

ULTRASONOGRAPHIC AND
MORPHOLOGICAL PECULIARITIES OF THE
RETROVAGINAL SEPTUM WITH ANTERIOR
RECTOCELE OF THE III STAGE AND
JUSTIFICATION OF THE SURGICAL TACTIC
CHOICE

*A.V. Driga, V.A. Privalov, J.A. Goloshapova,
L.V. Astahova*

S u m m a r y

A comparative study of ultrasonographic and morphological changes of the levator muscles in women with anterior rectocele of the III stage has

been conducted. Introduction of the endorectal ultrasonography in the preoperative examination complex made it possible to reveal two categories of patients: with a magistral and resistive types of blood flow. A comparative study of the morphological changes in levator muscles in women with rectocele of the III stage showed a significant decrease of collagen and elastic fibers, a depletion of the vascular bed in resistive blood flow type. Taking into consideration the characteristics of degenerative changes of the levator muscles and of the blood flow type in them, 66 women have been operated. The operation of choice was an anterior levator plasty.

УДК 618.14 – 089.87 – 02 : 618.11 – 07

**ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ЯИЧНИКОВОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОСЛЕ ГИСТЕРЭКТОМИИ У ЖЕНЩИН
РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА**

И.В. Сирота, Л.Ю. Давидян, А.Ю. Богдасаров

*Кафедра последипломного образования и семейной медицины (зав. – проф. Н.И. Кан)
Ульяновского государственного университета*

Современная гинекологическая практика предусматривает активную позицию в отношении хирургического лечения доброкачественных процессов матки [1]. Оперативное лечение рассматривается как безопасная и эффективная лечебная процедура, что обеспечивает бурное развитие оперативной гинекологии и увеличивает общее количество оперативных вмешательств [2]. В России приблизительно 90% гистерэктомий производится женщинам в репродуктивном возрасте [5]. Несмотря на политику органосохраняющего хирургического лечения, гистерэктомия влечет за собой множество побочных воздействий на здоровье – от психоэмоциональных расстройств до серьезного риска увеличения заболеваний различных органов и систем [4].

Накоплены данные о ряде нарушений после удаления матки вегетативно-гормонального гомеостаза у женщин репродуктивного возраста [3].

Цель исследования: обоснование профилактики развития синдрома яичниковой недостаточности у женщин репродуктивного возраста, имеющих показания к гистерэктомии.

Обследованы 246 женщин репродуктивного возраста после гистерэктомии. Основную группу составили 134 пациентки, перенесшие гистерэктомию в сочетании с тубэктомией. В группе сравнения было 112 женщин, которым выполнялась гистерэктомия с сохранением маточных труб. В обеих группах у женщин яичники были сохранены. Пациентки были сопоставимы по возрасту, медико-социальным параметрам. Проводились общеклиническое, ультразвуковое и гормональное обследования. Психоэмоциональный статус и выраженность

клинических проявлений синдрома яичниковой недостаточности оценивались после операции.

УЗИ проводили на аппарате Aloka-5500 (Япония) с использованием абдоминального и влагалищного датчиков с частотой 5 МГц. Гормональное исследование содержания фоллиotropина, лютропина, эстрадиола осуществляли иммуноферментным методом с помощью анализаторов "Униплан" (Москва) и ридера "Био-Рад" (США) с использованием стандартных тест-систем ВСМ diagnostics (Италия) и Алкор-Био (Санкт-Петербург).

Психологическую структуру личности определяли с помощью опросника Бека, предназначенного для диагностики депрессивных состояний. Количество набранных баллов более 25 свидетельствовало о наличии у женщины депрессии, менее 10 – об отсутствии депрессивных тенденций и хорошем эмоциональном состоянии больной. Промежуточную группу составили обследованные с легким уровнем депрессии ситуативного или невротического генеза. Все пациентки были информированы о значении и характере операции, целесообразности и безопасности предстоящего вмешательства. Тестирование осуществляли до операции (не позже 1 сут), а также через 1–2 месяца после неё. Степень выраженности синдрома яичниковой недостаточности оценивали по величине менопаузального индекса (по Купперману–Уваровой) с раздельной оценкой нейровегетативных, обменно-эндокринных и психоэмоциональных нарушений. При обработке полученных результатов использовались общепринятые методы медицинской статистики.

Объем оперативного вмешательства у жен-

щин обеих групп определялся по результатам топического диагноза с учетом сопутствующей гинекологической патологии. Показаниями к оперативному лечению наиболее часто служили миома матки с геморрагическим синдромом – у 73 (54,4±4,3%) в основной группе и у 70 (62,5±4,6%) в группе сравнения, большой размер опухоли с нарушением функции соседних органов – соответственно у 17 (12,6%) и 11 (9,8±2,8%), развитие болевого синдрома у больных с миомой матки при отсутствии эффекта от консервативной терапии – у 24 (17,9±3,3%) и 15 (13,4±3,2%), быстрый рост опухоли – у 12 (8,9±2,5%) и 19 (16,9±3,6%), аденомиоз, сопровождавшийся болевым и геморрагическим синдромом, – у 8 (5,9±2%) и 7 (6,25±2,3%).

