

Байгазаков А.Т., Ниязов Б.С., Абдиева А.М., Ниязова С.Б.

**ПРИМЕНЕНИЕ ПРОТИВОСПАЕЧНОГО БАРЬЕРНОГО
ПРЕПАРАТА «МЕЗОГЕЛЬ» В ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ
ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО БЕСПЛОДИЯ**

Baigazakov A.T., Niazov B.S., Abdieva A.M., Niazova S.B.

**THE APPLICATION OF ANTIADHESIVE BARRIER DETERGENT «MESOGEL»
IN LAPAROSCOPIC TREATMENT OF TUBO-PERITONEAL INFERTILITY**

УДК:616/96.22

В статье представлена эффективность лапароскопических операций с применением противоспаечного барьерного препарата «Мезогель» в лечении 152 женщин с трубно-перитонеальным бесплодием.

In this article the efficiency of laparoscopic surgery with the use of the antiadhesive barrier detergent "Mesogel" in the treatment of 152 women with tubo-peritoneal infertility is presented.

Актуальность

Трубно-перитонеальный фактор в структуре причин бесплодного брака составляет 56-60% и является самой трудной патологией в плане восстановления репродуктивной функции женщин [2,5,7]. Частота трубно-перитонеальных форм бесплодия колеблется от 35 до 60% и обнаруживается в среднем у половины всех пациенток, обращающихся по поводу лечения бесплодия [1-4]. При этом считается, что преобладает трубный фактор (35-40%), а перитонеальная форма бесплодия встречается в 9, 2-34% случаев [3, 5-7]. Причинами формирования трубно-перитонеального бесплодия являются: перенесенные ранее воспалительные заболевания органов малого таза; внутриматочные манипуляции, в том числе искусственные аборты; перенесенные ранее оперативные вмешательства на органах малого таза и брюшной полости; эндометриоз [2, 4, 7].

Формирование соединительно-тканых сращений между висцеральной и париетальной брюшиной малого таза способствует изменению не только анатомического, но и функционального состояния внутренних половых органов и всех органов малого таза, что приводит к нарушению механизма овуляции, восприимчивости яйцеклетки, ее транспорта, формированию хронического болевого синдрома, диспареунии, дисменореи, нарушениям функции кишечника, мочевой системы и т.д [6, 7].

Таким образом, спаечный процесс в малом тазу может явиться причиной полиорганных нарушений женского организма и пусковым механизмом формирования множества дополнительных факторов женского бесплодия – частичного или полного нарушения проходимости маточных труб, приобретенной патологии матки, шейки матки и яичников, эндометриозу, нейро-эндокринному дисбалансу в виде хронической ановуляции и т.д.

Лапароскопические реконструктивно-пластические операции являются не только максимально информативным способом диагностики, но и наиболее эффективным методом лечения трубно-перитонеального бесплодия, способствующим восстановлению репродуктивной функции в 25-35% наблюдений [2, 3, 6]. Наиболее распространенными лапароскопическими операциями на сегодняшний день являются: рассечение спаек с целью восстановления проходимости маточных труб, удаление эндометриозных кист, коагуляция очагов эндометриоза. Малоинвазивные технологии свели к минимуму качественные и количественные показатели факторов, индуцирующих патогенетический механизм образования спаек. Однако, несмотря на их преимущества, при рассечении спаек на брюшине образуются достаточно обширные раневые поверхности, предрасполагающие к рецидиву спаечной болезни.

Цель: улучшение результатов лапароскопических операций с применением противоспаечного барьерного средства «Мезогель» при трубно-перитонеальном спаечном процессе в малом тазу.

Материал и методы

С сентября 2012 года было выполнено 152 лапароскопических операций с применением противоспаечного барьерного препарата «Мезогель». Все пациентки в возрасте от 18 до 42 лет имели различные гинекологические заболевания: сакто- ($n=31$) и гидросальпинкс ($n=12$), трубная беременность ($n=42$), кисты яичников (фолликулярные, эндометриозные, дермоидные, муцинозные) ($n=67$). Первичное бесплодие выявлено у 14 пациенток, вторичное - у 29. При поступлении в стационар всем женщинам до операции проводили комплексное клиничко-лабораторное обследование, трансвагинальное ультразвуковое исследование органов малого таза, гистеросальпингографию, рентгенографию органов грудной клетки, гастроскопию. Соответственно диагнозу были проведены следующие виды лапароскопических операций: сальпинго(не)стомия с фимбриопластикой, сальпинготомия с удалением плодного яйца, кистэктомия. Все операции по восстановлению проходимости маточных труб сопровождались хромосальпингоскопией с использованием в качестве красителя раствора метиленового синего. Интраоперационно применяли противоспаечное барьерное средство «Мезогель» (ООО «Линтекс», Санкт-Петербург) по 5-10 мл,

поставляемое в стерильной упаковке и готовое к применению.

