

Эндохирургические методики в лечении прогрессирующей трубной беременности

Евтушенко И.Д., Рыбников С.В.

Endosurgical treatment techniques of progressive tubal pregnancy

Yevtushenko I.D., Rybnikov S.V.

Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

© Евтушенко И.Д., Рыбников С.В.

Цель исследования — повышение эффективности эндохирургического лечения женщин с прогрессирующей трубной беременностью. Под наблюдением находились 75 пациенток с прогрессирующей трубной беременностью. Методы исследования: проспективный анализ. У 80,5% больных, которым выполнена сальпинготомия и сальпингография, маточная труба оказалась проходимой, у 10% проходимость трубы была затруднена, у 9,5% пациенток труба была непроходимой. У 52,9% женщин, которым сальпинготомическое отверстие не ушивали, маточная труба проходима, у 32,4% пациенток проходимость трубы нарушена, у 14,7% труба непроходима и у 17,6% больных сформировался трубно-перитонеальный свищ. Выполнение эндоскопической сальпинготомии с ушиванием дефекта при истмической и ампулярной локализации плодного яйца позволяет улучшить результаты хирургического лечения внематочной беременности.

Ключевые слова: внематочная беременность, эндохирургия, сальпинготомия.

Research purpose: to increase the efficiency of endosurgical treatment of women with progressive tubal pregnancy. Research method: prospective analysis. Research subjects: in 75 female patients, to whom salpingotomy and salpingorrhaphy had been performed, tubal patency was found; in 10% — tubal patency was laboured; in 9,5% of patients there was an obstruction. In 52,9% of women, to whom salpingotomic orifice was not sutured, tubal patency was found; in 32,4% of patients tubal patency was disturbed; in 14,7% the fallopian tube was obstructed and in 17,6% of patients tubo-peritoneal fistula formed. Uterine pregnancy rate of salpingotomy and salpingorrhaphy — 34,1%, of women, to whom salpingotomic orifice was not sutured — 20,6%. Performance of endoscopic salpingotomy with suture of the defect at isthmial and ampullar location of the fetal ovum helps to increase the efficiency of surgical treatment of the ectopic pregnancy.

Key words: ectopic pregnancy, endosurgery, salpingotomy.

УДК 618.312–089.819

Введение

Диагностика и лечение внематочной беременности становятся особенно актуальными в настоящее время в связи с ухудшением медико-демографических показателей [4]. В последние 10—20 лет частота этой патологии возросла повсеместно в 2—4 раза [4, 5].

Сегодня основным методом лечения прогрессирующей трубной беременности является лапароскопия, которая позволяет проводить органосохраняющие операции на маточных трубах [1]. Но, несмотря на совершенствование доступа и техники выполнения реконструктивно-пластических операций на маточных трубах, использование различных реабилитационных мероприятий в послеоперационном периоде, оперативное вмешательство, как известно, сопровождается

высоким риском развития трубно-перитонеального бесплодия, повторной эктопической беременностью и спаечным процессом в полости малого таза [3, 4]. Повышение эффективности реконструктивно-пластических операций на маточных трубах у женщин с прогрессирующей трубной беременностью является целью настоящего исследования.

Материал и методы

Под наблюдением находились 75 пациенток репродуктивного возраста (средний возраст $(29,1 \pm 2,1)$ года) с прогрессирующей трубной беременностью. Диагноз внематочной беременности был поставлен на основании данных клинической картины заболевания, количественного определения хорионического гонадотропина

в плазме методом иммуноферментного анализа (ИФА) с использованием набора β -ХГЧ ИФА «ДИАплюс» (Россия) на приборе «Cobas Core» фирмы «Hoffman La Roche» (Швейцария), трансвагинального УЗИ (исследования проводились на аппарате «Envisor C» фирмы «Philips» с использованием мультисекторного датчика 2—4 МГц, эндополостного датчика 7,5 МГц), а также диагноз был подтвержден в ходе лапароскопии с последующим гистологическим исследованием элементов удаленного плодного яйца.

