

На правах рукописи

МУСЛИМОВА ЛЕЙСАН РАУФОВНА

**МИНИМАЛЬНОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ
И ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА,
СВЯЗАННЫХ С ОБРАЗОВАНИЕМ БРЮШИННЫХ СПАЕК ПОСЛЕ
ПЕРЕНЕСЕННЫХ РАНЕЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ**

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

14.01.01 – Акушерство и гинекология

14.01.17 - Хирургия

УФА – 2010

Работа выполнена в Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Башкирский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию».

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор Галимов Олег Владимирович

Научный консультант:

кандидат медицинских наук, доцент Кулавский Евгений Васильевич

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор Медведев Борис Иванович

доктор медицинских наук, профессор Мустафин Айрат Харисович

Ведущая организация:

Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Самарский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию».

Защита диссертации состоится «_____» _____ 2010 г. в _____ часов на заседании диссертационного совета Д 208.006.06 при Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Башкирский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» по адресу: 450000, Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Башкирский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию».

Автореферат разослан «__» _____ 2010 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета, д.м.н.

М.М. Валеев

Общая характеристика работы

Актуальность темы. По литературным данным, частота образования спаек варьирует от 67% до 93% после хирургических абдоминальных операций и составляет почти 97% после открытых гинекологических вмешательств [Матвеев Н.Л., 2008].

В тех случаях, когда послеоперационная спаечная болезнь проявляется кишечной непроходимостью, диагностика ее, как правило, не вызывает затруднений. Однако, у 11,6 – 38% больных перенесенных ранее гинекологические вмешательства признаки кишечной непроходимости отсутствуют и единственным клиническим проявлением заболевания являются стойкие боли в животе [Захарова И.Б., 1994, Бебуришвили А.Г., 2004, Кремер П.Б, 2010.]. Именно у этой группы больных нередко диагностические просчеты, приводящие к неоправданным оперативным вмешательствам. Пациентки гинекологического профиля со спаечными болями часто длительно, безуспешно лечатся без конкретного диагноза. При этом, как правило, фигурирует диагноз неврастенического синдрома. Ошибочная тактика связана с трудностью установления истинной причины болевого синдрома [Кулавский В.А. и соавт.2008].

Внедрение в клинику усовершенствованных методов обследования больных, таких как ультразвуковое, компьютерная и магнитно-ядерная томография, в комплексе с широким применением новых эндоскопических технологий позволили в значительной степени улучшить качество диагностики состояния различных органов и систем [В.И.Кулаков, 2006, И.В. Федоров, 2008, Н.М. Hasson, 2000]. Достижения минимально-инвазивной оперативной гинекологии за последние десятилетия подчеркнули актуальность вопросов, касающихся тактики и стратегии лечения больных с заболеваниями малого таза, после перенесенных ранее хирургических операций. Лапароскопические технологии обладают минимальной степенью травматичности, что решает проблему операционных стрессов, при этом риск развития спаечной болезни в дальнейшем минимален, что особенно важно

для пациенток репродуктивного возраста. [Л.В. Адамян 2000, И.В.Федоров и соавт., 2008, Zerega G., 2001, Wiseman D.M., 2003].

Возможность выполнения лапароскопических вмешательств при гинекологической патологии на фоне спаечного процесса в брюшной полости представляет все больший практический интерес для гинекологов и эндохирургов. Однако, многие вопросы, связанные с выполнением миниинвазивных гинекологических вмешательств, до сих пор мало изучены: недостаточно отработана тактика, показания, противопоказания, выбор операционного доступа, объем и последовательность выполнения определенных этапов, риск повторных операций; особенности интра- и послеоперационного ведения больных; меры профилактики возможных осложнений на различных этапах операции и в послеоперационном периоде, а также ряд других вопросов, требующих дальнейшего исследования и усовершенствования.

Кроме того, на сегодняшний день существует и точка зрения о сомнительности применения этих методик в клинической практике и нецелесообразности использования при этом дорогостоящих технологий и систем [Hasson, 2000]. Все эти обстоятельства определяют актуальность изучаемого вопроса и необходимость нашего научного исследования.

Большое количество выполняемых экспериментальных исследований свидетельствует об актуальности проблемы профилактики образования и лечения спаечных сращений в брюшной полости. Проблема спаечной болезни пока далека от своего разрешения и любая попытка улучшить результаты лечения этой тяжелой категории больных заслуживает внимания.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных со спаечной болезнью брюшной полости, развившейся после перенесенных операций на органах малого таза и проявляющейся гинекологическими заболеваниями на основе использования лапароскопического адгезиолизиса.

Задачи исследования.

1. Провести клинический анализ больных с брюшинными спайками, развившимися после перенесенных операций на органах малого таза для определения вариантов течения заболевания.
2. Разработать лечебно-диагностические алгоритмы, усовершенствовать технику выполнения лапароскопического адгезиолизиса и инструменты для его проведения при различных формах спаечной болезни брюшной полости проявляющейся гинекологическими заболеваниями.
3. Проанализировать степень хирургической агрессии у больных, перенесших оперативные вмешательства по поводу спаечной болезни брюшины лапароскопическим и лапаротомным способами.
4. Провести сравнительный анализ результатов оперативного лечения гинекологических больных с брюшинными спайками, развившимися после перенесенных операций на органах малого таза.

Научная новизна.

