

ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Р.А. Вахитов, В.М. Галков, Р.М. Ахтямов, В.В. Галков

Республиканская клиническая больница (главрач — Р.Г. Фатихов) МЗ РТ

Внематочная беременность (ВБ) любой локализации — это абсолютное показание для оперативного вмешательства, поскольку она является причиной внутрибрюшного кровотечения и представляет угрозу для жизни женщин детородного возраста. Успешному ее устранению способствуют ранняя диагностика и своевременное оказание оперативной помощи.

Диагностика ВБ, особенно в ранние сроки, может быть затруднительна. Для постановки правильного диагноза имеют значение анамнез, клинические данные, тесты на беременность, ультразвуковое обследование. УЗИ может выявить наличие плодного яйца в маточной трубе, исключить или подтвердить маточную беременность, хотя и случаются диагностические ошибки: или в пользу гипердиагностики или ошибочного исключения ВБ вследствие малого срока беременности.

В нашей практике мы убедились в том, что такой широко распространенный метод подтверждения прервавшейся ВБ, как пункция заднего свода, малоинформативен и уступает по своей значимости лапароскопической диагностике.

В гинекологическом отделении РКБ, являющемся клинической базой кафедры акушерства и гинекологии № 1 Казанского государственного медицинского университета, методом лапароскопической хирургии с февраля 1994 г. по август 1997 г. было прооперировано 248 женщин в возрасте от 18 до 41 года с трубной беременностью. Среди них было 139 (56,1%) женщин с ВБ, прервавшейся по типу трубного аборта, 96 (38,7%) — с прогрессирующей трубной беременностью, 9 (3,6%) — с прервавшейся ВБ и последующим образованием заматочной гематомы. За тот же период методом лапаротомии проведено 9 операций при остро прервавшейся ВБ и развитии геморрагического шока.

Предварительный диагноз трубной беременности был поставлен на основании клинико-анамнестических данных с использованием в качестве вспомогательных методов диагностики тестов на хорионический гонадотропин человека и ультразвукового исследова-

ния. Обследование завершалось диагностической лапароскопией, позволявшей устанавливать правильный диагноз, а значит, выбирать адекватную тактику лечения — оперативное пособие.

Для этой цели были использованы эндоскопическая аппаратура и инструментарий фирмы “Эндомедиум”. Операции проводили под колющим или сомбревиновым внутривенным наркозом. Необходимости перехода на интубационный наркоз не было. Время операции колебалось от 25 минут до одного часа.

При прервавшейся трубной беременности производили санацию, удаляли сгустки и жидкую кровь для лучшего визуального контроля. После уточнения локализации трубной беременности, в зависимости от объективной картины, дифференцировали характер оперативного вмешательства. При выраженной деформации маточной трубы (нарушение целостности стенки, большие размеры плодного яйца) выполняли радикальную операцию (ее удаление) у 155 (62,5%) пациенток, у которых были дети и, следовательно, они не нуждались в сохранении детородной функции. У 93 (37,5%) пациенток было произведено консервативное вмешательство — удаление пораженного отдела с сохранением неповрежденной части маточной трубы; при малых размерах плодного яйца — рассечение расширенного участка и эвакуация плодного яйца или при его расположении близко к ампулярному отделу — удаление методом выдавливания сгустка из просвета трубы в сочетании с ретроградной аквадиссекцией, без нарушения целостности маточной трубы.

У женщин в возрасте старше 30 лет, имеющих 2 и более детей, по их желанию удалили не только пораженную, но и здоровую маточную трубу.

В 10 случаях локализация плодного яйца была под сомнением из-за малого срока беременности и неярко выраженной объективной картины в виде расширения участка маточной трубы, синюшности и кровянистых выделений из ампулярного отдела на фоне положительного теста на беременность. При этом мы проводили сравнительный визуальный осмотр обеих маточных труб

с рассечением подозрительного участка с последующей эвакуацией сгустка: иссечение маточной трубы монополярным электродом с помощью десектора или Г-образного электрода. При гистологическом исследовании материала во всех этих случаях были обнаружены ворсины хориона. При необходимости для проверки проходимости маточных труб заключительным этапом проводили хромогидротубацию раствором индигокармина.

