

УДК 618.31-089.8-072.1

© М. Н. Козуб, Н. И. Козуб, 2011.

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

М. Н. Козуб, Н. И. Козуб

*Кафедра акушерства и гинекологии №2 (зав. кафедрой – проф. Н. И. Козуб),
Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков.*

THE REPRODUCTIVE HEALTH OF PATIENTS AFTER LAPAROSCOPIC MANAGEMENT OF TUBAL PREGNANCY

M. N. Kozub, N. I. Kozub

SUMMARY

The up-to-date questions of practical medicine are the following: minimization of operation's trauma and adhesion's process, early rehabilitation after surgical procedures. Radiowave surgery as a new medical technology is being implemented now. Our data are described concerning the implementation of radiowave energy in endoscopic treatment of persistent tubal pregnancy. The experimental researches have proved that radio-wave energy as a modern method of physical influence on the tissues, characterized by early regenerative reparation and minimal coagulative necrosis, has the big prospects in endoscopic reconstructive gynecology. The above-stated advantages of radio-wave energy have been used by us for working out of a new way of treatment of progressing tubal pregnancy.

РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я ПАЦІЄНТОК, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ЛАПАРОСКОПІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ТРУБНОЇ ВАГІТНОСТІ

М. М. Козуб, М. І. Козуб

РЕЗЮМЕ

Мінімізація операційної травми, зниження виразності післяопераційного спайкового процесу, раннє відновлення після хірургічних втручань – актуальні питання практичної медицини. Для рішення цих проблем починає використовуватися принципово нова медична технологія – радіохвильова хірургія. Наведено власні дані про застосування радіохвильового методу в ендоскопічному лікуванні гінекологічних хворих із прогресуючою трубною вагітністю. Проведені експериментальні дослідження, які довели, що радіохвильова енергія, як сучасний метод фізичного впливу на тканини, що характеризується ранньою регенеративною репарацією та мінімальним коагуляційним некрозом, має великі перспективи в ендоскопічній реконструктивній гінекології. Вищевказані переваги радіохвильової енергії були використані нами для розробки нового способу лікування прогресуючої трубної вагітності.

Ключевые слова: трубная беременность, лапароскопия, репродуктивная функция.

Эктопическая беременность наблюдается в 7,4-19,7% случаев на 1000 беременностей. Среди материнской смертности она составляет 10,2% [1].

Нами ранее был разработан способ эндоскопического лечения прогрессирующей трубной беременности с использованием биполярной коагуляции краев раны при мощности 20 Вт [4]. На сегодняшний день проведены экспериментальные исследования, которые доказали, что радиоволновая энергия, как современный метод физического воздействия на ткани, характеризующийся ранней регенеративной репарацией и минимальным коагуляционным некрозом, имеет большие перспективы в эндоскопической реконструктивной гинекологии [3]. Вышеуказанные преимущества радиоволновой энергии были использованы нами для разработки нового лапароскопического способа органосохраняющего лечения прогрессирующей трубной беременности [2].

Целью нашей работы явилось изучение отдаленных результатов тубэктомии и трех органосохраняющих методик лечения у пациенток с прогрессирующей трубной беременностью.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами проведено ретроспективное изучение катамнеза 536 пациенток, перенесших лапароскопическое вмешательство в связи с трубной беременностью. Тубэктомия была выполнена у 351 (65,5%) пациентки, составившей I клиническую группу. Органосохраняющие вмешательства выполнены у 185 (34,5%) больных, которые составили II и III клинические группы по 61 пациентке и IV клиническую группу из 63 женщин. Оценка наличия спаечного процесса и его распространенности у пациенток с трубной беременностью проводилась в соответствии с классификацией Hulka. У 61 пациентки II клинической группы использовалась методика «выдавливания» плодного яйца, предложенная Г.М. Савельевой (2000). У 61 пациентки

III клинической группы использовалась разработанная нами (А.И. Ткачев, В.И. Грищенко, Н.И. Козуб, 2001) методика лечения с использованием линейной сальпинготомии монополярным электродом, аспирацией плодного яйца и биполярной коагуляцией краев разреза маточной трубы при мощности 20 Вт, у 63 пациенток IV клинической группы – с использованием радиоволновой энергии по разработанной М.Н. Козубом, Н.И. Козубом (2010) методике [2, 3]. Профилактика развития спаечного процесса в послеоперационном периоде проводилась путем создания гидроритонеума с добавлением 4 мг Дексаметазона. Показатели наступления беременности у пациенток, перенесших вмешательства в связи с трубной беременностью, сравнивались с показателями наступления беременности в V клинической группе из 30 практически здоровых женщин.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

После обработки данных операционных журналов, историй болезни и катанестических карт

пациенток, перенесших лапароскопические вмешательства с удалением маточной трубы, сохранением маточной трубы и результатов изучения репродуктивного анамнеза 30 практически здоровых женщин, статистической обработки результатов, нами установлено, что беременность у практически здоровых женщин V клинической группы наступила у 24 (80,0%).