Оперативное лечение проводилось лапароскопическим и лапаротомическим доступом. В основной группе лапароскопическим доступом прооперировано 39 (28,1±3,9%) женщин, в группе сравнения – 32 (28,6±4,3%; $p>0,05$), лапаротомическим доступом – соответственно 95 (70,9±3,9%) и 80 (71,4±3,3%; $p>0,05$).

При выполнении гистерэктомии в сочетании с тубэктомией независимо от доступа (лапаротомия или лапароскопия) на этапе тубэктомии проводится пересечение мезосальпинкса маточной трубы путем лигирования при лапаротомии и термокоагуляции при лапароскопии. При выполнении последних манипуляций происходит пересечение ветвей сосудистых дуг, участвующих в кровоснабжении яичника, тем самым увеличивается вероятность возникновения ишемии оставленных яичников и как следствие – яичниковой недостаточности.

Объем и продолжительность предоперационной подготовки определяли по совокупности признаков, характеризующих тяжесть имеющихся у больной сопутствующих заболеваний, наличия волевических и метаболических расстройств. Практически всем женщинам в предоперационном периоде проводились лечение анемии, нарушений желудочно-кишечного тракта, компенсация гипопроteinемии, поддерживался витаминный баланс для стимуляции резервных возможностей организма, психопрофилактическая подготовка к оперативному вмешательству с использованием транквилизаторов, седативных и успокаивающих нервную систему средств.

Всем женщинам непосредственно перед оперативным вмешательством выполнялись профилактика тромбоэмболических осложнений (эластическая компрессия нижних конечностей, назначение прямых пролонгированных антикоагулянтов в зависимости от степени риска), катетеризация мочевого пузыря, беседа с врачом. В послеоперационном периоде всем больным назначалась интенсивная терапия по общепринятым принципам: адекватное обезболивание и психофизическая коррекция, по показаниям возмещение кровопотери, внутривенное введение растворов, обеспечивающих потребности организма в белках, электролитах.

Осуществлялись профилактика тромбоэмболических осложнений и посиндромная терапия, начатая в предоперационном периоде. С целью профилактики септических осложнений интраоперационно и в послеоперационном периоде все больные получали антибактериальную терапию препаратами широкого спектра действия. Применялось активное ведение раннего послеоперационного периода: на 2-е сутки больным разрешалось поворачиваться на бок, через 24 часа, при отсутствии противопоказаний садиться и вставать, назначалась лечебная физкультура. Длительность нахождения в стационаре женщин в послеоперационном периоде была различной – в среднем 8,2±1,2 в основной группе и 7,8±1,3 дня в группе сравнения. После выписки из стационара всем больным проводились реабилитационные мероприятия, направленные на создание наиболее благоприятного физиологического и психологического состояния, обеспечивающие достойный уровень качества жизни.

Проведенные нами УЗИ показали, что до оперативного вмешательства размеры яичников у женщин основной группы составляли в среднем 5,9±0,9 см, в группе сравнения – 5,8±0,7 см. Через один месяц после операции объем яичников у пациенток основной группы увеличился почти в 1,5 раза и составил в среднем 7,5±1,3 см, в группе сравнения – 6,6±1,2 см.

Исследование структуры яичников у женщин в основной группе свидетельствовало о выраженном снижении их экзогенности при полном отсутствии фолликулов, в то время как в группе сравнения через один месяц после операции в структуре яичников появились единичные фолликулы диаметром 0,8–1 см.

Доплеровские характеристики кровотока подтверждали его снижение в первый месяц после хирургического лечения. До оперативного лечения регистрировались следующие значения кровотока яичниковой артерии: $A/V=3,25\pm0,9$ в основной группе и $3,19\pm0,8$ в группе сравнения, $PI=1,8\pm0,11$ в основной группе и $1,76\pm0,12$ в группе сравнения, $IR=0,68\pm0,09$ в основной группе и $0,66\pm0,09$ в группе сравнения. После оперативного лечения систолодиастолический коэффициент в основной группе составил $3,58\pm0,15$ и в группе сравнения – $3,42\pm0,16$, PI – соответственно $1,98\pm0,07$ и $1,9\pm0,09$, IR – $0,91\pm0,04$ и $0,81\pm0,06$. В большей степени ухудшение кровоснабжения мы наблюдали у женщин основной группы.

Помимо изменения ультразвуковых параметров, нами были выявлены признаки угнетения стероидогенеза, которые также свидетельствовали об ухудшении кровоснабжения яичников вследствие их ишемизации.

Анализ содержания яичниковых гормонов у тех пациенток, у которых гистерэктомия сопровождалась удалением маточных труб, показал, снижение уровня эстрадиола через месяц после операции почти в 3 раза, в то время

как у женщин с сохраненными маточными трубами – только на 20%. В то же время содержание фоллитропина и лютропина имело тенденцию к повышению. Так, если в основной группе содержание ФСГ до операции составляло $12,0 \pm 2,1$, а ЛГ – $9,9 \pm 2,9$ мМЕ/мл, то в послеоперационном периоде – соответственно $13,3 \pm 0,96$ и $12,4 \pm 1,1$ мМЕ/мл. У пациенток группы сравнения в предоперационном периоде содержание ФСГ было равно $7,7 \pm 1,75$, ЛГ – $6,3 \pm 2,2$ мМЕ/мл, в то время как после операции – соответственно $5,5 \pm 0,5$ и $6,1 \pm 0,84$ мМЕ/мл.

