

УДК 618.312:617-089

© Коллектив авторов, 2013.

ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

С. С. Аникин, А. Н. Рыбалка, В. А. Заболотнов, И. В. Лившиц

Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии (зав. – профессор А. Н. Рыбалка), Государственное учреждение «Крымский государственный медицинский университет имени С. И. Георгиевского»; 95000, Украина, г. Симферополь, бул. Ленина, 5/7; E-mail: ssanikin@rambler.ru

THE CHOICE OF METHOD OF SURGICAL TREATMENT OF ECTOPIC PREGNANCY
S. S. Anikin, A. N. Rybalka, V. A. Zabolotnov, I. V. Livshits

SUMMARY

Different methods of surgical treatment of ectopic pregnancy and their effect on women's reproductive health have been comprehensively analyzed. The analysis of domestic and world literature on this issue is presented. An estimation is given to the most meaningful conditions for providing conservative surgical therapy to patients with ectopic pregnancy. A statistical analysis of 135 cases with this pathology is presented; conclusions are made about the benefits of using laparoscopic technique instead of large open abdominal incision.

ВИБІР МЕТОДУ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ТРУБНОЇ ВАГІТНОСТІ
С. С. Анікін, А. М. Рибалка, В. О. Заболотнов, І. В. Лівшиц

РЕЗЮМЕ

Всебічно проаналізовані різні методи хірургічного лікування трубної вагітності, їх вплив на стан репродуктивного здоров'я жінок. Представлений аналіз вітчизняної та світової літератури з вивченої проблеми. Дана характеристика найбільш важливим умовам для виконання консервативних операцій з приводу позаматкової вагітності. Клінічним матеріалом були 135 жінок з даною патологією, представлені переваги щодо використання методу відеолапароскопії перед лапаротомним доступом.

Ключевые слова: трубная беременность, хирургическое лечение, лапароскопия, репродуктивное здоровье женщин.

Внематочная беременность (ВБ) остается одной из наиболее актуальных проблем современного акушерства и гинекологии. Представляя серьезную угрозу здоровью и жизни женщины, эктопическая беременность опасна и своими отдаленными последствиями, такими как развитие спаечной болезни органов малого таза, рецидив внематочной беременности, формирование вторичного бесплодия [2]. Стойкое сохранение тенденции роста частоты ВБ среди молодых нерожавших женщин, с одной стороны, процессы депопуляции и старения населения в Украине, с другой стороны, требуют усовершенствования, оптимизации и стандартизации помощи пациенткам с эктопической беременностью с целью сохранения и улучшения показателей репродуктивного здоровья.

Несмотря на то, что в современной практике по-прежнему применяется консервативный метод лечения ВБ, в настоящее время общепринятым является хирургическое лечение данной патологии [3]. Оперативная помощь может быть оказана как лапаротомическим, так и лапароскопическим доступом. Выбор доступа зависит от оснащения клиники, соответствующей подготовки и квалификации хирурга, состояния пациентки. Единственным

абсолютным противопоказанием к малоинвазивному доступу является геморрагический шок, требующий быстрого и широкого доступа в брюшную полость. Наложение пневмоперитонеума в таком состоянии лишь усугубит прогноз [1].

«Золотым» стандартом оказания помощи женщинам с ВБ принято считать лапароскопическую хирургию, среди преимуществ которой, в сравнении с лапаротомическим доступом, следует выделить сокращение длительности операции и послеоперационного периода, раннее восстановление работоспособности, уменьшение частоты развития спаечного процесса в послеоперационном периоде, лучший косметический эффект [7]. Использование малоинвазивных технологий позволило разработать и усовершенствовать ряд реконструктивно-пластических операций на маточных трубах, позволяющих восстановить фертильную функцию пациенток. Внедрение в практику малоинвазивных технологий позволило сократить количество операций с лапаротомическим доступом по поводу ВБ до 7-8% в клиниках, оснащенных современным лапароскопическим оборудованием и имеющих подготовленных специалистов [5].

