

Критерії відбору хворих для органозберігаючих лапароскопічних операцій при трубній вагітності

О.М. ВАВРИНЧУК, О.М. ЮЗЬКО, Т.А. ЮЗЬКО, О.Я. ПЕТРАНИУК

Буковинська державна медична академія

CRITERIA FOR CHOICE OF PATIENTS FOR ORGAN-SAVING LAPAROSCOPIC OPERATIONS AT TUBAL PREGNANCY

O.M. VAVRYNCHUK, O.M. YUZ'KO, T.A. YUZ'KO, O.YA. PETRANIUK

Bucovynian State Medical Academy

Проведено аналіз 200 випадків оперативного лікування хворих з трубною вагітністю. Спеціальному гістологічному дослідженню підлягали маткові труби після тубектомії. В двох групах (по 100 випадків) проведено порівняльний аналіз морфологічних змін залежно від розмірів плодівмістища, стадії спайкового процесу в ділянці придатків матки, візуальних змін маткових труб. Зроблено висновок щодо можливих критеріїв відбору хворих для проведення органозберігаючих операцій з метою збереження репродуктивної функції.

The authors have carried out an assessment of 200 cases of surgical treatment of patients with tubal pregnancy. The uterine tubes were subjected to special histological study following tubectomy. A comparative analysis of morphological changes, depending on the dimensions of a fertal receptacle, the stage of the adhesive process on the site of the uterine appendages, visual changes of the uterine tubes has been performed in two groups (each 100 cases). A conclusion has been made concerning possible criteria of patient choice for performing organ-included saving operations for the purpose of preserving the reproductive function.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Частота жіночої безплідності сягає 15% [1]. Однією з її причин є трубна вагітність [7]. Частота трубної вагітності у жінок з безплідністю зростає [4].

Загальноприйнятим методом лікування трубної вагітності є тубектомія [7]. Але після цієї операції у 70-80 % жінок розвивається вторинна безплідність, а майже у 40 % – різні нейроендокринні порушення [3]. Спроби проводити органозберігаючі операції при трубній вагітності з допомогою класичної хірургії не привели до бажаних результатів у зв'язку з утворенням грубого рубця та деформації труби [2]. Мікрохірургія покращила результати органозберігаючих операцій при трубній вагітності, але вона зберегла недоліки загальної хірургії – підвищену кількість гнійно-запальних ускладнень [6]. В сучасній гінекології основна роль в збереженні репродуктивної функції відведена лапароскопії, яка поєднує в собі елементи та переваги мікрохірургії та загальної хірургії [5].

Продовжуються пошуки оптимального вирішення проблеми органозберігаючих операцій при трубній вагітності. Вирішення цих питань має важливе не тільки медичне, але і велике соціальне значення.

Мета дослідження. Провести аналіз анатомічних критеріїв відбору пацієнток для проведення лапароскопічних органозберігаючих операцій при трубній вагітності.

Матеріали і методи. Ми проаналізували 200 випадків оперативного лікування трубної вагітності. Вік жінок коливався від 16 до 39 років (в середньому 27,5 років), старше 35 років було 32 жінки (16,0 %). Всім пацієнткам виконана тубектомія, у 143 при лапаротомії та у 57 (28,5 %) – при лапароскопії.

Всі пацієнтки поступили в клініку в ургентному порядку, з них у 12 (6,0 %) були нестабільні гемодинамічні показники і вони були прооперовані відразу після поступлення. Іншим 188 (94,0 %) жінкам проведено хірургічне лікування після обсте-

ження. В комплекс обстеження, поряд з клінічними лабораторними методами, були включені УЗД дослідження (89,0%), пункція черевної порожнини через заднє склепіння піхви (95,0%) та гістологічне дослідження зіскрібка ендометрія (10,0%).

Із 143 пацієток, у яких проведена хірургічна лапаротомія, у 102 (71,3%) плідне яйце розташовувалося в істмічному відділі, у 18 (12,6%) – в істмічно-ампулярному, у 23 (16,1%) – в ампулярному. При лапароскопії, відповідно: у 42 (76,7%), 8 (14,0%) та у 7 (7,3%) пацієток. Перенесені раніше операції на органах малого таза були у 69 (34,5%) жінок, спайковий процес діагностовано у 126 (63,0%) пацієток.

Видалені маткові труби досліджували при забарвленні гематоксиліном та еозином або пікрофуксином за методикою Van Gieson. Залежно від розмірів плідного яйця, ступеня деформації маткових труб, порушення топографії органів малого таза, викликаного спайковим процесом, ми розділили аналізовані результати гістології маткових труб на 2 групи. В першу групу було віднесено 100 препаратів маткових труб від жінок, у яких під час операції не було спайкового процесу в ділянці придатків матки, довжина плодоністилика не перевищувала 6 см, а ширина 3-3,5 см, тобто не більше 50% маткової труби. В другу групу віднесені 100 препаратів маткових труб від жінок, у яких розміри плодоністилика були довжиною 8-14 см, товщиною понад 3,5 см, спайковий процес III-IV ст. зі скручуванням та деформацією маткових труб.

