

АДГЕЗИОЛИЗИС ПРИ РАННЕЙ ДИНАМИЧЕСКОЙ ЛАПАРОСКОПИИ КАК ЭТАП ГОСПИТАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ

И.Ф. Фаткуллин, М.И. Мазитова, Л.Н. Ягудина

Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав. — проф. И.Ф. Фаткуллин) Казанского государственного медицинского университета, кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав. — доц. Л.М. Тухватулина) Казанской государственной медицинской академии последипломного образования

Развитие послеоперационных спаек остается почти неизбежным последствием при абдоминальной и гинекологической хирургии и составляет важную клиническую проблему. По данным литературы, частота образования спаек после гинекологических операций колеблется от 55 до 97%, а после повторных лапаротомий составляет более 90% [6]. При изучении структурных особенностей маточной трубы в связи с эктопической беременностью фиброзные спайки на наружной поверхности труб были обнаружены в 73% случаях [5].

Спаечные процессы в малом тазу ведут к повторной внематочной беременности или ко вторичному трубно-перитонеальному бесплодию и к репродуктивным потерям. Механизм развития послеоперационного спаечного процесса многофакторный. Для предупреждения развития спаечного процесса предпринимались попытки отграничения повреждений поверхности брюшины путем использования высокомолекулярных коллоидных растворов, механически или путем модулирования воспалительной реакции с применением широкого спектра препаратов (глюкокортикоиды, нестероидные противовоспалительные препараты, блокаторы кальциевых каналов и др.).

Лапароскопическая хирургия претендует на уменьшение процесса спайкообразования в сравнении с лапаротомией, однако образование спаек полностью не предупреждается [7]. Некоторые авторы даже не обнаружили статистически значимых различий между лапаротомией и лапароскопией по частоте возникновения спаек [4].

Предупреждение трубно-перитонеального бесплодия и повторной экто-

пической беременности во многом зависит от ранней диагностики и профилактики спаечного процесса после хирургического лечения внематочной беременности. Широкие перспективы в этом направлении открывает метод динамической (second-look) лапароскопии, которая позволяет визуально следить за течением патологических процессов в брюшной полости, осуществлять местные терапевтические мероприятия и проводить адгезиолизис.

Целью исследования было определение роли динамической лапароскопии в ранней диагностике и профилактике спаечного процесса после хирургического лечения трубной беременности.

Обследованы и прооперированы 48 пациенток, госпитализированных по поводу трубной беременности в urgentные дни. Им была проведена ранняя динамическая лапароскопия с адгезиолизисом и хромогидротубацией. Критериями отбора служили возраст, анамнез и желание женщин в дальнейшем сохранить репродуктивную функцию. Возраст пациенток колебался от 18 до 41 года. При анализе репродуктивной функции были получены следующие данные. Первичным бесплодием страдали 4 (8,33%) пациентки, вторичным — 3 (6,25%). Первая беременность была внематочной у 9 (18,75%) и прервана медицинским абортom у 4 (8,33%). Трубной беременности у 5 (10,4%) предшествовали роды, у 24 (50%) — аборт, у 3 (6,25%) — внематочная беременность. Внутриматочной контрацепцией пользовались 8 (16,67%) женщин. Оперативное вмешательство в брюшной полости перенесли 20,8% женщин; от воспалительных заболеваний половых органов до операции лечились 43,7% больных.

У 32 пациенток была проведена лапаротомия, у остальных использовался лапароскопический доступ. Объем оперативных вмешательств был следующим: сальпингэктомия (52,1%), сальпингитомия (25%), выдавливание плодного яйца из ампулярного отдела трубы (22,9%).

Для ранней динамической лапароскопии нами были использованы специальные гильзы (троакары), изготовленные из титана. Динамическую лапароскопию выполняли с помощью эндовидеосистемы фирм "Эндомедиум" и "Karl Storz".

Длину гильз подбирали в зависимости от толщины подкожной жировой клетчатки женщин. Гильзы для раннего динамического наблюдения устанавливали в конце операции перед восстановлением передней брюшной стенки при лапаратомных операциях по параректальной линии гипогастральной области. При лапароскопических операциях троакар для лапароскопа заменяли на гильзу для динамической лапароскопии. Гильзу подшивали к коже и герметично закрывали заглушкой. Больным после операции не ограничивали объем движений, лишь предупреждали их о возможных ощущениях незначительного дискомфорта в первые дни. Первый динамический контроль был проведен на 2-е сутки послеоперационного периода 12 пациенткам, на 3-и — 17, на 4-е — 8, на 5—7-е — 4. При этом обращали внимание на наличие выпота в брюшной полости, отека, гиперемии тканей, спаечного процесса и на его выраженность. При необходимости брюшную полость промывали, при наличии спаек выполняли адгезиолизис тупым путем или при помощи манипулятора.

Если во время первой контрольной лапароскопии проводились адгезиолизис перитубарных спаек и неостомия, то такие пациентки подлежали повторной динамической лапароскопии с хромогидротубацией и визуальным контролем за проходимость маточной трубы (или труб), а также повторному адгезиолизису. Повторную (third-look) лапароскопию выполняли на 5-е сутки 6 пациенткам, на 7-е — 10. После окончания срока динамического наблюдения гильзы удаляли.

Функциональное состояние маточных труб — работу трубно-маточного и истмико-ампулярного сфинктеров маточных труб, их тонус, сократительную активность и проходимость — оценивали методом кимографической пертубации с помощью отечественного серийного аппарата ДЛТБ-01. Прибор работает в диалоговом режиме и после обработки исходной информации по заданному алгоритму выдает синдромальное заключение о проходимости и функциональном состоянии маточных труб.