Характерными признаками обследуемых больных с прогрессирующей трубной беременностью явились: молодой возраст, наличие бесплодия в анамнезе, связь наступления внематочной беременности с различными факторами, среди которых ведущими были инфекция и оперативные вмешательства на органах малого таза. Более чем у половины обследованных женщин в анамнезе имело место бесплодие, у каждой 2-й — вторичное. Основная жалоба всех пациенток с прогрессирующей трубной беременностью при поступлении в стационар — нарушение менструального цикла, в том числе у 82,7% — задержка менструации, у 46,7% — менометроррагия. Боли различного характера и интенсивности в нижних отделах живота отмечены у 81,3% обследованных женщин. Состояние всех пациенток при поступлении в стационар было удовлетворительным, только у 6,7% женщин выявлено снижение артериального давления на 10—20 мм рт. ст.

Благодаря ранней диагностике трубной беременности с использованием данных комплексного клинико-лабораторного обследования было проведено оперативное лечение с помощью хирургической лапароскопии в сроки 3—5 нед гестации всем обследуемым больным. Лапароскопия позволила выявить размеры и локализацию плодного яйца, наличие спаечного процесса в полости малого таза и оценить степень его выраженности. Локализация плодного яйца в истмическом отделе маточной трубы обнаружена у 32% пациенток, расположение хориона в ампулярном отделе выявлено в 68% случаев. Диаметр плодместилища не превышал 4 см. После сальпинголизиса, добившись достаточной и легкой подвижности пораженной маточной трубы, всем больным произведена линейная сальпинготомия и удаление плодного яйца. Сальпинготомию выполняли путем рассечения стенки маточной трубы игольчатым монополярным электродом с последующим извлечением плодного яйца из трубы. При

возникновении кровотечения из ложа плодного яйца или стенки маточной трубы для коагуляции использовали микробиполяр. Было выполнено два варианта сальпинготомии — с ушиванием дефекта маточной трубы с интракорпоральным завязыванием узлов (2—4 серозно-мышечных шва, викрил 5—0) и с коагуляцией ложа плодного яйца без ушивания дефекта маточной трубы. Для оценки эффективности выполнения линейной сальпинготомии тем или иным вышеуказанным способом и для удобства оценки полученных результатов женщин, подвергнутых органосохраняющим операциям на маточных трубах, случайным образом разделили на две клинические группы — с ушиванием сальпинготомического отверстия (основная группа — 41 пациентка) и с коагуляцией без ушивания сальпинготомического отверстия (группа сравнения — 34 человека).

В послеоперационном периоде у пациенток обеих клинических групп использовали методы экстракорпоральной гемокоррекции, включающие ультрафиолетовое облучение крови, дискретный плазмаферез и реинфузию аутогенной клеточной массы после ее инкубации с антибиотиком и глюкокортикоидом, гидротубации, физиолечение с использованием магнитолазера [1, 4].

Статистическая обработка результатов проведена с использованием показателей вариационной статистики. Для проверки нормальности распределения показателей использовали критерий Колмогорова—Смирнова; равенство выборочных средних проверяли по t -критерию Стьюдента (в случае нормального распределения) и U -критерию Манна—Уитни для несвязанных и критерий Вилкоксона — для связанных выборок, критерий согласия χ^2 (при отклонении распределения от нормального). Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез в данном исследовании принимался равным 0,05.

При сравнительной характеристике анамнестических данных, возрастного распределения, соматического статуса, факторов, способствующих возникновению трубной беременности, предшествующих методов лечения, результатов обследований больных, вида и характера оперативного лечения основной группы и группы сравнения достоверных различий ни по одному из определяемых параметров не выявлено.