Результаты и обсуждение

Во время лапароскопической операции оценивали распространенность спаечного процесса, вовлеченность кишечника, мочевого пузыря, сальника. Степень распространения спаечного процесса была различной: от пленчатых, легко разделяемых локальных сращений между париетальной брюшиной малого таза, паратубовариальных спаек и до плотных спаек, трудно поддающихся диссекции с вовлечением в патологический процесс матки, сальника, петель тонкого кишечника, сигмовидной кишки и мочевого пузыря.

Аппликация противоспаечного средства «Мезогель» позволяет отграничить раневую поверхность, уменьшает воспалительную реакцию в зоне операции в результате травмы брюшины, создает протективную пленку на брюшинном покрове и отграничивает поврежденные серозные поверхности. Эффективность лапароскопических операций в сочетании с аппликацией средства «Мезогель» оценивали проведением всем больным с первых суток после операции динамической трансвагинальной ультрасонографии. При этом в заднем своде определялся уровень гомогенной жидкости, который самостоятельно рассасывался на 6-8- сутки.

Послеоперационный период протекал гладко, без осложнений. Больные с первых суток после операции активировались, переводились на полное энтеральное питание, не нуждались в постороннем уходе и редко прибегали к обезболиванию. Длительность пребывания в стационаре не превышала 4 койко-дня. После выписки из клиники всем больным проводили курс физиотерапии (магнитотерапию и др.) и назначали ректальные суппозитории комбинированного ферментного препарата дистриптаза по схеме.

8 больных в отдаленные сроки после операции были оперированы по поводу других хирургических и гинекологических патологий. Здесь необходимо отметить, что при ревизии малого таза спаечного процесса как таковой мы не обнаружили, сохранялась нормальная топография органов малого таза. Также имеем случаи наступления беременности и срочных родов. Наблюдения в отдаленные сроки

продолжаются.

Выводы

Хирургическое лечение трубно-перитонеального бесплодия лапароскопическим доступом в сочетании с интраоперационным применением противоспаечного барьерного средства «Мезогель» позволяет избежать рецидива спаечного процесса в малом тазу. Исхода из особенностей патогенеза спаечной болезни малого таза, причиной которого может послужить не только перенесенные ранее оперативные вмешательства, но и длительно существующие воспалительные заболевания малого таза, применение противоспаечного барьерного средства «Мезогель» при лапароскопических операциях необходимо рассматривать как один из основных методов лечения и профилактики спайкообразования, способствующий повышению фертильности пациенток с трубно-перитонеальным бесплодием.

Литература

1. Сухих Г.Т., Назаренко Т.А. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.
2. Краснопольская К.В., Штыров С.В., Мачанские О.В., Чеченова Ф.К. Исходы реконструктивно-пластических операций при трубно-перитонеальной форме бесплодия. Проблемы репродукции, 2001. - № 3. - С. 12–15.
3. Кулаков В.И., Овсянникова Т.В. Значение лапароскопии в клинике бесплодия: структура и частота патологии, эффективность лечения. Проблемы репродукции, 1996. - № 2. - С. 35–37.
4. Фандеева Л.В., Здановский В.М., Аншина М.Б. и др. Значение лапароскопии в диагностике трубно-перитонеального бесплодия. Проблемы репродукции, 1995. - № 1. - С. 44–47.
5. Манухин И.Б., Аксененко В.А. Репродуктивное здоровье у больных воспалительными заболеваниями придатков матки. - Ставрополь, 2002.
6. Использование лапароскопии у больных трубно-перитонеальным бесплодием. Эндоскопия и альтернативные подходы в хирургическом лечении женских болезней. Под ред. В.И. Кулакова, Л.В. Адамян. - М., 2001; - 308 с.
7. Стрижаков А.Н., Каграманова Ж.А., Якубович Д.В. Клинико-иммунологическое обоснование терапии больных острым воспалением придатков матки. Вopr. акуш. и гинекологии, акушерства и перинатологии, 2004. - Т. 3. - № 1. - С. 26–29.

Рецензент: д.м.н. Осумбеков Б.З.