

Репродуктивное здоровье женщин после трубной беременности

М.И. Мазитова, А.Б. Ляпахин

Казанская государственная медицинская академия

Кафедра акушерства и гинекологии № 2

Эктопическая беременность относится к репродуктивным потерям и до настоящего времени продолжает оставаться одной из основных проблем акушерства, имеющей отношение к последующей фертильности женщины.

Из числа гинекологических больных внематочная беременность составляет 0,5–12%, из числа полостных операций на женских половых органах 8,8–55%. Такой большой разброс объясняется профилем гинекологических учреждений.

Согласно представленным в литературе данным, перенесенные воспалительные процессы на тазовых органах, оперативные вмешательства на трубах, трубная беременность в анамнезе предрасполагают к внематочной беременности.

Трубная беременность чревата тяжелыми последствиями, опасными для жизни женщины при массивных внутренних кровотечениях, и занимает заметную долю в статистике материнской смертности [1]. Репродуктивные потери при эктопической беременности связаны с возникновением вторичного трубно-перитонеального бесплодия, развитием спаечного процесса в малом тазу и повторной эктопической беременностью.

Внедрение в клиническую практику современных технологий при диагностике и лечении этой патологии существенно изменило подходы к ведению их. Для этого требуется не только техническое оснащение учреждений здравоохранения современным оборудованием, но и обучение широкого круга врачей-гинекологов инновационным методам, учитывая, что они в своей оперативной деятельности чаще всего встречаются с внематочной беременностью.

При эктопической беременности важное практическое значение имеет выбор типа хирургического вмешательства, определяющийся конкретной клинической ситуацией: общесоматическим состоянием, возможностью сохранения маточной трубы, местом локализации плодного яйца, наличием изменений в противоположной (второй) трубе или наличием единственной трубы и заинтересованностью женщины в сохранении репродуктивной функции.

Первые работы о применении эндоскопической хирургии в гинекологии при трубной беременности стали появляться в литературе в конце 70-х годов. В дальнейшем в крупных учреждениях лапароскопический доступ хирургического вмешательства стал более популярным методом [2].

По данным В.Е. Радзинского и Л.А. Цыганковой [3], лапароскопический доступ при внематочной беременности имеет ряд статистически значимых преимуществ по сравнению с лапаротомным: в 5,5 раза снижается частота спайкообразования, в 3,2 раза снижается риск рецидива и в 1,9 раза – возрастает частота наступления маточной беременности.

В.И.Кулаков и Л.В.Адамян [4] считают, что показанием к лапаротомии является лишь тяжелое состояние больной, отсутствие условий, персонала, инструментов для выполнения эндоскопической хирургии. Остается только сожалеть, что по данным Росстата, в РФ из 45 673 произведенных в 2006 г операций по поводу внематочной беременности только 3% выполнены эндоскопическим методом [5]. Трудно представить, что к сегодняшнему дню эти данные кардинально изменились.

Всеми авторами, применившими лапароскопический метод при эктопической беременности, подчеркивается меньшая длительность госпитализации (1–3 дня), более быстрое выздоровление и восстановление трудоспособности.

Несмотря на огромные успехи, достигнутые в диагностике и лечении эктопической беременности, большие проблемы остаются в сохранении репродуктивной функции. Обзор работ по изучению репродуктивного потенциала после операции по поводу эктопической беременности у женщин, желающих сохранить фертильность [6, 7] показал, что после органосохраняющих операций беременность наступила у 65,10±13,21% женщин и у 52,18±15,41% – после радикальной операции.

Мнение авторов о результатах эффективности в отношении наступления беременности у оперированных радикальным или консервативным методом неоднозначны. L. Tuomivaara и соавт. [8], изучая состояние репродуктивной функции пациенток (323 случая), оперированных по поводу эктопической беременности, в течение от 1 года до 11 лет после операции, пришли к заключению, что статистически достоверной разницы между частотой наступления беременности при применении сальпингэктомии или сохраняющих операций у больных с неизменной противоположной трубой не выявлено.

М.А.Ускова и Л.Н.Кузьмичев [9], проводя обзор литературы, обратили внимание, что до настоящего времени остается нерешенным вопрос о возможности восстановления нормальной проходимости, функциональной активности маточных труб, после удаления из них плодного яйца и о возможности реализации репродуктивной функции.

D.Lee и соавт. [10] считают, что консервативные операции показаны при возможности сохранения трубы у женщин, желающих иметь детей, особенно при измененной противоположной трубе. P.Langer и соавт. [11], напротив, считают целесообразным расширять показания к органосохраняющим операциям при ненарушенной трубной беременности, особенно при наличии нормальной противоположной трубы.

D.Querleu и соавт. [12] показали, что консервативные операции значительно увеличивают шансы на наступление маточной беременности в последующем, что наиболее очевидно у женщин, ранее страдавших бесплодием.

Согласно другим данным [13, 14], прогноз после органосохраняющих операций в отношении наступления маточной беременности лучше, чем после применения ЭКО с переносом эмбриона, особенно у пациенток при единственной маточной трубе. Такие вмешательства позволяют в 46–100% случаев иметь маточную беременность, что значительно превосходит уровень хороших результатов при оплодотворении *in vitro*.