Проанализированы результаты миниинвазивных операций при гинекологической патологии, протекающей на фоне спаечной болезни брюшины, развившейся после перенесенных операций на органах малого таза, выявлены преимущества лапароскопических вмешательств перед лапаротомиями. Представлена лапароскопическая семиотика основных вариантов внутрибрюшных сращений, обуславливающих гинекологическую патологию при спаечной болезни. Разработаны и внедрены в клиническую практику новые способы лапароскопической препаровки тканей в сочетании с адгезиолизисом (Патент на изобретение № 2375008 10.12.09 Бюл.34.). На основании показателей нейроэндокринного ответа организма дана оценка травматичности выполняемых лапароскопических операций в сравнении с лапаротомными вмешательствами. Доказано, что лапароскопическая техника является наиболее щадящим хирургическим вмешательством, приводящим к значительному сокращению сроков реабилитации исследуемых пациенток гинекологического профиля.

Практическая ценность. Изучена частота образования брюшинных спаек после перенесенных операций на органах малого таза и выделены наиболее часто встречающиеся варианты клинического течения. На основании анализа семиотики инструментальных методов обследования оптимизированы диагностические алгоритмы для пациенток с гинекологическими заболеваниями, протекающими на фоне спаечной болезни брюшной полости. Усовершенствованы основные этапы лапароскопического адгезиолизиса и инструменты для его выполнения. Методологически обосновано, что внедрение лапароскопических операций при спаечной болезни брюшины в гинекологии не повышает травматичность операции и позволяет расширить показания к оперативному лечению. Повышается качество жизни данной категории пациентов. Изучены отдаленные результаты лапароскопических операций и показано, что внедрение в практику лечебных учреждений разработанных диагностических способов и оперативных приемов позволяет улучшить результаты лечения за счет снижения частоты послеоперационных осложнений, ранней реабилитации пациентов.

Положения выносимые на защиту.

1. После перенесенных хирургических вмешательств на органах малого таза в брюшной полости образуются типичные спаечные перестройки, зависящие от характера выполненной операции и структуры органов, вовлеченных в спаечный процесс.
2. Профилактика ятрогенных повреждений полых органов при выполнении адгезиолизиса посредством разработанных способов оперативных вмешательств выполнимы на практике и позволяют снизить количество интра и послеоперационных осложнений.
3. Лапароскопический адгезиолизис является высокоэффективным и наименее травматичным методом лечения больных со спаечной болезнью брюшной полости, проявляющейся гинекологическими заболеваниями.

Внедрение в практику. Тема работы входит в план научных исследований ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию». Настоящая работа явилась результатом внедрения миниинвазивных операций в практику гинекологических и хирургических отделений клиники БГМУ, НУЗ ОБ на станции Уфа ОАО «РЖД», ГКБ № 3. Основные положения и практические рекомендации диссертации внедрены в практику хирургических отделений ГКБ № 18, клиники БГМУ, НУЗ «ОБ на станции Уфа ОАО «РЖД», ГКБ № 3.

Апробация работы. Материалы диссертационной работы доложены на клинических конференциях сотрудников ГКБ № 18 (Уфа, 2007) и НУЗ ОБ на ст.Уфа (Уфа, 2008), на заседании Ассоциации хирургов Республики Башкортостан (Уфа, 2006, 2008), на научно – практической конференции «Актуальные вопросы хирургии» (Челябинск, 2008), на III научно – практической конференции «Актуальные вопросы хирургии» (Омск, 2009), на XII, XIII съездах общества эндоскопических хирургов России (Москва, 2009,2010).

Публикации. По теме диссертации опубликовано 14 научных работ из них 3 в журналах рецензируемых ВАК РФ, 1 патент на изобретение РФ.

Структура и объем работы. Диссертация на соискание учёной степени кандидата медицинских наук состоит из введения, шести глав, заключения, выводов и практических рекомендаций. Основной текст занимает 105 страниц машинописи. В работе содержится 14 таблицы и 6 диаграмм. Указатель литературы включает 217 источников (153 отечественных и 64 иностранных).

Содержание работы

Материалы и методы исследования

Основу диссертационной работы составили результаты анализа хирургического лечения 122 пациенток в возрасте от 19 до 40 лет с

гинекологической патологией, связанной с брюшинными спайками малого таза после перенесенных ранее операций, наблюдавшиеся на клинических базах кафедры с 2004 по 2009 г.г. Исследование проведено на кафедре хирургических болезней и новых технологий с использованием результатов комплексной диагностики и лечения пациентов в гинекологических отделениях НУЗ ОЖДБ и ГКБ № 18 г. Уфы.

Для проведения исследования были выделены две клинические группы больных. Первую, основную, составили 67 (54,9%) женщин, которым выполнялись лапароскопические операции по поводу различной гинекологической патологии, сочетанной с наличием спаечного процесса в малом тазу. Во вторую, контрольную, вошли 55(45,1%) женщин, которым выполнялись лапаротомии, в том числе минилапаротомии (у 22 пациенток). Возрастная структура обследованных женщин представлена в таблице 1.

Таблица 1.