Результаты и обсуждение

Для оценки проходимости маточных труб в период от 3 до 12 мес после операции всем обследованным женщинам выполнена гистеросальпингография, а 44 пациенткам — по показаниям повторная лапароскопия с хромогидротубацией, в этот же период 13 пациенток были оперированы по поводу повторной трубной беременности (все пациентки оперированы эндоскопическим доступом, 3 пациенткам проведено выдавливание плодного яйца из ампулярного отдела маточной трубы, а 10 женщинам — сальпингэктомия). Из протоколов всех процедур получены подробные результаты о состоянии оперированных маточных труб и других органов малого таза и брюшной полости. При визуальной оценке анатомического состояния оперированной маточной трубы в зависимости от техники оперативного воздействия были выявлены существенные различия: у всех пациенток целостность маточной трубы была сохранена после сальпинготомии и сальпингографии, в месте разреза трубы образовался соединительно-тканый рубец; а у 17,6% женщин после сальпинготомии с коагуляцией ложа плодного яйца без ушивания дефекта стенки трубы был обнаружен трубно-перитонеальный свищ. В основной группе достигнуто достоверно большее (80,5%) сохранение проходимости оперированной маточной трубы в сравнении с группой, где проведена коагуляция ложа после удаления плодного яйца (52,9%). У 12,2% женщин в основной группе проходимость трубы была затруднена, у 7,3% пациенток труба была непроходимой в месте выполнения сальпинготомии. В группе сравнения у 32,4% пациенток проходимость трубы нарушена, у 14,7% труба непроходима.

Как известно, основным критерием эффективности реконструктивных вмешательств на маточных трубах является наступление маточной беременности. Характер репродуктивной функции после проведенного хирургического лечения женщин с прогрессирующей трубной беременностью прослеживался в течение 12—24 мес.

Наступление беременности у обследованных пациенток наблюдалось в 46,7% случаев, у 22 (29,3%) женщин беременность была маточной, а у 13 (17,3%) — внематочной. Отмечено несколько большее число

случаев наступления внематочной беременности у женщин, перенесших ранее сальпинготомию и коагуляцию ложа удаленного плодного яйца без ушивания сальпинготомического отверстия по поводу прогрессирующей трубной беременности в сравнении с женщинами, которым при данной патологии ранее была выполнена сальпинготомия и сальпингография, — 20,6 и 14,6% соответственно.

Наступление маточной беременности после сальпинготомии в группе, где проведена сальпингография, было достоверно выше в сравнении с группой, где труба не ушивалась, и составило 34,1 и 20,6% соответственно.

Заключение

Таким образом, использование эндоскопических реконструктивно-пластических операций с ушиванием сальпинготомического отверстия после удаления плодного яйца позволило значительно уменьшить нарушения проходимости оперированных маточных труб и значительно повысить наступление маточной беременности, что улучшило результаты эндоскопического хирургического лечения больных с прогрессирующей трубной беременностью.

Литература

1. Кулаков В.И., Абубакирова А.М., Федорова Т.А. и др. Эффективные методы в реабилитации больных после реконструктивно-пластических операций на органах малого таза // Эндоскопия в диагностике, лечении и мониторинге женских болезней / Под ред. В.И. Кулакова, Л.В. Адамян. М., 2000. С. 678—670.
2. Кулаков В.И., Адамян Л.В. Эволюция гинекологической эндоскопии в России // Эндоскопия в диагностике, лечении и мониторинге женских болезней / Под ред. В.И. Кулакова, Л.В. Адамян. М., 2000. С. 5—11
3. Цраева И.Б., Волков Н.И., Корнеева И.Е. и др. Роль оперативной лапароскопии в восстановлении репродуктивной функции у женщин с трубной беременностью // Проблемы репродукции. 1999. № 2. С. 45—47.
4. Чернецкая О.С., Палади Г.А. Современные аспекты развития, диагностики и лечения внематочной беременности: Обзор // Акушерство и гинекология. 1999. № 1. С. 3—4.
5. Pietrzak Z. Ectopic pregnancy. I. Diagnostic-therapeutic algorithm used in clinics at the Gynecology Department of the Polish Mother's Memorial Institute // Ginekol. Pol. 2001. V. 72 (1). P. 1—6.

Поступила в редакцию 30.06.2005 г.