

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ МАЛОГО ТАЗА У ПАЦИЕНТОК С ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНЫМ БЕСПЛОДИЕМ

Касимова Ш.О., Бакиева Ш.Х., Каримов А.Х.

Кафедра акушерства и гинекологии,
Андижанский государственный медицинский институт.

✓ **Резюме,**

Спаечный процесс у женщин после перенесенных операций в анамнезе имел ряд отличительных особенностей. Так, в зоне операционной агрессии нами обнаружены интимные висцеро-париетальные и висцеро-висцеральные сращения, разделение которых было сопряжено, как правило, с нарушением целостности серозного покрова одного из отделяемых органов. Пленчатые сосудистые спайки нами обнаружены в проекции органов малого таза, в зоне, не подвергавшейся ранее оперативному вмешательству. Пленчатые бессосудистые спайки встречались крайне редко.

Ключевые слова: бесплодия, спаечный процесс, оперативная вмешательства.

АЁЛЛАРДА БАЧАДОН НАЙИ - ПЕРИТОНЕАЛ БЕПУШТЛИГИНИ СПАЙКАЛИ ЖАРАЁНЛАРИНИ ЗАМОНАВИЙ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ ВА ОЛДИНИ ОЛИШ

Касимова Ш.О., Бакиева Ш.Х., Каримов А.Х.

Акушерства ва гинекология кафедраси,
Андижон Давлат тиббиёт институти.

✓ **Резюме,**

Аёлларда жарроҳлик амалиётидан кейинги спайкали жараёнлар бир нечта ўзига хос хусусиятларга эга. Шундай қилиб, операция қилинган соҳада биз висцеро-париетал ва вицеро-вицерал адгезияларни кўрилди, уларнинг ажралиши, одатда, ажралган органларнинг сероз қопламасининг яхлитлигини бузиш билан боғлиқ. Биз жарроҳлик амалиётида кичик чаноқ бўшлиғи аъзолари соҳасида юпқа томирли битишмаларни аниқладик. Мембранлардаги аваскуляр битишмаларлар жуда кам учрашини кузатдик.

Калит сўзлар: бепуштлик, спайкали жараёнлар, жарроҳлик амалиёти

MODERN METHODS FOR THE TREATMENT AND PREVENTION OF MELT PELVIC COMBUSIC DISEASE IN PATIENTS WITH PIPE-PERITONEAL INFERTILITY

Kasimova Sh.O., Bakiyeva Sh.H., Karimov A.Kh.,

Department of Obstetrics and Gynecology,
Andijan State Medical Institute (Uzbekistan, Andijan).

✓ **Resume,**

Adhesions in women after surgery in history had a number of distinctive features. Thus, in the area of operational aggression, we found intimate visceroparietal and viscerovisceral adhesions, the separation of which was associated, as a rule, with the violation of the integrity of the serous cover of one of the organs separated. We found membranous vascular adhesions in the projection of the pelvic organs, in a zone not previously subjected to surgery. Membranous avascular adhesions were extremely rare.

Key words: infertility, adhesions, surgery.

Актуальность

Травма брюшины в результате хирургического вмешательства является наиболее частой причиной формирования спаечной болезни брюшной полости. Так по данным ряда отечественных и зарубежных авторов частота встречаемости спаек после абдоминальных операций составляет от 55 до 97% [4,7]. Однако, по данным аутопсии, в 28% случаев выявлялись спайки воспалительного и врожденного характера [3].

Таким образом, согласно современным представлениям, спаечная болезнь брюшной полости - это отдельная нозологическая форма заболевания, характеризующаяся наличием внутрибрюшных сращений, приводящих к нарушению функции органов брюшной полости [1,3].

Этиологическими факторами образования спаек, в рамках классических представлений, является механическое, химическое, физическое, инфекционное воздействие на [2,5]. Травмирующее воздействие вышеперечисленных факторов приводит к возникновению ишемии брюшины, способствующей снижению местной фибринолитической активности ткани с последующей воспалительной реакцией. Тканевым ответом на повреждение брюшины является включение каскадного механизма воспаления, регенерации и фиброза, направленного на ремезотелизацию дефекта. Решающее значение для исхода воспалительного и репаративного процессов играет система локальной клеточной регуляции [3,6].

