

Кулинич С. И., Чертовских В. Н.,
Покинъчереда Т. В.

ГОУ ДПО Иркутский институт
усовершенствования врачей, Россия

ВОССТАНОВЛЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ПОСЛЕ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Актуальность проблемы. Эктопическая беременность одна из важнейших проблем в акушерско-гинекологической практике. Её частота составляет 1–6 % от числа госпитализированных в гинекологический стационар больных. В последние 10 лет отмечено увеличение заболеваемости в 3–5 раз. Одним из определяющих актуальность данной проблемы является показатель высокой летальности — 7,2 % (в США — 15 % материнской летальности), а также последствия внематочной беременности в виде трубно-перитонеального бесплодия и нейроэндокринных заболеваний у 25–28 % больных (Айламазян Э.К. и др., 2004; Корсак В.С. и др., 2004, Goldner et al., 1993). В связи с этим в последнее время уделяют большое внимание оптимизации методов лечения внематочной беременности.

Цель: изучить результаты органосохраняющих операций при трубной беременности по восстановлению репродуктивной функции после них.

Материалы и методы: из 169 лапароскопических операций по поводу трубной беременности по органосохраняющим методикам произведено 90 операций. 52 больным произведено выдавливание плодного яйца, 38 — линейная сальпинготомия. Больные обследованы традиционно. При решении вопроса в пользу того или иного доступа учитывались: величина кровопотери, размеры и локализация плодного яйца, прогрессирующая или прерывающаяся фаза, наличие технического оснащения, квалификация хирурга. Кроме того, для проведения органосохраняющих операций соблюдались условия: размеры плодного яйца не превышали 4 мм, целостность стенки маточной трубы. Увеличение числа органосохраняющих операций операций связано с усовершенствованием УЗС-диагностики прогрессирующей трубной беременности в сроке 4 недели и 5 дней (Флоренсова Е.В., 2004). Во время операций производилась хромосальпингоскопия и введение иммозимазы внутритубарно. Одновременно с операцией начиналась реабилитация проходимости трубы. Для этого выполняли разрушение жёлтого тела с целью профилактики персистенции трофобласта, через 2 часа после операции приступали к электромагнитотерапии, посев на флору и чувствительность к антибиотикам. Через 30 дней выполняли релапароскопию: сальпингоовариолизис и хромосальпингоскопию

и продолжали влагалищную лазеротерапию. Все получали вобэнзим в течение месяца.

Результаты: из 169 операций, произведённых лапароскопическим доступом, сальпингэктомия произведена 79 пациенткам. Показаниями к сальпингэктомии явились нежелание женщины иметь беременность в будущем (10), повторная трубная беременность в данной трубе (6), разрыв маточной трубы и значительные морфологические изменения в её стенке (63). Консервативные операции на маточной трубе произведены 90 (51,7 %) пациенткам. Показания: возраст больных до 35 лет и их заинтересованность в сохранении фертильной функции, больные с органосохраняющими операциями были разделены на 2 группы. 1 — 52 пациентки, которым выполнена ВПЯ, 2 — 38 ЛСТ. В анамнезе были трубные беременности, хронический сальпингит, бесплодие, ИППП. Максимальный диаметр плодного яйца в обеих группах был одинаковым и составил 4 мм. При лапароскопии уточнены: локализация плодного яйца, наличие спаечного процесса. Осложнений в послеоперационном периоде не отмечалось. Отдалённые результаты изучены у 42 и 19 больных 2 групп. Через 1 месяц после операции этим пациенткам произведена контрольная лапароскопия. Непроходимость оперированной трубы обнаружена у 6 (14,3 %) пациенток 1 группы и у 11 (52,1 %) — 2. Спаечный процесс в области оперированной трубы обнаружен у 5 больных 1 и у 5 — 2 группы. Повторная трубная беременность в оперированной трубе возникла у 4 пациенток 2 группы. Маточная беременность наступила у 12 (28,0 %) пациенток после ВПЯ, при этом у одной из них была единственная маточная труба и у 3 (15,7 %) 2 группы.

