

Результаты исследования

В последнее время процесс усложнения операций, выполнением лапароскопическим доступом, сопровождается рядом специфических проблем, которые были изучены в ходе анализа оперативных вмешательств. В таблице представлены виды лапароскопических операций.

| Название операции | количество |
|--------------------------------|-------------|
| Надвлагалищная ампутация матки | 12 (1,7%) |
| Экстирпация матки | 69 (9,5%) |
| Консервативная миомэктомия | 120 (16,6%) |
| Операции на придатках матки | 501 (69,2%) |
| Диагностическая лапароскопия | 22 (3,1%) |
| Всего | 724 |

Отмечается, что продолжительность оперативного лечения варьировала от 20±5,1 мин. до 150±8,4 мин. и зависела не только от вида оперативного вмешательства, но и от наличия спаечного процесса органов малого таза II-III степени.

Экстирпация и ампутация матки проводились у женщин с миомой матки размерами до 12 недель беременности. До 7-8 недель увеличение матки имело место у 22-х пациенток (30,5%), до 9-10 недель – у 31 женщины (43,1%), до 11-12 недель – 19 (26,4%) пациенток. Миома матки сочеталась с эндометриозом в 47% случаях, что имело гистологическое подтверждение.

Суправагинальное удаление матки по поводу миомы проводилось по абдоминальной методике при помощи марцелятора. При экстирпации матки в 69 (9,5%) использовалась методика комбинированной гистерэктомии, когда абдоминальным доступом отсекается связочный аппарат и маточные сосуды, удаление матки проводится через влагалище.

Консервативная миомэктомия произведена 83,3% (120) пациенткам с бесплодием. Величина миоматозных узлов варьировала от 5 мм до 120мм. Узлы размерами 5-20мм – 16,7% (20); от 21-50мм – 49,2% (59); от 51-100мм 25% (30); и более 100мм 9,1% (11).

Операции, проведенные по поводу бесплодия 35,5% (178 пациенток) выявили в 41,9% эндометриозные кисты и эндометриоз брюшины в 20,4% дермоидные кисты, поликистоз яичников в (14,2%), злокачественные новообразования (5%) и др. (18,5%). Все диагнозы подтверждены гистологическим исследованием.

Стоит отметить, что наружный эндометриоз интраоперационно был у 92 (43,6%) пациенток. У всех больных с эндометриозом во время операции иссекали очаги эндометриоза и эндометриозные инфильтраты. Коагуляции подвергались лишь единичные очаги на тазовой брюшине в отсутствие рубцевания подлежащих тканей.

Две пациентки, госпитализированы в послеоперационном периоде на 7 и 10 сутки с признаками мочевого перитонита, ранее оперированы в других клиниках. Показаниями для опера-

тивного вмешательства было бесплодие. Ранение мочеточников не диагностировано в ходе операции т.к. клинические проявления возникли после отторжения коагуляционного струпа.

Причиной возникновения мочевого перитонита (рис 1) послужило ранение мочеточников в ходе удаления очагов эндометриоза, путем коагуляции и при проведении адгезиолизиса из-за спаечного процесса органов брюшной полости. Произведена релапароскопия и установка стента на мочеточники

Ранение кишечника произошло при введении центрального троакара. У пациентки имелся спаечный процесс после перенесенных лапаротомий (3 в анамнезе). Осложнение диагностировано интраоперационно, кишечник ушит лапароскопически. Послеоперационный период протекал без осложнений.

При установке надлобкового троакара отмечено ранение мочевого пузыря. Осложнение было диагностировано в ходе лапароскопии. Мочевой пузырь ушит.

У пациентки с эктопической беременностью, недостаточная коагуляция культи трубы привела к кровотечению. Произведена релапароскопия, коагуляция биполярным коагулятором культи трубы.

Таким образом, лапароскопические операции являются наиболее эффективным и безопасным видом хирургического лечения в гинекологии. Доля осложнений при лапароскопических операциях составила 0,4%, что соответствует данным литературы. Большой процент осложнений (75%) обусловлен спаечным процессом после повторного вхождения в брюшную полость и наличием соматических заболеваний с локализацией очагов близ вышеуказанных органов. Необходим тщательный отбор больных для лапароскопических операций с учетом относительных и абсолютных противопоказаний. Нужен дифференцированный подход к методам гемостаза.

Соблюдение всех правил проведения лапароскопии, опыт хирурга могут позволить минимизировать количество осложнений в ходе операции.

