

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РОДОВЫХ ТРАВМ

Т.П. ГОЛИКОВА, Ю.М. ДУРАНДИН, Н.П. ЕРМОЛОВА

Кафедра акушерства и гинекологии РУДН. Москва. 117198, ул. Миклухо-Маклая, д.8.
Медицинский факультет.

Обследовано и прооперировано 225 больных после перенесенной травмы мягких родовых путей в родах. По длительности заболевания больные распределялись от 1-2 лет до 21 года и более. В результате обследования выявлены следующие травмы в родах: разрывы шейки матки - у 108, перинеотомии - у 47, эпизиотомии - у 45, разрывы промежности разных степеней - у 42.

После клинического обследования всем 225 женщинам проводили комбинированное хирургическое лечение: пластику влагалища с леваторопластикой, пластику шейки матки методом расслоения и модификации репозиции матки.

В большинстве случаев комбинированного хирургического лечения получен стойкий эффект и только в 4 случаях (1,7%) наступил рецидив заболевания из-за несоблюдения послеоперационных рекомендаций.

Гинекологические заболевания как последствия травм мягких родовых путей в практике гинекологов встречаются довольно часто: опущения и выпадения стенок влагалища и матки, болезни шейки матки и обусловленные этой патологией нарушения структуры и функции смежных органов. Эти заболевания, развиваясь постепенно, ведут к функциональным расстройствам различных органов и систем, что приводит к нарушению генеративной функции и работоспособности женщин [1,2,3,5,6,7].

По нашим наблюдениям, 44% женщин, оперированных в гинекологических клиниках кафедры, имели заболевания гениталий как последствия перенесенной травмы мягких родовых путей.

Цель исследования - определить отдаленные результаты хирургического лечения травм мягких родовых путей в зависимости от выбранного метода коррекции последствий перенесенной акушерской травмы.

Всего было обследовано и прооперировано 225 женщин. По длительности заболевания больные распределились следующим образом: 1-2 года - 25 (11,11%), 3-5 лет - 74 (32,89%), 6-10 лет 86 (38,22%), 11-15 лет - 23 (10,22%), 16-20 лет 11 (4,89%), 21 год и более - 6 (2,67%).

Из представленных данных видно, что большинство женщин обратились для хирургического лечения через 5-6 лет после перенесенной травмы в родах. За это время 108 женщинам с рубцовой деформацией шейки матки и цервикозом проводилось консервативное лечение, а 17 из них выполнено диатермохирургическое воздействие и без эффекта, а у 11 женщин 2 передняя и задняя пластика влагалища с последующим рецидивом заболевания.

Жалобы больных распределялись следующим образом: бели - у 39, боли внизу живота, ощущение дискомфорта - 116, дизурические явления - 92, нарушение сексуальной функции - 57, страх выпадения матки - 12. Основными были жалобы на боли внизу живота, ощущение дискомфорта и дизурические явления. Обращают на себя внимание, особенно у молодых женщин, жалобы на нарушения сексуальной функции, что заставило их обратиться для лечения после очередных родов.

В результате клинического обследования до операции у 225 женщин выявлены следующие перенесенные травмы в родах: разрыв шейки матки у 108, перинеотомия - у 47, эпизиотомия - у 45, разрывы промежности 1 степени - у 15, разрывы промежности 2 степени - у 23 и 3 степени - у 4 больных.

После полученной травмы в родах в дальнейшем формировались заболевания вследствие заживления шва вторичным натяжением при травме промежности до 13,8% (1) и до 25% при травме шейки матки [2]. В случаях разрывов шейки матки больные не могли подтвердить их заживление (при выписке не было осмотра при помощи зеркал), но уже при первом посещении женской консультации врач-гинеколог выявил ту или иную патологию шейки и предлагал обследование для последующего диатермохирургического лечения. Такие заболевания как опущение стенок влагалища (в основном передней),

которые сопровождалась дизурическими явлениями, нарушением сексуальных функций (при опущении задней стенки и несостоятельности мышц промежности), образование цервикального шейки матки формировались за 5-6 лет, когда жалобы больных были окончательно обусловлены выявленной патологией; выпадение стенок влагалища и матки - в более поздние сроки, если это не было вызвано обширными разрывами промежности. Следует отметить, что у всех больных с выпадением матки, было сочетание травмы шейки матки и промежности в родах.

