

УДК 616.34-007.271-072.1-08

В.В. Арсенюк, А.М. Бартош, О.В. Гринів, Т.В. Дідич, Д.В. Петрук, М.І. Смотров
Кам'янець-Подільська міська лікарня № 1 (головний лікар – О.В. Чернець) Хмельницької області

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА СПАЙКОВОГО ПРОЦЕСУ ОРГАНІВ МАЛОГО ТАЗА У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

Резюме. Проаналізовано результати лікування 60 хворих із “розладами пов’язаних зі спайками” та “спайковою хворобою таза”, які отримували протиспайковий гель Дефенсаль з антигіпоксичною та антиоксидантною дією. У хворих І групи отримано 90% позитивний результат, ІІ групи – 95%, ІІІ групи – 85%. В 17 (85%) пацієнтів ліквідовано довготривале безпліддя. Рекомендовано проводити симультанні мініінвазивні оперативні втручання з використанням протиспайкового гелю Дефенсаль. Отже, під час оперативного втручання слід наносити необхідну кількість гелю лише для зволоження очеревини та серозних оболонок, уникати використання надмірної кількості гелю, оскільки це може спричинити появу “гелеом”.

Ключові слова: “розлади, пов’язані зі спайками”, “спайкова хвороба таза”, трубне безпліддя, протиспайковий гель Дефенсаль, симультанні операції, мініінвазивна хірургія, “гелеома”.

Очеревина має виражені пластичні властивості після її травматизації. Поряд з позитивною захисною її властивістю, вона сприяє формуванню спайок, навіть після малоінвазивних оперативних втручань. Спайки, у свою чергу, стають причиною ряду небажаних наслідків – хронічного болювого абдомінального і тазового синдромів, зниження фертильності у жінок, клінічною непрохідністю та пов’язаних з цим повторних операцій. Поширеність цього патологічного процесу в популяції дуже висока, як і її соціально-економічна складова. Сучасні методи профілактики спайкоутворення не задовільняють як хірургів, так і пацієнтів [1-4].

Клінічно значиме порушення функції органів черевної порожнини і таза, викликане спайковим процесом, у державах пострадянського простору прийнято називати спайковою хворобою. У зарубіжній літературі частіше вживається термін “розлади, пов’язані зі спайками” (adhesion-related disorders), хоча при тазовій локалізації спайок гінекологи використовують термін “спайкова хвороба таза” (pelvic adhesive disease) [3, 4, 7-10].

Загальноприйнятої класифікації спайкової хвороби не існує. Найчастіше її поділяють на наступні клінічні форми: гостра спайкова кишкова непрохідність, часткова спайкова кишкова непрохідність, больова форма, трубно-перитонеальне безпліддя, дисфункція внутрішніх органів (“вісцера-льний невроз”) [5].

Актуальність проблеми внутрішньочеревних спайок зумовлена відразу декількома факторами: високою та постійно зростаючою розповсюдженістю, значним ризиком несприятливих наслідків та соціально-економічним тягарем.

Відповідно до даних літератури, частота утворення спайок після першої лапаротомії коливається від 10,4 до 67%, при повторних лапаротоміях вже досягає 93%, а після відкритих операцій на малому тазу становить 97-100%. Біля 6% повторних госпіталізацій у хірургічні стаціонари пов’язано безпосередньо зі спайками (Є.Д. Хворостов зі спів., 2012). За даними дослідницької групи SCAR, упродовж 10 років після операції на органах черевної порожнини та малого таза клінічні прояви спайок виникають у третини пацієнтів [7-9, 11, 12].

Неблагоприятними наслідками спайок та спайкової хвороби є хронічний абдомінальний або тазовий больовий синдром, жіноче трубно-перитонеальне безпліддя, дисфункція органів черевної порожнини та таза, гостра та хронічно рецидивуюча кишкова непрохідність. За даними Міжнародного товариства з вивчення спайок (International Adhesion Society), частота жіночого безпліддя після загальнохірургічних та гінекологічних операцій досягає 15-20%. Це пов’язано з тим, що спайковий процес викликає зміни анатомії додатків матки, порушуючи транспорт гамет [11].

Враховуючи вищезгадані наслідки, не дивно,

що спайки суттєво знижують якість життя хворих. Крім того, соціальна значимість проблеми зумовлена зниженням працездатності хворих. Так, серед пацієнтів зі спайковою хворобою повну працездатність упродовж року зберігають тільки 22,1% чоловіків та 17,1% жінок (Н.Л. Матвеев, Д.Ю. Арутюнян, 2007). І, насамкінець, спайкова кишка непрохідність і спайкова непрохідність є серйозним економічним тягарем. Так, в Швеції щорічно затрати на лікування цієї категорії хворих становить 20 млн. доларів, у Великобританії – 600 млн. фунтів стерлінгів, в США – 1 млрд доларів (Е.Д. Хворостов, 2012).

