

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ МАЛОГО ТАЗА ПРИ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОМ БЕСПЛОДИИ

Л. В. Ткаченко, И. В. Михин*, Е. А. Минаева

*Кафедра акушерства и гинекологии ФУВ, кафедра факультетской хирургии
с курсом эндоскопии и эндоскопической хирургии ФУВ* ВолГМУ*

В статье описаны результаты лечения 49 пациенток с трубно-перитонеальным бесплодием и спаечной болезнью малого таза, которым мы выполняли реконструктивно-пластические операции на органах малого таза малоинвазивным доступом с применением противоспаечных барьерных средств (ПБС): «Спрейгеля», «Адепта», «Мезогеля». Пациентки были разделены на две группы по отношению к скорости реакции ацетилирования: с фенотипом быстрого ацетилирования (N-1) и фенотипом медленного ацетилирования (N-2). Все пациентки также были распределены на 4 группы в зависимости от степени спаечного процесса (СП). Обсуждены возможности лапароскопического адгезиолизиса в условиях спаечной болезни малого таза при трубно-перитонеальном бесплодии, необходимость применения ПБС в зависимости от фенотипа ацетилирования. Прослежены отдаленные результаты хирургического лечения спаечной болезни малого таза с применением ПБС сроком до 3 лет.

Ключевые слова: трубно-перитонеальное бесплодие, спаечная болезнь, противоспаечные барьерные средства.

PREVENTION AND TREATMENT OF ADHESIVE DISEASE OF SMALL PELVIS IN TUBOPERITONEAL INFERTILITY

L. V. Tkachenko, I. V. Mikhin, E. A. Minaeva

The paper describes the results of treating 49 patients with tuboperitoneal infertility and adhesive disease of small pelvis where we performed reconstructive surgery of small pelvis with minor access technique using antiadhesive barrier drugs Spraygel, adepta, Mesogel. The patients were divided into two groups according to the rate of acetylation reaction: those with fast acetylation phenotype (N-1) and those with retarded acetylation phenotype (N-2). All patients were also divided into four groups according to the extent of adhesive process. We discuss the possibilities of laparoscopic adhesiolysis in adhesive disease of small pelvis in tuboperitoneal infertility, the need for antiadhesive barrier drugs according to acetylation phenotype. We follow remote results of surgery after treatment of adhesive disease of small pelvis using antiadhesive barrier drugs for up to three years.

Key words: tuboperitoneal infertility, adhesive disease, antiadhesive barrier drugs.

Актуальность проблемы бесплодного брака в настоящее время не вызывает сомнений. Несмотря на определенные успехи, достигнутые в области диагностики, лечения и реабилитации женского бесплодия, наблюдается рост количества женщин репродуктивного возраста, страдающих этой патологией. В структуре причин женского бесплодия ведущее место в генезе нарушений репродуктивной функции (35—40 %) занимает трубно-перитонеальный фактор [3]. Поражение маточных труб, развитие спаечного процесса в малом тазу без перенесенных ранее оперативных вмешательств, обусловлено острыми и хроническими заболеваниями придатков, частота которых составляет 72—74 % от общего числа пациенток, страдающих бесплодием. Реконструктивно-пластические операции (сальпингоовариолизис, сальпингостоматопластика), внедренные в гинекологическую практику в 1967 году, стали новым этапом лечения трубно-перитонеального бесплодия. Основные принципы реконструктивно-пластической хирургии в гинекологии заключаются в проведении менее травматичной операции, сохранении топографо-анатомических отношений органов малого таза, применении средств, улучшающих репаративные процессы.

Количество положительных результатов лапароскопического способа восстановления репродуктивной функции при трубно-перитонеальном бесплодии не превышает 30 % [1]. Несмотря на применение лапароскопической техники, частота образования послеоперационных спаек остается высокой и определяет большую актуальность этой проблемы в реконструктивной гинекологии. Контрольная или динамическая лапароскопия дает возможность объективно оценить спаечный процесс в малом тазу [4]. По данным зарубежной и отечественной литературы, при проведении контрольной лапароскопии послеоперационные спайки выявляются в 55—95 % наблюдений, а частота их образования зависит от характера оперативного вмешательства, операционного доступа, наличия ранее перенесенных оперативных вмешательств, метода профилактики повторного образования спаек.

