

УДК 618.312-072.1

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ С ПРИМЕНЕНИЕМ МИНИ-ИНВАЗИВНЫХ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ И СОВРЕМЕННОГО ПРОТИВОСПАЕЧНОГО БАРЬЕРА

И.Ф. Фаткуллин, Ш.А. Алыев, кафедра акушерства и гинекологии № 2, ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», МУЗ «Городская клиническая больница № 7», г. Казань

Алыев Шамистан Алы оглы – e-mail: shamiston@yandex.ru

В данной публикации представлен анализ 48 лапароскопических операций по поводу трубной беременности с использованием динамической лапароскопии с хромогидротубацией. Основную группу составили 24 пациентки, которым для профилактики спайкообразования применялся противоспаечный барьер, состоящий из производного целлюлозы. Контрольную группу составили также 24 пациентки, которым противоспаечный барьер не применялся. Результаты показали, что применение противоспаечного барьера позволило снизить количество и распространённость послеоперационных спаек, что можно считать перспективным в плане сохранения репродуктивной функции женщин после эндоскопического лечения трубной беременности.

Ключевые слова: внематочная беременность, тазовые спайки.

An analysis of 48 laparoscopic operations in cases of tubal pregnancy is presented with use second-look laparoscopy and chromohydrotubation. The main group was made by 24 patients by whom to preventive adhesions it was applied anti-adhesive barrier, consisting of cellulose derivatives. The control group was made also by 24 patients by whom anti-adhesive barrier was not applied. Results have shown, that application an anti-adhesive barrier has allowed to lower quantity and prevalence of postoperative adhesions that it is possible to consider perspective in respect of conservation of reproductive function of women after endoscopic treatment of tubal pregnancy.

Key words: tubal pregnancy, pelvic adhesions.

Профилактика образования спаек после операций на органах брюшной полости и в малом тазу остаётся наиболее сложным разделом полостной хирургии.

В гинекологии данная проблема является особенно актуальной, т. к. развитие спаечного процесса приводит не только к ухудшению качества жизни больных из-за возникновения болевого синдрома, увеличения риска повторных операции, но и является главной причиной развития трубно-перитонеальной формы бесплодия у пациенток репродуктивного возраста, особенно после реконструктивных операций на придатках [1, 2].

Возможным следствием пери- или интратубарных спаек является эктопическая беременность. Представляя опасность

для жизни женщин, данная патология имеет неблагоприятные отдалённые последствия для здоровья в виде вторичного бесплодия, спаечного процесса в малом тазу, высокой вероятности рецидива, достигающей 30%.

Сравнительно высокая частота бесплодия трубно-перитонеального генеза после хирургического лечения трубной беременности определяет актуальность совершенствования методов профилактики и лечения послеоперационных спаечных сращений. Данные литературы и собственные исследования убеждают нас в необходимости проведения противоспаечных мероприятий и методов лечения, позволяющих управлять спаечным процессом в раннем послеоперационном периоде у женщин с трубной беременностью.

На сегодняшний день наиболее оправданным для профилактики спаечного процесса в брюшной полости является использование минимально инвазивной хирургической техники в сочетании со специфическими адьювантными барьерными средствами. Однако, технология минимально инвазивных вмешательств находится в противоречии с методикой применения большинства местных барьеров (тканей и пленок). Универсальными можно признать только барьерные средства [3].

Для выполнения настоящего исследования был применен рассасывающийся противоспаечный барьер, состоящий из производного целлюлозы («Мезогель», производитель ООО «Линтекс», г. Санкт-Петербург). Данный барьер представляет собой вязкую прозрачную массу в виде геля; отвечает всем требованиям, предъявляемым к «барьерным» средствам; не оказывает общетоксического, аллергизирующего и местно-раздражающего действия; не является питательной средой для микроорганизмов; эффективен в присутствии крови и экссудата; разрешён в клинической практике.

