

Сравнивая ближайшие осложнения, можно сделать вывод, что при выполнении TIPS летальность более чем в два раза меньше. Невозможность выполнения шунтирования как при первом, так и при втором способе примерно одинаковая, что связано с анатомическими особенностями строения сосудов селезенки и печени. Операция спленэктомии не является методом снижения давления в воротной вене, но имеет свои показания, такие как наличие артериовенозных свищей, внепеченочная форма портальной гипертензии, так называемая левосторонняя ПГ при заболеваниях поджелудочной железы. Части пациентов с портальной гипертензией не требуется оперативного вмешательства, а проводимая консервативная терапия (реинфузия ультрафильтраата асцитической жидкости), медикаментозная коррекция определяют продолжительность жизни пациентов этой нозологии.

Таким образом, причины портальной гипертензии достаточно разнообразны, но в 85% случаев вызваны циррозом печени.

Каждый случай, связанный с заболеванием, проявлением которого является портальная гипертензия, требует индивидуального подхода.

Спленоренальное венозное шунтирование после спленэктомии приводит к снижению портального давления, но сопряжено с риском возникновения интраоперационных и послеоперационных осложнений.

Трансъюгулярное внутривенное портосистемное шунтирование является высокотехнологичным рентгеноэндоваскулярным вмешательством, дающим положительные результаты по снижению давления в воротной вене, даже у пациентов с выраженным асцитом и на высоте кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Котив Б. Н., Дзидзава И. И., Кашкин Д. П., Алентьев С. А., Чалый А. Н., Бугаев С. А., Герлиани Г. В. Результаты парциального портокавального шунтирования у больных с синдромом портальной гипертензии // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2003. – № 1 (прил.). – С. 16.
2. Ерамишанцев А. К., Шерцингер А. Г., Лебезев В. М., Киценко Е. А., Семенова А. Д. Диагностическая и лечебная тактика при кровотечениях из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка // Анналы хирургической гепатологии. – 1996. – Т. 1. № 1. – С. 52.
3. Бебуришвили А. Г., Михин С. В. Пищеводно-желудочные кровотечения при портальной гипертензии // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – Волгоград, 2006. – № 2. – С. 69.
4. Дзидзава И. И. Отдаленные результаты хирургической коррекции портальной гипертензии и прогностические факторы выживаемости у больных циррозом печени: Автореферат диссерт. – СПб, 2010. – С. 2.

Поступила 20.12.2011

**Н. Н. КИЗИМЕНКО¹, В. Н. ПИГАРЕВ¹, Ю. А. ВОРОПАЕВА¹,
Ю. Н. РУСИНОВА¹, В. В. ПОНОМАРЕВ²**

МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ОЦЕНКЕ ВЛИЯНИЯ ФАЗ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА НА РАЗВИТИЕ СПАЕЧНОГО ПОСЛЕХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

¹Кафедра факультетской хирургии с курсом анестезиологии и реаниматологии;

²кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии ФПК и ППС

ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздравоохранения России, Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4, тел. +7 (988) 245-51-08. E-mail: nkizimenko@yandex.ru

Произведена объективизация посредством магнитно-резонансной томографии возможности снижения развития послеоперационного спаечного процесса при хирургическом лечении гинекологических заболеваний, выполненных в различные фазы менструального цикла. Изучены результаты МР-исследования 45 пациенток, прооперированных по поводу различных гинекологических заболеваний (исключая онкологию), в различные фазы менструального цикла: в фолликулиновую – 23, в лютеиновую – 22, – для определения степени их влияния на развитие послеоперационного спаечного процесса в малом тазу. Сопоставлены полученные МР-данные и выявлена явная зависимость фазы менструального цикла от развития спаечного процесса после хирургического лечения гинекологических заболеваний.

Ключевые слова: спайки малого таза, фазы менструального цикла, магнитно-резонансная томография.