Решение вопроса о проведении радикальной или органосохраняющей операции индивидуально, тре-

бует оценки конкретной клинической ситуации. Возможность сохранения маточной трубы определяется характером оперативного доступа, репродуктивными планами пациентки на будущее, морфологическими изменениями стенки трубы [12]. При повторной беременности в ранее оперированной трубе по поводу ВБ или после реконструктивно-пластических операций по поводу трубно-перитонеального бесплодия, локализации плодного яйца в интерстициальном отделе маточной трубы, выраженном спаечном процессе органов малого таза предпочтение отдается проведению сальпингэктомии [6].

Как при прогрессирующей, так и при прервавшейся трубной беременности (ТБ) возможно выполнение следующих оперативных вмешательств – сальпингоовариоэктомия, сальпингэктомия, выдавливание плодного яйца, сальпинготомия, рассечение маточного угла, сегментарная резекция трубы [9]. Сальпингоовариоэктомия при наличии неизмененного яичника представляет только исторический интерес. В прошлом же при наличии неизмененных придатков матки с противоположной стороны применялся именно этот вид оперативного вмешательства. В настоящее время удаление нормального яичника считается неоправданным. Это связано с активным развитием вспомогательных репродуктивных технологий, для которых необходимо максимальное сохранение и восстановление генеративного потенциала. Сальпингэктомия в настоящее время считается методом выбора при лечении ВБ. Наиболее оптимально ее выполнение для лечения прервавшейся трубной беременности (ТБ) при присоединении массивного кровотечения [10]. При значительных патологических изменениях другой трубы (гидросальпинкс, сактосальпинкс) рекомендуется двухсторонняя сальпингэктомия. Возможность ее выполнения с целью профилактики повторной ВБ необходимо заранее обговаривать с пациенткой и получить согласие на указанный объем оперативного вмешательства.

Развитие и улучшение методов диагностики, а также стандартизация и внедрение общеобязательных алгоритмов ведения пациенток с ВБ позволили увеличить число диагностируемых прогрессирующих ВБ. При обнаружении у больной прогрессирующей ТБ возможно применение более щадящих методов лечения, чем при прервавшейся. Выдавливание плодного яйца («milking») возможно у больной с прогрессирующей ТБ при локализации плодного яйца в ампулярном или фимбриальном отделе маточной трубы [4]. Недостатком этого метода считается высокая вероятность повторного возникновения ТБ. Альтернативным методом является проведение продольной сальпинготомии. После удаления плодного яйца разрез обычно не ушивают. Если ворсины хориона не прорастают в мышечную оболочку трубы можно ограничиваться её выскабливанием [8]. Рассечение маточного угла производят при локализации

плодного яйца в интерстициальном отделе [11]. При сегментарной резекции маточной трубы удаляют сегмент, несущий плодное яйцо, после чего выполняют анастомоз двух концов трубы. При невозможности выполнения сальпинго-сальпингоанастомоза возможна перевязка обоих концов с наложением анастомоза позднее [3].

Кроме оперативного вмешательства по поводу ВБ, при наличии сопутствующей патологии органов малого таза, рекомендована симультанная ее коррекция – сальпингоовариолизис, коагуляция очагов эндометриоза, удаление кист яичников [5].