Изменение содержания яичниковых гормонов у большинства женщин основной группы сопровождалось развитием синдрома яичниковой недостаточности, проявляющимся вегетососудистыми, обменно-эндокринными и психоэмоциональными расстройствами.

У части женщин с сохраненным менструальным циклом до оперативного вмешательства регистрировались слабо выраженные нейровегетативные проявления, не требовавшие гормональной коррекции и проявлявшиеся в основном повышением АД, приступами сердцебиения, потливости, нарушениями сна, головной болью. В основной группе таких женщин было 25 (18,6±6,5%), в группе сравнения – 19 (16,9±3,6%; $p > 0,05$).

В послеоперационном периоде тяжелая степень синдрома яичниковой недостаточности выявлялась уже у 6,7% пациенток, средняя степень тяжести – у 23,8%, легкая – у 50,7%. У женщин с сохраненными маточными трубами среднетяжелых и тяжелых проявлений синдрома было значительно меньше – соответственно 2,6% и 1,5%, легких – у 33,9% больных.

Определенный интерес представляло исследование психологической структуры личности больных и эффект, оказанный хирургическим вмешательством на психоэмоциональное состояние пациенток в сравниваемых группах, поскольку именно эта сфера является наиболее показательной в плане отражения качества жизни женщины. У большинства женщин до операции как в основной группе, так и в группе сравнения отсутствовали депрессивные тенденции (до 10 баллов по опроснику Бека) – соответственно 96 (71,6±3,9%) и у 84 (75±4,1%; $p > 0,05$). Промежуточную группу (10–25 баллов) составили 35 (26,1±3,8%) женщин в основной группе и 27 (24,1±4%) в группе сравнения ($p > 0,05$). Депрессия (число баллов выше 25) была выявлена только у 3 (2±1,2%) женщин основной группы и у 1 (0,89%) в группе сравнения. Анализ показал что для значительной части пациенток обеих групп были свойственны повышенное внимание к себе и к своим ощущениям, озабоченность состоянием своего здоровья, отсутствие чувства безопасности, неуверенность в себе, сниженная стрессоустойчивость, особенно в ситуациях с непред-

сказуемым исходом при внешнем отсутствии проявления тревоги. В предоперационном периоде такие особенности психологического состояния вполне естественны. Через месяц после оперативного лечения отчетливо прослеживалась тенденция к уменьшению числа женщин с благополучным эмоциональным фоном: в основной группе – 72 (53,7±4,3%), в группе сравнения – 78 (69,6±4,3%) ($p < 0,05$). Лиц с легкой депрессией ситуативного или невротического типа также стало больше в обеих группах: в основной группе – 57 (42,3±4,3%), в группе сравнения – 33 (29,4±4,3%; $p < 0,05$). У остальных пациенток имелись проявления депрессии: в основной группе – 5 (3,7±1,6%), в группе сравнения – 1 (0,89%; $p < 0,05$).

Таким образом, нами выявлена тенденция к более выраженным гемодинамическим и гормональным нарушениям, сочетающимся с клиническими проявлениями гипострогении в виде увеличения нейровегетативных, обменно-эндокринных и психоэмоциональных нарушений у женщин после проведения гистерэктомии в сочетании с тубэктомией. В связи с этим тубэктомию можно считать фактором риска развития яичниковой недостаточности у женщин после проведения гистерэктомии с сохранением яичников.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильченко Н.П. Клинико-физиологическое обоснование тактики хирургического лечения больших лейомиомой матки: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1992.
2. Вихляева Е.М. //Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов.–1997. –№ 3. – С.21–23.
3. Володин С.К. Хирургическая профилактика нейроэндокринных нарушений после на надвлагалищной ампутации матки. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Казань, 1997.
4. Гудкова М.А., Соловьева А.Д. //Тер. арх. – 1997 – Т.40 – С.72–75.
5. Доброхотова Ю.И. Гистерэктомия в репродуктивном возрасте (системные изменения в организме женщины и методы их коррекции): Автореф. дисс. д-ра мед. наук. – М., 2000.

Поступила 23.05.07.

THE PECULIARITIES OF DEVELOPMENT OF OVARIAN INSUFFICIENCY SYNDROME IN FEMALES OF REPRODUCTIVE AGE AFTER HYSTERECTOMY

I.V. Sirota, L.U. Davidyan, A.U. Bogdasarov
S u m m a r y

During evaluation of the postoperative period in females with a combination of a hysterectomy and tubectomy with preserved ovaries, a development of ovarian insufficiency syndrome has been established. This syndrome is accompanied by haemodynamic and hormonal disorders, which is combined with clinical manifestations of hypoestrogenemia - an increase of neurovegetative, metabolic and endocrinal and psychoemotional disturbances.