В течение последних 20 лет клиницистами проводятся исследования по разработке и изучению эффективности противоспаечных барьерных средств, которые действуют благодаря трем механизмам: скольжению, механическому разделению поверхностей и гидрофлотации. В оперативной гинекологии в последние годы широкое распространение для пре-

дупреждения образования послеоперационных спаек получили противоспаечные средства, действующие по принципу барьера [2]. Введение разобщающего вещества между двумя соседними серозными поверхностями является наиболее эффективным методом предупреждения спаек в малом тазу.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Оценить эффективность лапароскопического адгезиолиза в сочетании с применением противоспаечных барьерных средств при лечении спаечной болезни малого таза при трубно-перитонеальном бесплодии.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

С марта 2007 года 49 пациенткам с трубно-перитонеальным бесплодием мы выполнили 57 лечебно-диагностических лапароскопий, 8 из которых — в качестве динамического исследования брюшной полости. До операции первичное бесплодие было выявлено у 31 пациентки, вторичное — у 18.

При поступлении в стационар всем женщинам до операции проводили комплексное клиничко-лабораторное обследование, трансвагинальное ультразвуковое исследование органов малого таза, гистеросальпингографию.

Так, при трансвагинальном ультразвуковом исследовании различные по форме, линейные гиперэхогенные образования, расположенные между петлями кишечника и органами малого таза выявлены в 28 (57,2 %) наблюдениях. Гистеросальпингография дала возможность оценить состояние маточных труб (полная либо частичная окклюзия), косвенно судить о наличии перитубарных спаек (распределение контрастного вещества в ограниченное спайками пространство). Всего у 36 (73,4 %) пациенток до операции подтверждено наличие спаечной болезни малого таза.

Определение N-ацетилтрансферазы — конституционального фермента — дало возможность разделить всех пациенток на две группы: с фенотипом быстрого ацетилирования и фенотипом медленного ацетилирования. Генетически детерминированный конституциональный фермент N-ацетилтрансфераза, по результатам проведенных исследований в области биосинтеза соединительной ткани, занимает ключевое место в аномальном развитии соединительной ткани в брюшной полости. Таким образом, у пациенток с быстрым типом ацетилирования практически любая травма брюшины влечет за собой развитие спаечной болезни малого таза [5] (табл. 1).

Разделение пациенток на группы в зависимости от степени спаечного процесса в малом тазу проводили в соответствии с классификацией Hulka S., 1978 : I степень спаечного процесса (СП) — единичные пленчатые, бессосудистые спайки, без нарушения анатомо-топографических взаимоотношений матки и придатков; II степень СП — множественные пленчатые спайки между маточной трубой и яичником, в

области крестцово-маточных связок, возможны небольшие анатомо-топографические нарушения внутренних органов; III степень СП — плотные сосудистые спайки, нарушающие анатомо-функциональное состояние внутренних половых органов, в патологический процесс вовлечена матка, придатки, сальник, петли тонкого кишечника, мочевого пузыря; пациентки с IV степенью СП имеют множественные фиброзные спайки в малом тазу, трудно поддающиеся разделению, когда половые органы практически не доступны визуализации.

В зависимости от степени СП все женщины были разделены по группам: I степень СП, 6 пациенток — группа А; II степень СП, 28 пациенток — группа В; III степень СП, 12 пациенток — группа С; IV степень СП, 3 пациентки — группа D (табл. 2).

Таблица 1

Распределение пациенток в зависимости от типа ацетилирования и степени спаечного процесса

Степень спаечного процесса	Тип ацетилирования		
	Быстрый тип ацетилирования N-1	Медленный тип ацетилирования N-2	Всего
I (группа А)	4	2	6
II (группа В)	23	5	28
III (группа С)	11	1	12
IV (группа D)	3	0	3
Итого	41	8	49

Таблица 2

Степень спаечного процесса, выявленного на лапароскопии у пациенток с первичным и вторичным бесплодием

СП	Бесплодие I	Бесплодие II	Всего
Группа А	2	4	6
Группа В	21	7	28
Группа С	7	5	12
Группа D	1	2	3
Итого	31	18	49

Разделение спаек в полости малого таза выполняли 49 пациенткам с последующей фимбриопластикой — 11, терминальной сальпингостомией — 16, цистэктомией — 15, коагуляцией эндометриоидных очагов — 7.