До операции проводилось полное клиническое обследование, включающее кольпоскопию, цитологические и гистологические исследования соскобов из цервикального канала и матки, биопсию шейки матки. При расширенной кольпоскопии у 44 больных выявили эктропион слизистой цервикального канала со старыми боковыми разрывами, а у 66 - явления цервикального с гипертрофией влагалищной порции шейки матки, множественным *ov.Nabothi* и различной степени выраженности зоны превращения без признаков атипии эпителия.

Для хирургического лечения выявленной патологии у женщин детородного возраста с целью сохранения менструальной и генеративной функции мы применяли следующие виды операций и их комбинации: переднюю пластику влагалища с созданием дубликатуры предпузырной фасции, заднюю пластику влагалища с леваторопластикой и с полным иссечением рубцовых тканей промежности, реконструктивно-пластическую операцию на шейке матки методом расслоения по В.И.Ельцову-Стрелкову [2,4], репозицию матки по Дартигу-Вебстеру и по В.И.Ельцову-Стрелкову [3] с применением лавсановой ленты для укрепления круглых маточных связок, особенно в случаях их перерастяжения или при рецидиве заболевания после предшествующей хирургической коррекции. Такая, в том числе и одномоментная, комбинация операций позволяет укрепить или восстановить перерастянутую фасцию мочевого пузыря, тем самым устранить причины, способствующие опущению и выпадению передней стенки влагалища, недержанию мочи при недостаточности сфинктера мочевого пузыря; восстановить влагалищную порцию шейки матки с веретенообразной формой цервикального канала для удержания в нем слизистой пробки, а так же удалить все необратимо измененные ткани при цервикозе; иссечь рубцовые ткани, восстановить мышцы тазового дна и промежность в целом; восстановить физиологическое положение матки в малом тазу за счет укорочения круглых маточных связок или их укрепления при помощи аллопластов. Эти операции не представляют большой технической трудности для практикующего врача акушера-гинеколога и могут быть выполнены одномоментно, не вызывая осложнений и утяжеления течения послеоперационного периода у пациентов.

Для лечения отдаленных последствий травм мягких родовых путей нами были выполнены следующие операции и их комбинации: пластика шейки матки методом расслоения - у 15 (6,67%) больных, пластика стенок влагалища с леваторопластикой - у 78 (34,67%) больных, пластика шейки матки в сочетании с пластикой влагалища - у 49 (21,78%) больных, репозиция матки в сочетании с пластикой влагалища - у 26 (11,55%) больных и репозиция матки в сочетании с пластикой шейки матки и влагалища - у 57 (25,33%) больных.

В послеоперационном периоде нарушений со стороны состояния больных не отмечалось, послеоперационное ведение проводилось в зависимости от объема вмешательства, но ничем не отличалось от общепринятого. Как правило, после комбинированных операций пациенты выписывались на 10-14 суток и на 5-7 суток - после пластики шейки матки.

Отдаленные результаты оценивали через 1 месяц, через 6 месяцев и через 1 год после проведенного хирургического лечения. Во всех случаях наблюдения отмечен полный успех и стойкий эффект, отсутствие жалоб и восстановление утраченных функций после пластики шейки матки, в 1 случае - частичный эффект после пластики стенок влагалища с леваторопластикой, у 7 больных - после сочетания репозиции матки и пла-

стики влагалища. В 4 (1,77%) случаях после комбинированного лечения - репозиции матки и пластики влагалища - наступил рецидив заболевания, у 2 больных из-за отторжения лавсановой ленты и у 2 - в результате нарушения режима после выписки из стационара (выполнение тяжелой физической работы). Полученные данные позволяют расширить решение вопроса о выборе шовного или пластического материала при выполнении хирургического вмешательства в пользу адсорбирующих полигликолевых материалов (викрил, дексан) [8] для уменьшения реакции отторжения и повышения эффективности лечения (пластики).

После операции у 21 женщины наступила беременность, 7 было доношено до срока, а у остальных - закончились искусственным прерыванием. С целью родоразрешения применяли операцию кесарева сечения в нижнем маточном сегменте. Операции медицинского аборта проводились без осложнений, затруднений при расширении цервикального канала не отмечалось. С целью предупреждения нежелательной беременности после микробиологического и цитологического обследования 84 женщинам введены ВМК, затруднений и осложнений при их введении и размещении не отмечалось. Катamnестические наблюдения подтвердили высокую эффективность внутриматочной контрацепции у прооперированных женщин - беременность не наступила ни в одном случае, воспалительных заболеваний, связанных с применением ВМК, в течение 12-16 месяцев не выявлено.