**N. N. KIZIMENKO¹, V. N. PIGAREV¹, Yu. A. VOROPAeva¹,
Yu. N. RUSINOVA¹, V. V. PONOMAREV²**

MRI TOMOGRAPHY IN EVALUATION OF THE INFLUENCE OF THE MENSTRUAL CYCLE PHASES ON THE DEVELOPMENT OF COMISSURAL PROCESS AFTER SURGICAL TREATMENT OF GYNAECOLOGICAL DISEASES

¹Chair of faculty surgery with anesthesiology and resuscitation course
Kuban state medical university,

Objectification the possibilities to decrease after-operational commissural process developing after surgical treatment of gynecological diseases performed in different phases of menstrual cycle, using magnetic resonance imaging (MRI). 45 patients who had operations on different gynecological diseases (excluding oncology), were examined by MRI during different phases of menstrual cycle: follicular – 23; lutein – 22, to evaluate its influence on development of commissural process in small pelvis. Acquired MRI data was compared and evident dependence of the development of commissural process after surgical treatment of gynecological diseases on the period of the menstrual phase was revealed.

Key words: small pelvis commissures, menstrual cycle phases, magnetic resonance imaging.

Введение

Спаечную болезнь (СБ) впервые стали часто упоминать в литературе с конца XIX и начала XX века в связи с развитием хирургии [6, 11]. В настоящее время СБ является основной клинической проблемой после многих хирургических вмешательств, особенно после оперативного лечения гинекологических заболеваний у женщин детородного возраста. Данная проблема особенно актуальна, поскольку связана с высокой частотой наступления трубно-перитонеального бесплодия [3, 6, 8, 10, 13]. Спаечная болезнь (*morbus adhaesivus*) – термин, употребляемый для обозначения состояний, связанных с образованием соединительно-тканых спаек (рис. 1). Многими авторами доказано, что даже после небольших лапароскопических операций на яичниках спайки образуются в 55–100% случаев [3, 12, 13]. Известно также, что перитубарные сращения могут быть результатом операционной травмы после таких вмешательств в полости малого таза, как овариоэктомия, сальпингэктомия при внематочной беременности, реконструктивные операции на маточных трубах, иссечение эндометриoidных гетеротопий и др. [8]. По мнению ряда авторов, патофизиологические механизмы образования послеоперационных спаек в малом тазу обусловлены действием трех групп факторов: механических, адгезивных и гуморальных [10]. В последние годы, учитывая явную устойчивость показателей послеоперационных осложнений, некоторые авторы считают, что в патогенезе развития спаек важная роль принадлежит наследственной предрасположенности [3, 5, 8]. В этой связи, считают авторы, одним из путей профилактики образования послеоперационных спаек является не просто разработка наиболее рациональных и щадящих методов оперативных вмешательств, но также поиск новых подходов к лечению гинекологических заболеваний.

Согласно рекомендации ВОЗ диагноз перитонеального бесплодия может быть достоверно установлен лишь с помощью лапароскопического исследования. Раньше, когда изучение спаечного процесса только начиналось, частоту образования спаек изучали в основном на материале аутопсии или, в редких случаях, при повторных операциях, производимых по жизненным показаниям. Кроме того, анализ делали по косвенным признакам, результатам рентгенологического и ультразвукового исследований и субъективным ощущениям пациентки [8, 12]. В классификационной системе Американского общества репродукции (AFS, 1988) предусмотрена прогностическая классификация аднексальных спаек, основанная на их лапароскопической оценке, рассчитанной по сумме баллов. Так, при сумме баллов от 0 до 5 спайки считаются минимальными, от 6 до 10 – средними, от 11 до 20 – умеренными и от

21 до 32 – тяжелыми. При этом также дается прогноз зачатия с последующим рождением живого ребенка, основанный на оценке состояния придатков, имеющих наименьшую суммарную патологию при контрольной лапароскопии. При проведении контрольной лапароскопии отмечено, что процент образования послеоперационных спаек колеблется от 55% до 95%, что зависит от характера оперативного вмешательства, операционного доступа, использования методов профилактики и подбора технических средств [8, 14]. Большой разброс данных литературы относительно частоты спаек в раннем послеоперационном периоде может быть связан с тем, что не было действительно надежных методов исследования и врачи часто основывались лишь на анамнестических показателях. Поэтому можно считать, что частота послеоперационных спаек в этот период времени реально не регистрировалась.

Внедрение эндоскопической техники в хирургию произвело революционные изменения в изучении этой проблемы [4, 9]. В то же время многочисленными сравнительными исследованиями доказано, что не всегда макрохирургические методы лечения вызывают более выраженный спаечный процесс чаще, нежели микрохирургические вмешательства, т. е. степень выраженности спаечного процесса не всегда может зависеть от объема оперативного вмешательства [1, 5]. Этот факт ставит под сомнение абсолютную безвредность контрольной лапароскопии и не исключает, что после её выполнения может развиваться более выраженный спаечный процесс.