Результати дослідження та їх обговорення. В першій групі жінок з трубною вагітністю під час операції діагностовано: спайковий процес в ділянці придатків I-II ступенів у 16 жінок (16%), локалізацію плідного яйця в ампулярному відділі у 84 жінок (84%), розміри якого не перевищували 50% довжини труби. Вік старше 35 років мали 14 жінок (14%), хронічний аднексит тривалістю більше 5 років був у 22 (22%), у 6 (6%) – ерозія шийки матки, 9 жінок (9%) використовували внутрішньоматкову контрацепцію, 7 (7%) – перенесли операції на органах малого таза. У 10 (10%) пацієток цієї групи була відсутня гінекологічна патологія. Тривалість вагітності до поступлення в стаціонар була в межах від 2 до 8 тижнів. У 6 (6%) пацієток внаслідок масивної крововтрати (близько 1000 мл) спостерігався постгеморагічний шок, у інших жінок крововтрата не перевищувала 500 мл.

В другій групі жінок під час операцій у 60% спостерігався спайковий процес III-IV ст. в ділянці

придатків матки, розміри плодоністилика перевищували 50% довжини маткової труби, спостерігалась їх значна деформація. Термін вагітності в цій групі коливався від 4 до 10 тижнів. Старше 35 років було 28 (28%) жінок, хронічні аднексити спостерігались у 38 (38%), причому у більшості по 6-8 років, 32 (32%) жінки в анамнезі мали операції на органах малого таза, у 12 (12%) не було виявлено гінекологічної патології.

Гістологічне дослідження видалених маткових труб у пацієток першої групи свідчило, що на відстані 0,5 см від плодоністилика стінка маткової труби не зазнала суттєвих змін та зберегла свою структуру. Відмічено значний лімфостаз та набряк тканин труби. У більшості (68%) проаналізованих випадків виявлено звужений просвіт маткової труби, часто деформований. Кількість і розміри складок слизової оболонки значно зменшені.

Морфологічні дослідження маткових труб у пацієток другої групи показали, що у них виникає не тільки деформація маткових труб, але і склероз їх стінок, зрощення складок ендосальпінкса, зменшення площі артеріального русла в середній та зовнішній оболонках порівняно з першою групою на 45%, а площини вен в два рази. На відстані 3-5 см від місця імплантації плодового яйця спостерігались морфологічні зміни, які характерні для хронічного запального процесу (95%), ендометріозу (2%) та інфантилізму маткових труб. Поверхнева деструкція маткової труби при позаматковій вагітності у жінок першої групи була у 4%, а в другій – у 5%, первинний розрив труби, відповідно: у 6 та 7% жінок, повне проростання хоріона у 2 та 3% жінок, вторинний розрив труби у 35 та 87% жінок.

Висновки. 1. У половини жінок з трубною вагітністю є можливість провести органозберігаючу операцію з метою збереження репродуктивної функції. 2. Органозберігаюча операція показана жінкам до 35 років при відсутності попередньої гінекологічної патології або давності запального процесу придатків матки не більше 5 років, при терміні вагітності не більше 6 тижнів, при відсутності ознак гострого запалення та стабільних показників гемодинаміки. 3. В той же час анамнестичні, об'єктивні, лабораторні та фізикальні дані є тільки орієнтиром до можливої органозберігаючої операції. Це питання вирішується в процесі оперативного втручання. Операція технічно можлива при довжині плодоністилика не більше 6 см, при спайковому процесі не більше II ст. та при помірній крововтраті.

Перспективним є питання вивчення ефективності лінійної туботомії при трубній вагітності з

різними варіантами відновлення (ушивання, склеювання та ін.) країв рани труби.

ЛІТЕРАТУРА

1. Анохін Л.В., Коновалов О.Е. Эпидемиология бесплодия в браке // Рос.мед.-биол. вестн.– 1998.– № 1 – 2.– С.19 – 22.
2. Стрижаков А.Н., Стругацкий В.М., Шахламова М.Н., Шмелева С.В. Принципы и этапы восстановительной терапии после трубной беременности // Акуш. и гинекол.– 1996.– № 2.– С. 9 – 11.
3. Чеченова Ф.К., Краснопольская К.В. Отдаленные результаты хирургического лечения трубно-перитонеального бесплодия лапароскопическим доступом // Акуш. и гинекол.– 2001.– № 2.– С.40 – 44.
4. Чернецкая О.С., Палади Г.А. Современные аспекты развития, диагностики и лечения внематочной беременности // Акуш. и гинекол.– 1999.– № 1.– С. 3 – 4.
5. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Шахламова М.Н., Клиндухов И.А. Хирургическое лечение больных трубной беременностью: обоснование дифференциального подхода и отдаленные результаты // Анналы хирургии.– 2002.– № 1.– С. 23 – 27.
6. Ma Xiaoxin, Wang Danbo, Wang Jun, Wang Yonglai, Wang Dezhi. Zhongguno yike daxue xuebao // J.China Med. Univ. – 2001.– Vol. 3, № 6.– P. 468-469.
7. Houille C., Mage G., Wattier A., Canis M., Pouly J.L., Manhes H., Bruhat M.A. Therapentque de la grossesse extra-uterine // Concours Med. – 2000.– Vol. 122, № 6.– P. 407 – 411.