Таким образом, наши наблюдения позволяют судить об эффективности дифференцированного подхода к хирургическому лечению последствий травм мягких родовых путей, тот факт, что у 4,81% больных при сочетании репозиции матки и пластики влагалища отмечен рецидив заболевания, заставляет пересмотреть традиционный подход к выбору шовного материала в пользу адсорбирующего (викрил, дексан).

Позднее обращение женщин через 5-6 лет после перенесенной травмы мягких родовых путей приводит к тому, что их последствия становятся необратимыми, сопровождаются стойкими морфологическими изменениями в тканях.

Значительные колебания в частоте этих заболеваний (от 1,7 до 40%) от общего числа больных, лечащихся в гинекологических стационарах, служит подтверждением тому, что врачи далеко не всегда регистрируют начальные формы данной патологии.

Заболевания развиваются постепенно, медленно прогрессируют, неблагоприятно отражаются на общем состоянии больной, ее работоспособности. Это обусловлено тем, что диспансеризация женщин, перенесших травму мягких родовых путей, в женских консультациях не имеет единых стандартов, а это приводит к неэффективному консервативному лечению и неоправданной отсрочке хирургической коррекции.

По нашему мнению, для повышения эффективности и своевременной диагностики этой патологии, всех женщин, перенесших травмы родовых путей, следует выделять в отдельные группы диспансерного наблюдения с контролем через каждые 6 месяцев. Только такое целенаправленное диспансерное наблюдение позволит решить поставленные задачи, сделать правильный выбор наиболее рациональных методов хирургического лечения в молодом возрасте, когда еще нет достаточного количества соматических заболеваний, которые могут ограничить объем, тем самым и эффективность такой коррекции.

Литература

1. Глебова Н.Н., Трубин В.Б., Латыпов А.С., Трубина Т.Б. Опушение и выпадение внутренних гениталий женщин. Башкортостан. Уфа, 1997.
2. Дурандин Ю.М. хирургическое лечение цервикозов. Автореф. канд. дисс., 1984
3. Ельцов-Стрелков В.И. Применение аллопластических материалов при некоторых гинекологических операциях. Автореф. докт. дисс., 1967
4. Ермолова Н.П. Реконструктивно-пластическая операция шейки матки при рубцовых деформациях (методом расслоения). Автореф. канд. дисс., 1977.
5. Заболевания шейки матки: Клинические лекции./ Прилепская В.Н., Роговская С.И., Костава М.Н. и др. М.: Медицина, 1996. Издательство Медиа Сфера.

6. Краснопольский В.И., Радзинский В.Е., Манухин И.Б. и др. - Патология влагалища и шейки матки - М.: Медицина, 1996.
7. Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Савельева И.С.// Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов, 1997, 1, с.105-110.
8. Руководство по эффективной помощи при беременности и родах./Энкин М., Кейрс М., Ренфрю М. И др. - Второе издание. - Санкт-Петербург, 1999, с.355-359.

REMOTE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF LABOR TRACT'S TRAUMA

T.P.GOLIKOVA, Y.M.DURANDIN, N.P.ERMOLOVA

Department of Obstetrics and Gynecology RPFU, Moscow, 117198, M-Maklaya st.8.
Medical faculty.

225 patients with consequences of trauma of labor tract were studied and operated. The duration of disease was 1 - 21 years and more. As a result of clinical examinations the following traumas in labors were discovered: lacerations of cervix uteri in 108 patients, perineotomies - in 47 patients, episiotomies - in 45 patients and ruptures of perineum - in 42 patients.

In all 225 patients the combine surgical treatment was performed: vagino- and perineoplasty - in 78 (34,67%) patients, cervix uteri plasty - in 15 (6,67%) patients, cervix uteri plasty in combination with perineoplasty - in 49 (21,78%) patients, perineoplasty in combination with reposition of uteri - in 26 (11,55%) patients and reposition of uteri in combination with cervix and perineoplasty - in 57 (25,33%) patients.

The affirmative results were received in most cases of combine surgical treatment, the relapse of the disease was founded in 1,77% because of infringement of postoperative regimen.