В индукции воспалительного процесса большую роль играют тучные клетки брюшины. Такие медиаторы воспаления как гистамин, серотонин, входящие

в состав тучных клеток, увеличивают проницаемость сосудов, повышая приток крови к брюшине, усиливая воспалительный процесс. В перитонеальной жидкости содержится большое количество макрофагов активно мигрирующих в очаг воспаления после операционного повреждения. Секретируя различные ферменты (нейтральные протеазы, активатор плазминогена, ангиотензинконвертирующий фермент), макрофаги способны регулировать деятельность иммунной, фибринолитической системы, участвуя в регуляции обмена веществ, процессах резорбции, пролиферации и репарации тканей. Преобладание иммунокомпетентных клеток в зоне воспаления является необходимым условием адекватного иммунного ответа, что обеспечивает окончание острой фазы воспалительной реакции. Недостаточность функции макрофагов ведет к длительной персистенции фибрина и продуктов дегенерации ткани брюшины в зоне репарации с образованием аутоантигенов, приводящих к хронизации воспаления и неадекватного фиброза [7].

Воспалительный процесс в первоначальной стадии альтерации, независимо от повреждающего фактора характеризуется высвобождением вазоактивных и хемотаксических веществ, приводящих к дистрофии и некрозу тканей в очаге воспаления. С накоплением в местах воспаления серозного покрова продуктов распада, способствующих повышению проницаемости сосудов микроциркуляторного русла, наступает стадия экссудации. Выпотевание серозно-геморрагического экссудата через поврежденную поверхность брюшины, коагуляция белковых компонентов с переходом фибриногена в фибрин уже через 10 минут приводит к формированию фибриновой сети, которая полностью формируется в течение 2 часов, а через 3 часа травмированная серозная поверхность слипается с окружающими тканями [2]. На завершающей стадии пролиферации происходит отграничение поврежденной серозной поверхности от свободной брюшной полости макрофагами и лимфоцитами. Макрофагальные биологические активные вещества стимулируют размножение фибробластов и активируют ангиогенез. Репаративные процессы с формированием грануляционной ткани направлены на восстановление целостности брюшины. Одним из основных условий нормальной регенерации брюшины является сохранение естественной фибринолитической активности мезотелия, в результате чего в течение 24-72 часов происходит лизис фибриновых [1,6].

Затяжное посттравматическое воспаление приводит к развитию длительной гипоксии, усугубляющей повреждение регенерирующих тканей в результате гидролиза фосфолипидного слоя брюшины. Продукты распада потенцируют выделение росткового фактора (TGF-beta), ингибирующего активность коллагеназы, локального фибринолиза и роста мезотелиальных клеток, тем самым стимулируя пролиферацию и синтез коллагена и фибробластов [3,5]. В условиях дисрегенерации происходит соединительно-тканная организация фибриновых сращений в результате взаимодействия между клетками иммунной системы, соединительной ткани и элементами микроциркуляторного русла с образованием плотных фибриновых спаек.

Цель. повышение эффективности лапароскопического лечения пациенток с бесплодием трубно-перитонеального генеза на основе выявленных патогене-

тических механизмов спаечного процесса в малом тазу.

Клиническим материалом для проведения исследования явились результаты оперативного лечения женщин репродуктивного возраста с бесплодием трубно-перитонеального генеза. Все пациентки, принимавшие участие в исследовании, проходили лечение на АОПЦ в период с 2017 по 2019 годы.

Результаты. Проведено проспективное нерандомизированное открытое клиническое контролируемое сравнительное исследование 156 пациенток с бесплодием трубно-перитонеального генеза. У всех больных было получено информированное согласие на его проведение.

Все женщины, поступающие в стационар, были обследованы нами на инфекции передаваемые половым путем до операции. К плановому оперативному вмешательству были допущены пациентки при условии отсутствия лабораторно подтвержденной генитальной инфекции. Пациенткам, не нуждающимся в оперативном лечении и/или о с выявленной инфекцией (18 женщин) предложен стационарный курс патогенетической терапии с отсрочкой оперативного вмешательства. Критериями включения в исследование явились пациентки репродуктивного возраста с бесплодием трубно-перитонеального генеза, обусловленном спаечным процессом в малом тазу в результате перенесенных воспалительных заболеваний гениталий и лапаротомических операций в анамнезе.

