УДК 618.132-007.274:616-091.0

Ендотопографія перитонеальних спайок у жінок репродуктивного віку

Г.М. Суліма
ДУ «Кримський державний медичний університет імені С.І. Георгієвського», м. Сімферополь

Локалізація тазових спайок у пацієнток репродуктивного віку у більшості випадків залежить від їхнього ґенезу. Знання «типової» ендотопографії перитонеальних тазових спайок залежно від їхніх етіології та патоґенезу дозволяє запобігти розвитку важких ускладнень під час проведення оперативних втручань на органах малого таза (лапароскопія, пункція фолікулів і т. д.) у даної категорії пацієнток.
Ключові слова: *перитонеальні спайки, топографія.*

Спайковий процес у малому тазі продовжують вивчати протягом більше ніж століття, але єдиної думки про його патогенез та профілактику до теперішнього часу, на жаль, не існує. Спайки самі по собі є захисною реакцією організму, яка відмежовує запалення. Формування перитонеальної адгезії є найбільш поширеним ускладненням черевної і тазової хірургії та серйозною міждисциплінарною проблемою [3, 7, 8, 9, 11]. Перитонеальні спайки можуть спричинити непрохідність тонкої кишки, безпліддя, хронічний тазовий біль у животі, збільшення хірургічного часу та ризику перфорації кишечнику під час операції [4, 9, 11]. Фактично спайки складають клінічне завдання тільки за наявності ускладнень. Необхідно також звернути увагу на той факт, що спайковий процес у малому тазі, супроводжуючи основне захворювання, суттєво ускладнює оперативне втручання і ймовірність інтра- та післяопераційних ускладнень.

Патогенез формування спайок є універсальним як для формування спайок у разі запальних захворювань, так і у разі післяопераційних спайок [1, 2, 5, 6]. Спайковий процес у малому тазі – це «ціна адаптації» організму у відповідь на дію подразника, сила якого перевищує зону норми. Добре відомі основні фактори, що призводять до утворення спайок у малому тазі. До них відносяться: попередні операції на органах черевної порожнини і малого таза (лапаротомія, лапароскопія), запальні захворювання придатків матки і зовнішній генітальний ендометріоз [2, 3, 6, 10].

Саме тому особливо важливим є пошук не тільки нових патогенетичних механізмів, що призводять до утворення спайок, але й розроблення на підставі отриманих результатів критеріїв прогнозування розвитку спайкового процесу, що дозволить удосконалити тактику ведення таких пацієнток.

Мета дослідження: дослідити ендотопографію перитонеальних тазових спайок у жінок репродуктивного віку з метою вироблення подальшої діагностичної та лікувальної тактики.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проведено ретроспективний аналіз 310 протоколів операцій жінок репродуктивного віку, яким проведено лапароскопічне або лапаротомічне оперативне втручання на органах малого таза з різних причин в умовах гінекологічного відділення.

Статистичне оброблення отриманих результатів виконували з використанням пакета Microsoft Office відповідно до загальноприйнятих підходів та вимог регламентуючих документів із використанням статистики у біомедичних дослідженнях.

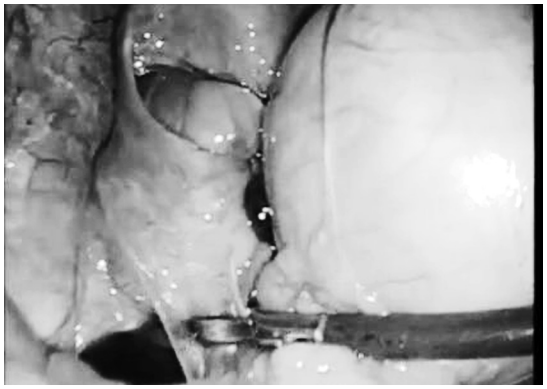
РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

З метою вивчення ендотопографії перитонеальних тазових спайок у жінок репродуктивного віку проаналізовано 310 протоколів операцій жінок, яким було проведено лапароскопічне або лапаротомічне оперативне втручання на органах малого таза із різних причин. Ураховуючи різноманіття та протиріччя даних літератури щодо тлумачення опису різних форм спайок, нами було розподілено їх на наступні групи залежно від ґенезу.

Аналіз структури причин, виявленого під час оперативного втручання спайкового процесу, заснований на даних анамнезу щодо фактора, який передбачає можливість його формування, показав, що у 15,8% (49 жінок) пацієнток зі спайковим процесом у малому тазі і зазначенням в анамнезі на перенесені запальні захворювання придатків матки поєднується з перенесеними оперативними втручаннями і наявністю ендометріозу. Частота ендометріоз-асоційованих спайок склала 19,0% (59 жінок), післяопераційних – 31,3% (97 жінок), тазових перитонеальних спайок – 33,9% (105 жінок).