Гель действует как искусственный временный «барьер» между повреждёнными серозными поверхностями, обеспечивая эффективное разделение поверхностей на время их заживления, а затем рассасывается.

Цель исследования – улучшение результатов лечения и профилактики послеоперационного спайкообразования при эндоскопическом лечении трубной беременности.

Материал и методы

Клиническому обследованию и оперативному лечению были подвергнуты 48 пациенток с диагнозом «трубная беременность». Все операции были выполнены лапароскопическим доступом. Объём операции решался индивидуально в пользу щадящего оперативного вмешательства. Были произведены следующие операции: туботомия у 20 пациенток и тубэктомия у 28. Также при необходимости выполнялись сочетанные операции. При проведении консервативно-пластических операций предпочтение отдавали использованию биполярных инструментов, как наиболее безопасному методу при операциях на маточных трубах. Разрез на маточной трубе производили в зоне максимального просвечивания тканей трофобласта и плодное яйцо удалялось методом аквадесекции. Сальпингоовариолизис в основном производили острым путём при помощи эндоскопических микроножниц, которые обеспечивают минимальное повреждающее воздействие на ткани.

Критерием отбора послужили возраст больных (репродуктивный период), анамнез и желание в дальнейшем сохранить фертильную функцию.

Пациентки были полностью проинформированы о процедуре исследования и дали своё подписанное информированное согласие. Исследование было одобрено Республиканским Комитетом по этическим вопросам при проведении клинических испытаний-исследований лекарственных средств при МЗ РТ.

Демографические данные пациенток обеих групп были схожи, сами группы балансировались с учетом возраста, роста и веса.

Все включённые в исследование пациентки были разделены на 2 группы: основную (n=24) и контрольную группу (n=24).

Пациенткам основной группы интраперитонеально вводился противоспаечный барьер в виде геля, состоящего из производного целлюлозы. Препарат применяли следующим образом: в конце основного этапа операции и тщательного гемостаза через один из 5 мм троакаров в брюшную полость вводили тубус пункционной эндоскопической иглы, к которому подсоединяли шприц с противоспаечным гелем. Под визуальным контролем все области послеоперационных ран и места, где производили адгезиолизис, обрабатывали противоспаечным барьером. Объём вводимого геля подбирали индивидуально от 10 до 100 мл, в зависимости от объёма операции.

Профилактика послеоперационного спайкообразования пациенткам контрольной группы проводилась с использованием традиционной методики интраоперационным орошением брюшной полости 0,9%-м раствором хлорида натрия.

Ранняя динамическая лапароскопия была проведена на 3-и сутки послеоперационного периода 7 пациенткам, на 4-е – 8 и на 5-е сутки – 7 больным. Показаниями для динамической лапароскопии являлись: заинтересованность пациентки в восстановлении репродуктивной функции, необходимость проведения адгезиолизиса, появление клинико-лабораторных признаков прогрессирующей внематочной беременности и признаки внутрибрюшного кровотечения. После извлечения лапароскопа с помощью переходника через тот же самый порт в брюшную полость вшивалась гильза (троакар). Длина гильз подбиралась в зависимости от подкожной жировой клетчатки пациентки. Гильза подшивалась к коже и закрывалась заглушкой.

При ранней динамической лапароскопии обращали внимание на наличие выпота и следов противоспаечного барьера в брюшной полости, отека, гиперемии тканей, спаечного процесса в брюшной полости и степень его выраженности. При необходимости проводили промывание брюшной полости, при наличии спаек – адгезиолизис тупым путём или с использованием электрокоагуляции, а также дополнительным введением противоспаечного барьера. После окончания ранней динамической лапароскопии гильзы удаляли.

Функциональное состояние маточных труб оценивалось методом хромогидротубации, которая проводилась во время ранней динамической лапароскопии и на эхогистеросальпингоскопии спустя 3 месяца после операции.