Распределение пациенток по возрасту

Группы	Основная группа	Контрольная группа	Всего (n-122)
До 20	1	-	1
21-25	17	12	29
26-30	27	26	53
31-35	17	13	30
36-40	4	3	7
Старше 40	1	1	2

В структуре гинекологической патологии у 104 пациенток наблюдалось трубно-перитонеальное бесплодие, у 10 –кисты яичников, 4 –эндометриоз, 3 –хронический сальпингоофорит с тазовым болевым синдромом, у 1 –миома матки. Анамнестически все пациентки указывали на перенесенную ранее операцию на органах брюшной полости (что являлось критерием отбора). Сроки прошедшие после перенесенных вмешательств колебались в широких пределах(от 1 года до 20 лет) и в среднем составили $4,5 \pm 1,5$ года. Экстрагенитальная патология у исследуемого контингента женщин в обеих группах не имела достоверных различий. Отмечено, что наиболее часто среди сопутствующих заболеваний наблюдались болезни

толстой кишки- 14 (11,5%), хронический пиелонефрит, цистит и гидронефроз - 12 (9,8%), заболевания молочных желез – 8 (6,6%), варикозное расширение вен нижних конечностей – 8 (6,6%), заболевания щитовидной железы (аутоиммунный тиреоидит, узловой зоб) – 5 (4,1%) хронические неспецифические заболевания легких – 4 (3,2%), сахарный диабет 2-го типа – 3 (2,4%). У 8 пациенток (6,6%) диагностированы послеоперационные вентральные грыжи.

Всем больным исследуемых групп проводилось комплексное клинико-инструментальное обследование. Гинекологическое обследование больных начинали с осмотра наружных половых органов, стенок влагалища и шейки матки, определяли характер и количество выделений, проводили забор мазков с бактериологическим и цитологическим исследованием. Кольпоскопическое исследование шейки матки осуществляли с помощью кольпоскопа системы "Storz". При кольпоскопическом исследовании более половины обследованных женщин на момент начала лечения имели те или иные патологические процессы в нижнем отделе полового тракта. Чаще других заболеваний при кольпоскопическом исследовании выявлялся кольпит - у 47 женщин (38,5%), в том числе макулярный - у 27 обследованных (22,1%), диффузный - у 20 пациенток (16,4%). Второе по частоте место среди выявляемой патологии принадлежало эрозии шейки матки, которая имела место у 22 обследованных (18,1%), в том числе истинная эрозия была отмечена у 17 женщин (5,7%), псевдоэрозия (эктопия) шейки матки без зоны перестройки — у 3 женщин (2,5%), эктопия с зоной перестройки - у 2-х пациенток (1,6%). Все пациентки с кольпитом и эрозией шейки матки получили традиционную противовоспалительную терапию. Состояние гипоталамо-гипофизарной системы, гормональная функция яичников и надпочечников изучались по тестам функциональной диагностики, результатам исследования эндометрия, данным лапароскопического осмотра яичников, ультразвукового исследования яичников, уровню гормонов: ФСГ, ЛГ, пролактин,

эстрогенов, прогестерона, тестостерона, 17-кетостероидов. Изучались графики базальной температуры всех обследованных женщин в циклах до и после проведенного лечения. Рентгенологическое обследование мы проводили на рентгеновской установке РУМ – 20, Emerix, Emerix Tel. Гистеросальпингография проводилась на 7-10 день менструального цикла с использованием водных растворов контрастных веществ по общепринятой методике. Оценке подвергалась моторно-эвакуаторная функция ЖКТ, время пассажа контрастного вещества по кишечной трубке.

При ультразвуковом исследовании органов малого таза у 94 (77.1%) женщин выявлены различные патологические изменения, свидетельствующие о наличии признаков сальпингоофорита в виде увеличения размеров яичников, изменений фолликулярного аппарата, наличия гиперэхогенных линий по периферии яичников. Мультифолликулярные изменения яичников отмечены у 11 пациенток (9,1%), доброкачественные опухоли матки и яичников - у 11-ти пациенток (9,1%), двурогая матка выявлена у одной женщины (0.9%).

Клиническая картина у большинства больных – 83 (68,1)% характеризовалась симптомами обострения гинекологического заболевания, имеющего свои определенные особенности. В 16 наблюдениях (13,1)% отмечались явные признаки спаечного кишечного дискомфорта. У остальных 20 (16,4)% пациентов клиника была стерта, отличалась многообразием проявлений не характерных для какой-либо конкретной патологии, и на основании только объективного осмотра невозможно было судить о каком-то конкретном заболевании. Бессимптомное течение отмечено лишь в 3 (2,4%) случаях. Соответственно, при наличии сопутствующих заболеваний органов малого таза клиническая картина основного заболевания, которое, как правило, выявляется первым, характеризуется нетипичным, «своеобразным» течением с частыми периодами обострений и быстрее развивающимися осложнениями.

При проведении лапароскопии оценивалась степень распространенности спаечного процесса в малом тазу. Для характеристики спаечного процесса использовалась классификация I.F.Hulka et al. (1978). Результаты обследования женщин основной группы и группы сравнения методом лапароскопии, представлены в таблице 2.

