

Ārējā sfinktera inervācijas un anatomijas izmaiņu analīze sievietēm pēc dzemdībām

Vīta Začesta¹, Haralds Plaudis², Kaspars Snippe³, Dace Rezeberga⁴

¹ Rīgas Stradiņa universitātes doktorantūra, Latvija

² Rīgas Stradiņa universitāte, Ķirurģijas katedra, Latvija

³ Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca, Latvija

⁴ Rīgas Stradiņa universitāte, Dzemdniecības un ginekoloģijas katedra, Latvija

II

Ievads. Epiziotomija ir viena no biežākajām ķirurģiskajām operācijām dzemdībās, un, atkarībā no dzemdību iestādes, tās biežums variē no 19 līdz 94% dzemdību. Visbiežāk veic mediolaterālu epiziotomiju labajā pusē. Epiziotomijas laikā pastāv liela iespēja skart *n. pudendus* zarus, kas inervē ārējo anālā sfinkteri. Pudendālā nerva bojājuma izraisītas denervācijas dēļ rodas sfinktera muskuļa biezuma samazināšanās, un tai sekojošs kontrakcijas spēka samazinājums saistās ar fekālu inkontinenci. Literatūras dati liecina par iegurņa pamatnes inervācijas funkcionālu asimetriju un pēcdzemdību fekālās inkontinences riska pieaugumu, ja nerva bojājums ir dominējošās inervācijas pusē. Jauna metode – virsmas elektromiogrāfija (EMG) – ļauj noteikt inervācijas zonu lokalizāciju un dot dzemdību speciālistam rekomendācijas optimālākas epiziotomijas vietas izvēlei, izvairoties no pudendālā nerva bojājuma. Savukārt 3D transrektāla US (TRUS) ir “zelta standarts” fekālās inkontinences izvērtēšanā.

Darba mērķis. Darba mērķis ir klīniski pārbaudīt virsmas elektromiogrāfijas metodi anālā sfinktera inervācijas zonu atrašanās un novērtēt epiziotomijas ietekmi uz ārējā anālā sfinktera anatomijas un inervācijas izmaiņām.

Materiāls un metodes. Prospektīvā kohortas pētījumā iesaistītas iepriekš nedzemdējušas sievietes – grūtnieces otrajā trimestrī. Lai izslēgtu obstruktīvās defekācijas sindromu, grūtnieces aizpilda Longo anketu. Grūtniecēm tiek veikta 3D transrektāla, transperineāla un transvagināla ultrasonogrāfija, kuras laikā novērtē rektocēles un cistocēles esamību, starpenes asi, *m. puborectalis* simetriju, *m. sphincter ani* cirkularitāti un izmērus, kā arī anālā kanāla garumu. Transrektālas elektromiogrāfijas mērījuma laikā ar cirkulāri izvietotiem 16 virsmas elektrodiem tiek identificēta inervācijas zonu (IZ) lokalizācija un, balstoties uz šo informāciju, rekomendēta epiziotomijas grieziņa puse dzemdībās (ja būs nepieciešama). Dzemdības tiek vadītas saskaņā ar ierasto praksi, un dzemdību speciālista ziņā ir izvēlēties dzemdību veidu, epiziotomijas nepieciešamību un grieziņa vietu. 8 nedēļas pēc dzemdībām atkārtoti tiek veikta 3D TRUS un EMG, kā arī ievākta informācija par dzemdību gaitu, aizpildīta Longo un fekālās inkontinences anketa. Tiek salīdzinātas US un EMG izmaiņas divās epiziotomijas grupās: inervētajā un neinervētajā pusē. Dzemdētājas ar ķeizargriezienu tiek uzskatītas par kontroles grupu.

Rezultāti. Grūtnieču iesaistīšana pētījumā sāka 2013. gada nogalē, un iegūti pirmie EMG un US mērījumi. Šī brīža EMG dati apliecina sfinktera inervācijas asimetriskumu. Mērījumu rezultāti tiks prezentēti konferencē.

Secinājumi. Pētījumā iegūtā EMG informācija par sfinktera inervāciju varētu kalpot klīniskajiem speciālistiem optimālākas epiziotomijas grieziņa vietas izvēlei, savukārt US dati kopā ar EMG ļaus spriest par epiziotomijas ietekmi uz starpenes audiem un sfinktera inervāciju. Sievietēm, kurām pēc dzemdībām tiks konstatētas anatomiskas sfinktera izmaiņas, būs iespēja savlaicīgi saņemt rekomendācijas fekālās inkontinences profilaksei.