В настоящее время, по многим литературным данным, спайки после хирургического лечения гинекологических заболеваний с различной степенью выраженности образуются почти в 100% случаев. Согласно данным Министерства здравоохранения Шотландии, за период с 1986 года 54 380 женщин подверглись оперативному вмешательству. По результатам наблюдений в течение последующих 10 лет за данными пациентками было отмечено следующее: анализ всех повторных госпитализаций, связанных с наличием послеоперационного спаечного процесса показал, что одна госпитализация отмечена в 53,8% случаев; в 41,4% случаев – от 2 до 5 госпитализаций; а 6 и более госпитализаций отмечено у 4,8% ранее прооперированных пациенток [8, 10].

СБ не всегда имеет клиническое проявление, а специальные методы исследования по выявлению послеоперационных осложнений в большинстве случаев не проводятся, особенно на территории РФ, что не позволяет оценить истинной картины существующей проблемы.

Этиологические аспекты спайкообразования весьма разнообразны, и, как считают многие авторы, особая роль принадлежит различным механическим, химичес-

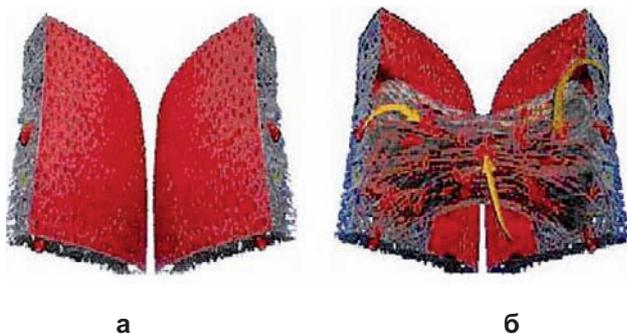


Рис. 1. Схематическое изображения спаек:
а – нормальная поверхность брюшины без спаек; б – изображение спаек в брюшной полости, листки брюшины слипаются между собой посредством образования фиброзных тяжей, что влечет за собой изменение анатомии и взаимного расположения органов

ким и прочим воздействиям на ткани. В этой связи, особенно в последние годы, уделяется большое внимание совершенствованию тактики хирургического лечения гинекологических заболеваний с применением различных методов снижающих развитие послеоперационной СБ [3, 8]. В то же время обходится стороной физиологический фактор женского организма, основанный на влиянии регуляторно-адаптивного статуса, оказывающего влияние на развитие спаечного процесса.

Материалы и методы исследования

По данным ряда авторов [2] и по нашим собственным наблюдениям, магнитно-резонансная томография (МРТ) является наиболее информативным методом исследования органов малого таза, не оказывающим вредного воздействия на детородную функцию женского организма. При выполнении МРТ в трех основных проекциях в T1 и T2 ВИ мы получали полное представление о состоянии всех органов малого таза, аналогично тому, как они визуализируются при лапароскопическом исследовании. Даже следует признать, что МРТ-изображение позволяет более детально изучать состояние органов и тканей малого таза (рис. 2а, б). На контрольных МРТ, выполняемых в различные сроки после оперативного вмешательства, мы имели возможность отслеживать фазы развития спаечного процесса, а также контролировать эффективность проводимого консервативного лечения, направленного на снижение спайкообразования. Проводя послеоперационный МРТ-контроль органов малого таза у женщин, прооперированных по поводу различных гинекологических заболеваний, выявили характерную зависимость. У женщин детородного возраста, подвергшихся медикаментозной или хирургической кастрации, а также у женщин в постменопаузном периоде степень выраженности спаечного процесса малого таза была значительно ниже в сравнении с основной группой пациенток. Данное наблюдение не подвергает сомнению тот факт, что уровень эстрогенов оказывает свое влияние на развитие СБ.