Таблица 2

Распространенность спаечного процесса у женщин по данным лапароскопии

Степень распространенности спаечного процесса	Число женщин, n=122	
	Абс.ч.	%
1 степень	34	27,9
2 степень	41	33,6
3 степень	30	24,6
4 степень	17	13,9
Всего обследовано	122	100,0

Для достижения анатомически визуализируемого отграничения спаечного процесса от здоровых тканей, уменьшение числа послеоперационных осложнений, связанных с перфорацией стенки кишки, сокращение сроков пребывания в стационаре, нами предложен способ лапароскопического адгезиолизиса (Патент РФ на изобретение N 2375008 10.12.09) Способ осуществляется следующим образом. В предоперационном периоде проводят обследование, направленное на выявление локализации висцеропариентальных спаек (МРТ, УЗИ) для профилактики ятрогенного повреждения органов брюшной полости при лапароцентезе. Под интубационным наркозом с помощью иглы Вереша в брюшную полость нагнетают углекислый газ, под контролем УЗИ выполняют троакарный лапароцентез и с помощью эндоскопической камеры уточняют локализацию спаечного процесса. В брюшную полость через 5 мм троакарную точку вводят гибкую трубку из фторопласта длиной 30 см, к одному из концов которой присоединена игла инъекционная без канюли так, чтобы длина свободной части иглы соответствовала глубине вкола, а к противоположному концу трубки – канюля от иглы. С помощью манипулятора под разными

углами наклона иглу направляют в очаг спаечного процесса, под высоким давлением выполняют резкую дозированную кратковременную пневмопрепаровку углекислым газом в разных висцеро-висцеральных и висцеропариетальных очагах, что приводит к нетравматичному, анатомически визуализируемому отграничению спаечного процесса от здоровых тканей. Вследствие этого видимость спаечного очага становится визуально информативной, что, в свою очередь, предупреждает осложнения, связанные с перфорацией стенки кишки при плохой видимости поля (Рис.1).

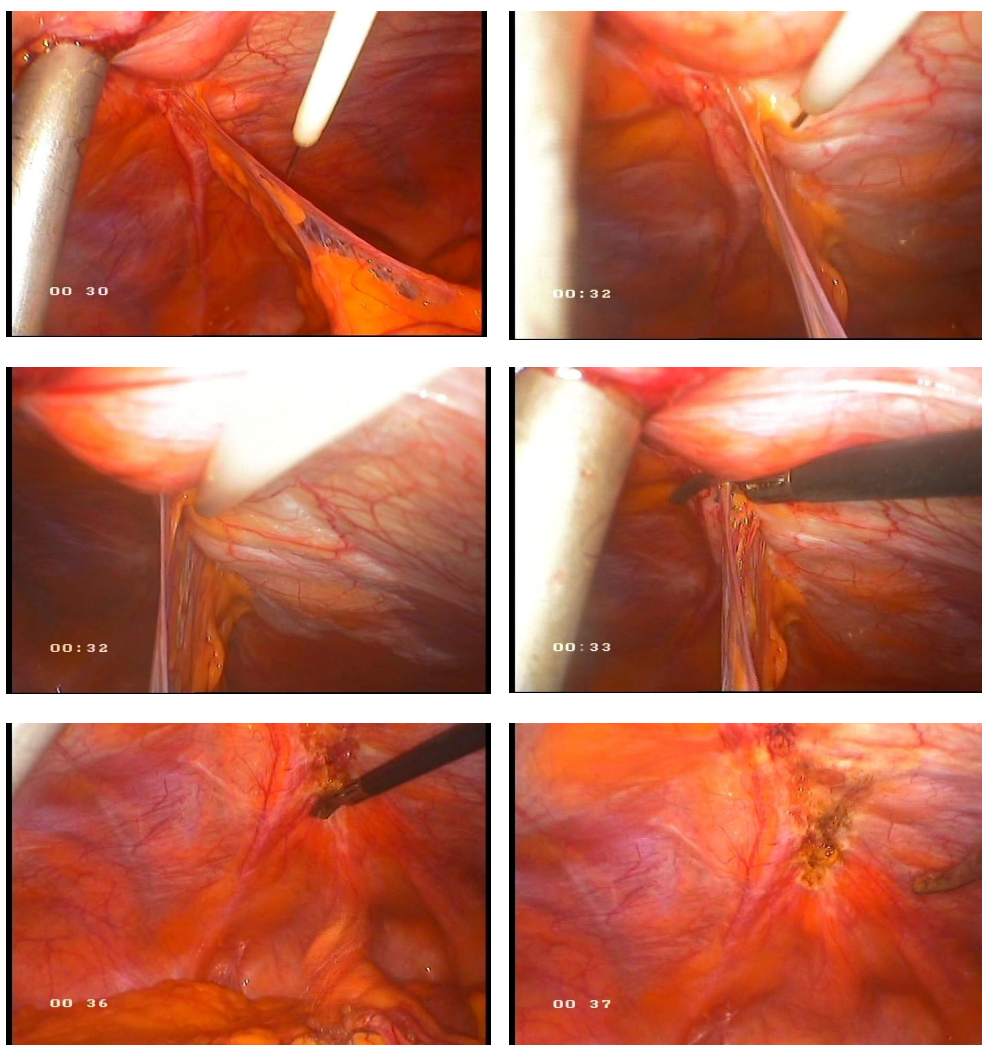


Рис.1 Способ лапароскопической пневмопрепаровки тканей в сочетании с адгезиолизом .

Предлагаемый способ мы применили в клинике у 27 пациенток со спаечной болезнью брюшины. Каких-либо осложнений с применением способа не выявлено.

После завершения адгезиолизиса приступали к основному этапу операции. Оперативная коррекция при ТПБ включала в себя преимущественно сальпингоовариолизис, фимбриолизис, сальпингостомию. В 98 (94,2%) случаев проходимость маточных труб восстановлена независимо от степени спаечного процесса. У 6 больных проходимость труб восстановить не удалось в связи с инфильтрацией в интерстициальных и истмических отделах. При наличии сопутствующей патологии внутренних половых органов выполняли консервативную хирургию эндометриоза(4), консервативную миомэктомию (1), энуклеацию кист яичников, резекцию яичников(10) и др. При сочетании заболеваний ОМТ с вентральными грыжами, отмеченное в 4 (3,2%) наблюдениях (из них у 2 были пупочные грыжи), проведена симультанная герниопластика.