Список литературы:

1. Donnez J. Atlas of operative Laparoscopy and Hysteroscopy/ Third Edition (Encyclopedia of Visual Medicine). Informahelthcare, 2007.
2. Azziz R., Murphy A.A., Powers R.W., Taylor J.) Practical Manual of Operative Laparoscopy and Hysteroscopy.- New York: Springer, 2007.
3. В.И Кулаков, И.Б. Манухин, Г.М. Савельева/Гинекология Национальное руководство, Москва, 2009, стр.164-172.
4. М.М. Высоцкий, И.Б. Манухин, М.А. Дигаева «Анализ причин осложненных операций лапароскопическим доступом у гинекологических пациенток», Эндоскопическая хирургия, 4, 2009, стр -33-36.
5. А. А. Попов, С. Л., Горский, Т. Н. Мананникова, Г. Г. Шагинян. Профилактика осложнений лапароскопической гистерэктомии. Материалы международного конгресса. Лапароскопия и гистероскопия в акушерстве и гинекологии. Москва. 2002, стр 483-484.
6. Barbosa Barros M, Lozano FS, Queral L. Vascular injuries during gynecological laparoscopy—the vascular surgeon's advice. Sao Paulo Med J. 2005 Jan 2;123(1):38-41.

Внематочная беременность

Кесикбаева З.А.

ГКП «Областной перинатальный центр г.Талдыкорган»

Несмотря на достижения современной медицины, внематочная беременность остается весьма серьезной проблемой. В последние 20 лет отмечается увеличение частоты этого осложнения беременности, что обусловлено увеличением числа аборт, воспалительных заболеваний органов малого таза, использованием внутриматочных спиралей, нейроэндокринных нарушений и высоким психоэмоциональным напряжением женщин в XXI веке.

Внематочная беременность (международное название – «эктопическая беременность») – это беременность, при которой

оплодотворенное плодное яйцо имплантируется (прикрепляется) вне полости матки.

В индустриально развитых странах средняя частота внематочной беременности составляет 1,2-1,7 % по отношению к общему числу беременностей. В Казахстане по данным НЦАГиП частота внематочной беременности - 1,4% от всех беременностей. Внематочную беременность относят к состояниям, требующим неотложной медицинской помощи, так как в случае несвоевременной диагностики и без адекватного лечения она может привести к смертельному исходу. В структуре материн-

Табл.1 Частота случаев внематочной беременности за 2009 – 2011 гг. по ГКП «Областной перинатальный центр г.Талдыкорган»

| 2009 год | | | 2010 год | | | 2011 год | | |
|----------|---|---------------------------------------|----------|---|---------------------------------------|----------|---|---------------------------------------|
| Абс. | % от общего количества гинекологич. больных | % от общего кол-ва полостных операций | Абс. | % от общего количества гинекологич. больных | % от общего кол-ва полостных операций | Абс. | % от общего количества гинекологич. больных | % от общего кол-ва полостных операций |
| 143 | 9% | 56% | 102 | 6,1% | 47% | 154 | 6,8% | 52% |

ской смертности в 2009г. и 2010г. по причине внематочной беременности показатель МС составил 0,3 на 100 тыс. родившихся живыми, а удельный вес увеличился с 0,8% до 1,2%.

Причины и факторы риска развития внематочной беременности многообразны:

- перенесенные воспалительные заболевания придатков матки (наиболее опасной в этом смысле является хламидийная инфекция), хронический сальпингит обнаруживают примерно у половины женщин с внематочной беременностью;

- хирургические вмешательства на маточных трубах, перенесенная ранее эктопическая беременность (риск вероятности повторной внематочной беременности возрастает в 7-13 раз). После лапароскопической электрокоагуляции маточных труб внематочная беременность развивается в 50% случаев, а после сальпингостомии – в 15-20% случаев;

- использование внутриматочных контрацептивов;
- стимуляция овуляции;
- опухоли и опухолевидные образования матки и придатков;
- эндометриоз, для которого характерен спаечный процесс в малом тазу:

- генитальный инфантилизм;
- использование гормональных контрацептивов;
- аномалии развития половых органов;
- перенесенные ранее аборт;
- применение вспомогательных методов репродукции - ЭКО осложняется ВБ в 5%;

- риск внематочной беременности повышается с возрастом и наиболее высок у женщин 35-44 лет.

