

Особенности течения послеоперационного периода после гистерэктомии у женщин с дисплазией соединительной ткани

И.Ю. Ильина¹, В.О. Маликова², А.А. Чикишева³, Ю.Э. Доброхотова¹

¹ Кафедра акушерства и гинекологии № 2 Лечебного факультета
Российского научного исследовательского медицинского университета
им. Н.И. Пирогова, Москва

² Медицинский центр “Здоровая семья”, Москва

³ Медицинский центр “Медина”, Московская область, Раменское

В статье описаны результаты, полученные при обследовании женщин после гистерэктомии с использованием различных доступов. Показана роль дисплазии соединительной ткани в развитии пролапса гениталий в послеоперационном периоде. Отмечена необходимость выбора доступа при проведении гистерэктомии у женщин с патологией соединительной ткани с целью уменьшения риска опущения стенок и выпадения купола влагалища после операции.

Ключевые слова: гистерэктомия, дисплазия соединительной ткани, пролапс гениталий, выпадение влагалища, послеоперационный период.

Несмотря на развитие и совершенствование органосберегающих операций в гинекологии, основанных на применении современных технологий, гистерэктомия по-прежнему остается наиболее частой операцией в практике акушеров-гинекологов. По данным ряда авторов, доля гистерэктомии среди полостных операций в Швеции составляет 38%, в США — 36%, в Великобритании — 25%, в России — 38%.

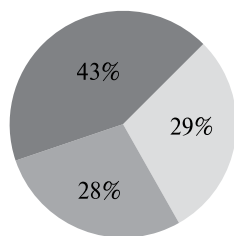
Гистерэктомия может быть выполнена абдоминальным (чревосечение, лапароскопия) или влагалищным доступом. В литературе можно найти достаточное количество работ, в которых рассматриваются преимущества того или иного доступа при отсутствии генитального пролапса. Однако данные о частоте опущения стенок и выпадении купола влагалища после подобных операций скудные. На настоящий момент

алгоритм выбора доступа для проведения гистерэктомии с учетом риска опущения стенок влагалища в послеоперационном периоде не разработан.

На сегодняшний день имеется необходимость в разработке алгоритма, направленного на выбор доступа для проведения гистерэктомии с целью минимизировать возможность опущения стенок и выпадения купола влагалища после гистерэктомии, учитывая этиопатогенез развития заболевания и наличие факторов риска.

По данным некоторых авторов, гистерэктомии, произведенные влагалищным путем при отсутствии генитального пролапса, имеют ряд преимуществ. Во-первых, они не требуют сложной технической подготовки, необходимой при выполнении лапароскопической гистерэктомии; во-вторых, влагалищный доступ существенно сокращает время операции и объем интраоперационной кровопотери; в-третьих, имеется воз-

Контактная информация: Ильина Ирина Юрьевна, iliyina@mail.ru



- Влагалищная гистерэктомия
- Лапароскопическая гистерэктомия
- Лапаротомическая гистерэктомия

Рис. 1. Частота различных видов оперативного лечения у женщин без генитального пролапса.

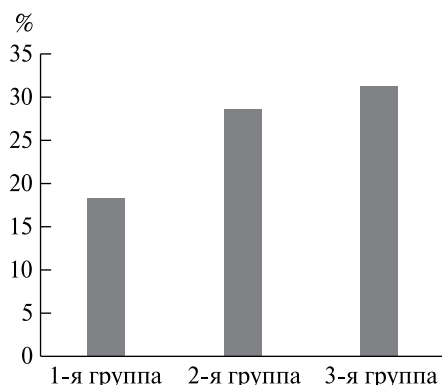


Рис. 2. Частота встречаемости ДСТ у женщин без пролапса гениталий.

можность более ранней активации пациенток; в-четвертых, отсутствует необходимость выполнения разреза передней брюшной стенки, что обеспечивает меньшую интенсивность болей в раннем послеоперационном периоде и исключает развитие осложнений, связанных с разрезом кожи.

В последнее время резко возросло число лапароскопических гистерэктомий, что объясняется мощным рекламным маркетингом индустрии эндоскопического оборудования. Вместе с тем увеличение числа лапароскопических гистерэктомий не повлияло на среднее количество лапаротомных экстирпаций матки.

Лапароскопическую гистерэктомию впервые выполнил известный американский хирург Н. Reich, который на сего-

дняшний день является признанным авторитетом в области эндохирургии. Он считает, что "...лапароскопическая гистерэктомия не показана в тех случаях, когда существует возможность выполнения влагалищной гистерэктомии...".