Для определения степени травматичности лапаротомных и лапароскопических оперативных вмешательств и ее сравнения у больных в послеоперационном периоде проводилось изучение изменений нейроэндокринного ответа на хирургическую травму. Для этого проведен мониторинг уровней "стрессовых" гормонов кортизола и адренкортикотропного гормона в послеоперационном периоде (таблица 3).

Таблица 3

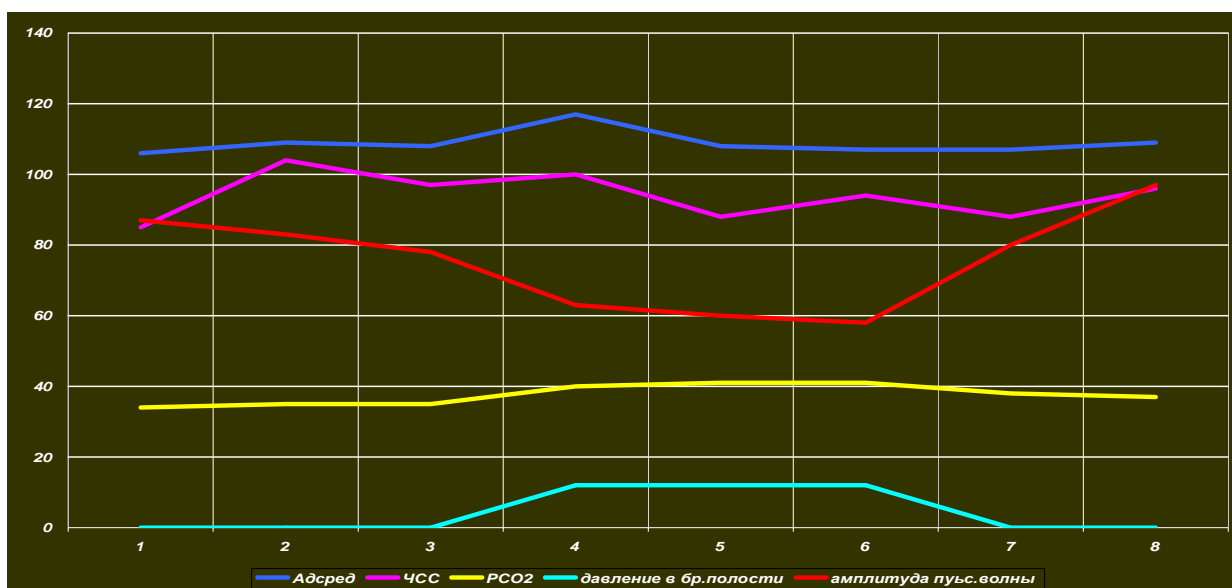
Уровень гормонов до и после лапароскопических операций

Исследуемые параметры	Этапы исследования	Значения	
		1 группа (M±m) P*	2 группа (M±m) P*
Кортизол	до	371,12±104,31 0,3	373,35±123,76 0,1
	после	621,11±98,34 0,1	601,62±112,85 0,1
Адренкортикотропный гормон	до	11,67±3,71 0,05	11,52±2,86 0,05
	после	18,71±4,19 0,05	18,38±4,99 0,07

Примечание:* результаты статистически достоверны (p<0,05) по сравнению с показателями до операции

Оценка эндокринных параметров проведена у 20 пациентов из каждой группы и показала отсутствие достоверных отличий в величинах изучаемых гормонов в раннем послеоперационном периоде у больных сравниваемых групп. Исходные данные у больных по сравнению с аналогичным показателем группы сравнения достоверно не отличались.

Основным условием выполнения лапароскопических операций является длительная работа при повышенном внутрибрюшном давлении с применением вынужденных положений тела пациентки, что побудило нас к изучению изменений функций сердечно-сосудистой и дыхательной систем, а также основных показателей гомеостаза при выполнении гинекологических лапароскопических операций. Выявлено, что у всех исследованных больных отмечались выраженные интраоперационные изменения со стороны органов дыхания. Отмечалось превалирование рестриктивных изменений функции внешнего дыхания, обструктивный компонент, у этих больных был менее выражен, что объяснялось меньшим болевым синдромом и ранней активизацией больного. Наиболее значительные изменения гемодинамики регистрировались на этапах наложения напряженного карбоксиперитонеума и изменении положения тела больного на операционном столе. (рис 2).



1 – исходные; 2 – премедикация; 3 – индукция; 4 – инсuffляция CO₂; 5 – изменение положения; 6 – основной этап; 7 – эксuffляция; 8 – эксубация.