На фоне перечисленных патологических состояний нарушается физиологическое продвижение оплодотворенной яйцеклетки в сторону матки. Чаще всего среди всех локализаций внематочной беременности встречается трубная беременность - 97,7 %. По данным различных авторов плодное яйцо располагается в ампулярном отделе трубы в 50-80% наблюдений, в истмической части трубы от 13% до 40%, в интерстициальной части трубы у 2-3% пациенток и в области фимбрий трубы у 5-10%. Яичниковую, шеечную, брюшную, интралигаментарную и развивающуюся в рудиментарном роге матки беременность относят к редким формам внематочной беременности. Яичниковая беременность встречается в 0,2-1,3% случаев. Брюшная беременность наблюдается в 0,1-1,4% случаев. Частота шеечной беременности составляет 0,1-0,4 %. При этом плодное яйцо имплантируется в цилиндрическом эпителии канала шейки матки. Ворсины трофобласта глубоко проникают в мышечную оболочку шейки, что приводит к разрушению ее тканей и сосудов и заканчивается массивным кровотечением. Очень редко наблюдается и гетеротопическая (многоплодная) беременность, когда в полости матки имеется одно плодное яйцо, а другое располагается за пределами матки. Частота данной патологии возрастает в связи с использованием современных технологий вспомогательной репродукции (ЭКО), достигая в этих случаях частоты 1 на 100-620 беременностей.

Клиническая картина внематочной беременности зависит от расположения плодного яйца, срока беременности, прогрессирует ли беременность или она прерывается. В последнем случае клинические проявления зависят от характера прерывания беременности – по типу трубного аборта или разрыва трубы. Положительный тест на беременность, все признаки беременности на лицо (задержка месячных, тошнота, увеличение молочных желез и т.д.), но на УЗИ эмбриона не видно, а в нижней части живота нарастающая боль и, возможно, необычные выделения. Так в двух словах можно описать все симптомы внематочной

беременности. Трубная беременность обычно прерывается на 4-6-й неделе (значительно реже развивается до 8-недельного срока). Чаще трубная беременность прерывается по типу трубного аборта, что сопровождается схваткообразными болями, свидетельствующими о повреждении целостности плодного яйца. Характерно внезапное начало боли, которая может сопровождаться жалобами на резкую слабость, головокружение, тошноту, потливость. Возможна также потеря сознания. Боли могут отдавать в задний проход, поясницу, ноги. Обычно через некоторое время (несколько часов) после болевого приступа у 50-80 % пациенток из половых путей отмечается кровотечение или скудные темные, иногда коричневые кровянистые выделения. В большинстве случаев при трубном аборте не характерно наличие массивного внутрибрюшного кровотечения и острой анемии. Симптоматика стертая, течение заболевания обычно медленное, от нескольких дней до нескольких недель.

У каждой третьей пациентки нарушение внематочной беременности протекает по типу разрыва трубы, что сопровождается обильным кровотечением. У больных, как правило, отмечается резкая сильная боль внизу живота, отдающая в область прямой кишки, ключицу, подреберье. Имеет место резкое ухудшение состояния, слабость, холодный пот, потеря сознания, головокружение, тошнота, рвота. При внешнем осмотре отмечается заторможенность, апатия; бледность кожи и слизистых оболочек; бледность или цианоз губ; холодный пот; одышка. Вследствие значительной кровопотери при внутрибрюшном кровотечении имеет место шум в ушах, мелькание «мушек» перед глазами, падение систолического артериального давления ниже 80 мм рт.ст.

Диагностика внематочной беременности часто бывает затруднена. Следует ориентироваться на данные анамнеза, влагалищного исследования и результатов УЗИ. Опытный врач УЗИ может увидеть признаки такой беременности на сроке от 4 недель. Даже если не удастся увидеть сам эмбрион, то врача должно насторожить уплотнение в маточной трубе, несоответствующий (меньший) сроку беременности размер матки, а также жидкость в позадматочном пространстве. А начиная с 6 недели беременности на УЗИ уже четко визуализируется сам плод. Проведение прицельной пункции прямокишечно-маточного углубления под контролем УЗИ при подозрении на прервавшуюся беременность повышает эффективность исследования в 1,5-2 раза, позволяя своевременно диагностировать минимальное внутрибрюшное кровотечение. Важное диагностическое значение имеет лапароскопия, которая позволяет визуально определить состояние матки, яичников, труб, объем кровопотери, локализацию эктопического плодного яйца, оценить характер течения беременности (прогрессирующая или нарушенная), а во многих случаях - провести оперативное лечение. Определение бета-субъединицы хорионического гонадотропина в настоящее время является вспомогательным тестом выявления прогрессирующей беременности. При нормальном течении беременности в первые 2-3 недели уровень ХГ удваивается каждые 1,2-1,5 суток, а с 3-й по 6-ю неделю – каждые 2 суток, к то время как при внематочной беременности ХГ растет медленнее.

