректомії є сприятливим фактором випадання кукси піхви чи розвитку ентероцеле. 2. Авторський метод апікальної фіксації з репозицією сечового міхура під час трансвагінальної гістеректомії є превентивним запобіганням виникнення постгістеректомічного пролапсу.

Перспективи наукового пошуку. Запропонований метод профілактики постгістеректомічного пролапсу з репозицією сечового міхура у хворих, яким видаляють матку з причин, не пов'язаних з генітальним пролапсом, відкриває перспективи повної ліквідації рецидиву даної патології.

Література

1. Давыдов С.Н., Хромов Б.М., Шейко В.З. Атлас гинекологических операций. – М.: Знание, 1998. – 296 с.
2. Barrington J.W., Edwards G. Posthysterectomy vault prolapse // *Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunct.* – 2000. – V. 11, № 4. – P. 241-245.
3. Porges R. Pelvic organ prolapse: selecting the right repair method // *Contemporary Ob. Gyn.* – 2003. – V. 48, № 1. – P. 28-40.
4. Проценко О.О., Драчевська М.М. Проблема стандартизації термінології випадання жіночих статевих органів та розладів функції тазового дна // *ПАГ.* – 2002. – № 5. – С. 47-48.

МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ПОСТГИСТЕРЕКТОМИЧЕСКОГО ПРОЛАПСА ПОСЛЕ ТРАНСВАГИНАЛЬНОЙ ГИСТЕРЭКТОМИИ

А.А.Проценко, А.П.Пересунько

Резюме. Предложен новый метод кульдопластики во время вагинальной гистерэктомии по показаниям, кроме пролапса, среди женщин группы высокого риска постгистерэктомиического пролапса. Подшивание проксимальной части крестцово-маточных связок к апикальной части влагалища с репозицией мочевого пузыря является профилактической мерой развития постгистерэктомиического пролапса культи влагалища.

Ключевые слова: вагинальная гистерэктомия, постгистерэктомиический пролапс, профилактика.

PREVENTIVE METHOD FOR POSTHYSTERECTOMIC PROLAPSE AFTER TRANSVAGINAL HYSTERECTOMY

O.O.Protsenko, O.P.Peresun'ko

Abstract. A new method of culdoplasty during vaginal hysterectomy by indications except prolapse, among women at high risk of posthysterectomic prolapse of the vaginal stump has been proposed. Suturing the proximal part of the sacrouterine ligaments of the apical part of the vagina with the reposition of the urinary bladder is a preventive measure of the development of posthysterectomic prolapse of the vaginal stump.

Key words: vaginal hysterectomy, posthysterectomic prolapse, prophylaxis.

M.I.Pyrohov National Medical University (Vinnytsia),
Military-Medical Centre of Ukraine's Air Forces of Armed Forces (Vinnytsia),
Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Надійшла 07.09.2006 р.