

Оптимизация ранней дифференциальной диагностики трубной беременности

Л. И. Коротовских, В. Н. Прохоров

Кафедра акушерства и гинекологии ГОУ ВПО «УрГМА Росздрав», г. Екатеринбург

Трубная беременность (ТБ), являясь самым распространенным видом внематочной беременности (ВБ), относится к одному из наиболее часто встречающихся видов гинекологических заболеваний. Ее частота среди гинекологических больных, поступающих в стационар, колеблется от 1 до 6%. До настоящего времени трубная беременность продолжает представлять опасность для жизни больных, а ее неблагоприятным последствием остается трубное и трубно — перитонеальное бесплодие, возникающее после операции у каждой 5–6-й пациентки. Наряду с этим, в последние 2–3 десятилетия отмечено значительное (в 3–5 раз) увеличение частоты ВБ [4, 5, 8].

Диагноз ВБ часто не может быть поставлен во время первого посещения врача из-за скудности и атипичности ее симптомов. Женщине нередко ставится диагноз угрожающего или неполного аборта, а позднее она может поступить в стационар с жалобами на острые боли в животе в состоянии коллапса и даже шока. В дальнейшем пациентка может подать иск на врача на основании того, что диагноз не был установлен ранее, и что дефекты диагностики привели к дополнительным страданиям, а, возможно, явились причиной ряда осложнений, включая снижение фертильности.

Поставить точный диагноз ТБ в ранние ее сроки и при наличии атипичной клинической картины часто не представляется возможным в силу недостаточности наиболее часто применяющихся медицинских технологий. По этой причине у женщины, поступившей после задержки очередной менструации, с наличием влагалищного кровотечения и болями в животе, автоматически должен предполагаться диагноз ВБ. Этот диагноз сохраняется, пока чувствительный тест на беременность, ультразвуковое исследование (УЗИ) малого таза и, если необходимо, диагностическая лапароскопия не докажут обратного [2].

В. Н. Прохоров — д. м. н., зав. кафедрой акушерства и гинекологии ГОУ ВПО «УрГМА Росздрав»;

Л. И. Коротовских — ассистент кафедры акушерства и гинекологии ГОУ ВПО «УрГМА Росздрав».

Комплексное обследование женщины с использованием современных методов диагностики позволяет с большой степенью вероятностью поставить диагноз «ТБ». Основными этапами обследования больных с подозрением на ТБ являются: клиническое обследование, УЗИ органов малого таза, определение уровня хорионического гонадотропина в моче или крови. Проведение трех этапов обследования больных с подозрением на ТБ позволяет определить показания к лапароскопии. Это дает возможность не только подтвердить диагноз в 100% наблюдений, но и выявить прогрессирующую ТБ, что позволяет провести оперативное лечение заболевания своевременно, бережно и по органосохраняющей методике [6, 7]. С другой стороны точная диагностика ТБ продолжает оставаться для врача сложной задачей.

Цель исследования. Оптимизация современных методов ранней диагностики гинекологической патологии у пациенток с подозрением на ТБ.

Материалы и методы исследования

Был проведен ретроспективный анализ показателей комплексного клиничко-лабораторного обследования и хирургического лечения у 93 пациенток с подозрением на ТБ. Исследуемый контингент больных был разделен на 2 группы: 1 группа — 16 женщин, у которых диагноз ТБ не подтвердился (основная группа) и 2 группа — 77 женщин с окончательно установленным диагнозом ТБ (контрольная группа).

Результаты исследования и обсуждение

Женщины (93 пациентки) поступили в гинекологическое отделение с направительным диагнозом «Подозрение на ТБ» для уточнения диагноза. Возраст пациенток варьировал от 19 до 44 лет и в среднем составил $28,3 \pm 1,1$ года. Средний возраст менархе составил $13,1 \pm 0,3$ лет. У каждой 3-ей пациентки был отмечен нерегулярный половой цикл. Основными типами нарушений полового цикла (НПЦ) являлись гипоменструальный синдром, гиперполименорея и альгодисменорея. Каждая третья женщина име-

ла в анамнезе гинекологические заболевания. Было выявлено большое количество воспалительных заболеваний гениталий, они составили 18 случаев (18,8±4,0%). Следствием воспалительных заболеваний было бесплодие, которое встретилось в 12 случаях (12,5±3,4%), и уже перенесенная в прошлом ВБ — в 22 случаях (22,9±4,3%). Известно, что наличие гинекологической заболеваемости не только служит фактором риска для возникновения ТБ, но и сопутствует ей, затрудняя своевременную диагностику. Перенесли в анамнезе операции на брюшной полости 29 человек (30,2±4,7%).