С целью профилактики повторного образования висцеропариетальных сращений интраоперационно применяли следующие противоспаечные барьерные средства (ПБС): 4%-й раствор икодекстрина «Адепт» в 8 (16,3 %), производное целлюлозы «Мезогель» в 39 (79,5 %), полимер полиэтиленгликоля «Спрейгель» в 2 (4 %) наблюдениях. Это позволило отграничить раневую поверхность, предрасполагающую к реци-

диву образования спаек в малом тазу, уменьшая воспалительную реакцию в зоне операции в результате травмы брюшины, за счет отграничения серозных поверхностей с помощью защитных пленок на мезотелии (табл. 3).

Таблица 3

Распределение пациенток по виду использованного противоспаечного барьерного средства в зависимости от типа ацетилования и степени спаечного процесса

ПБС	Группы пациенток								Всего
	A (N-1)	A (N-2)	B (N-1)	B (N-2)	C (N-1)	C (N-2)	D (N-1)	D (N-2)	
Адепт	1	0	4	0	2	0	1	0	8
Спрей-гель	0	0	1	0	1	0	0	0	2
Мезо-гель	4	1	19	4	8	1	2	0	39
Итого	5	1	24	4	11	1	3	0	49

С 5—9-х суток послеоперационного периода на фоне антибактериальной терапии больным, перенесшим пластику маточных труб, проводили лазеротерапию, электрофорез с химотрипсином, тиосульфатом натрия. На 4-е и 7-е сутки после операции всем пациенткам производили контрольное ультразвуковое исследование малого таза. У 3 из 8 женщин: двух групп C(N-2) и одной группы D(N-1) мы обнаружили единичные, плоскостные спайки, наличие которых было подтверждено при плановой динамической лапароскопии, выполненной на 6—12-е сутки послеоперационного периода.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Эффективность лапароскопического адгезиолиза в сочетании с применением противоспаечных барьерных средств оценивали по результатам динамической лапароскопии, трансвагинального ультразвукового исследования органов малого таза, гистеросальпингографии. Так, при динамической лапароскопии 3 пациенткам после введения «Адепта» было выполнено дополнительное разъединение единичных рыхлых сращений. Повторное введение препарата не потребовалось ввиду наличия его остатков, которые покрывали ранее оперированные органы. Ультразвуковое исследование малого таза, выполненное всем пациенткам после введения «Мезогеля» через 4—7 дней, указало на наличие свободной жидкости в малом тазу, подтверждая тем самым длительность терапевтического эффекта. Ни у одной из 39 пациенток после введения «Мезогеля» при ультразвуковом исследовании не было выявлено наличие спаек в малом тазу. Именно гель может задерживаться в брюшной полости на достаточное время, что необходимо для регенерации поврежденной брюшины. Гелевая форма препарата не требует повторных введений и не вызывает механического раздражения с разви-

ем асептической воспалительной реакции. Кроме того, структура геля позволяет депонировать в нем различные лекарственные препараты, способные усиливать профилактический эффект.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

Пациентка С., 1978 г. р., госпитализирована в плановом порядке 09.04.2007 года с DS: бесплодие II, трубно-перитонеального генеза. Гидросальпинкс слева. Спаечная болезнь малого таза. При поступлении жалобы на бесплодие в течение 4 лет. В первом браке в течение 11 лет, половая жизнь без контрацепции 4 года. В анамнезе в 1995 году медицинский аборт сроком до 12 недель. В 1996 году нижнесрединная лапаротомия, тубэктомия справа в срочном порядке по поводу нарушенной трубной беременности справа. В 2005 году перенесла хламидиоз, по поводу чего проведен курс противовоспалительной терапии в условиях стационара. Гормональный статус в пределах нормы, имеет место двухфазный менструальный цикл с лютеиновой фазой длительностью 11—13 дней. В феврале 2007 года была выполнена метросальпингография, где верифицирован гидросальпинкс слева. При УЗИ брюшной полости выявлены висцеро-париетальные сращения в нижней трети послеоперационного рубца. Лечебная лапароскопия выполнена 11.04.2007 года в объеме: сальпингоовариолизис слева, сальпингостомия слева, введение 1000 мл «Адепта» (рис. 1, 2).



