

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ МЕТОДОМ

А.И. Будаев, В.С. Горин, А.П. Шин, С.В. Рыбников

Кафедра акушерства и гинекологии (зав. — проф. В.С. Горин) Новокузнецкого института усовершенствования врачей, Дорожная больница ст. Тынды Амурской области

Внематочная беременность (ВБ) любой локализации всегда является абсолютным показанием к оперативному вмешательству, при котором, как правило, производят чревосечение с удалением маточной трубы [2, 4]. Удаление даже одной маточной трубы в 70—80% случаев обуславливает развитие вторичного бесплодия, эндокринных расстройств, повышает риск возникновения ВБ в оставшейся маточной трубе, а также ведет к развитию послеоперационного спаечного процесса [3, 5, 7].

Имеющиеся методы диагностики ВБ, особенно в ранние сроки, могут привести, или к гипердиагностике, или к ошибочному исключению ВБ вследствие малого срока беременности [1, 7, 8]. Этим недостатком лишен метод лапароскопической диагностики: он уменьшает объем оперативного вмешательства и операционной травмы, тяжесть послеоперационных осложнений, сокращает сроки госпитализации и длительность общей нетрудоспособности [1, 3, 4]. Широко используемые в последние 10—15 лет методы эндоскопического лечения позволяют проводить реконструктивные операции на маточных трубах [6, 7]. Но для эндохирургического лечения, тем более для проведения пластической операции, необходима своевременная диагностика эктопической беременности. Поздняя постановка диагноза увеличивает массивность кровопотери и приводит пораженную маточную трубу к таким анатомическим изменениям, когда сохранение ее невозможно [4, 7]. Использование какого-либо одного из диагностических методов не позволяет с абсолютной точностью поставить диагноз, в то время как комплексная оценка всех клинических и дополнительных методов диагностики (трансвагинальное ультразвуковое сканирование, аспира-

ция жидкости из прямокишечно-маточного пространства, гистеросальпингография, определение В-субъединиц хорионического гонадотропина в сыворотке крови) могут повысить точность диагноза до 96,7% [4]. Хирургу-эндоскописту необходимо выяснить, можно ли сохранить маточную трубу, определить способ эвакуации трофобласта, остановки интраоперационного кровотечения, восстановления целостности стенки маточной трубы [3, 4].

С 1985 по 1998 г. в гинекологическом отделении ст. Тынды были выполнены 242 лапароскопические операции при трубной беременности. Среди 242 женщин в возрасте от 18 до 42 лет было 126 (52,1%) пациенток с нарушенной трубной беременностью по типу трубного аборта, 84 (34,7%) — с прогрессирующей трубной беременностью, 32 (13,2%) — с нарушенной трубной беременностью и образованием перитубарной гематомы. За этот же период методом лапаротомии были прооперированы 24 женщины с разрывом маточной трубы и клиникой геморрагического шока.

Предварительный диагноз ВБ был поставлен на основании клинико-анамнестических данных, трансвагинальной эхографии, радиоиммунологического тестирования В-субъединицы хорионического гонадотропина в сыворотке крови. Как правило, обследование завершалось диагностической лапароскопией, позволяющей установить правильный диагноз и избрать рациональную тактику лечения больной. Для производства лапароскопии и эндохирургических операций был использован инструментарий и эндоскопическая аппаратура фирмы “Karl Storz” и “Olympus”. Операции проводили под внутривенным наркозом (сомбревин или каллипсол), и лишь в единичных случаях возникла необходи-

мость перейти на интубационный наркоз. Длительность операции колебалась от 20 минут до одного часа.

Среди прооперированных было 12 первобеременных, все остальные были повторнобеременные. Роды в анамнезе были у 89, самопроизвольные и искусственные аборт — у 78, первичное бесплодие — у 24, вторичное — у 23. Воспалительные процессы придатков и матки в анамнезе были у всех больных. 12 женщин в прошлом перенесли операцию по поводу трубной беременности.

При поступлении в стационар типичный болевой синдром был выявлен у 117 (48,3%) больных, кровянистые выделения из половых путей после задержки менструации — у 152 (62,8%). Ультразвуковое исследование было проведено всем больным, пункция брюшной полости через задний свод влагалища — 26, диагностические выскабливание полости матки — 16.

Во время лапароскопии при нарушенной трубной беременности санировали брюшную полость, удаляли сгустки крови и жидкую кровь для лучшего визуального контроля. После уточнения локализации трубной беременности дифференцированно избирали характер оперативного вмешательства. При выраженной деформации маточной трубы (нодозный сальпингит, разрыв маточной трубы неправильной формы, большие размеры плодного яйца) ее удалили у 159 (65,7%) пациенток, имевших детей и не заинтересованных в сохранении детородной функции. У 87 (35,9%) пациенток было осуществлено консервативное вмешательство, то есть удаление поврежденного участка трубы с сохранением здоровой ее части. При малых размерах плодного яйца произведены рассечение расширенного участка и эвакуация плодного яйца при его расположении в ампулярном отделе методом выдавливания сгустка из просвета трубы либо вакуум-аспирация плодного яйца из просвета трубы в сочетании с ретроградной гидротубацией. Обязательным условием для этого была целостность маточной трубы.