Дифференциальную диагностику внематочной беременности следует проводить с: прогрессирующей маточной беременностью малого срока; угрожающим и начавшимся аборт; кистой желтого тела с кровоизлиянием; апоплексией яичника; воспалением придатков матки; дисфункциональным маточным кровотечением; перекутом ножки придаткового образования; нарушением кровообращения в узле миомы; острым аппендицитом, перитонитом. Основным методом лечения внематочной

беременности является хирургический. Однако в течение последних лет все чаще используют методики минимально инвазивной хирургии с целью сохранения трубы и ее функции. Во всем мире лапароскопия при лечении больных с внематочной беременностью стала методом выбора в большинстве случаев. Операцию со вскрытием брюшной полости обычно применяют для лечения тех пациенток, у которых имеются гемодинамические нарушения, а также при локализации плодного яйца в области рудиментарного рога матки. Кроме того, такой доступ является предпочтительным для хирургов, не владеющих лапароскопией, и у больных, где лапароскопический доступ заведомо затруднен (например, при выраженном ожирении, наличии в брюшной полости значительного количества крови, а также при выраженном спаечном процессе в брюшной полости). Выбор хирургического доступа и характера операции при трубной беременности зависит от общего состояния больной, объема кровопотери, выраженности спаечного процесса в малом тазе, локализации и размеров плодного яйца, качества эндоскопического оборудования и квалификации врача-эндоскописта.

Реабилитационные мероприятия после внематочной беременности должны быть направлены на восстановление репродуктивной функции после операции. К таковым относятся: предупреждение спаечного процесса, контрацепция, нормализация гормональных изменений в организме. Для предупреждения спаечного процесса широко используют физиотерапевтические методы: переменное импульсное магнитное поле низкой частоты, низкочастотный ультразвук, токи надтональной частоты (ультратонотерапия), низкоинтенсивную лазерную терапию, электростимуляцию маточных труб; УВЧ-терапию, электрофорез цинка, лидазы, а также ультразвук в импульсном режиме. Рекомендуется контрацепция, причем вопрос о ее длительности решается индивидуально, в зависимости от возраста пациентки и особенностей ее репродуктивной функ-

ции. Длительность гормональной контрацепции также сугубо индивидуальна, но обычно она не должна быть менее 6 мес после операции. После окончания реабилитационных мероприятий, прежде чем рекомендовать пациентке планировать следующую беременность, целесообразно по возможности выполнить диагностическую лапароскопию, позволяющую оценить состояние маточной трубы и других органов малого таза. Если при контрольной лапароскопии не выявлено патологических изменений, то пациентке разрешают планировать беременность в следующий менструальный цикл.

Резюме: В настоящее время отмечается увеличение частоты внематочной беременности, что обусловлено увеличением числа аборт, воспалительных заболеваний органов малого таза, использованием внутриматочных спиралей, нейроэндокринных нарушений и высоким психоэмоциональным напряжением женщин в XXI веке. Своевременная диагностика и оперативное лечение предотвращают возможные осложнения и летальные исходы. В каждом случае внематочной беременности нельзя забывать о реабилитационных мероприятиях, направленных на восстановление репродуктивной функции после операции.

Список использованной литературы:

1. Под редакцией Т.К.Кудайбергенова. «Руководство по оказанию неотложной помощи в перинатологии» - Алматы. 2010г. МЗРК. НЦАГиП.
2. Т.К.Кудайбергенов, Х.М.Бикташева «Анализ причин смерти беременных, рожениц и родильниц» - Алматы. 2011г. НЦАГиП.
3. Клинические лекции по акушерству и гинекологии / Под ред. А.Н.Стрижакова, А.И. Давыдова, Л.Д. Белоцерковцевой. - М.: Медицина, 2000.
4. Айламазян Э.К., Рязцева И.Т. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии // НГМА. - Нижний Новгород. 1997. - 171с.
5. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И. Оперативная лапароскопия в гинекологии. - Москва. 1995. - С. 68-69. - С. 128-129.