При проведении консервативно-пластических операций следует опасаться возможных осложнений: трансплантации частей хориона, оставшихся после его неполного удаления, в сальник и органы брюшной полости, что может привести к возникновению в последующем хорионэпителиомы. В связи с этим после органосохраняющих операций по поводу ВБ необходимо проводить контроль на присутствие пролиферирующего трофобласта. С этой целью рекомендовано определение хорионического гонадотропина (ХГ) в крови каждые 48 часов в динамике, начиная с 3-го дня после операции, до снижения его уровня ниже 10 мМЕ/мл. Если концентрация ХГ в крови через 2 дня после операции снижается в 2 раза и более по сравнению с дооперационной, то лечение можно считать успешным. Двухдневный показатель ХГ, превышающий 50% начального, либо стабильная концентрация ХГ без снижения является основанием для назначения цитостатика метотрексата по схеме 1 мг/кг массы тела, блокирующего пролиферацию клеточных элементов. В некоторых случаях требуется повторное введение препарата в той же дозе. Для более полного контроля необходимо сочетать динамический мониторинг ХГ в крови с эхографией органов малого таза и цветовым доплерокартированием, что позволяет объективно оценить полноценность элиминации хориона. Неэффективность лечения является показанием к радикальной операции [1, 11]. После органосохраняющих операций, в том числе при единственной маточной трубе, риск повторной эктопической беременности существенно повышается. Однако частота маточной беременности после консервативно-пластических операций выше, чем в результате использования вспомогательных репродуктивных технологий [8].

Высокая вероятность повторной эктопической nidации плодного яйца после консервативных операций по поводу ТБ диктует необходимость совершенствования методов органосберегающего лечения и послеоперационной реабилитации, отсроченного исследования состояния труб после органосохраняющего лечения для выделения группы больных высокого риска возникновения повторной ВБ. Последовательное использование хирургических методов и вспомогательных репродуктивных технологий в

несколько раз увеличивает частоту восстановления фертильности [7].

Цель исследования – сравнение преимуществ и недостатков лапароскопического и лапаротомического доступов при ТБ.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Нами проведен анализ 135 случаев у пациенток, прооперированных по поводу ВБ. У 105 женщин была использована эндоскопическая хирургия – группа №1; у 30 пациенток был применен лапаротомный доступ – группа №2. Обе группы были репрезентативными по возрасту, росту-весовым показателям, социальному статусу; с одинаковой частотой указывали на перенесенную экстрагенитальную и гинекологическую патологию; были преимущественно жителями города, в основном домохозяйки; в большинстве случаев находились в официально зарегистрированном браке. Выбор хирургического доступа определялся оснащением клиники, в которой проводилось лечение, а не медицинскими показаниями, что позволяет при сравнении получить более достоверный результат.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Средняя продолжительность операции при использовании малоинвазивных технологий составила 31,7 минуты, при лапаротомическом доступе – 41,2 минуты. Средняя продолжительность пребывания в стационаре после операции в первой группе составила 1,88 к./дней, при этом в 29,52% случаев нахождение в клинике ограничилось 1 к./днем, в 58,10% – 2 к./дня, в 7,62% – 3 к./дня, в 4,76% – 4 к./дня. Средняя продолжительность пребывания в стационаре после операции во второй группе составила 6,53 к./дней, при этом в 16,67% случаев нахождение в отделении продолжалось 9 к./дней, в 30,01% – 7 к./дней, в 40,00% – 6 к./дней, в 13,33% – 4 к./дня. Таким образом, среднее количество дней нахождения в стационаре при лапаротомном доступе оказалось в 3,5 раза продолжительнее группы лапароскопической хирургии.

Хирургическое лечение при прогрессирующей ВБ проводилось в 43,20% в первой группе и в 39,40% – во второй. Прервавшаяся ВБ составила 56,80% и 60,60% соответственно. По локализации плодного яйца в маточной трубе группы распределились следующим образом: ампулярный отдел – 78,10% и 73,33%, истмический – 16,19% и 20,00%, фимбриальный – 5,71% и 6,67% соответственно. Выполнение радикальной операции в первой группе составило 54,30%, во второй – 90,00%. Выполнение органосохраняющего хирургического вмешательства оказалось возможным в 45,71% случаев при использовании эндоскопических методов, и лишь в 10,00% – при лапаротомном доступе. Среди консервативных видов оперативного лечения основную долю составили

операции сальпинготомии, эвакуации плодного яйца выдавливанием и аспирации плодного яйца при его расположении в фимбриальном отделе маточной трубы.

