

Органосохраняющее эндохирургическое лечение женщин с прогрессирующей трубной беременностью

С. В. Рыбников¹, И. Д. Евтушенко²

¹ Железнодорожная больница, Кемерово;

² Сибирский государственный медицинский университет, Томск

Проведено обследование 87 пациенток с прогрессирующей трубной беременностью. Установлено, что у 78 % больных, которым выполнена сальпинготомия и сальпингография, маточная труба оказалась проходимой, у 12,2 % проходимость трубы была затруднена, у 9,8 % пациенток труба была непроходимой в ампулярном отделе. У 32,1 % женщин, которым сальпинготомическое отверстие не ушивали, маточная труба проходима, у 27,7 % пациенток проходимость трубы нарушена, у 30,5 % труба непроходима и у 9,7 % больных сформировался трубно-перитонеальный свищ. У 90 % женщин проходимость оперированной маточной трубы не нарушена после выдавливания плодного яйца из фимбриального отдела, у остальных женщин проходимость трубы нарушена по типу фимоза. Выполнение эндоскопической сальпинготомии с ушиванием дефекта при истмической и ампулярной локализации плодного яйца и выдавливание плодного яйца при его локализации в фимбриальном отделе позволяет улучшить результаты хирургического лечения внематочной беременности.

Ключевые слова: внематочная беременность, эндохирургия, сальпинготомия.

Актуальность проблемы обусловлена, с одной стороны тем, что внематочная беременность занимает ведущее место в структуре urgentных гинекологических заболеваний, а с другой, — является одной из основных причин бесплодия трубно-перитонеального генеза [1—3]. Диагностика и лечение внематочной беременности становятся особенно актуальными в настоящее время, когда ухудшаются медико-демографические показатели в Российской Федерации [1, 4]. В течение последних 10 лет наблюдается тенденция возрастания частоты внематочной беременности, что, возможно, связано с увеличением количества факторов, способствующих возникновению данной патологии, а также с улучшением диагностики внематочной беременности [4—6].

Цель исследования: улучшение результатов эндохирургического лечения женщин с прогрессирующей трубной беременностью.

Материал и методы

Под наблюдением находилось 87 пациенток репродуктивного возраста (сред-

ний возраст $29,0 \pm 1,1$ года) с прогрессирующей трубной беременностью. Диагноз внематочной беременности был установлен на основании данных клинической картины заболевания, количественного определения хорионического гонадотропина (ХГ) в плазме крови, трансвагинального ультразвукового исследования, а также окончательно подтверждён в ходе лапароскопии с последующим гистологическим исследованием элементов удалённого плодного яйца.

Характеристика больных. Основными клиническими признаками обследуемых женщин с прогрессирующей трубной беременностью явились: молодой возраст, наличие бесплодия в анамнезе, связь наступления внематочной беременности с различными факторами, среди которых ведущими являлись инфекции и оперативные вмешательства на органах малого таза. Более чем у половины обследованных женщин в анамнезе было бесплодие, у каждой 2-й — вторичное.

Основной жалобой пациенток с прогрессирующей трубной беременностью при поступлении в стационар явля-

лось нарушение менструального цикла, выявленное у всех больных, кроме того у 82,8 % — задержка менструации, у 47,1 % — менометроррагия. Боли различного характера и интенсивности в нижних отделах живота отмечены у 80,5 % обследованных женщин.

Состояние всех пациенток при поступлении в стационар было удовлетворительным, только у 5 женщин выявлено снижение артериального давления на 10—20 мм рт. ст. от возрастной нормы.

Ранняя диагностика трубной беременности с использованием данных комплексного клиничко-лабораторного обследования позволила провести оперативное лечение с помощью хирургической лапароскопии в сроки 3—5 недель гестации всем обследуемым больным.