Критериями исключения из исследования пациентки с бесплодием, не нуждающиеся в оперативном лечении, с тяжелой экстрагенитальной патологией и вновь выявленной генитальной инфекцией. В клиническом исследовании приняли участие 138 пациенток, разделенных на 2 группы: основная группа А, состоящая из 72 женщин (n=72), которым с целью профилактики повторного образования спаек на завершающем этапе операции вводили противоспаечное барьерное средство (ПБС) - "Мезогель" и группа сравнения В - 66 пациенток (n=66), которым после рассечения спаек барьерное средство не вводилось. Введение геля осуществлялось на завершающем этапе оперативного вмешательства путем равномерного нанесения на оперированную поверхность в количестве 200 мл.

По результатам определения типа ацетилирования на дооперационном этапе обследования генетическая предрасположенность к спайкообразованию выявлена у 108 (78,3%) из 138 женщин обеих групп: в основной группе А быстрый тип ацетилирования выявлен у 57 (79,2%) из 72 пациенток (в группе сравнения В у 51 (77,3%) из 66 женщины), медленный тип ацетилирования определен у 15 (20,8%) женщин с трубно-перитонеальным бесплодием (в группе сравнения В - у 15 (22,7%) пациенток). При определении типа ацетилирования у женщин с ВЗОМТ выявлена определенная зависимость типа ацетилирования от вида возбудителя генитальной инфекции.

При сопоставлении полученных результатов дооперационного обследования и выявленной степени распространенности спаек в малом тазу во время лапароскопии пациентки были распределены таким образом: у всех 9 женщин обеих подгрупп с I степенью СП, в анамнезе выявлена микоплазменная инфекция. У всех пациенток до операции определен медленный тип ацетилирования. УЗИ признаки СП отсутствовали у 7 пациенток и только у 2 - из подгруппы А1

диагностированы гиперэхогенные линейные образования в малом тазу.

У 8 из 18 со II степенью СП женщин диагностирована хламидийная и у 10 - микоплазменная генитальная инфекция. У всех 8 женщин с хламидиозом определен быстрый тип ацетилирования, тогда как у пациенток с микоплазменной инфекцией в 5 наблюдениях определен быстрый тип ацетилирования, и в 5 - медленный тип ацетилирования. При трансвагинальном ультразвуковом исследовании гиперэхогенные линейные образования в малом тазу выявлены у 8 пациенток, а у 10 - ультразвуковых признаков спаечного процесса не обнаружено.

У 21 из 29 женщины с III степенью СП из обеих подгрупп диагностирована хламидийная инфекция и из подгруппы В1 у 1 - микоплазмы, у 7 - полибактериальные инфекции в анамнезе. У 28 пациенток с III степенью СП определен быстрый тип ацетилирования и только у 1 - из основной подгруппы А1 - медленный тип ацетилирования. У большинства пациенток с III степенью СП при УЗИ выявлены гиперэхогенные линейные образования - у 18 женщин, ограниченная смещаемость яичников по отношению к телу матки - у 8, и только у 3 пациенток СП в малом тазу при УЗИ не диагностирован.

У всех 11 женщин обеих подгрупп с IV степенью СП выявлена полибактериальная инфекция. У всех пациенток лабораторно выявлен быстрый тип ацетилирования, а ультразвуковым критерием наличия спаек в малом тазу явилась ограниченная смещаемость яичников по отношению к телу матки.

Таким образом, распространенный СП в малом тазу является результатом перенесенной ранее хламидийной инфекции. Причем III СП возникает в 72,4% (21/29) наблюдений, а в 27,6% (8/29) - хламидиоз способствует возникновению II степени СП. После перенесенной ранее полибактериальной инфекции у 61,1% (11/18) женщин возникают множественные интимные спайки, соответствующие IV степени СП, а у 38,9% (7/18) - соответствующие III степени СП. Микоплазменная инфекция чаще всего приводит к возникновению единичных спаек в малом тазу соответствующие в 45% (9/20) случаях I степени СП, в 50% (10/20) - II степени СП и только в 5% (1/20) наблюдений - III степени СП.