Результати лікування цієї категорії пацієнтів не задовільняє як хірургів, так і хворих, суспільство.

Мета дослідження: запровадити в практику методики ліквідації і профілактики спайкового процесу органів малого таза у жінок репродуктивного віку.

Матеріал і методи. У 60 жінок віком від 16 до 46 років діагностовано спайковий процес органів малого таза, що призводить до ознак рецидивної часткової спайкової кишкової непрохідності (20 хворих) – I група, “спайкової хвороби таза” (20 хворих) – II група, безплідності впродовж 6-8 років (20 хворих) – III група.

У 37(61,6%) жінок після клініко-лабораторного та інструментального обстеження, лапароскопічно роз’єднано спайки органів малого таза та введено протиспайковий гель Дефенсаль. Кількість введення гелю залежала від статури хворих та об’єму малого таза, в середньому 50-80 мл, розігрітого до температури тіла гелю. Надмірне введення гелю може спричиняти появу “гелеом”, які виявляються під час проведення УЗД.

23(38,3%) жінкам, в яких клінічно до операції та інтраопераційно під час виконання апендектомії виявлено спайки органів малого таза, їм симульовано після апендектомії, проведено ліквідацію спайок та введення протиспайкового гелю Дефенсаль.

Результати дослідження та їх обговорення. Відповідно до TASC оцінку результатів лікування проводили у стандартизовані терміни, рекомендовані хірургами та серцево-судинними хірургами: безпосередні результати – впродовж 30 діб, короткотермінові результати – через 1-6 місяців після операції, проміжні результати – через 12-24 міс, віддалені – через 2 і більше років після операції. Критерії безпосередніх результатів лікування: пасаж кишок – проба Шварца (евакуація контрасту через 24 год – головний критерій), тривалість стаціонарного лікування, вагітність, відновлення працездатності.

Лапароскопічне роз’єднання спайок проводилось за загальноприйнятою методикою введення портів при гінекологічних операціях, з відповідним положенням хворих на операційному столі апаратом фірми “Karl Storz”. Усі хворі вижили. Тривалість операції в середньому 30-35 хв. У ранньому післяопераційному періоді в 3 хворих спостерігалась гематома післяопераційної рани біля пупка. Середній термін перебування в стаціонарі в середньому – 4,5 діб.

Апендектомія проводилась типово, доступом Волковича-Д’яконова, виконувалась обов’язково ревізія органів малого таза, роз’єднувались спайки, виконувалась класична апендектомія, після чого вводився протиспайковий гель Дефенсаль. У 4 випадках дренивався малий таз і на другу добу після операції через дренаж повторно вводилось 50 мл гелю. Ускладнень не було, середній термін перебування – 6,1 діб.

46 (76,7%) прооперованих хворих оглянуто через 1 міс, 1 рік та 2 роки після операції. У 18 (90%) хворих першої групи зникли клінічні ознаки рецидивної спайкової хвороби (зник біль, нормалізувались випороження – позитивна проба Шварца, відмовились від послаблюючих, практично не дотримуються дієти).

У 19 (92%) хворих II групи ліквідувались больові відчуття в малому тазу, нормалізувався стілець та менструальний цикл, ведуть активний як соціальний, так і статевий спосіб життя.

17 (85%) пацієнтів III групи завагітніли та народили здорових немовлят, 14 природним шляхом, 3 виконано кесарський розтин.

9 пацієнткам III групи, в яких тривалий час було безпліддя, проведено інструментальне обстеження маточних труб, у всіх маточні труби прохідні, гінекологічної патології не виявлено.

Висновки. 1. Профілактика утворення спайок у післяопераційному періоді потребує комплексного підходу із дотриманням принципів мінімізації операційної травми, ширше впровадження мініінвазивних втручань та використання бар’єрних ад’ювантів. 2. Отримані результати використання Дефенсалу вказують на значне зниження частоти, ступеня та тяжкості післяопераційних спайок черевної порожнини та таза в хірургії і гінекології, підвищує та нормалізує фертильну функцію жінок. 3. Виконання симульованих операцій у пацієнтів цієї категорії привносить позитивний соціально-економічний ефект, знижує ризик післяопераційних ускладнень, одночасно ліквідовує декілька патологічних станів, знижує медикаментозне навантаження на хворих. 4. Обстеження, лікування “спайкової хвороби таза” та тубного безпліддя проводиться спільно з ліка-

рем-гінекологом.

Перспективи подальших наукових досліджень. У подальшому будуть розроблятися нові

методи профілактики інтраопераційного медикаментозного впливу на утворення спайкового процесу в очеревинній порожнині.