Экстрагенитальную патологию имели 59 женщин (61,5%±4,7%). Инфекционные заболевания (преимущественно вирусного происхождения) наблюдались в анамнезе у 36 пациенток (37,5±4,9%).

Роды были у 39 женщин (40,6±5,0%), практически каждая вторая пациентка имела в анамнезе аборт — 41 женщина (42,7±5,0%) и выкидыши — 12 женщин (12,5±3,4%).

Основными жалобами, по поводу которых пациентки обращались за помощью, являлись:

1) задержка менструации, которая была отмечена у 76 пациенток (79,2±4,1%);

2) боли внизу живота с иррадиацией в прямую кишку и без иррадиации были у 64 женщин (66,7±4,8%);

3) кровянистые выделения из половых путей наблюдались в 82 случаях (85,4±3,6%). Классическая триада была отмечена у 39 больных (40,6±5,0%), когда у одной пациентки наблюдалось сочетание 3 основных симптомов. Наличие субъективных признаков беременности отмечали более половины пациенток 56 (58,7±4,1%). Сходство клинико-анамнестических данных позволило объединить всю группу исследуемых пациенток под одним диагнозом «подозрение на ВБ».

С целью уточнения диагноза был проведен тест на беременность у 60 больных (62,5±4,9%). Положительным тест на беременность был у 56 (93,4±3,2%) больных. Отрицательным тест оказался у 2 (3,3±2,3%) женщин. Сомнительный результат был у 2 (3,3±2,3%) женщин. Полученные результаты требовали дальнейшего уточнения диагноза.

Ультразвуковое исследование абдоминальным датчиком применялось у 75 пациенток (78,1±4,2%). Диагноз установлен точно и подтвердился после операции у 11 больных (14,7%±4,1%). У 45 (60,0±5,7%) больных по косвенным признакам была заподозрена ТБ и было рекомендовано уточнить диагноз в условиях стационара. Образование неясной этиологии в придатках или жидкость в брюшной полости были обнаружены у 11 женщин (14,7±4,1%). Все выявленные признаки требовали от клиници-

та уточнения диагноза. В 8 случаях (10,7±3,6%) диагноз не был установлен, но было рекомендовано провести повторное УЗИ в динамике.

Лапароскопия явилась тем современным диагностическим методом, применение которого в 100% случаев позволяет верифицировать прогрессирующую ТБ и выполнить своевременное бережное оперативное лечение.

В течение первых суток взяты на диагностическую лапароскопию 29 человек (30,2±4,7%), через сутки от поступления — 48 пациенток (50,0±5,1%), после наблюдения в течение 3 дней — 10 женщин (10,4±3,1%) и остальные были прооперированы свыше 3 дней нахождения в стационаре. В среднем период времени от поступления больных в стационар до начала операции составил 1,7±0,4 дней.

У 91 пациентки с диагностической целью была проведена лапароскопия. В 75 случаях была выявлена ТБ и 73 пациентки были прооперированы лапароскопическим доступом по органосохраняющей методике, а 2 больным было произведено удаление трубы. В двух случаях была обнаружена ТБ, прервавшаяся по типу разрыва трубы. При этом, учитывая большую кровопотерю, было проведено оперативное лечение лапаротомным доступом в объеме тубэктомии. У двух женщин выявлены редкие формы ВБ: яичниковая беременность (прооперирована лапароскопическим доступом в объеме резекции яичника) и беременность в рудиментарном роге (прооперирована лапаротомным доступом в объеме удаления рудиментарного рога).

В результате проведенного обследования у 16 больных (17,2±1,1%) диагноз ТБ был исключен, но выявлена следующая патология, также требующая проведения неотложного консервативного или оперативного лечения:

– регрессирующая маточная беременность малого срока — в 5 случаях;

– опухоли и опухолевидные образования яичников — в 4 случаях;

– нарушение полового цикла — в 2 случаях;

– редко встречающиеся формы ВБ (беременность в рудиментарном роге и яичниковая беременность) — в 2 случаях;

– аппендицит — в 1 случае;

– острый аднексит — в 2 случаях;

– в 4 случаях была выявлена сочетанная патология: регрессирующая маточная беременность малого срока и параовариальная киста; нарушение полового цикла и фиброид жировой подвески; нарушение полового цикла и эндометриодная киста яичника; флегмонозный аппендицит и эндометриодная киста правого яичника.