Спаечный процесс придатков матки оценивался по классификации Hulka и соавт. Оценивались распространенность и тяжесть спаечного процесса, наличие висцеральных спаек, спаек с брюшной стенкой, новых или повторно образовавшихся спаек.

Ультразвуковое исследование органов малого таза проводили трансвагинальным датчиком с частотой 5,5 МГц в режиме «реального времени» с помощью ультразвукового сканера ALOKA SSD – 3500 (Япония).

Послеоперационный период у всех больных протекал без осложнений. После операции проводилась терапия, которая включала следующие позиции: **1)** активное ведение больных и раннее вставание (если нет противопоказаний); **2)** пери-операционная антибактериальная профилактика; **3)** инфузионно-трансфузионная терапия (при наличии показаний); **4)** контроль гемостазиограммы и профилактика тромбоземболических осложнений низкомолекулярными гепаринами (фраксипарин, клексан); **5)** раннее начало физиотерапии (первые 12 часов) переменным магнитным полем на область придатков; **6)** контрацепция (методом выбора являются комбинированные низкодозированные оральные контрацептивы); **7)** иммунотерапия; **8)** витаминотерапия; **9)** обследование на ЗППП через месяц после выписки из стационара и **10)** реабилитация, которая является обязательным этапом лечения.

Пациенткам, которым были выполнены органосохраняющие операции, проводилось исследование крови на содержание β -субъединицы хорионического гонадотропина.

Результаты и обсуждение

Первым этапом видеолaparоскопического вмешательства являлось диагностическое исследование, при котором уточняли локализацию и состояние плодного яйца, состояние беременной маточной трубы и выраженность ее анатомических изменений, проводили визуальную оценку матки и контрлатеральных придатков, при наличии гемиперитонеума оценивали его объём. Объём внутрибрюшного кровотечения до 500 мл имел место у 36 (75%), более 500 мл – у 12 (25%) больных. Маточные трубы равнозначно вовлекались в патологический процесс нидации плодного яйца (52% в правой трубе, 48% в левой). При этом в истмическом отделе эктопия беременности встречалась в 4% случаев, в ампулярном – в 96%. Интраоперационно трубный аборт был диагностирован у 26 (54,2%) больных, разрыв трубы – у 16 (33,3%), прогрессирующая трубная беременность – у 6 (12,5%) женщин. При этом первая трубная беременность прерывалась по типу трубного аборта у 12 (25%) женщин, по типу разрыва трубы – у 6 (12,5%). По типу трубного аборта повторная трубная беременность прерывалась у 14 (29,2%) женщин, по типу разрыва маточной трубы – у 10 (20,8%). Следует отметить тот факт, что повторная трубная беременность возникла в ранее оперированной маточной трубе в 9 (18,8%) случаях.

При оценке спаечного процесса у пациенток без использования противоспаечного барьера (контрольная группа) выявлено, что послеоперационные спайки присутствовали у 73,8% женщин, и только в 26,2% случаях спаек в брюшной полости обнаружено не было. Максимальные спаечные изменения наблюдались в зоне операции, локализация спаек

в основном касалась мест нанесения операционной травмы. Наиболее частым участником спаечных сращений был большой сальник, который фиксировался к тканям почти на всем протяжении послеоперационной раны. Спайка большого сальника с операционной раной встречалась чаще других – в 16 случаях, что составило 66,7%.

В 2 наблюдениях контрольной группы сальпинготомные раны были припаяны к париетальной брюшине боковой стенки таза.

В 35,7% случаев большой сальник был сращён с сальпинготомной раной.

При оценке спаечного процесса у пациенток с использованием противоспаечного барьера (основная группа) выявлено, что послеоперационные спайки присутствовали у 31,6% женщин, спаек в брюшной полости не было обнаружено у 68,4% женщин. Также наиболее частым участником спаечных сращений был большой сальник, который фиксировался к тканям только на ограниченных участках. Спайка большого сальника с операционной раной встречалась в 50% случаев. Плотных сращений большого сальника с операционной раной не отмечалось.