У всех включённых в исследование женщин целостность маточной трубы была сохранена. Тёмная жидкая кровь в объёме от 50 до 200 мл в брюшной полости при трубной беременности была обнаружена при лапароскопии у 75 (86,2 %) пациенток, у 12 (13,8 %) больных внутриперитонеально крови не выявлено. Лапароскопия позволила определить наличие спаечного процесса в полости малого таза, оценить степень его выраженности. Степень выраженности спаечного процесса составила $2,81 \pm 0,11$ балла по стандартной методике оценки. Локализация плодного яйца в истмическом отделе маточной трубы обнаружена у 11,5 % пациенток. Расположение хориона в ампулярном отделе выявлено в 74,7 % случаев, а в фимбриальном отделе маточной трубы — в 13,8 % наблюдений.

Характеристика оперативных вмешательств. В связи с обнаруженным во время диагностической лапароскопии патологическим процессом были предприняты два варианта операций: 1) сальпинготомия и удаление плодного яйца при ампулярной или истмической локализации плодного яйца; 2) выдавливание плодного яйца (ВПЯ) при фим-

бриальной локализации хориона. После сальпинголизиса, добившись достаточной и лёгкой подвижности поражённой маточной трубы, большинству (86,2 %) больных произведена линейная сальпинготомия и удаление плодного яйца. Сальпинготомию производили путём 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. В 54,7 % случаев произведено ушивание дефекта маточной трубы с интракорпоральным завязыванием узлов (2—4 серозно-мышечных шва, викрил 6-0), в 45,3 % — коагуляция ложа плодного яйца без ушивания дефекта.

У 12 (13,8 %) пациенток произведено удаление плодного яйца из фимбриального отдела путём выдавливания. Выдавливание плодного яйца из маточной трубы осуществляли двумя мягкими зажимами, при помощи которых плодное яйцо выжималось в сторону её дистального отдела. После выдавливания плодного яйца из трубы промывали её про-свет раствором Рингера методом анте- и ретроградной гидротубации для удаления оставшихся мелких сгустков крови и частей плодного яйца.

Кроме оперативного вмешательства по поводу внематочной беременности была проведена хирургическая коррекция сопутствующей патологии органов малого таза. Сальпингоооариолизис по поводу спаечного процесса в малом тазу выполнен у 78,2 % больных, коагуляцию очагов эндометриоза выполнили в 12,6 % случаев, миомэктомию — в 6,9 % и удаление кист яичников — в 11,5 % наблюдений. На завершающем этапе лапароскопии проводили тщательную санацию брюшной полости с удалением сгустков крови и перфузата с последующим созданием гидроперитонеума.

Женщинам с органосохраняющей операцией на маточной трубе в послеоперационном периоде, начиная с 3-го дня после лапароскопии, проводили динамические анализы крови на содержание ХГ каждые 3 дня. Концентрация хорионического гонадотропина при первом измерении (третьи сутки послеоперационного периода), составляющая более 50 % от изначальной величины ХГ (до проведения операции), являлась основанием для назначения метотрексата внутримышечно однократно в дозе 40 мкг/кг массы тела. Применение метотрексата с целью терапии персистенции трофобласта потребовалось у 12 (13,7 %) пациенток.

В послеоперационном периоде всем женщинам в комплексную терапию были включены методы экстракорпоральной гемокоррекции: дискретный плазмаферез, инкубация аутогенной клеточной массы с антибиотиком и глюкокортикоидом и ультрафиолетовое облучение крови.

Результаты исследования и обсуждение

Для оценки проходимости маточных труб в период от 3 до 18 мес. после оперативного вмешательства всем обследованным женщинам произведена гистеросальпингография, а 42 пациенткам — по показаниям повторная «second-look» лапароскопия с хромогидротубацией (получено Информированное согласие на проведение исследований). При повторной лапароскопии суммарная степень выраженности спаечного процесса составила $1,02 \pm 0,3$ балла; выявлено, что у 78 % больных, которым выполнена сальпинготомия с ушиванием дефекта, маточная труба оказалась проходимой, у 12,2 % проходимость трубы была затруднена, у 9,8 % пациенток труба была непроходимой в ампулярном отделе. У 32,1 % женщин, которым сальпинготомическое отверстие не ушивали, маточная труба была проходима, у 27,7 % пациенток — прохо-

димось трубы нарушена, у 30,5 % — труба непроходима и у 9,7 % больных сформировался трубно-перитонеальный свищ. Почти у 90 % женщин проходимость оперированной маточной трубы не нарушена после выдавливания плодного яйца из фимбриального отдела, у остальных женщин, которым выполнена подобная операция, проходимость трубы нарушена по типу фимоза.