Общеизвестно, что эстрогенный фон у женщин детородного возраста меняется в зависимости от фазы менструального цикла (фолликулиновая и лютеиновая). Для определения степени и характера влияния фаз менструального цикла на развитие и выражен-

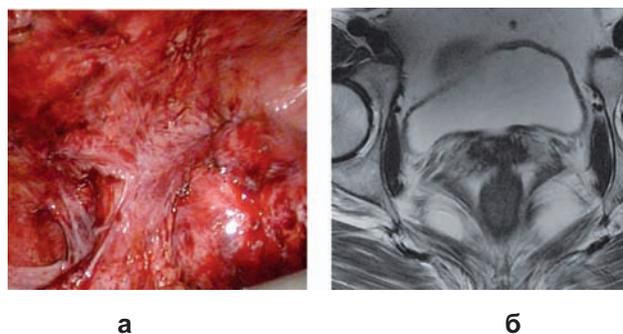


Рис. 2. Спайки малого таза:
а – лапароскопическая картина;
б – МРТ-исследование той же пациентки (отчетливо дифференцируются все органы и ткани малого таза)

ность спаечного процесса у женщин детородного возраста, прооперированных по поводу различных гинекологических заболеваний (исключая онкологические и гнойно-воспалительные процессы), под нашим наблюдением находились 47 пациенток в возрасте от 17 до 43 лет.

Всем женщинам МРТ-исследование и хирургическое лечение проводились в Краевой клинической больнице № 1 (ККБ № 1) г. Краснодара, являющейся клинической базой Кубанского государственного медицинского университета (КГМУ). В ККБ № 1 установлено два МРТ «Signa Exate» фирмы GE (США) напряженностью поля 1,5 и 3 тесла. Исследования проводились в указанных проекциях и последовательностях. Для исключения технических погрешностей при выполнении хирургического вмешательства различными врачами в нашем исследовании все операции, преимущественно лапароскопические, выполнены одним врачом. Из общего числа выполненных операций 39 пациенткам произведено лапароскопическое вмешательство, что составило 82,9%, и 6 пациенткам была выполнена открытая операция (12,71%), у двух пациенток (4,2%) выполнялось сочетанное оперативное вмешательство. Из исследования исключались пациентки с онкологическими и гнойно-воспалительными заболеваниями. Все пациентки были разделены на две группы. Первая группа – это 24 женщины, которым проводилось хирургическое лечение в фолликулиновую фазу, и вторая группа – это 23 женщины, лечение которым проводилось в лютеиновую фазу. По нозологическим формам заболеваний и объему оперативного вмешательства выделенные группы находились примерно в равных соотношениях. Ранее по сложившейся общепринятой тактике лечения почти все оперативные вмешательства женщинам с сохраненной менструальной функцией выполнялись в первую (фолликулиновую) фазу. Данное правила придерживается большинство гинекологов, объясняя это тем, что после операции имеется более продолжительный безменструальный период, а операция, выполненная во второй (лютеиновой) фазе, особенно в конце её, не позволяет исключить послеоперационного кровотечения на фоне менструации и, по их мнению, является одной из причин развития спаечного процесса.

Послеоперационный МРТ-контроль пациенткам обеих групп проводили в основном через месяц после хирургического лечения в фазу формирования зрелых сращений согласно существующей 5-фазной

стадии развития адгезиогенеза [8]. Из общего числа прооперированных (47 пациенток) МРТ-контроль выполнен 45 женщинам. Из них 23 пациентки были прооперированы в первую (фолликулиновую) фазу и 22 – во вторую (лютеиновую) фазу. Полученные послеоперационные МРТ-результаты сравнивали с предоперационными МРТ данными, которые проводили в среднем за 3–7 дней до оперативного вмешательства. Такой анализ позволял дифференцировать уже имевшиеся спаечные процессы (если таковые имелись) с образовавшимися в результате данного оперативного вмешательства. Спаечный процесс малого таза оценивали по разработанной нами 5-балльной системе, где минимальные спайки оценивались в 1 балл и максимально выраженный спаечный процесс – в 5 баллов. Расчет баллов производился по соотношению максимально выраженного спаечного процесса к площади среза малого таза по трем стандартным проекциям. Результаты исследования представлены в таблице.

Результаты исследования

Данные таблицы свидетельствуют о том, что послеоперационное осложнение в виде развития спаечного процесса имелось у всех прооперированных. Но полученные данные также свидетельствуют и о том, что у пациенток, прооперированных в фолликулиновую фазу, минимально выраженные спайки (1, 2 балла) выявлены в гораздо меньшем проценте в сравнении с группой пациенток, оперированных в лютеиновую фазу (рис. 3а, б).