Материал и методы

С целью выявления особенностей течения послеоперационного периода после гистерэктомии у женщин с **дисплазией соединительной ткани (ДСТ)** мы обследовали 75 пациенток, средний возраст которых составил $53,7 \pm 0,9$ года (от 42 до 70 лет). Признаки ДСТ выявлены у 20 пациенток (26,7%).

В зависимости от метода проведения оперативного лечения пациентки были разделены на три группы. В 1-ю группу вошло 22 женщины (29,3%), которым была проведена гистерэктомия влагалищным доступом, во 2-ю — 21 женщина (28,0%), которой была проведена лапароскопическая гистерэктомия, в 3-ю — 32 женщины (42,7%) после лапаротомических гистерэктомий (рис. 1).

В 1-й группе ДСТ была диагностирована у 4 пациенток (18,2%), во 2-й — у 6 (28,6%) и в 3-й — у 10 (31,3%) (рис. 2).

Обращает на себя внимание частота встречаемости ДСТ в 3-й группе, которая была в 1,7 и 1,1 раза больше, чем у женщин 1-й и 2-й групп соответственно. По всей видимости, это связано с расширенными противопоказаниями для оперативного лечения с использованием других доступов при наличии экстрагенитальной патологии, которая часто сопровождает ДСТ.

В 1-й группе нарушения мочеиспускания наблюдались у 2 пациенток (9,1%), причем у женщин без патологии соединительной ткани: у одной пациентки — стрессовое недержание мочи, у другой — императивное недержание мочи (рис. 3). Во 2-й группе нарушения мочеиспускания (стрессовое недержание мочи) наблюдались у 3 пациенток

(14,3%). У этих женщин была диагностирована ДСТ (см. рис. 3). В 3-й группе нарушения мочеиспускания наблюдались у 11 пациенток (34,4%). Такую высокую встречаемость различных видов нарушений мочеиспускания в 3-й группе можно объяснить большим количеством пациенток с патологией соединительной ткани (10 женщин, 31,3%). Стрессовое недержание мочи выявлено у 5 пациенток 3-й группы (2 женщины с ДСТ), императивное недержание мочи — у 5 пациенток (1 женщина с ДСТ), смешанная форма недержания мочи — у 1 пациентки с ДСТ (см. рис. 3).

Оценка результатов оперативного лечения у женщин 1-й группы на предмет опущения стенок влагалища или выпадения культи влагалища проводилась в среднем через $4,9 \pm 0,5$ года (от 1 до 8 лет). Опущение стенок влагалища наблюдалось у 2 пациенток (9,1%), ДСТ диагностирована у 1 пациентки (рис. 4).

Во 2-й группе оценку результатов послеоперационного лечения проводили в среднем через $3,2 \pm 0,4$ года (от 2 до 4 лет). Столь короткий срок наблюдения связан с новизной метода и недавним внедрением его в клиническую практику. Опущение стенок влагалища наблюдалось у 3 пациенток (14,3%), ДСТ диагностирована у всех пациенток (см. рис. 4).

Результаты послеоперационного наблюдения за женщинами 3-й группы оценивали в среднем через $4,3 \pm 0,3$ года (от 2 до 7 лет). Опущение стенок влагалища наблюдалось у 7 женщин (21,9%), ДСТ диагностирована у 6 пациенток (см. рис. 4).

Результаты и обсуждение

Как показано на рис. 4, опущение стенок влагалища у женщин с ДСТ чаще всего наблюдается после проведения лапаротомической гистерэктомии. После влагалищной гистерэктомии частота развития пролапса гениталий низкая и является одинаковой у женщин как с ДСТ, так и без нее. В нашем

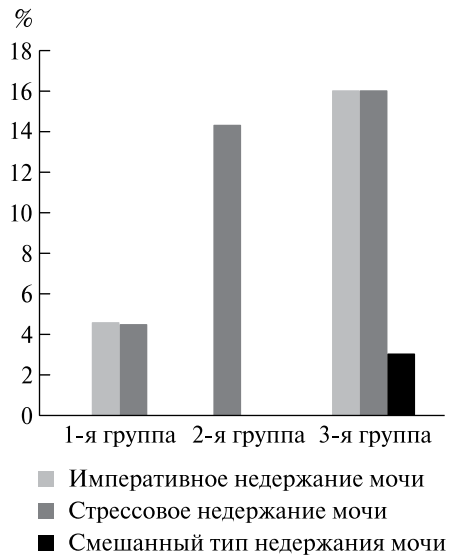


Рис. 3. Частота встречаемости различных видов нарушения мочеиспускания у женщин без генитального пролапса.