Необходимо отметить и то, что быстрый тип ацетилирования выявлен у всех женщин с хламидиозом и полибактериальной инфекцией в анамнезе. У пациенток с микоплазменной инфекцией быстрый тип ацетилирования определен только у 30% (6/20) пациенток, в то время как у 70% (14/20) - определен медленный тип ацетилирования.

С I степенью СП оперировано 7 пациенток из обеих подгрупп. В анамнезе у 2 пациенток резекция яичника, у 5 - аппендэктомия. Медленный тип ацетилирования выявлен у 3 женщин, у 4 - быстрый тип ацетилирования. УЗИ признаков спаечного процесса в малом тазу у всех женщин не выявлено.

II степень СП диагностирована у 16 женщин: у 9 - после резекции яичника, у 3 - после тубэктомии, у 4 - после аппендэктомии. У 5 женщин со II степенью СП выявлен быстрый тип ацетилирования и у 11 - медленный тип ацетилирования. При УЗИ спаечный процесс по ходу послеоперационного рубца выявлен у 3 женщин, ограниченная смещаемость яичников - у 1, спайки по рубцу и ограниченная смещаемость яич-

ников - у 1 пациентки и у 11 женщин спаек в брюшной полости не выявлено.

С III степенью спаечного процесса оперировано 33 женщины: 16 - после резекции яичника, 17 - после тубэктомии. Быстрый тип ацетилирования определен у 32 пациенток и только у 1 - медленный тип ацетилирования. При УЗИ у 18 женщин выявлена ограниченная смещаемость яичников в малом тазу, у 5 - наличие спаек по ходу лапаротомного рубца и ограниченная смещаемость яичников, у 4 - спаечный процесс только по ходу послеоперационного рубца и у 6 - спаек при УЗИ не выявлено.

С IV степенью СП лапароскопический адгезиолизис выполнен 15 пациенткам обеих подгрупп: 3 - после резекции яичника и 12 - после тубэктомии. У всех 15 женщин выявлен быстрый тип ацетилирования, при УЗИ диагностированы спайки по ходу лапаротомного рубца и ограниченная смещаемость яичников.

Какой либо зависимости выраженности СП от объема предыдущей операции нами не выявлено. Однако быстрый тип ацетилирования выявлен у 97% (32/1) пациенток с III степенью СП и у 100% (15) - с IV степенью СП.

Расщепление спаек лапароскопическим доступом выполнено нами у всех 67 (48,6%) пациенток с ВЗОМТ: 37 (55,2%) женщин из основной подгруппы А1 и 30 (44,8%) - из подгруппы сравнения В1. Так сальпингоовариолизис (СОЛ) был выполнен у 27 (40,3%) пациенток, адгезиолизис и СОЛ - у 15 (22,4%), адгезиолизис, СОЛ и сальпингостомия - у 15 (22,4%), адгезиолизис, СОЛ и тубэктомия - у 10 (14,9%) женщин.

У 59 (83,6%) из 67 женщин с I, II и III степенью СП во время оперативного вмешательства было выполнено расщепление всех имеющихся в малом тазу спаек. У этих пациенток, поэтапно, были выполнены адгезиолизис, сальпингоовариолизис и сальпингостомия, соответственно.

У 11 (16,4%) из 67 женщин с IV степенью СП расщепление спаек было выполнено частично, так как полное разделение интимных сращений повышало бы риск кровотечения и травмы полых органов. У 1 из 11 пациентки были выполнены адгезиолизис, сальпингоовариолизис и сальпингостомия, а у 10 из 11 - на завершающем этапе операции, тубэктомия с двух сторон.

Лапароскопические операции были выполнены 71 (51,4%) из 138 женщины с лапаротомическими операциями в анамнезе: 35 (49,3%) пациенткам основной подгруппы А2 и 36 (50,7%) женщинам группы сравнения В2. Расщепление спаек, препятствующих наступлению самостоятельной беременности, явилось основной целью малоинвазивного вмешательства. Так, адгезиолизис выполнен 7 (9,9%) пациенткам из обеих подгрупп, адгезиолизис и СОЛ - 53 (74%), адгезиолизис, СОЛ и тубэктомия - 11 (15,5%) женщинам.