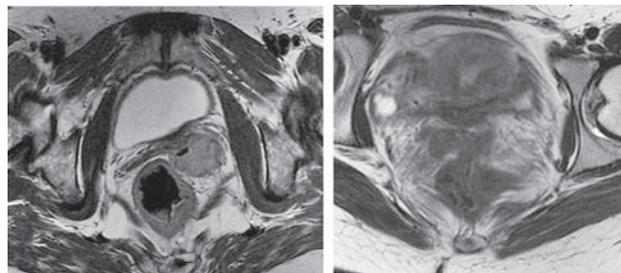
Процентное соотношение минимально выраженно спаечного процесса (1–2 балла) в двух группах составило 23/55. Такое соотношение указывает на то, что при прочих равных условиях выполнения оперативного вмешательства в лютеиновую фазу степень выраженности спаечного процесса в процентном соотношении будет ниже в сравнении с группой оперированных в фолликулиновую фазу.

Обсуждение

Анализируя результаты проведенного исследования, следует признать, что уровень эстрогенного фона в женском организме в том числе оказывает существенное влияние на формирование спаечного процесса после хирургического лечения гинекологических заболеваний. Этот фактор объясняется влиянием регуляторно-адаптивного статуса, в основе которого лежит изменение функционального состояния женского организма за счет снижения нейрогуморальной активности в лютеиновую фазу [7].

Степень выраженности послеоперационного спаечного процесса в зависимости от фазы менструального цикла (по 5-балльной оценке)

Фазы цикла	Фолликулиновая фаза (23 пациентки)					Лютеиновая фаза (22 пациентки)				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Выраженность спаечного процесса (в баллах)										
Выявлено спаек по баллам	2	3	6	7	5	6	6	4	4	2
Выявлено спаек в %-ном выражении	8,6%	13,1%	26,1%	30,4%	21,7%	27,2%	27,2%	18,2%	18,2%	9,1%



а

б

Рис. 3. МРТ-исследование органов малого таза: а – МР-контроль через 1 месяц после удаления миоматозного узла тела матки у пациентки, прооперированной в лютеиновую фазу.

Отмечается небольшая маточно-пузырная спайка, остальное пространство без фиброзных сращений (оценивается в 2 балла);

б – МР-контроль аналогичного оперативного вмешательства у пациентки, прооперированной в фолликулиновую фазу. Отмечается массивный спаечный процесс малого таза (оценивающийся в 5 баллов)