Рис. 2 Динамика показателей гемодинамики на этапах лапароскопических операций

Постепенно происходило компенсаторное перераспределение кровотока и поддержание системного давления на определенном уровне. Тенденция стабилизации параметров гемодинамики наблюдалась на этапе поддержания анестезии. После эксуфляции углекислого газа и придания больному горизонтального положения на операционном столе все показатели имели тенденцию к нормализации

На основе регрессионного анализа составлена прогностическая система. При этом исходили из того, что для нахождения прогностического образа необходимо иметь обучающую совокупность объектов, для которых уже известна правильная классификация. При этом выявляются достоверно значимые для прогноза диагностические признаки. На основании математических расчетов критерия среднего квадратичного отклонения, t -критерия Стьюдента, χ^2 -критерия Пирсона, коэффициента корреляции Спирмена, симптомам присваиваются весовые коэффициенты. Далее рассчитывается сумма весовых коэффициентов по исходной симптоматике больного и сравнивается с некоторой критической величиной, превышение которой говорит о риске развития осложнений. Клинико-эндоскопические признаки были положены в основу формализованной информационной карты, включающей 91 показатель. В результате предварительной обработки данных 112 архивных историй болезни оказалось, что 73 показателя, полученных при клинико-эндоскопическом обследовании, были или неинформативными для прогноза или, в силу небольшого количества наблюдений, их прогностическая значимость не могла быть оценена математически (например, наличие миоматозных узлов). Таким образом, в унифицированной карте остались данные о 18 статистически достоверных показателях. Созданная линейная регрессионная модель для прогнозирования неблагоприятного исхода и вероятности кровотечения построена на 18 факторах (возраст, длительность бесплодия до обращения в клинику, степень выраженности спаечного процесса в малом тазу, количество перенесенных операций на органах малого таза, степень

проходимости маточных труб, показатели бактериальной обсемененности и иммунитета, количество сопутствующих заболеваний), а значение прогноза вычисляется по следующей формуле:

$$Sk = k_0 + k_1f_1 + k_2f_2 + \dots + k_{21}f_{21};$$

где k_0 – *constant* (постоянный коэффициент);

$f_1 \dots f_8$ – значения факторов;

$k_1 \dots k_{21}$ – соответствующие факторам коэффициенты.

При подсчете суммы весов достоверных факторов риска развития неосложненного течения болезни у пациентов из обучающей группы нами установлено, что она не превышала 25. Следовательно, для прогнозирования риска развития неблагоприятного исхода лечения ТПБ у пациенток с СББ можно использовать анкету, содержащую 18 достоверных факторов риска. Если в анкете сумма весов равна 25 и более, то риск развития осложнений составит 95%. Если сумма весов при подсчете окажется меньше 25, то риск неблагоприятного течения заболевания вычисляется по формуле: $R = Sk \times 95\% / 25$. При подсчете суммы весов всех 91 выявленных фактора риска такой пороговой эффект не наблюдали. Суммы весов у разных больных были от 10 до 80, в среднем 27,5. При проверке "работоспособности" разработанной программы прогноза эффективность прогностической карты оказалась достаточно высокой. При риске развития осложнений менее 40% сумма весов менее 12,63 (55 больных) у всех пациенток наступала беременность, у пациенток с ненаступившей беременностью оказались следующие суммы весов достоверных факторов риска: у 31 больной - от 12,63 до 18,95 (вероятность развития осложненного течения 40-60%), у 64 больных - более 18,95 (вероятность развития осложненного течения более 60%). Разработанная нами табличная система прогноза исхода заболевания применена для обоснования хирургической тактики у 45 больных с ТПБ на фоне брюшинных спаек малого таза, получавшими лечение в клинике. С учетом расчетных данных эти больные были включены в группу, которой проводили активную хирургическую тактику, включающую использование

миниинвазивных методов воздействия на пораженные спайками органы малого таза.

У пациенток с брюшинными спайками, страдающих ТПБ положительный эффект - наступление маточной беременности в течение 3-х лет отмечено у 24 (41,3%) пациенток основной группы, и у 12 пациенток группы контроля (26,1%). Проведенное исследование подтверждает мнение ряда авторов о том, что проведение только консервативной терапии не приводит к рассасыванию спаек и восстановлению проходимости маточных труб, что является морфологической основой последующего восстановления фертильности. Следует подчеркнуть высокую эффективность комбинированного лечения, проведенного пациенткам основной группы. Показатель частоты наступления беременности в течение 3-х лет, последующих после проведенной терапии, сравним с данными (25-47.7%), приводимыми рядом ведущих авторов [Краснопольская К.В.и соавт.,2000]. После лапароскопических оперативных вмешательств, не происходит увеличения периода временной нетрудоспособности и ухудшения качества жизни в отдаленном послеоперационном периоде по сравнению с пациентками, перенесшими лапаротомные операции.

Учитывая вышеизложенные клинические аспекты (субъективный фактор) и полученные при этом инструментальные данные (объективный фактор) результаты оценивали по их совокупности по трехуровневой градации. Результат считали хорошим, когда полностью отсутствовала клиническая картина заболевания, а при контрольном обследовании не выявлено патологических изменений со стороны органов брюшной полости. Такие результаты получены у 26 (72,4%) пациенток из групп с лапароскопическими и 19 (61,2%) из группы с лапаротомными операциями. Все они сохраняют трудоспособность и не нуждаются в приеме медикаментов. Группу с удовлетворительными результатами составили 9 (25%) больных первой группы и 11 (35,5%) второй группы. Эти пациентки отмечали улучшение состояния, но у них оставались или возникли после

операции те или иные нарушения, подтвержденные объективными методами исследования, не требующие стационарного или интенсивного амбулаторного лечения. Указанные нарушения не оказывали существенного влияния на трудоспособность, восстановленную операциями. Неудовлетворительный результат отмечен у 1 (2,6%) женщины после перенесенной лапароскопической операции и также у 1 (3,2%) после лапаротомии. В данном случае операция не принесла существенного улучшения самочувствия, сохранялся болевой синдром на фоне периодического обострения хронических заболеваний, по поводу чего они нуждались в стационарном или постоянном амбулаторном лечении.