Наибольшее внимания из органосохраняющих операций заслуживает вакуум-аспирация плодного яйца из про-

света маточной трубы. Было выполнено 29 таких операций, когда плодное яйцо располагалось в ампулярном отделе маточной трубы. Вакуум-аспирацию осуществляли с помощью полиэтиленового катетера, подключенного к отсосу. Давление вакуум-асpirатора доводилось до 0,4—0,6 атм. После вакуум-аспирации не было отмечено ни одного случая кровотечения из маточной трубы. В послеоперационном периоде у всех женщин были выполнены гистеросальпингография и кимопертубация. Прходимость маточных труб и их сократительная активность у всех женщин были сохранены. Это свидетельствует о том, что данный метод среди органосохраняющих операций при внематочной беременности является одним из самых перспективных.

Следующий метод органосохраняющей операции, использованный нами, — это резекция участка маточной трубы с наложением тубо-тубарного анастомоза. Таких операций произведено 32. Данный метод предусматривает иссечение маточной трубы в том участке, где произошла имплантация плодного яйца. Технически он несложен при наличии оптического, микрохирургического инструментария и атравматического шовного материала. Участок маточной трубы с плодовместилищем удаляли следующим образом: прошивали брыжейку маточной трубы на уровне резекции, резецировали участок маточной трубы, анастомоз накладывали двухрядными отдельными швами (этикон 7-0) на полиэтиленовом катетере. По окончании наложения анастомоза протектор извлекали. Осложнений во время операции и в послеоперационном периоде не было.

У женщин старше 30 лет, имеющих 2 и более детей, по их желанию производили стерилизацию путем удаления второй маточной трубы или наложения клипс на трубу.

В нескольких случаях точная локализация плодного яйца была сомнительна из-за малого срока беременности и невыраженной макроскопической картины в виде расширения участка трубы, синюшности и кровянистых выделений из ампулярного отдела маточной трубы. В этих случаях проводили сравнительный

визуальный осмотр обеих маточных труб, рассечение участка, где предполагалась локализация плодного яйца, эвакуация сгустка, гистологическое исследование материала для выявления ворсин хориона. При больших размерах плодного яйца эвакуацию его производили через 10—12-миллиметровый боковой троакар.

Анализ данных ревизии органов малого таза во время операции у 112 из 242 пациенток показал наличие перитубарных спаек, потребовавших сальпинголизиса. Особенно был выражен спаечный процесс в малом тазу (трубные плоскостные спайки) у 7 больных, перенесших аппендэктомию и перитонит.

25 больным попутно была сделана клиновидная резекция яичников по поводу поликистоза. Кисты яичника были удалены у 20 больных. 11 пациенткам произведена консервативная миомэктомия по поводу субсерозных миоматозных узлов.

Брюшную полость санировали стерильным физиологическим раствором в объеме от 400 до 1000 мл с последующей эвакуацией промывной жидкости электроотсосом. При кровопотере более 500 мл малый таз дренировали 5-миллиметровым троакаром. Дренажи удаляли на 3-й день после прекращения выделения экссудата.

Больных выписывали на 3—4-й день после операции. Поздняя выписка больных была связана с выполнением реабилитационных мероприятий по восстановлению детородной функции.

Для уточнения характера изменений в брюшной полости у 21 больной после операций через 1,5—2 месяца была проведена динамическая лапароскопия, при которой спаечных изменений вокруг оперированной трубы не обнаружилось.

Таким образом, внедрение в клиническую практику эндохирургических методов позволило почти полностью исключить лапаротомию при трубной беременности, за исключением случаев, сопровождающихся клиникой геморрагического шока. Эндоскопическое

органосохраняющее лечение трубной беременности возможно при размере маточной трубы не более 5 см при отсутствии выраженных изменений стенок трубы и перитубарной гематомы. Лапароскопическое лечение трубной беременности в 1,5—2 раза сокращает число дней лечения в стационаре и дней нетрудоспособности, позволяет сохранить маточную трубу, не ведет к образованию спаечного процесса и, видимо, не оказывает отрицательного влияния на последующую детородную функцию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вахитов Р.А., Галков В.М., Ахтямов Р.М., Галков В.В.//Казанский мед.ж. — 1998. — № 2. — С. 442—443.
2. Грязнова И.М. Внематочная беременность. — М., 1980.
3. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И. Оперативная лапароскопия в гинекологии. — М., 1995.
4. Стрижаков А.Н., Подзолкова Н.М. Гнойные воспалительные заболевания придатков матки. — М., 1996.
5. Эндоскопия в гинекологии/. Под ред. Савельевой Г.М. — М., 1983.
6. Nael S.A.// J. Obstet. Gynaecol. — 1983. — Vol. 4. — P. 45—50.
7. Reich H., Frejfield M.L., Mc Glynn F., Reich E.// Obstet. et Gynaecol. — 1987. — Vol. 69. — P. 275.
8. Rubin G.L., Paterson H.B., Dorfman S.P. et al.// J.A.M.A. — 1983. — Vol. 240. — P. 1725—1729.

Поступила 12.05.99.

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF TUBAL PREGNANCY BY THE ENDOSCOPIC METHOD

A.I. Budaev, V.S. Gorin, A.P. Shin, S.V. Rybnicov

S u m m a r y

As many as 242 women with extrauterine pregnancy were operated using the endoscopic method. The removal of uterine tube was carried out in 157 women with pronounced changes of uterine tube, the reconstructive operation with preserving of the tube was carried out in 87 women. The removal of fetal ovum was carried out by squeezing or vacuum-aspiration with the following retrograde hydrotubation. The tube part was removed with application of tubotubar anastomosis in 32 women. Hysterosalpingography and kymotubal insufflation showed the efficiency of organ saving operations. The use of endosurgical treatment methods of extrauterine pregnancy made it possible to avoid laparotomy in tubal pregnancy excluding hemorrhagic shock cases.