Одной из серьезных проблем при эктопической беременности является послеоперационное бесплодие. Анализ литературных данных [7, 15] показывает, что после органосберегающих операций бесплодие наблюдается в 34,25±13,60%, после радикальных в – 48,39±12,94%. У отдельных авторов эти цифры колеблются от 16 до 76%.

Развитие бесплодия после оперативных вмешательств, как и повторной трубной беременности, объясняют послеоперационным воспалительным и спаеч-

ным процессами в малом тазу. При изучении реабилитационных мероприятий после хирургического лечения трубной беременности внимание большинства авторов привлекают вопросы сохранения проходимости маточной трубы (труб) и ее функционального состояния. Формирование спаек, функциональная несостоятельность оставленных или оперированных труб резко снижает репродуктивную функцию.

На достаточно большом материале (n=420) В.Е.Радзинский и Л.А.Цыганкова [7] показали, что наиболее выгодными операциями для сохранения репродуктивного потенциала являются вакуум-аспирация и милкинг, если они выполнимы в конкретных случаях.

Н.В.Сикорская и соавт. [16] обнаружили, что тубэктомия вызвала заметные изменения морфофункционального состояния яичников, которые сохранялись в пределах года, а при органосохраняющих операциях на маточных трубах эти изменения наблюдались только в пределах 3 мес.

Исследователи ищут методы, ликвидирующие или снижающие количество факторов, приводящих к бесплодию, к повторной трубной беременности и спаечному процессу. Реабилитационные мероприятия начинаются во время оперативного вмешательства в виде ретроградной гидротубации, гидрофлотации барьерными растворами, применения озонотоксической смеси пред-, во время и в послеоперационном периоде; физиотерапии с первых суток после хирургического вмешательства.

Литература

1. Адамян Л.В., Чернова И.С., Козаченко А.В. Современные подходы к лечению эктопической беременности // Пробл. репрод. 2008; Спец. Вып: 177–178.
2. O'Rourke N., Kodali B.S. Laparoscopic surgery during pregnancy // Curr Opin Anaesthesiol. 2006; 19: 3: 254–259.
3. Радзинский В.Е., Цыганкова Л.А. Хирургическая тактика, исходы и прогноз лечения острых гинекологических заболеваний // Журнал акуш. и женских болезней. 2006; Спец. вып: 21–24.
4. Кулаков В.И., Адамян Л.В. Дискуссионные вопросы в оперативной гинекологии // Эндометриоз. Международный конгресс с курсом эндоскопии М.: 1996; 17–27.
5. Радзинский В.Е., Духин А.О., Алеев И.А. Неудачи репродуктивной хирургии: новый взгляд на старую проблему // Пробл. репрод. 2008; Спец. вып: 173–175.
6. Лялина Е.А., Баранов Ш.Б. Результаты лапароскопической линейной сальпинготомии при трубной эктопической беременности // Пробл. репрод. 2009; Спец. вып: 243–244.
7. Радзинский В.Е., Духин А.О. Репродуктивное здоровье женщин после хирургического лечения гинекологических заболеваний. М.: 2004; Изд. РУДН, 274.
8. Tuomivaara L., Kauppila A., Radical or conservative surgery for ectopic pregnancy? A follow-up study of fertility of 323 patients // Fertil. Steril. 1988; 50: 3–4: 580–583.
9. Ускова М.А., Кузьмичев Л.Н. Рациональные подходы к лечению трубно-перитонеального бесплодия (обзор) // Пробл. репрод. 2009; 4: 24–29.
10. Lee D., Patton P.E. Tubal surgery and treatment of infertility // Glob. Libr. Women's med. 2008; DOI 10.3843/GLOWM.10370 Undate due 2010.
11. Langer R., Bukovsky I., Herman A., Sherman D., Sadovsky G., Caspi E. Conservative surgery for tubal pregnancy // Fertil. Steril. 1982; 38: 3–4: 427–430.
12. Querleu D., Lenain F., Hennion A., Dufosse F., Boutteville C., Crepin G., Fecondite apres grossesse extra-uterine. Resultats de l'enquete regionale Nord // Fertil. Contracept. Sexual. 1988; 16: 2: 131–135.
13. Алиева Х.Г., Кадиева Г.М. Лапароскопические возможности лечения внематочной беременности // Пробл. репрод. 2009; Спец. вып: 226–226.
14. Чернова И.С., Адамян Л.В., Козаченко А.В. Репродуктивная функция женщин после лечения эктопической беременности // Пробл. репрод. 2009; Спец. вып: 253–253.
15. Радзинский В.Е., Цыганкова Л.А. Хирургическая тактика, исходы и прогноз лечения острых гинекологических заболеваний // Журнал акуш. и женских болезней. 2006; Спец. вып: 21–24.
16. Сикорская Н.В., Сафронова Д.А., Соломатин Д.В. Особенности морфофункционального состояния яичников после операций на маточных трубах. XXII Междунар. Конгресс с курсом эндоскопии «Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний» М.: 2009; 62–63.