Список використаної літератури

1. Блинников О. И. Лапароскопические операции при острой спаечной кишечной непроходимости у детей / О.И. Блинников, А.Ф. Дронов, А.Н. Смирнов // *Лапароскопическая хирургия*. – 1993. – № 3. – С. 82-87.
2. Гамидов А.Н. Спорные аспекты спаечного синдрома / А.Н. Гамидов, Ю.Л. Шальков // *Харківська хірург. школа*. – 2008. – № 2(29). – С. 134-136.
3. Новый подход к профилактике и лечению послеоперационного спайкообразования / А.Л. Мирингоф, В.В. Новиков, Б.С. Суковатых [и др.] // *Эндоскоп. хирург.* – 2007. – № 6. – С. 34-36.
4. Застосування протизлукового гелю при резекції тонкої кишки на тлі злукового процесу в експерименті / В.Г. Мішалов, П.Л. Бик, І.М. Лецишин, В.М. Голінко // *Хірург. України*. – 2013. – № 4. – С. 107-118.
5. Василюк М.Д. Новый підхід до лікування злукової кишкової непрохідності, поєднаної з післяопераційною вентральною грижею / М.Д. Василюк, І.В. Біцька // *Наук. вісн. Ужгород. ун-ту. Сер. Медицина*. – 2003. – Вип. 20. – С. 104-106.
6. Королюк И.П. Современные рентгенконтрастные методы исследования в диагностике спаечной деформации тонкой кишки / И.П. Королюк, Н.Ф. Поляруш // *Медицинская визуализация*. – 2005. – № 1. – С. 73-81.
7. Postoperative adhesions after digestive surgery: the irincidence and prevention: review of the literature / T.K. Rajab, M. Wallwiener, S. Talukdar [et al.] // *J. Visc. Surg.* – 2012. – Vol. 149. – P. 104-114.
8. Wallwiener M. Related complications are common, but rarely discussed in preoperative consent: a multicenter study / M. Wallwiener // *World J. Surg.* – 2009. – Vol. 33(4). – P. 748-750.
9. Adhesion awareness: A national survey of surgeons / M.H. Schreinemacher, R.P. TenBroek, E.A. Bakkum [et al.] // *World J. Surg.* – 2010. – Vol. 34, N 12. – P. 2805-2812.
10. Zeng Q. Efficacy and safety of Seprafilm for preventing postoperative abdominal adhesion: systematic review and metaanalysis / Q. Zeng, J. You, Q. Zhang // *World J. Surg.* – 2007. – Vol. 31, N 11. – P. 2125-2131.
11. Adept instruction for use // http://www.baxterbiosurgery.com/us/resources/pdfs/adept/ADEPT_Instructions_For_Use.pdf.
12. Current strategies and future perspectives for intraperitoneal adhesion prevention / C. Brochhausen, V.H. Schmitt, D. Hollemann [et al.] // *J. Gastrointest. Surg.* – 2012. – Vol. 16. – P. 1256-1274.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА СПАЕЧНОГО ПРОЦЕССА ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА В ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Резюме. Проанализировано результаты лечения 60 больных с “расстройствами связанных со спайками” и “спаечной болезнью таза”, которые получали противоспаечный гель Дефенсаль с антигипоксической и антиоксидантной действием. В больных I группы получили 90% положительный результат, II группы – 95%, III группы – 85%. В 17 (85%) пациентов ликвидировано длительное бесплодие. Рекомендовано проводить симультанные миниинвазивные операционные вмешательства с использованием противоспаечного геля Дефенсаль. Во время операционного вмешательства наносить необходимое количество геля лишь для увлажнения брюшины и серозных оболочек для предупреждения появления “гелеом”.

Ключевые слова: расстройства, связанные со спайками, спаечная болезнь таза, трубное бесплодие, противоспаечный гель Дефенсаль.

COMPREHENSIVE TREATMENT AND PROPHYLAXIS OF ADHESIVE PROCESS OF THE MINOR PELVIC ORGANS IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE

Abstract. The results of treatment of 60 patients with “disorders associated with adhesions” and “pelvic adhesive disease” who were treated by application of antiadhesive gel Defensal with antihypoxic and antioxidant activity were analyzed. Patients in Group I received 90% positive result, Group II – 95%, Group III – 85%. In 17 (85%) patients, long-term infertility has been eliminated. Simultaneous miniinvasive surgery and antiadhesive gel Defensal are recommended to be used. It is necessary to apply the required amount of gel only to moisten the peritoneum and serous membranes during surgical procedure and to avoid excessive use of the gel to prevent “geleoma”.

Key words: disorders associated with adhesions, pelvic adhesive disease, tubal infertility, antiadhesive gel Defensal, simultaneous operations, miniinvasive surgery, “geleoma”.

Kamyanets-Podilsky City Hospital №1 of Khmelnytsky region
(Kamyanets-Podilsky)

Надійшла 16.02.2017

Рецензент – проф. Покидько М.І. (Вінниця)