Макроскопическое исследование показало, что при внутрибрюшинном введении противоспаечного барьера на основе производных целлюлозы спайки были более рыхлые, фиксировались к тканям на меньшем протяжении и легко отделялись от серозы при тупом разъединении. В местах сальпингоовариолизиса (или прикрепления спаек) заметные рубцы не определялись, т. е. не прослеживались деформации стенок маточных труб. Заживление участков брюшины происходило с образованием слабо заметного рубца. Места адгезиолизиса были практически неотличимы от здоровых тканей. Поверхность в местах нанесения операционной травмы выглядела гладкой и блестящей.

При исследовании спаечного процесса женщин контрольной группы выявлено, что спаечные изменения более выражены, фиксированы к тканям на большем протяжении, множественные, пленчатые, тяжистые, которые приводили к деформации маточных труб. Места адгезиолизиса отличались от здоровых тканей образованием заметных рубцов. В большинстве случаев попытка разъединения тупым путем сопровождалась кровотечением, что требовало использования электрокоагуляции.

По данным хромогидротубации и эхогистеросальпингоскопии признаки проходимости маточных труб имелись у 86% женщин основной группы и у 57% женщин контрольной группы.

Трансвагинальное ультразвуковое исследование малого таза показало задержку в течение 3–5 суток введенного эндоскопическим путем в брюшную полость противоспаечного барьера на основе производного целлюлозы, что достаточно для восстановления мезотелия. Длительность нахождения геля зависит от всасывательной способности брюшины малого таза и реактивности организма.

Лабораторные данные во всех случаях соответствовали тяжести основного заболевания, срокам и объему оперативного вмешательства. Отклонений в показателях биохимического и клеточного состава крови и мочи не отмечалось.

Субъективные ощущения пациентов после применения геля и без него существенно не отличались.

Особого внимания заслуживает проблема фертильности пациенток в течение первого года после операции: маточные беременности наступили у 5 (21%) пациенток основной группы и 2 (8,3%) пациенток контрольной группы; эктопические беременности у 1 (4,2%) пациентки основной группы и у 3 (12,5%) пациенток контрольной группы; не было беременности (при регулярном ритме половой жизни) у 2 (8,3%) и 3 (12,5%) пациенток основной и контрольной групп соответственно. Таким образом, наступление маточной беременности (наиболее желательный исход) было наиболее вероятным у пациенток, входивших в основную группу.

Отсутствие беременности у 5 (10,4%) женщин в сравниваемых группах, при регулярном ритме половой жизни, свидетельствует о том, что проводимые операции способствуют ликвидации внематочной беременности, но не устраняют факторы, приводящие к ней.

Заключение

Процесс спайкообразования брюшной полости является сложным, одновременно защитно-приспособительным и патологическим явлением и не может считаться до конца исследованным и обуславливает необходимость дальнейших исследований.

Применение динамической лапароскопии позволяет управлять спаечным процессом в раннем послеоперационном периоде, крайне необходимо для профилактики перитонеальных спаек.

Интраоперационное применение противоспаечного барьера на основе производного целлюлозы позволяет значительно снизить частоту и плотность образовавшихся спаек, что можно считать перспективным в плане сохранения репродуктивной функции женщин после эндоскопического лечения внематочной беременности.



ЛИТЕРАТУРА

1. Ellis H., Moran B., Thompson J. et al. Adhesion-related hospital readmissions after abdominal and pelvic surgery: a retrospective cohort study. //Lancet. 1999. V. 353. P. 1476–1480.
2. Ray N.F., Denton W.G., Thamer M., Henderson S.C., Perry S. Abdominal adhesiolysis: inpatient care and expenditures in the United States in 1994. J Am Coll Surg. 1998. V. 186. P. 1–9.
3. Douglas E. Ott. Laparoscopy and Adhesion Formation, Adhesions and Laparoscopy. Seminars in reproductive medicine. 2008. V. 26. № 4. P. 322–330.