Наступление беременности у обследованных пациенток наблюдалось в 45,9 % случаев, у 26 (29,8 %) женщин беременность была маточной, а у 14 (16,1 %) наступившая беременность была вновь внематочной. В результате проведенной терапии отмечено большее число случаев наступления маточной беременности у женщин с прогрессирующей трубной беременностью, перенёсших сальпинготомию и сальпингорафию, по сравнению с женщинами, которым при данной патологии выполнена коагуляция ложа без ушивания сальпинготомического отверстия.

Заключение

Таким образом, применение лапароскопической диагностики позволило объективно определить состояние матки, яичников, маточных труб, объём кровопотери, локализацию эктопического плодного яйца и провести органосохраняющую хирургическую коррекцию выявленной патологии. Выполнение эндоскопической сальпинготомии с ушиванием дефекта при истмической и ампулярной локализации плодного яйца и выдавливание плодного яйца при его локализации в фимбриальном отделе позволяет улучшить результаты хирургического лечения внематочной беременности в плане послеоперационной фертильности. Данные оперативные вмешательства следует внедрять в широкую клиническую практику для лечения пациенток с внематочной трубной беременностью.

ЛИТЕРАТУРА

1. Эндоскопия в диагностике, лечении и мониторинге женских болезней / Под ред. В. И. Кулакова, Л. В. Адамян. М., 2000. С. 5—11
2. Савельева Г. М., Богинская Л. Н., Бреусенко В. Г. и др. Профилактика спаечного процесса после хирургических вмешательств у гинекологических больных в репродуктивном периоде // Акуш. и гинекол. 1995. № 2. С. 36—39.
3. Roussos D., Panidis D., Matalliotakis I. Factors that may predispose to rupture of tubal ectopic pregnancy // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 2000. Vol. 89, № 1. P. 15—17.
4. Чернецкая О. С., Палади Г. А. Современные аспекты развития, диагностики и лечения внематочной беременности: Обзор // Акуш. и гинекол. 1999. № 1. С. 3—4.
5. Цраева И. Б., Волков Н. И., Корнеева И. Е. и др. Роль оперативной лапароскопии в восстановлении репродуктивной функции у женщин с трубной беременностью // Пробл. репродукции. 1999. № 2. С. 45—47.
6. 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. Vol.72, № 1. P. 1—6.

Rybnikov S. V., Evtushenko I. D.

Endosurgical bodieskeeping treatment women suffering from progressive tubal pregnancy

In 87 female patients to whom salpingotomy and salpingorrhaphy had been performed, tubal patency was found; in 12,2 % — tubal patency was laboured; in 9,8 % of patients there was an obstruction of the ampullar tube. In 32,1 % of women, to whom salpingotomic orifice was not sutured, tubal patency was found; in 27,7 % of patients tubal patency was disturbed; in 30,5 % the fallopian tube was obstructed and in 9,7 % of patients tubo-peritoneal fistula formed. In 90 % of women patency of operated fallopian tube was not disturbed after the fetal ovum had been squeezed out of the fimbrial region; in other women tubal patency was disturbed by phimosis. Performance of endoscopic salpingotomy with suture of the defect at isthmial and ampullar location of the fetal ovum and squeezing out of the fetal ovum at its location in the fimbrial region helps to increase the efficiency of surgical treatment of the ectopic pregnancy.

Keywords: ectopic pregnancy, endosurgery, salpingotomy.