Полученные данные также свидетельствуют о том, что после хирургического лечения заболеваний органов малого таза вне зависимости от объема оперативного вмешательства, квалификации хирурга, а также выполнения пред- и послеоперационных мероприятий, направленных на снижение спайкообразования, и даже независимо от сроков выполнения хирургического вмешательства относительно менструального цикла спайки будут образовываться у всех без исключения, от минимальных до максимально выраженных. Но следует признать тот факт, что оперативное вмешательство, выполненное в лютеиновую фазу, позволяет снизить степень выраженности спаечного процесса, а это имеет более благоприятные прогностические результаты в отношении сохранения детородной функции женщины и повышения качества её жизни. Также, учитывая общедоступность, высокую информативность и безвредность при выявлении и определении степени выраженности послеоперационных спаечных процессов малого таза, следует более широко использовать метод МРТ для диагностики данного вида послеоперационных осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян Л. В., Яроцкая Е. Л. Генитальный эндометриоз: дискуссионные вопросы и альтернативные подходы к диагностике и лечению // Журнал акушерства и женских болезней. – 2002. – № 3. – С. 103–111.
2. Аляев Ю. Г., Сеницин В. Е., Григорьев Н. А. Магнитно-резонансная томография в урологии // Практическая медицина. – 2005. – 270 с.
3. Воробьев А. А., Бебурашвили А. Г. Послеоперационный спаечный процесс – прогнозирование в эксперименте и клинике // Вопросы реконструктивной и пластической хирургии. – 2002. – № 1. – С. 43–44.
4. Долецкая Д. В., Ботвин М. А., Побединский Н. М. и др. Оценка качества жизни у больных с миомой матки после различных видов хирургического лечения // Акушерство и гинекология. – 2006. – № 1. – С. 10–13.
5. Кулаков В. И., Адамян Л. В., Мынбаев О. А. Послеоперационные спайки (этиология, патогенез и профилактика). – М.: Медицина, 1998. – 528 с.
6. Мясников А. Д., Липатов В. А. К вопросу о современных принципах профилактики послеоперационного спаечного процесса брюшной полости. Современные подходы науки и практики в хирургии // Материалы межрегиональной конференции, посвященной 70-летию заслуженного деятеля науки РФ профессора В. И. Булыгина. – Воронеж, 2002. – С. 154–157.
7. Покровский В. М. Сердечно-сосудистый синхронизм в оценке регуляторно-адаптивных возможностей организма. – М.: Кубань-книга, 2010. – 244 с.
8. Попов А. А., Мананникова Т. Н., Шагинян Г. Г. и др. Спаечная болезнь как проблема репродукции и методы её профилактики // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2005. – № 4. – С. 41–45.
9. Радзинский В. Е., Духин А. О., Костин И. Н. Репродуктивное здоровье женщин после хирургического лечения гинекологических заболеваний // Акушерство и гинекология. – 2005. – № 4. – С. 51–54.
10. Савельева Г. М., Штыров С. В., Голова Ю. А. и др. Наружный эндометриоз, Эффективность лапароскопической хирургии // Журнал акушерства и женских болезней. – 2002. – № 1. – С. 32–36.
11. Савельева Г. М., Бреусенко В. Г., Каппушева Л. М. и др. Принципы эндоскопической миомэктомии // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2002. – № 5. – С. 64–71.
12. Bowman M. C., Li T., Cooke I. D. Inter-observer variability at laparoscopic assessment of pelvis adhesions // Hum. reprod. – 1995. – Vol. 10. – P. 155–160.
13. Diamond M. P., Dunn R. S. Animal adhesions models: design, variables, and relevance. Pelvis surgery: adhesion formation and prevention // Springer-veriag, New York Inc. – 1997. – Vol. 4. – P. 56–70.
14. Pijlman B. M., Dorr P. J., Brommer E. J. Prevention of adhesions // European journal of obstetrics gynecology and Reproductive biology. – 1994. – Vol. 3. – P. 155–163.

Поступила 11.01.2012

Г. И. КЛИМЕНТЬЕВА¹, И. А. КУРНИКОВА², И. А. КУЗНЕЦОВА¹, Т. М. АФОНОВА¹

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2-го ТИПА И ПРОБЛЕМА КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ

¹Кафедра факультетской терапии с курсами гематологии и эндокринологии
ГБОУ ВПО Ижевской государственной медицинской академии Минздрава России, 426034, Удмуртская Республика, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281;

²кафедра клинической лимфологии и эндоэкологии
ГОУ ВПО Российского университета дружбы народов,
Россия, 117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, 21, корп. 3,
тел. 8 (904) 27-97-358. E-mail: guzal-work@mail.ru

Проведен ретроспективный анализ историй болезни 314 пациентов с сахарным диабетом 2-го типа эндокринологического отделения БУЗ «1 РКБ МЗ УР» г. Ижевска для оценки наличия коморбидной патологии и обследовано 30 больных сахарным диабетом 2-го типа для определения реабилитационного потенциала и изучения влияния сопутствующей патологии на реабилитационные возможности организма. Анализ историй болезни показал, что наиболее часто у пациентов с диабетом встречается патология сердечно-сосудистой и пищеварительной систем. Коморбидная патология ухудшает течение сахарного диабета и должна учитываться при назначении комплексного лечения.

Ключевые слова: диабет, коморбидная патология, реабилитационный потенциал.

G. I. KLYMENTYEVA¹, I. A. KURNIKOVA², I. A. KUZNETSOVA¹, T. M. AFONOVA¹

TYPE 2 DIABETES AND THE PROBLEM OF COMORBID PATHOLOGY

¹Chair faculty therapy with courses of hematology and endocrinology
GBOU VPO the Izhevsk state medical academy, Ministry of public health of the Russian Federation,
Russia, 426034, Republic of Udmurtia, Izhevsk, str. Communards, 281;

²chair clinical lymphology and endoecology
State educational institution of the Russian peoples' friendship university,
Russia, 117198, Moscow, str. Miklukho-Maclay, 21, bldg. 3,
tel. 8 (904) 27-97-358. E-mail: guzal-work@mail.ru