

МИНИИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ СИДРОМА ТАЗОВОЙ БОЛИ У ЖЕНЩИН

А.А. Семендяев, Н.В. Протопопова, А.С. Коган, В.В. Бочков
(Россия, Иркутск, Государственный медицинский университет,
ГУ Научный центр Реконструктивной и восстановительной хирургии ВСНЦ СО РАМН)

Резюме. Представлены результаты лапароскопического исследования у 3182 женщин с синдромом тазовой боли. Установлена широкая этиологическая и патогенетическая гетерогенности этой патологии. Последствия синдрома тазовой боли весьма тяжелы как в физиологическом, так и социально-бытовом отношении.

Ключевые слова: женщины, тазовая боль, диагностика, лечение, мининвазивная хирургия.

Несмотря на значительные достижения современной медицины, до настоящего времени актуальной и нерешенной проблемой, которая приносит значительный материальный и моральный ущерб остается синдром тазовой боли (СТБ) у женщин. По мнению D.H. Zermann et al. [8] из университета штата Колорадо (США), синдром тазовой боли остается диагностической и терапевтической головоломкой.

В США хронической болью страдает 86 млн. человек. Только прямые убытки в связи с потерей трудоспособности и затраты на их лечение составляют 90 млрд долларов в год.

Международная ассоциация изучения боли (International Association for the Study of Pain) определяет боль как «неприятное ощущение и эмоциональное переживание, связанное с имеющимся или возможным повреждением тканей». Возникновение острой боли связывают с непосредственным повреждением тканей. Хронической тазовой болью принято считать постоянную локальную боль в области проекции половых органов длительностью более 3 месяцев, причинно не связанную с онкологическими заболеваниями [4].

По данным A. Foy, R. Brown [2] у 36% женщин длительная боль внизу живота вызвана спайками брюшины, у 14% — эндометриозом, у 13% — запорами, у 11% — объемными образованиями яичников, у 8% — воспалительными заболеваниями половых органов. По мнению E. Loizeau [7] в 50 % случаев причину тазовой боли внизу живота вообще не удается найти. Психогенный характер абдоминалии P.L. Jenkins [6] установил у 40% пациентов. Исходя из изложенного можно заключить, что тазовая боль у женщин носит мультифакторный характер и является сложной междисциплинарной проблемой. Из тестов, позволяющих оценить боль, в своей работе мы применяли: визуально-аналоговую шкалу (ВАШ) и опросник Мак-Гила (McGill Pain Questionnaire, MPQ).

ВАШ представляет собой горизонтальную 10-сантиметровую линию, на одном конце которой написано «Нет боли», а на другом — «Самая сильная боль». Больного просят поставить на этой линии точку, которая соответствует уровню переживаемых им болевых ощущений.

Расстояние, измеренное между концом линии — «Отсутствие боли» и отмеченной точкой, является цифровой оценкой боли. Визуально-аналоговая шкала — проста, эффективна и не обременительна

Опросник Мак-Гилла состоит из лист-анкеты, содержащей 20 различных характеристик боли, разделенных на 4 группы: 1) 10 слов, определяющих сенсорные аспекты; 2) 5 слов, описывающих эффективные аспекты; 3) 1 слово, описывающее когнитивно-оценочный аспект; 4) 4 многоаспектных слова.

Индекс боли определяется в зависимости от количества выбранных слов. Опросник может быть заполнен в течение 5-15 минут.

Материал и методы. Мы располагаем опытом применения лапароскопии более чем у 5000 пациенток, среди которых 3315 (65,1%) предъявляли жалобы на боли внизу живота различной локализации. Лапароскопическое исследование у 3182 (95,9%) больных с тазовым болевым синдромом позволило выявить различную органическую патологию органов малого таза (табл. 1).

При обнаружении во время лапароскопии органической патологии диагностический этап операции мы переводили в хирургический. Ведущим принципом лечения больных с тазовым болевым синдромом являлась щадящая, органосохраняющая оперативная тактика.