Заключение. Органосохраняющие операции при трубной беременности являются методом выбора при условиях: размер плодного яйца не более 4 мм, морфологически неизменная стенка трубы. Операция ВПЯ более предпочтительна по сравнению с ЛСТ, о чём свидетельствуют отдалённые результаты: по данным контрольной лапароскопии проходимость маточной трубы сохраняется после ВПЯ у большинства больных (85,7 %), после ЛСТ — 55,6 %. Число больных с формированием спаек в области оперированной трубы ниже у пациенток с ВПЯ (35,7 % и 55,5 % соответственно). Повторная трубная беременность чаще наблю-

далась у больных с ЛСТ, маточная беременность наступила у 28,0 % больных после ВПЯ против 15,7 % после ЛСТ. Реабилитационные меро-

ятия помогают восстановить репродуктивную функцию у больных, перенесших трубную беременность с сохранением органа.

¹Леванович В.В., ¹Вербицкий Д.А.,
¹Макарьин В.А., ¹Кохреидзе Н.А.,
²Жуковский В.А., ²Слепцов И.В.

¹Санкт-Петербургская Государственная Педиатрическая
Медицинская Академия;

²ООО «Линтекс», Санкт-Петербург, Россия

ПРОФИЛАКТИКА СПАЕЧНОГО ПРОЦЕССА В ОПЕРАТИВНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ

Актуальность проблемы. Спайкообразование после операций на органах малого таза является одной из важнейших нерешенных проблем оперативной гинекологии. Перспективным направлением в профилактике спаечного процесса является применение во время операции «барьерных» средств на основе полимеров, которые разобщают поврежденные поверхности. После завершения процесса заживления «барьер» полностью рассасывается. Известны два типа противоспаечных «барьеров» — это саморассасывающиеся мембраны (Interceed, Seprafilm) и гели (Intergel, Охуплекс). Наиболее перспективным следует считать применение гелевой формы препарата, поскольку гель более удобен при введении и не вызывает механического раздражения как твердые пленочные «барьерные» средства. Одним из вариантов противоспаечных гелей является «Мезогель» (ООО «Линтекс», Санкт-Петербург), на основе водорастворимых эфиров целлюлозы.

Цель исследования — изучить возможность использования и эффективность Мезогеля в профилактике спайкообразования.

Материал и методы. Первая часть исследования была экспериментальной. Материалом послужили 30 кроликов, которые были разделены на три равные группы. Под наркозом всем животным производилась нижнесрединная лапаротомия, в рану выводили маточные рога, которые десерозировались путем снятия участков брюшины. Животным первой группы не проводили ни какого лечения, во второй группе маточные рога обрабатывали 2 мл физиологического раствора,

в третьей группе на десерозированные участки наносили 2 мл противоспаечного геля. Брюшную полость ушивали. На 7-е сутки все животные выводились из эксперимента путем передозировки эфирного наркоза. Производилось гистологическое исследование маточных рогов. Спаечный процесс оценивался в баллах.

Результаты исследований обрабатывались статистически. В контрольной группе спайкообразование отмечалось у всех животных и составило $15 \pm 0,5$ балла ($p < 0,05$), во второй группе $14,3 \pm 0,3$ ($p < 0,05$) балла, в третьей группе спайкообразование составило $0,7 \pm 0,3$ ($p < 0,001$). Морфологическая структура спаек в первой и второй группах соответствует нормальным срокам созревания сращений, в третьей группе брюшинный покров в области маточных рогов практически не отличался от здоровой брюшины. Следов геля в брюшной полости не обнаружено. Во второй части исследования противоспаечный гель использовали при лапароскопии после выполнения адгезиолиза при кишечной непроходимости (6 пациенток), а также после удаления параовариальных кист (5 пациенток). Ближайший послеоперационный период протекал без осложнений, болевой синдром не выражен, перистальтика восстанавливалась в первые сутки. В течение 6 месяцев проявлений спаечной болезни не отмечено.

Вывод. Проведенные исследования показывают перспективность применения противоспаечного геля в профилактике спайкообразования после операций на органах малого таза.