Рис. 1. Лечебная лапароскопия — множественные пленчатые спайки вокруг маточной трубы и яичника с жировыми подвесками толстой кишки

Проведенная интраоперационно хромосальпингоскопия указала на восстановление проходимости маточной трубы. Динамическая лапароскопия выполнена на 7-е сутки послеоперационного периода 18.04.2007 года (рис. 3). Повторного введения противоспаечного барьерного средства не потребовалось (на момент динамической лапароскопии количество «Адепта» в брюшной полости составило около 200—300 мл). Послеоперационный период протекал глад-

ко. С 3-х суток после динамической лапароскопии пациентке проводили курс физиотерапии, включавший в себя лазеротерапию, электрофорез с химотрипсином. Швы сняты на 6-е сутки. Пациентка выписана 30.04.2007 года в удовлетворительном состоянии. Через 2 месяца выполнена контрольная метросальпингография — проходимость левой маточной трубы восстановлена полностью.



Рис. 2. Гидросальпинкс слева (запаянный фимбриальный конец левой маточной трубы)



Рис. 3. Динамическая лапароскопия — 7-е сутки после лапароскопического адгезиолиза с применением «Адепта»

По данным метросальпингографии, выполненной через 2—6 месяцев после пластики маточных труб с применением ПБС, полная проходимость таковых восстановлена у 15 (30,1 %) пациенток: группа A(N-1) — 6, группа A(N-2) — 1; группа B(N-1) -3, группа B(N-2) — 2; группа C(N-1) — 2, группа C(N-2) — 1 женщина (табл. 4). У 5 пациенток группы A(N-1), 2 — группы B(N-2) и 1 — группы C(N-1) наступила беременность, которая закончилась своевременными родами в 2008—2009 годах. Двум пациенткам группы B(N-1), перенесшим пластику единственной маточной трубы, выполнена тубэктомия по поводу прогрессирующей трубной беременности, одной из группы C(N-2) и 3 из

группы D(N-1) по поводу рецидивирующих гидросальпинксов с двух сторон с целью подготовки к экстракорпоральному оплодотворению.

Таблица 4

Эффективность лапароскопического восстановления проходимости маточных труб с применением ПБС

Группы	Проходимость восстановлена	Проходимость не восстановлена	Всего
A(N-1)	6	2	8
A(N-2)	1	0	0
B(N-1)	3	3	6
B(N-2)	2	1	3
C(N-1)	2	4	6
C(N-2)	1	2	3
D(N-1)	0	0	0
D(N-2)	0	0	0
Итого	15	12	27

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Применение противоспаечных барьерных средств необходимо рассматривать как один из методов лечения и профилактики спайкообразования, способствующий повышению фертильности пациенток с трубно-перитонеальным бесплодием.

2. Хирургическое лечение трубно-перитонеального бесплодия лапароскопическим доступом в сочетании с интраоперационным применением противоспаечных барьерных средств позволяет максимально снизить вероятность рецидива спаечного процесса в малом тазу.

3. Прогнозирование места образования послеоперационных спаек при гинекологических реконструктивно-пластических операциях на органах малого таза дает возможность применения вязких индифферентных веществ с целью предотвращения диффузного спаечного процесса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян Л. В. Факторы риска развития послеоперационных спаек у гинекологических больных / Эндоскопия в диагностике и лечении патологии матки. — М., 2006. — С. 49—54.
2. Кулаков В. И., Адамян Л. В., Мымбаев О. А. Послеоперационные спайки. — М.: Медицина, 1998. — С. 528.
3. Кулаков В. И., Прилепская В. Н. Практическая гинекология. — М., 2001. — С. 298—318.
4. Савельева Г. М., Богинская Л. Н., Штыров С. В., Тангиева З. С. // Акушерство и гинекология. — 1990. — № 2. — С. 10—13.
5. Чекмазм И. А// Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. — 2004. — № 2. — С.40—46.

Контактная информация:

Ткаченко Людмила Владимировна — д. м. н., профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии ФУВ ВолГМУ, e-mail: ObGyn07@yandex.ru