При изучении катанеза 351 пациентки, которой была выполнена лапароскопическая тубэктомия, нами установлено, что беременность после тубэктомии наступила у 147 (41,8%) пациенток I клинической группы, в том числе у 24 (6,8%) – повторная трубная беременность.

При выполнении лапароскопических вмешательств 185 пациенткам II, III, IV клинических групп с прогрессирующей трубной беременностью получены результаты по наличию спаечного процесса и степени его тяжести, представленные в таблице 1.

Таблица 1

Наличие спаечного процесса и его распространенность у пациенток с прогрессирующей трубной беременностью

Показатель		Отсутствие спаек	Спаечный процесс по классификации Hulka				Всего больных со спайками
			I ст.	II ст.	III ст.	IV ст.	
Пациенты с наличием обеих маточных труб	Состояние маточных труб	36 (26,3%)	15 (10,9%)	12 (8,8%)	6 (4,4%)	5 (3,6%)	38 (27,7%)
	справа						
	слева	31 (22,6%)	16 (11,7%)	7 (5,1%)	4 (2,9%)	5 (3,6%)	32 (23,3%)
Всего больных n = 137 (100%)		67 (48,9%)	31 (27,0%)	19 (13,9%)	10 (7,3%)	10 (7,3%)	70 (51,1%)
Пациенты с наличием одной маточной трубы	Состояние маточных труб	11 (22,9%)	1 (2,1%)	4 (8,3%)	3 (6,2%)	–	8 (16,7%)
	справа						
	слева	12 (25,0%)	6 (12,5%)	4 (8,3%)	4 (8,3%)	3 (6,2%)	17 (35,4%)
Всего больных n = 48 (100%)		23 (47,9%)	7 (14,6%)	8 (16,7%)	7 (14,6%)	3 (6,2%)	25 (52,1%)
Общая численность больных n=185 (100%)		90 (48,6%)	38 (20,5%)	27 (14,6%)	17 (9,2%)	13 (7,1%)	95 (51,4%)

Как видно из таблицы 1, при лапароскопическом лечении пациенток с трубной беременностью спаечный процесс отсутствовал у 90 (48,6%) из 185 больных, а выявился – у 95 (51,4%) пациенток. Спаечный процесс отсутствовал у 67 (48,9%) из 137 пациенток при наличии 2-х маточных труб, а при наличии в анамнезе тубэктомии по поводу предыдущей трубной беременности, выполненной лапароскопическим доступом, он отсутствовал у 22 (47,9%) из 43 больных, а его наличие выявлено у 70 (51,1%) из 137 пациенток с обеими маточными трубами и у 25 (52,1%) из 48 пациенток с одной маточной трубой.

Распределение пациенток во всех клинических группах по тяжести спаечного процесса органов малого таза было равнозначным. У 185 пациенток с трубной беременностью выполнены органосохраняющие лапароскопические методики лечения, а именно: во второй клинической группе – с использованием методики «выдавливания» плодного яйца, в третьей клинической группе – с использованием методики разработанной А.И. Ткачевым, В.И. Грищенко, Н.И. Козубом (2001), в четвертой клинической группе – по разработанной нами методике с использованием радиоволновой энергии.

После обработки катamnестических данных нами установлено, что беременность после использования методики «выдавливания» плодного яйца наступила у 17 (27,9%) из 61 пациенток II клинической группы, а именно у 12 (40,0%) – из 30 пациенток с отсутствием сопутствующего спаечного процесса и у 5 (16,1%) – из 31 пациентки с наличием спаечного процесса, в том числе у 4 (6,6%) – повторная трубная беременность. У 61 пациентки III клинической группы беременность через 1 год наступила у 31 (50,8%) женщины: у 20 (66,7%) – из 30 пациенток с отсутствием спаечного процесса и у 11 (35,5%) – из 31 со спаечным процессом, в том числе у 3 (4,9%) – повторная трубная. После использования радиоволновой энергии при лечении трубной беременности по разработанной нами методике беременность наступила у 39 (61,9%) из 63 пациенток IV клинической группы, в том числе у 20 (66,7%) – из 30 пациенток с отсутствием спаечного процесса и у 19 (57,6%) – из 33 с наличием спаечного процесса, повторная трубная беременность наступила у 3 (4,8%) – из 63 пациенток. Данные о наступлении беременности у пациенток I, II, III, IV клинических групп и у практически здоровых женщин V клинической группы представлены на рис. 1.