Также следует отметить, что при применении лапароскопической хирургии оказалось возможным в 41,00% случаев провести коррекцию сопутствующей патологии органов малого таза: адгезиолизис, сальпингоовариолизис, консервативную миомэктомию, цистэктомию, вапоризацию и иссечение очагов эндометриоза. Во второй группе симультанное проведение лечения сопутствующей патологии органов малого таза было проведено всего у 13,33% пациенток.

ВЫВОДЫ

Наши исследования полностью подтвердили то, что:

1. Неоспоримым преимуществом является использование малоинвазивных технологий в лечении внематочной беременности при условии адекватного оснащения клиник соответствующим оборудованием и высокой квалификационной подготовке специалистов.

2. Средняя продолжительность операции методом видеолапароскопии более, чем на 20% короче в сравнении с лапаротомическим методом; средняя продолжительность пребывания в стационаре после операций в 3,5 раза меньше; возможность сохранения маточной трубы в 4,6 раза выше; одновременное лечение сопутствующей патологии органов малого таза осуществляется в 3,1 раза чаще, чем при лапаротомических операциях.

Дальнейшие исследования необходимо сосредоточить на разработке и усовершенствовании реконструктивно-пластических операций на маточных трубах; профилактике, выявлении и лечении спаечного процесса после операций; восстановлении репродуктивного здоровья.

ЛИТЕРАТУРА

1. Волосовський П. Р. Клініко-морфологічні особливості позаматкової вагітності / П. Р. Волосовський // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2009. – Т. 71, № 5. – С. 71–73.
2. Волосовський П. Р. Фактори ризику ектопічної вагітності / П. Р. Волосовський // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2009. – Т. 71, № 3. – С. 70–72.
3. Гуриев Т. Д. Внематочная беременность: этиология, патогенез, диагностика, лечение, классификация : учеб. пособие для системы послевуз. проф. образования врачей / Т. Д. Гуриев, И. С. Сидорова. – М. : Практическая медицина, 2007. – 94 с.: ил., табл. – (Практическая гинекология).
4. Каушанская Л. В. Особенности клинического течения внематочной беременности / Л. В. Каушанская // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2008. – Т. 8, № 4. – С. 59–61.

5. Мартинова Л. І. Клініко-діагностичні аспекти позаматкової вагітності / Л. І. Мартинова // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2002. – № 1. – С. 52–54.
6. Мартинова Л. І. Сучасні методи діагностики ектопічної вагітності / Л. І. Мартинова // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2003. – № 1. – С. 86–88.
7. Петрова Е. В. Внематочная беременность в современных условиях / Е. В. Петрова // Акушерство и гинекология. – 2008. – № 1. – С. 31–33.
8. Современные аспекты внематочной беременности / А. Н. Рыбалка, Ю. К. Памфамиров, В. А. Заболотнов [и др.] // Здоровье женщины. – 2009. – № 3 (39). – С. 21–26.
9. Хирургическое лечение больных трубной беременностью: обоснование дифференцированного подхода и отдаленные результаты / А. Н. Стрижаков, А. И. Давыдов, М. Н. Шахламова [и др.] // Аналы хирургии. – 2002. – № 1. – С. 23–27.
10. Чернецкая О. С. Современные аспекты развития, диагностики и лечения внематочной беременности / О. С. Чернецкая, Г. А. Палади // Акушерство и гинекология. – 1999. – № 1. – С. 3–4.
11. Cracia C. Diagnosing ectopic pregnancy: decision analysis comparing six strategies / C. Cracia, K. Barnhart // Obstet. Gynecol. – 2001. – Vol. 97, № 3. – P. 464–470.
12. Kaplan B. C. Ectopic pregnancy: Prospective study with improved diagnostic accuracy / B. C. Kaplan, G. Dart Robert, M. Moskos // Ann. Emergency med. – 1999. – Vol. 28, № 1. – P. 10–17.