

УДК 618.177:616-007.274.

*Ибрагимова С.Р.*

*Кафедра акушерства и гинекологии №2*

*Андижанский государственный медицинский институт (Узбекистан)*

## **ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ МАЛОГО**

### **ТАЗА ПРИ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОМ БЕСПЛОДИИ**

**Резюме:** Частота возникновения бесплодия после перенесенного эпизода воспалительных заболеваний органов малого таза коррелирует с тяжестью поражения труб, оцениваемой лапароскопически. Трубно-перитонеальное бесплодие возникает у 3 % женщин с небольшим поражением труб, у 13 % женщин с умеренным поражением и 29 % женщин с тяжелым поражением труб, выявляемым при лапароскопии [9]. Частота возникновения трубно-перитонеального бесплодия значительно увеличивается при рецидивирующем характере течения воспалительных заболеваний органов малого таза. Так, по данным ряда авторов, трубно-перитонеальное бесплодие наступает у 8 % женщин, перенесших один эпизод воспалительных заболеваний органов малого таза, у 20 % женщин с двумя верифицированными эпизодами в анамнезе и у 40 % женщин с тремя и более эпизодами ВЗОМТ.

**Ключевые слова:** бесплодия, спаечный процесс, оперативная вмешательства.

*Ibragimova S.R.*

*Department of Obstetrics and Gynecology №2*

*Andijan State Medical Institute (Uzbekistan)*

## **PREVENTION AND TREATMENT OF ADHESIVE DISEASES OF THE**

### **PELVIC PELVIS IN TUBE-PERITONEAL INFERTILITY**

**Resume:** The frequency of infertility after an episode of inflammatory diseases of the pelvic organs correlates with the severity of tube damage, estimated laparoscopically. Tubal peritoneal infertility occurs in 3% of women with minor pipe damage, in 13% of women with moderate damage and 29% of women with severe pipe damage detected by laparoscopy [9]. The incidence of

tubal peritoneal infertility significantly increases with the recurrent nature of the course of inflammatory diseases of the pelvic organs. Thus, according to some authors, tubal peritoneal infertility occurs in 8% of women who have had one episode of inflammatory diseases of the pelvic organs, in 20% of women with two history of verified episodes, and in 40% of women with three or more episodes of PID.

**Key words:** infertility, adhesive process, surgical intervention.

**Актуальность.** 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 [3,5,7]. 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, сальпин-гостоматопластика), 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 % [1,4]. 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 [4,6]. 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 предупреждения образования послеоперационных спаек получили противоспаечные средства, действующие по принципу барьера [2,3]. Введение разобщающего вещества между двумя соседними серозными поверхностями является наиболее эффективным методом предупреждения спаек в малом тазу.

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

**Материалы и методы исследования.** С 2017-2019 годы 125 пациенткам с трубно-перитонеальным бесплодием мы выполнили 57 лечебно-диагностических лапароскопий, 38 из которых — в качестве

динамического исследования брюшной полости. До операции первичное бесплодие было выявлено у 46 пациентки, вторичное — у 41.

При поступлении в стационар всем женщинам до операции проводили комплексное клинико-лабораторное обследование, трансвагинальное ультразвуковое исследование органов малого таза, гистеро-сальпингографию. Так, при трансвагинальном ультразвуковом исследовании различные по форме, линейные ги-перэхогенные 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).

**Результаты.** Все женщины, поступавшие 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 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 АI 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 яичников — 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.

Рассечение 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 рассечение 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 рассечение 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 женщине с лапаротомическими операции в анамнезе: 35 (49,3%) пациенткам основной подгруппы А2 и 36 (50,7%) женщинам группы сравнения В2. Рассечение 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 салопингоовариолизисе позволил 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.

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

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

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.

### 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. Мещеряков, М. А. Коссович, М. М. Гоголадзе, А. Г. Огнишева, А. Е. Золотко // Эндоскопическая хирургия. -М., 2004. № 1. -С.142.
6. Тотиков В. З. Лечебно-диагностическая программа при острой спаечной обтурационной тонкокишечной непроходимости / В.З. Тотиков, М. В. Калицова, В. М. Амриллаева // Хирургия. -2006. -№ 2. -С. 38-43.