Спайковий процес у малому тазі у разі ендометріозу, на відміну від такого, зумовленого сальпінгоофоритом та/або пельвіоперитонітом, відрізняється тим, що міжтканинні зрощення формуються головним чином між фіксованими органами та структурами у малому тазі – між задніми листками широ-

Мал. 1. Виражений спайковий процес у разі ендометріозу із частковою облітерацією позаматкового простору



Мал. 2. Ендометріома яєчника зі спайками з очеревиною та матковою трубою і заднім листком широкої зв'язки матки

кої зв'язки матки та яєчниками (63,2%), нерухомою ділянкою сигмоподібної кишки і задньою стінкою піхви (33,8%), під'яєчникові спайки та часткова або повна облітерація позаматкового простору (12,4%) (мал. 1). Можливо, дана обставина є непрямим підтвердженням трансплантаційної теорії патогенезу ендометріозу.

Ендометріоми, зазвичай, мають спайки із бічною поверхнею таза та/або із заднім листком широкої зв'язки, з задньою поверхнею матки, очеревиною матково-прямокишкового заглиблення, серозним шаром прямої кишки та матковими трубами (мал. 2).

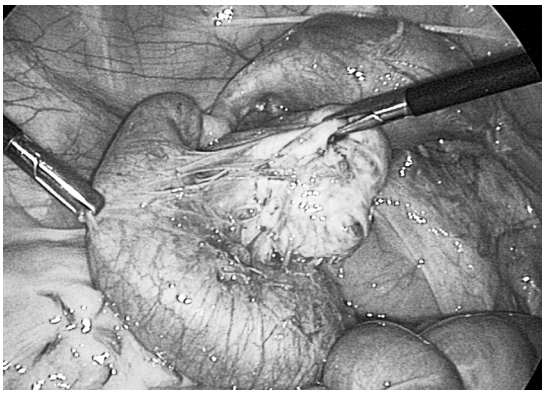
У разі хронічних запальних захворювань органів малого таза у більшості випадків спайки охоплювали маткові труби – перитубарні зрощення за типом «краватки» або «ременя» – 68,4% або у фімбріальних кінцях – 34,7% (мал. 3), і яєчники – періоваріальні спайки від тонких плівчастих і павутинних зрощень до щільних фіброзних спайок залежно від давності і вираженості процесу, з підтягуванням яєчника до заднього листка широкої зв'язки матки (72,5%) (мал. 4). У більшості випадків діагностували 2–3-й ступінь поширеності тазових перитонеальних спайок (за класифікацією AFS).

У разі резекції яєчників, виконаної лапароскопічно, в усіх випадках виявлено помірний спайковий процес, який відповідав 1–2-му ступеню (за класифікацією AFS), з перевагою чепцевих спайок (91,3%). У всіх випадках виявлено плівчасті та павутинні зрощення навколо яєчників та маткових труб. Отримані дані відрізняються від деяких літературних джерел, у яких зазначено переважне спостереження спайкового процесу 2–3-го ступеня після подібних операцій.

Особливістю локалізації спайок у пацієнток, які перенесли тубектомію і аднексектомію, була наявність зрощень тіла матки з сусідніми органами у ділянці кукси маткової труби, що призводило до відхилення і фіксації матки у відповідну бічну поверхню малого таза (61,4%). Після оваріоектомії й аднексектомії відбувалося таке саме зміщення і фіксація матки до бічної стінки таза, але при цьому спайки також проявлялися й у ділянці лійко-тазових зв'язок. Після кесарева розтину локалізація спайок обмежувалася передньою поверхнею матки, задньою стінкою сечового міхура і міхурово-матковою складкою (48,4%). Після апендектомії типовим доступом були зрощення з післяопераційним рубцем, найчастіше великого чепця (57,8%) і сліпою кишкою (26,4%). У 1,2% пацієнтів після операції на тлі місцевого перитоніту були зрощення по правому бічному каналу і мезогастральній ділянці, що призводило до певних технічних складнощів під час введення правого троакара. У разі поєднання типової апендектомії та гінекологічної операції відзначалося поєднання спайок, характерних для цих втручань і описаних вище.

Після декількох операцій, проведених серединним доступом, при лапаротомії відзначений масивний спайковий процес (у всіх випадках відзначені великі зрощення парієтальної очеревини з великим чепцем, а також зрощення з тонкою і товстою кишкою в 72,4% і вісцеро-вісцеральні зрощення в 96,6% випадків) (мал. 5).

Слід зазначити, що найбільш поширений спайковий процес відзначено у пацієнтів після великих за обсягом втручань, після операцій на тлі перитоніту, внутрішньочеревної кровотечі, після великих втручань із масивним пошкодженням очеревини, використанні великої кількості дренажів або тампонуванні черевної порожнини, що зумовлено патогенетичними причинами утворення спайок. У всіх цих випадках мав місце виражений спайковий процес 3–4-го ступеня, що поширювався часом за межі малого таза.