Таблица 1

Распределение больных с тазовыми болями в зависимости от выявленной патологии (n=3182)

Заболевание	Число больных	
	n	%
1. Острые воспалительные процессы (абсцессы) гениталий сопровождавшиеся, спечным процессом в малом тау	267	8,0
2. Хронические воспалительные процессы гениталий	1759	53,1
3. Опухолевые и опухолевидные процессы придатков матки	397	12,0
4. Эндометриоз брюшины малого таза	571	17,2
5. Варикозная трансформация вен малого таза (при отсутствии локальной патологии)	188	5,7
6. Отсутствие видимого патологического процесса	133	4,0
ВСЕГО	3315	100

Основанием для этого служили общеизвестные преимущества лапароскопического доступа (оптическое увеличение, выполнение операции в условиях увлажнения тканей, минимальная инвазия, ранняя активизация больной в послеоперационном периоде) перед лапаротомным. Исходя из этого мы считаем, что больным страдающим тазовыми болями предпочтительнее проведение лапароскопии. Преимуществом лапароскопии является также минимальный спаечный процесс после ее выполнения. Напротив, лапаротомный доступ в 55-100 % случаев приводит к развитию послеоперационного спаечного процесса, что в последующем усугубляет тазовый болевой синдром.

Хирургическая тактика зависела от выявленной во время лапароскопии патологии. Так при обнаружении ограниченного гнойного процесса малого таза (пиосальпинкс, абсцесс яичника, tuboовариальный абсцесс, абсцесс прямокишечно-маточного углубления) выполнялось двойное дренирование гнойного очага, с последующим его пролонгированным протеолизом иммобилизованными ферментами (имозимаза), под контролем трансдренажной абсцессоскопии, во время которой удаляли плотные продукты воспаления (патент на изобретение № 2195198) [1]. Санационные мероприятия проводили до момента уменьшения перифокального инфильтрата, полного очищения полости гнойника от тканевого детрита, фибрина и гноя, контракции полости абсцесса. В послеоперационном периоде, с учетом высеянной микрофлоры, назначалась системная антибактериальная терапия.

Большым, у которых тазовый болевой синдром был обусловлен наличием опухолей и опухолевидных образований яичников (придатков матки) выявленными при ультразвуковом исследовании, перед проведением лапароскопии, для исключения

Большим с выявленным во время лапароскопии распространенным наружным генитальным эндометриозом, мы считали оптимальным выполнение мобилизации органов малого таза (при отсутствии грубых, плотных сращений между органами) из спаечного процесса, с максимально полным удалением (путем анатомической препаровки и иссечения, либо с помощью биполярной коагуляции) всех видимых на брюшине малого таза и связочном аппарате матки и придатков очагов эндометриоза. В послеоперационном периоде, больным с диагностированным эндометриозом, назначали противорецидивное лечение, путем создания псевдоменопаузы с помощью приема антагонистов или агонистов гонадотропин-релизинг-гормона.

Пациенты с синдромом ТБ, у которых при лапароскопическом осмотре в малом тазу отсутствовала видимая органическая патология, абдоминалгию мы связывали с патологической нейрогенной импульсацией с матки и маточных труб. Этим больным, с целью прерывания болевых импульсов идущих к нижнему и верхнему подчревному сплетению, через парацервикальное сплетение Франкенхаузера и крестцово-маточные связки выполнялась абляция крестцово-маточных нервов.

В своей работе, для повышения эффективности абляции крестцово-маточных нервов нами был предложен способ путем динамического введения в пресакральное пространство через катетер выведенный на переднюю брюшную стенку поливалентной, многофункциональной лекарственной смеси (с учетом переносимости препарата) состоящей из: 0,25%-90,0 мл новокаина, преднизолонa 30 мг, амикацина 1,0 г, гепарина 5 тыс Ед, никотиновой кислоты 1,0 мл, сермиона 2,0 мл.

Таким образом, накопленный к настоящему времени опыт диагностики и лечения СТБ у женщин свидетельствует о широкой этиологической и

патогенетической гетерогенности этой патологии. Последствия СТБ весьма тяжелы как в физиологическом, так и социально-бытовом отношении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Коган А.С., Семендяев А.А., Григорьев Е.Г. Способ лечения абсцессов малого таза // Патент на изобретение № 2195198. — 2002

2. Foy A., Brown R., Chronic lower abdominal pain in gynaecological practice // Update. — 1987. — Vol. 27. — P. 19-25.

3. Hulka J.F. Adnexal adhesions: a prognostic staging and classification system based on a five year survey of fertility surgery results at Chapel Hill, North Carolina // Am. J. Obstet. Gynecol. — 1982. — Vol. 144. — P. 141.