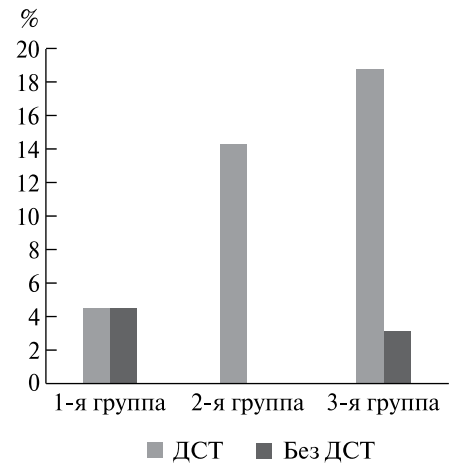


Рис. 4. Частота встречаемости пролапса гениталий в послеоперационном периоде у женщин после гистерэктомии.

исследовании после лапароскопической гистерэктомии не наблюдалось развития осложнений в виде опущения стенок влагалища у женщин с нормальным метаболизмом коллагена, а у пациенток с ДСТ частота встречаемости пролапса гениталий была высокой.

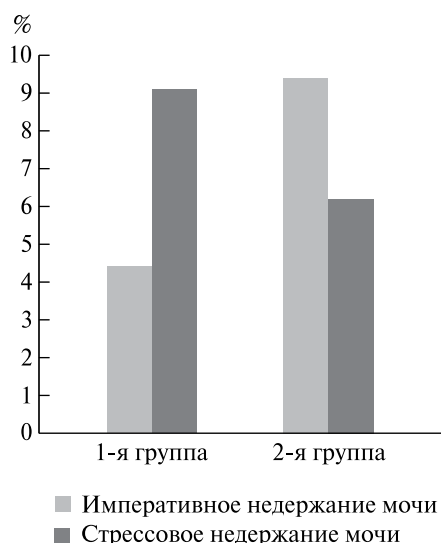


Рис. 5. Частота встречаемости недержания мочи в послеоперационном периоде у женщин после гистерэктомии.

В послеоперационном периоде также наблюдалось нарушение мочеиспускания. Так, в 1-й группе нарушения мочеиспускания отмечались у 3 пациенток (13,6%): стрессовое недержание мочи — у 2, императивное недержание мочи — у 1 пациентки с ДСТ (рис. 5). Во 2-й группе недержания мочи не было. В 3-й группе нарушения мочеиспускания наблюдались у 10 пациенток (31,3%): стрессовое недержание мочи — у 4 (ДСТ диагностирована у 2 женщин), императивное недержание мочи — у 6 (ДСТ диагностирована у 3 женщин) (см. рис. 5).

При сравнении полученных результатов оказалось, что частота встречаемости различных видов недержания мочи в группе женщин, которым проводилась гистерэктомия лапаротомическим путем, в 2,3 раза выше, чем при проведении влагалищной гистерэктомии. Данная закономерность может быть связана с высокой частотой опущения стенок влагалища в послеоперационном периоде и значительной частотой встречаемости ДСТ в данной группе. После лапароскопической гистерэктомии в нашем исследовании нарушений мочеиспускания не наблюдалось, несмотря на то что в указанной группе также было отмечено опущение стенок влагалища. Возможно, это связано с коротким периодом наблюдения, однако в других группах нарушения мочеиспускания даже при коротких сроках наблюдения уже были диагностированы.

Учитывая возможность опущения стенок влагалища и развития недержания мочи после гистерэктомии, особенно у пациенток с ДСТ, важно оценить степень тяжести патологии соединительной ткани, с тем чтобы выбрать правильный метод оперативного лечения с целью уменьшения осложнений.

*С рекомендуемой литературой
вы можете ознакомиться
на нашем сайте www.atmosphere-ph.ru*

Postoperative Features of Uterectomy in Women with Connective Tissue Dysplasia

I.U. Ilyina, V.O. Malikova, A.A. Chikisheva, and U.E. Dobrokhotova

The article describes the results of examination of women who underwent uterectomy with different surgical approaches. Connective tissue dysplasia was proven to play an important role in genital prolapse after uterectomy. To reduce the risk of colpoptosis in women with connective tissue dysplasia surgical approach should be thoroughly chosen.

Key words: uterectomy, connective tissue dysplasia, genital prolapsed, colpoptosis, postoperative period.