Мал. 3. Гідросальпінкс та перитонеальні спайки маткової труби з яєчником запального генезу

Мал. 4. Перитонеальні спайки маткової труби та яєчника із заднім листком широкої зв'язки матки та її задньою поверхнею запального ґенезу

Мал. 5. Післяопераційні спайки (очеревина підпаяна до передньої черевної стінки у ділянці попередньої лапаротомії)

ВИСНОВКИ

1. Під час вибору методу та способу оперативного лікування жінок репродуктивного віку зі спайковим процесом органів малого таза доцільним є знання топографії перитонеальних спайок, а також урахування ґенезу їхнього формування.

2. Обгрунтованим є здійснення прогнозу вираженості спайкового процесу та складності лапароскопії або лапаротомії в його умовах попередньо до кожного оперативного втручання.

3. Результати ретроспективного аналізу дозволяють прогнозувати локалізацію і характер післяопераційних спайок залежно від виду, обсягу і доступу оперативного втручання, що є відмінністю гінекологічних операцій від абдомінальної хірургії.

4. Знання топографії тазових спайок залежно від їхнього ґенезу дозволяє запобігти розвитку важких ускладнень під час проведення повторних оперативних втручань на органах малого таза (лапароскопія, пункція фолікулів та ін.) у даної категорії пацієнток.

Эндотопография перитонеальных тазовых спаек у женщин репродуктивного возраста

А.Н. Сулима

Локализация тазовых спаек у пациенток репродуктивного возраста в большинстве случаев зависит от генеза. Знание «типичной» эндотопографии тазовых спаек в зависимости от их этиологии и патогенеза позволяет предотвратить развитие тяжелых осложнений при проведении оперативных вмешательств на органах малого таза (лапароскопия, пункция фолликулов и т. д.) у данной категории пациенток.

Ключевые слова: *перитонеальные спайки, топография.*

Endotopography of peritoneal adhesions in reproductive age women

A.N. Sulima

Localization of pelvic adhesions in reproductive age women depends on their origin in most cases. «Typical» endotopography of pelvic adhesions, depending on their ethyopathogenesis, allows preventing the development of serious complications in case of pelvic organs surgery (laparoscopy, IVF egg retrieval procedure, laparotomy etc.) in these patients.

Key words: *peritoneal adhesions, topography.*

Сведения об авторе

Сулима Анна Николаевна – ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского, 95006, г. Симферополь, бульвар Ленина, 5/7; тел.: (050) 510-04-15. E-mail: ironlady@ukr.net

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Гладчук И.З. Эндометриоз современный взгляд на проблему // З турботою про жінку. – 2013. – № 2 (41). – С. 57–62.
2. Кулаков В.И. Послеоперационные спайки (этиология, патогенез и профилактика) / В.И. Кулаков, Л.В. Адамян, О.А. Мынбаев. – М.: Медицина, 1998. – 528 с.
3. Матвеев Н.Л. Внутрибрюшные спайки – недооцениваемая проблема / Н.Л. Матвеев, Д.Ю. Арутюнян // Эндоскопическая хирургия. – 2007. – № 5. – С. 60–69.
4. Хусаинова В.Х. Диагностика, лечение и профилактика спаечного процесса в малом тазу у женщин с трубным бесплодием / В.Х. Хусаинова, Т.А. Федорова, Н.И. Волков // Гинекология. – 2003. – Т. 5, № 5. – С. 4–10.
5. Di Zerega G.S. Peritoneal repair and post-surgical adhesion formation / G.S. Di Zerega, J.D. Campeau // Hum. Reprod. Update. – 2001. – № 7. – P. 547–555.
6. Liakakos T. Peritoneal adhesions: etiology, pathophysiology, and clinical significance. Recent advances in prevention and management / T. Liakakos, N. Thomakos, P.M. Fine // Dig Surg. – 2001. – № 18. – P. 260–273.
7. Ling F.W. The challenge of pelvic adhesions. In strategies for prevention and management / F.W. Ling, A.H. Cherney, M.P. Diamond // Education Series on Women's Health, Assoc. of Professors of Obstet. and Gynecol., USA. – 2002.
8. Lower A.M. The impact of adhesions on hospital readmissions over ten years after 8849 open gynaecological operations: an assessment from the Surgical and Clinical Adhesions Research Study / A.M. Lower, R.J. Hawthorn, H. Ellis // BJOG. – 2000. – № 107. – P. 855–862.
9. Lower A.M. Adhesion-related readmissions following gynaecological laparoscopy or laparotomy in Scotland: an epidemiological study of 24046 patients / A.M. Lower, R.J.S. Hawthorn, Clark D. // Hum. Reprod. – 2002. – Vol. 19, № 8. – P. 1877–1885.
10. Milingos S.D. Hydrosalpinx Treatment: Comparison Between Laparoscopy and Laparotomy / S.D. Milingos // J of Gynecologic Surgery. – 2002. – Vol. 18, № 2. – P. 49–58.
11. Wilson M.S. Demonstrating the clinical and cost effectiveness of adhesion reduction strategies / M.S. Wilson, D. Menzies, A.D. Knight // Dis Colon Rectum. – 2002. – Vol. 4, № 5. – P. 355–360.

Статья поступила в редакцию 07.07.2014