При больших размерах плодного яйца во избежание его раздавливания при эвакуации из брюшной полости применяли полиэтиленовый контейнер, наляемый через переднюю брюшную стенку или через заднее кольпотомное отверстие, а также через 10—12-миллиметровый боковой троакар.

Санацию малого таза и брюшной полости проводили стерильным физиологическим раствором в объеме от 400 до 1200 мг с последующей эвакуацией промывной жидкости электроотсосом.

При большой кровопотере для профилактики образования заматочной гематомы дренировали малый таз из отверстия 5-миллиметровым троакаром. Дренажи удаляли на 2—4-й день после прекращения отделяемого. Необходимости в лапаротомии не возникало. Осложнений в виде инфильтратов в передней брюшной стенке и в малом тазу не наблюдалось. Однако в нашей практике было 2 случая релапароскопии по поводу заматочной гематомы, что потребовало санации с последующим повторным дренированием малого таза. В дальнейшем послеоперационный период протекал без осложнений.

Обычно больных выписывают на 3-й день после операции. При необходимости сохранения детородной функции мы проводили начальный этап реабилитационного физиотерапевтического лечения, что продлевало сроки послеоперационного лечения в среднем до 7—10 дней. На кожу накладывали кетгутые швы, которые не надо было в дальнейшем удалять.

ВЫВОДЫ

1. Внедрение в клиническую практику лапароскопической техники позволило почти полностью исключить лапаротомию в случаях ВБ, за исключением неотложных состояний (остро прервавшаяся ВБ с развитием геморрагического шока).

2. Традиционно принятый метод подтверждения диагноза прервавшейся ВБ путем пункции заднего свода в на-

шей повседневной практике полностью уступил место лапароскопической диагностике ввиду чрезвычайно малой информативности первого.

3. Лапароскопия является оптимальным методом диагностики внематочной беременности. В сжатые сроки можно поставить точный диагноз, что способствует выбору адекватного лечения. Для предварительного диагноза желательно иметь данные УЗИ и знать содержание хорионического гонадотропина человека (ХГЧ).

4. Лапароскопическая операция удачно совмещает в себе первоначальный диагностический этап и последующее оперативное вмешательство, которое, если необходимо, может быть тут же проведено. При этом возможность использования традиционной лапаротомии не исключается.

5. С целью сохранения детородной функции необходимо максимально щадить маточную трубу для возможности проведения в последующем второго этапа реконструктивных пластических операций на маточных трубах при бесплодии.

6. При прерванной внематочной беременности необходимо дренирование малого таза. В других случаях постановка дренажа не является обязательной.

7. В случаях удаления плодного яйца с сохранением маточной трубы в послеоперационном периоде желателен контроль за снижением титра ХГЧ.

8. Для закрепления эффекта целесообразно проведение начального этапа физиотерапевтической реабилитации в условиях стационара в течение 7—10 дней.

9. Щадящая техника, широкие оперативные возможности эндоскопической технологии, благодаря которым пациентки быстро выздоравливают, причем с выраженным косметическим эффектом, являются ее бесспорными преимуществами по сравнению с традиционной лапаротомией и привлекают к ней заслуженное внимание как к перспективному и предпочтительному оперативному вмешательству.

Поступила 19.09.97.

ENDOSURGICAL APPROACHES IN THE TREATMENT OF EXTRAUTERINE PREGNANCY

R.A. Vakhitov, V.M. Galkov, R.M. Akhtyamov, V.V. Galkov

S u m m a r y

The practical experience of the use of endoscopic surgery in 248 patients with extrauterine pregnancy is given. It is concluded that a wide introduction of this method just as diagnostically so operatively is necessary in gynecologic practice.