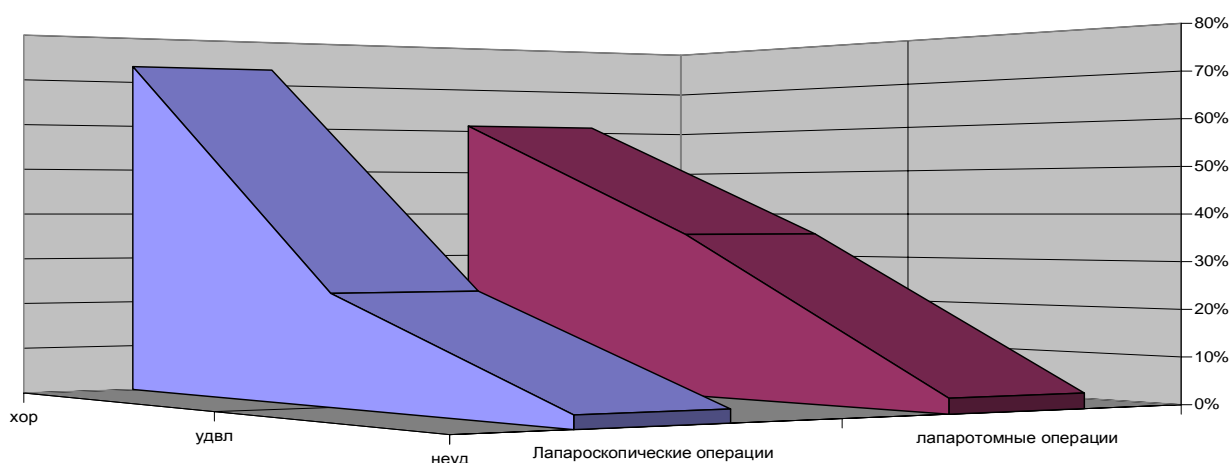


Рис.3. Сравнительные показатели отдаленных результатов хирургического лечения

Выводы

1. По материалам клиники, у гинекологических больных с брюшинными спайками, развившимися после перенесенных операций на органах малого таза, клиническая картина в 68,1% характеризуется симптомами обострения гинекологического заболевания, имеющего свои определенные особенности.

В 13,1% наблюдениях отмечены явные признаки спаечного кишечного дискомфорта, а у 16,4% пациенток клиническая картина была стертая.

2. Линейная регрессионная модель позволяет выделить группу гинекологических больных с высокой степенью риска развития спаечного процесса после абдоминальных операций, провести им своевременную противоспаечную терапию, улучшить результаты лечения и обеспечить последующее диспансерное наблюдение. Предложенный способ лапароскопической пневмопрепаровки тканей углекислым газом значительно облегчает адгезиолизис и способствует снижению риска развития рецидива спаечного процесса в малом тазу.

3. По результатам сравнения основных интра- и послеоперационных показателей гемодинамики, функции внешнего дыхания и изменения уровня «стрессовых» гормонов доказано преимущество минимальноинвазивных технологий лечения пациенток со спаечной болезнью брюшной полости, проявляющейся гинекологическими заболеваниями.

4. Результаты лапароскопических операций у гинекологических больных в ближайшем послеоперационном периоде характеризовались сопоставимыми показателями по количеству интра- и послеоперационных осложнений, снижением сроков нетрудоспособности, а также увеличением хороших результатов на 8% и уменьшением неудовлетворительных результатов на 1,5% в отдаленные послеоперационные сроки по сравнению с лапаротомическими вмешательствами.

Практические рекомендации

1. Выполнение лапароскопических вмешательств в гинекологии требует тщательной подготовки в предоперационном периоде: детальное обследование, включающее УЗИ и специальные эндоскопические методики, позволяет заранее определить объем оперативного пособия и сформировать операционную бригаду в соответствии с корригируемой патологией, предполагаемой «сложности» вмешательства, необходимости привлечения

смежных специалистов.

2. При выполнении видеолапароскопического адгезиолизиса обязательно соблюдение методики операции и принципов обеспечения безопасности, при этом целесообразно применять открытый метод наложения пневмоперитонеума по Хассону. Лапаротомия оправдана в ситуации требующей значительного расширения оперативного доступа для адекватного и эффективного выполнения корригирующей операции, например наличия признаков распространенного воспалительного процесса со стороны брюшной полости и гигантских грыж передней брюшной стенки.

3. В случае конверсии доступа, показано применение антиадгезивных барьерных средств. Противопоказанием для применения жидких антиадгезивных барьерных средств является наличие перитонита.

Список работ, опубликованных по теме диссертации:

1. Галимов О.В., Андреев П.П., Карушина Л.М., Гурьев Д.А., Аминова Л.Н., Муслимова Л.Р. Миниинвазивные операции в гинекологии при сочетанной патологии и у пациенток с бесплодием // Медицинская наука. Мат.Респ.научно-практ.конф. Изд-во БГМУ.-Уфа.-2008.-С. 82-83.