Адгезиолизис в полном объеме нам удалось выполнить у 56 (78,9%) из 71 пациенток А2 и В2 подгрупп исследования с I, II и III степенями СП. Разъединение всех спаек при адгезиолизисе и сальпингоовариолизисе позволило нам восстановить проходимость маточных труб на стороне как контрлатеральных, так и оперированных придатков.

У 15 (21,1%) из 71 женщин с IV степенью СП разъединение спаек выполнено частично. Восстановление анатомического соотношения тазовых органов

было проведено с целью обеспечения безопасного доступа к яичнику при выполнении трансвагинальной пункции фолликулов по программе ЭКО.

Таким образом, у пациенток основной группы самостоятельная беременность наступала достоверно чаще, чем у женщин контрольной группы. Статистически значимое различие между группами говорит о том, что применение "Мезогеля" при лапароскопическом адгезиолизисе достоверно повышает шанс на благоприятный исход лечения пациенток с бесплодием трубно-перитонеального генеза за счет профилактики повторного спайкообразования. Следовательно, выполнение лапароскопического адгезиолизиса с применением противоспаечных барьерных средств в 2 раза чаще повышает восстановление естественной фертильности у пациенток с трубно-перитонеальным бесплодием в сравнении с пациентками, которым профилактика повторного образования спаек не выполнялась.

Выводы

1. Выявлено, что у 88,5% (у 138 из 156 пациенток) женщин основной причиной трубно-перитонеального бесплодия является спаечный процесс в малом тазу, который возник у 43 % (у 67 из 77) пациенток в результате перенесенных ранее воспалительных заболеваний органов малого таза и у 45,5% (у 71 из 79) - в результате лапаротомических операций в анамнезе.

2. Сочетание оперативной лапароскопии с интраоперационным введением противоспаечного барьер-

ного средства "Мезогель" достоверно повышает шанс наступления естественной беременности у 51,1% женщин основной подгруппы (χ^2 Пирсона, $p=0.0427$), что статистически выше, чем у 28,8% пациенток группы сравнения.

3. Лапароскопический адгезиолизис с введением противоспаечного барьерного средства "Мезогель" эффективен как у пациенток со спаечным процессом, возникшим после воспалительных заболеваний органов малого таза, так и после лапаротомных операций (%2 Пирсона, $p=0.0371$).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Матвеев Н.Л. Спайкообразование в брюшной полости. Методические рекомендации. -М., 2007. -41с.
2. Мельников Н.В. 10-летний опыт применения биполярной биинструментальной коагуляции в эндохирургии / Н.В. Мельников, П.С. Зубеев, С.Б. Поздняков // Эндоскопическая хирургия. -2005. -№ 1. -С. 84.
3. Попов А.А., Мананникова Т.Н. Профилактика образования спаек у гинекологических больных// Журнал акушерства и женских болезней. -М., -2009. -Т58, №6- С.9-10.
4. Прилепская В.Н., Абакарова П.Р. Урогенитальный хламидиоз/ Гинекология. -М., -2004. -Т.6, №1. -С. 10-14.
5. Слесаренко С.С. Эндоскопическое лечение спаечной кишечной непроходимости / С. С. Слесаренко, В. Л. Мешеряков, М. А. Коссович, М. М. Гоголадзе, А. Г. Огнишева, А. Е. Золотко / Эндоскопическая Хирургия. -М., 2004. № 1.-С.142.
6. Тотиков В. 3. Лечебно-диагностическая программа при острой спаечной обтурационной тонкокишечной непроходимости / В.3. Тотиков, М. В. Калицова, В. М. Амриллаева // Хирургия. -2006. -№ 2. -С. 38-43.
7. Федоров В.Д. Хирургическая "эпидемиология" образования спаек в брюшной полости / В. Д. Федоров, В. А. Кубышкин, И. А. Козлов // Хирургия. 2004. -№ 6. -С.50-53.

Поступила 03.03.2019