4. IASP. International Association for the study of pain, «Pain terms» glossary // Pain. — 1979. — Vol. 6. — P. 250.

5. IASP. International Association for the study of pain // Pain. — 1986. — Suppl. 3. — P.44-48.

6. Jenkins P.L. Psychogenic abdominal pain // Gen. Hosp. Psychiatry. — 1991. — Vol. 13. № 1. — P. 27-30.

7. Loizeau E. Clinical problem: painful abdomen // Rev. Med. Suisse Romande. — 1995. — Vol. 115, № 4. — P. 303-305.

8. Zermann D.H., Ishigooka M., Doggweiler R. et al. Chronic prostatitis: A myofascial pain syndrom? // Univ. Colorado Health Science Center, Denver. — Infect. Urol. — 1999. — 12(3). — P. 84-88.

MINIINVASIVE SURGICAL IN DIAGNOSTIC AND TREATMENT WOMEN PELVIC PAIN

A.A. Semendyaev, N.V. Protopopova, A.S. Kogan, V.V. Bochkov

(Russia, Irkutsk State Medical University, Scientific Center of Reconstructive Surgery brunch of Russia Academy of Medical Science)

3315 patients with pelvic pain syndrome final conclusie examination diagnostic laparoscopy was done. Dependecy revealed pathological changes diagnostic stop was continued by surgical one. Autors offered new approaches to pelvic pain treatment, which was caused by pelvic ganglionevritis. Authors used presacral prologic intracateter novocain (lidocain) blocad. Treatment efficasy was 75 % corresponding during more one yeare.

© ХАРЭЛБААТАР Н. —

ИЗУЧЕНИЕ МУТАЦИЙ ВИРУСА ГЕПАТИТА В, ВОЗНИКАЮЩИХ ВСЛЕДСТВИЕ ВАКЦИНОТЕРАПИИ

Н. Харэлбаатар

(Монголия, Улан-Батор, Монгольский государственный университет)

Резюме. По результатам исследования 30 носителей HBsAg установлены некоторые особенности генома поверхностных белков HBV, распространённого в Монголии. Не выявлено возникновение мутантных, вакцинозависимо мутировавших штаммов HBV в процессе вакцинотерапии у исследованных нами носителей HBsAg.

Ключевые слова: вирус гепатита В, мутации, вакцинотерапия.

В настоящее время определяется 2 вида мутаций вируса гепатита В (HBV). К первому относятся мутации с изменениями в поверхностных антигенах (HBsAg), возникающие после иммунизации, вследствие чего подобные мутации были названы вакцинозависимыми (или вакциноизбавляющимися, избавляющимися). В 1990 г. английский учёный В.Ф. Кармон впервые описал, как носительница HBsAg родила ребёнка, у которого после проведённой вакцинации появился мутантный HBV.

Второй вид мутаций связан с С-геном. Он появляется в скрытых генах, кодирующих синтез ядерного белка. Установлено, что избавляющиеся мутации возникают в частях 122-147 аминокислоты при вакцинотерапии. Избавляющиеся мутации появляются при переходе 126-аминокислоты в аспаргин и 146-аминокислоты в аргинин. С.Р. Ховард показал превращение 141 аминокислоты лизина в глутаминовую кислоту после иммунизации против HBV.

До настоящего времени не проводилось исследования по изучению вакцинозависимых (или вакциноизбавляющихся) штаммов HBV.

Целью нашего исследования стало изучение мутаций HBV при вакцинотерапии у носителей HBsAg.

Материалы и методы. По результатам исследования маркёров HBV (HBsAg, anti-HBs, HBV-DNA, anti-HBcIgM, HBeAg, anti-HDV, anti-HCV) и биохимических исследований были выбраны 30 больных для вакцинотерапии, у которых не было клинических симптомов вирусного гепатита. Лечение вакцинами проводилось у 30 HBsAg-позитивных субъектов, которым вводилось по 2 мл (20 мкг/мл HBsAg) сывороточной вакцины гепатита В. Вакцина вводилась в течение курса лечения 5 раз внутримышечно в мышцы предплечья, результаты терапии контролировались по уровню маркёров HBsAg, HBV-DNA и по биохимическим и иммунологическим показателям.