2. Галимов О.В., Ханов В.О., Титов А.Р., Ибрагимов Т.Р., Аминова Л.Н., Муслимова Л.Р., Мухаметов А.Р. Лечение пациентов с хирургической патологией на фоне морбидного ожирения и метаболических нарушений // Актуальные вопросы хирургии. Материалы Респ.научно-практ.конф. - Челябинск.-2008.-С. 107-108.

3. Р.А. Зиангиров, Р.Р.Бакиров, А.Н. Шарафутдинов, Л.Н. Аминова , Л.Р. Муслимова Эндоскопические методы в комплексном лечении больных заболеваниями пищеварительного тракта // Актуальные вопросы хирургии. Материалы Респ.научно-практ.конф. -Челябинск.-2008.-С. 107-108.

4. Галимов О.В., Карушина Л.М., Гурьев Д.А., Муслимова Л.Р., Аминова Л.Н. Лапароскопические операции при сочетанной абдоминальной патологии // Научный прорыв. Материалы Респ. научно-практ.конф. Изд-во БГМУ.-Уфа.-2008.-С. 107-108.

5. Галимов О.В., Галеев Ф.С., Ханов В.О., Мухаметов А.Р., Аминова Л.Н., Муслимова Л.Р., Андреев П.П. Некоторые аспекты хирургических абдоминальных вмешательств на фоне ожирения. // Хирургия.-2008.- № 12.- С. 17-23

6. Галимов О.В., Ханов В.О., Муслимова Л.Р., Аминова Л.Н., Андреев П.П. Сочетанные вмешательства на органах брюшной полости и малого таза у пациентов с ожирением. //Башкирский химический журнал – Том 15. -N 3-2008. -С. 76-79.

7. Галимов О.В., Ханов В.О., Муслимова Л.Р., Титов А.Р., Аминова Л.Н., Гималтдинова И.Р. Симультаные лапароскопические операции при сочетанной патологии органов брюшной полости. //Актуальные вопросы хирургии Сб.научн-практ.работ. Челябинск.2008. -С. 215-217.

8. Галимов О.В., Ханов В.О., Мухаметов А.Р., Аминова Л.Н., Муслимова Л.Р., Сабиров Р.М., Ибрагимов Т.Р. Лечение пациентов с хирургической патологией на фоне морбидного ожирения и метаболических нарушений. // Научный прорыв - 2008. Изд-во БГМУ. Сб. научн.трудов.-Уфа.-2008.-С. 41-43.

9. Галимов О.В., Аминова Л.Н., Муслимова Л.Р., Карушина Л.М., Сабиров Р.М., Гурьев Д.А. Лапароскопические операции при сочетанной абдоминальной патологии // Научный прорыв - 2008. Изд-во БГМУ.Сб. научн.трудов.-Уфа.-2008.-С. 43-44.

10. Галимов О.В., Ханов В.О., Аминова Л.Н., Муслимова Л.Р., Мухаметов А.Р., Гималтдинова И.Р. К вопросу об оценке изменений, происходящих после лапароскопических вмешательств. // Мат-лы XII Всероссийского съезда по эндоскопической хирургии,- «Эндоскопическая хирургия»,- № 1.- 2009.- С. 130-131.

11. Галимов О.В., Ханов В.О., Муслимова Л.Р., Сабирова Г.Е., Наумов В.В. Лапароскопическая коррекция взаимообусловленных заболеваний пищеварительного тракта. // Мат-лы XII Всероссийского съезда по эндоскопической хирургии,- «Эндоскопическая хирургия»,- № 1.- 2009.- С.

136.

12. Галимов О.В., Ханов В.О., Аминова Л.Н., Муслимова Л.Р., Карушина Л.М., Гурьев Д.А. Лапароскопические операции в гинекологии. // Мат-лы XII Всероссийского съезда по эндоскопической хирургии,- «Эндоскопическая хирургия»,- № 1.- 2009.- С. 155-156.

13. Галимов О.В., Ханов В.О., Аминова Л.Н., Муслимова Л.Р., Буторина О.В., Шкундин А.В. Симультанные лапароскопические операции на органах малого таза. // Мат-лы XIII Всероссийского съезда по эндоскопической хирургии,-Москва-2010. «Альманах института хирургии им. А.В. Вишневского»,-Т.5.-№1.- 2010.- С. 29.

Патент на изобретение

Галимов О.В., Гаптракипов Э.Х., Латыпов Р.З.,Титов А.Р., Муслимова Л.Р. Миниинвазивный способ лечения спаечной болезни брюшины путем пневмопрепаровки с применением гибкой лапароскопической иглы. //Российский патент на изобретение N 2375008 10.12.09 Бюл.34.

МУСЛИМОВА ЛЕЙСАН РАУФОВНА

**МИНИМАЛЬНОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ
И ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА,
СВЯЗАННЫХ С ОБРАЗОВАНИЕМ БРЮШИННЫХ СПАЕК ПОСЛЕ
ПЕРЕНЕСЕННЫХ РАНЕЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ**

14.01.01 – Акушерство и гинекология

14.01.17 - Хирургия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Подписано в печать 22.09.2010 г. Формат 60x84 1/16.
Бумага офсетная. Печать ризографическая. Тираж 100 экз. Заказ 241.
Гарнитура «TimesNewRoman». Отпечатано в типографии
«ПЕЧАТНЫЙ ДОМЪ» ИП ВЕРКО.
Объем 1 п.л. Уфа, Карла Маркса 12 корп. 4,
т/ф: 27-27-600, 27-29-123