Данные о выраженности спаечного

Таблица 1

Спаечный процесс, выявленный при ранней динамической лапароскопии в послеоперационном периоде у пациенток, оперированных по поводу трубной беременности

Выраженность спаечного процесса, степень	Число больных	
	абс.	%
I (единичные рыхлые спайки)	29	60,4
II (множественные рыхлые или единичные плоскостные и плотные спайки)	8	16,7
III (обширный, выраженный спаечный процесс)	2	4,2
Спайки не обнаружены	9	18,7
Всего	48	100

Таблица 2

Спаечный процесс, выявленный при повторной динамической лапароскопии

Выраженность спаечного процесса, степень	Число больных	
	абс.	%
I (единичные рыхлые спайки)	8	47,1
II (множественные рыхлые или единичные плоскостные и плотные спайки)	2	11,8
III (обширный, выраженный спаечный процесс)	0	0
Спайки не обнаружены	7	41,1
Всего	17	100

процесса при первом динамическом наблюдении, по классификации Н.М. Побединского и соавт. [2], показаны в табл. 1.

При повторной динамической лапароскопии получены данные, представленные в табл. 2.

Результаты наблюдений свидетельствуют о том, что у большинства оперированных уже в первые 36 часов послеоперационного периода в брюшной полости образуются сращения, причем в первые 3 суток они рыхлые, нежные,

тонкие, лишенные кровеносных сосудов, и их разъединение возможно тупым путем. С 5-х суток послеоперационного периода спайки становятся более грубыми, плотными, некоторые содержат кровеносные сосуды. При разъединении таких спаек необходимо применение электрокоагуляции.

Разделение спаек во время операции, как правило, приводит к рецидиву сращений в брюшной полости. При контрольной лапароскопии, произведенной нами на 2—7-е сутки послеоперационного периода, спаечный процесс был обнаружен у 81% больных. Эти результаты согласуются с данными других литературных источников [3] и подтверждают, что динамическая лапароскопия является единственным достоверным методом диагностики спаечного процесса.

Лизировать спайки с помощью консервативного лечения невозможно. При сформировавшихся сращениях применение физиотерапевтических методов лечения может привести к определенной эволюции спаек, внутренней перестройке за счет ликвидации остатков хронического воспаления и отеков. В таких случаях спаечный процесс будет протекать бессимптомно, но исчезнуть не может. Единственной альтернативой в настоящее время рассматривается применение активного лечения в ближайшем послеоперационном периоде, направленного на подавление повторного спайкообразования. Повторные адгезиолизисы во время динамических лапароскопий могут служить этапом госпитальной реабилитации.

По данным наших исследований [1], 60% женщин, перенесших операцию по поводу внематочной беременности, желают в дальнейшем сохранить репродуктивную функцию, что определяет важность проведения эффективных реабилитационных мероприятий.

Исследование проходимости и функционального состояния маточных труб методом кимографической пертубации позволило выявить лучшие результаты ($P < 0,05$) у пациенток после выполне-

ния у них динамической лапароскопии.

Проведенное нами исследование показало, что динамическая лапароскопия позволяет наблюдать за реформированием спаек после хирургических вмешательств, в том числе за образованием новых спаек и при их обнаружении проводить адгезиолизис. Таким образом, динамическая лапароскопия может быть рекомендована как метод ранней диагностики послеоперационных осложнений и реабилитации больных на госпитальном этапе после хирургического лечения трубной беременности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мазитова М.И., Давлетшина Л.Т., Мазитов И.М. // Казанский мед. ж. — 1999. — № 3. — С. 212—213.
2. Побединский Н.М., Ботвин М.А. и др. // Акуш. и гин. — 1997. — № 4. — С. 28—29.
3. Diamond M.P. Prevention of Adhesions. In: Operative Gynecology. — Philadelphia. — 1993.
4. Filmar S., Gomel V., McCord P.F. // Fertil. Steril. — 1987. — Vol. 48. — P. 486—489.
5. Green L.K., Kott M.L. // Int. J. Gynecol. Pathol. — 1989. — Vol. 8. — P. 255—262.
6. Ordonez J.L., Dominguez J., Evrard V., Koninckx P.R. The effect of training and duration of surgery of adhesion formation in the rabbit model. In: Endoscopy in Gynecology. — Moscow, 1999.
7. Schafer M., Krahenl hl-L., Buchler M.W. // Dig. Surg. — 1998. — Vol. 15. — P. 148—152.

Поступила 10.04.01.

ADHESIOLYSIS IN EARLY DYNAMIC LAPAROSCOPY AS THE STAGE OF HOSPITAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH TUBAL PREGNANCY

I.F. Fatkullin, M.I. Mazitova, L. N. Yagudina

Summary

As many as 48 patients hospitalized with tubal pregnancy were examined and operated. Early second-look laparoscopy with adhesiolysis and chromohydrotubation was performed on the second day of postoperative period to 12 patients, on the third day — to 17 patients and to the rest of patients — on the fourth, fifth and seventh day. Repeated adhesiolysis, chromohydrotubation with visual control of uterine tube permeability were performed in third-look laparoscopy. The special titanium trocars were used for early second-look laparoscopy. It is established that second- and third-look laparoscopies make it possible to observe adhesions after surgical intervention and to perform adhesiolysis.