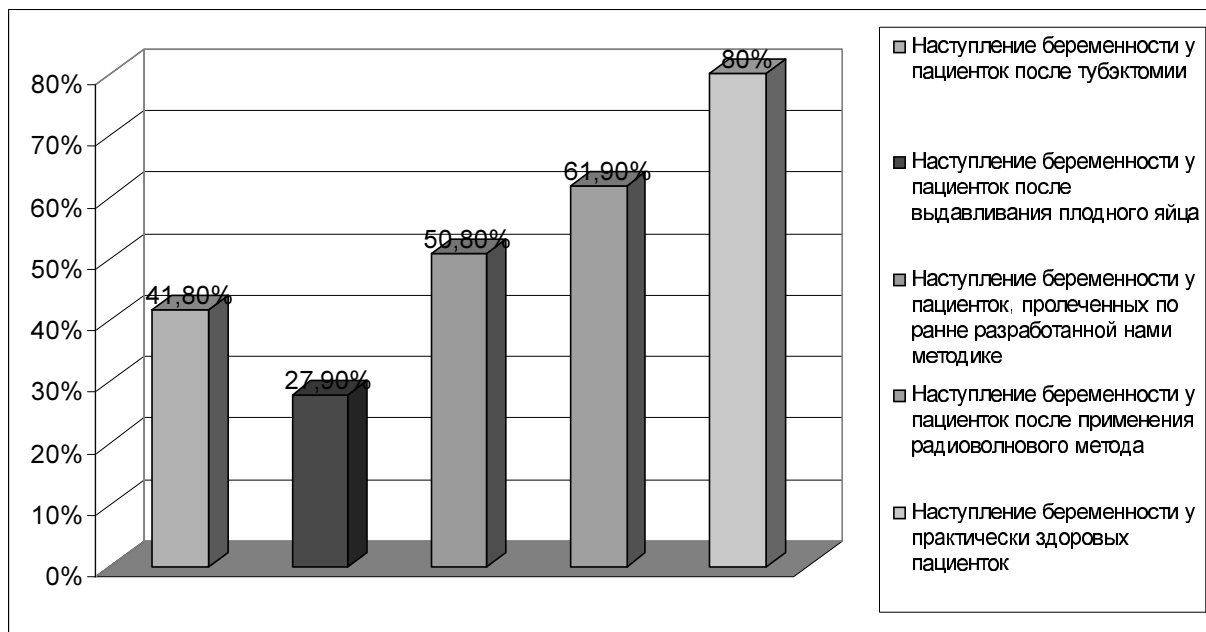


Рис. 1. Данные о наступлении беременности у пациенток I, II, III, IV клинических групп и у практически здоровых женщин V клинической группы.

ВЫВОДЫ

1. Лапароскопические органосохраняющие вмешательства при лечении трубной беременности составляют 34,5%.

2. У пациенток с прогрессирующей трубной беременностью в 51,4% случаев имеется сопутствующий спаечный процесс, что обуславливает необходимость проведения лапароскопического лечения

у пациенток с нереализованной репродуктивной функцией.

3. Использование радиоволновой энергии при проведении органосохраняющих операций у пациенток с прогрессирующей трубной беременностью приводит к восстановлению репродуктивной функции у 61,9% пациенток, что в 2,2 раза выше, чем у пациенток после использования методики «выдав-

ливания» плодного яйца и в 1,2 раза выше в сравнении с использованием методики линейной сальпинготомии с последующей биполярной коагуляцией краев маточной трубы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян Л. В. Современные подходы к лечению эктопической беременности / Адамян Л. В., Чернова И. С., Козаченко А. В. // Проблемы репродукции. Технологии XXI века в гинекологии. – М.: МедиаСфера, 2008. – С.177–178.

2. Висновок про встановлення зявки на винахід.

Спосіб лікування прогресуючої трубної вагітності № u 201013619 / М. М. Козуб, М. І. Козуб. – 16.11.2010.

3. Пат. 35240А Україна. Спосіб органозберігаючого лікування трубної вагітності / Грищенко В. І., Козуб М. І., Ткачов О. І. – опубл 15.03.2001, Бюл. № 7. – С. 12.

4. Сахаутдинова И. В. Результаты экспериментальных исследований тканей после применения хирургических энергий. / И. В. Сахаутдинова, И. В. Муслимова // Проблемы репродукции. Технологии XXI века в гинекологии. – М.: МедиаСфера, 2008. – С. 20–21.