В результате диагностических мероприятий с выявлением вышеуказанной патологии у

пациенток с не подтвердившимся диагнозом ТБ. были проведены следующие оперативные вмешательства:

- лечебно- диагностическое выскабливание слизистой полости матки в 9 случаях;
- удаление гидатид в 2 случаях;
- энуклеация кисты яичника в 6 случаях;
- хромосальпингоскопия в 5 случаях;
- стерилизация по желанию женщины в 1 случае;
- коагуляция очагов эндометриоза в 1 случае;
- сальпингоовариолизис и фимбриопластика в 1 случае;
- аппендэктомия в 1 случае.

В 14 случаях из 16 (87,5%) патология, маскирующаяся под ТБ, требовала не только своевременной диагностики, но и хирургической коррекции. Диагностика данной патологии не дала достаточного результата на этапе клинического обследования и на этапе дополнительных методов обследования (ультразвуковое исследование органов малого таза, наличие хорионического гонадотропина в моче или крови). Точный диагноз был установлен только при лапароскопии. При этом одновременно было проведено адекватное бережное органосохраняющее хирургическое вмешательство. Правильность установленных диагнозов нашла свое подтверждение при морфологическом исследовании удаленных препаратов в 100% случаев. Все пациентки были выписаны из стационара на 5-7 сутки в удовлетворительном состоянии с рекомендациями.

Л. С. Александров с соавторами (2001 г.) в своих исследованиях указывают, что в последние годы наметилась тенденция к возрастанию числа больных, страдающих несколькими заболеваниями, подлежащих лечению хирургическим путем. Это связано со многими факторами, в том числе и с совершенствованием диагностических возможностей. Выполнение сочетанных операций с использованием лапароскопической техники не сопровождается увеличением уровня ранних послеоперационных осложнений, не изменяет значительно продолжительность оперативного вмешательства, длительность госпитализации в послеоперационном периоде, что позволяет рекомендовать более широкое применение лапароскопической техники в повседневной клинической практике. [1, 3].

Выводы

1. Комплексное обследование с использованием современных методов диагностики позволяет достоверно диагностировать ТБ. Основными этапами обследования больных с подозрением на ТБ являются: клиничко-анамнестическое обследование, ультразвуковое

исследование органов малого таза и определение уровня хорионического гонадотропина в моче или крови. По итогам проведенного обследования определяются показания для проведения диагностической лапароскопии.

2. Лапароскопия позволяет в 100% случаев верифицировать диагноз ТБ или отвергнуть его, провести органосохраняющее оперативное лечение ТБ или другой обнаруженной патологии, которая маскируется под ТБ и нуждается в хирургической коррекции.

3. Выполнение сочетанных операций с использованием лапароскопической техники не изменяет значительно продолжительность оперативного вмешательства, длительность пребывания в стационаре в послеоперационном периоде, не сопровождается увеличением уровня ранних послеоперационных осложнений, что позволяет рекомендовать более широкое применение лапароскопической техники в повседневной клинической практике

4. В современной медицине необходимо учитывать возрастающий интерес к юридическим аспектам деятельности врача и к органосохраняющему направлению хирургических методов лечения, что требует достаточно широкого использования диагностической лапароскопии в плановой и неотложной гинекологической практике.

Литература

1. Александров Л. С. Сочетанные операции в гинекологической практике [Текст] Л.С.Александров, А. И. Ищенко, Н. В. Ведерникова, П.С.Ветшев и др.; Эндоскопия и альтернативные подходы в хирургическом лечении женских болезней: матер. конф. под ред. В. И. Кулакова, Л. В. Адамьян. М., 2001: 462-464.
2. Гинекология от десяти учителей; под редакцией Стюарта Кэмпбелла и Эш Монга; Медицинское информационное агентство М. 2003; 293.
3. Ищенко А. И. Сравнительная оценка сочетанных эндоскопических и лапароскопических оперативных вмешательств [Текст] А. И. Ищенко, Л. С. Александров, Н. В. Ведерникова, П. С. Ветшев, М. Н. Жолобова, Т. Алиев, К. Геворкян, Х. Хана; Эндоскопия и альтернативные подходы в хир. леч. женских болезней: матер. конф. под ред. В. И.Кулакова, Л. В. Адамьян. М., 2001; 465-466.
4. Кулаков В. И. Некоторые современные аспекты внематочной беременности [Текст] В. И. Кулаков, В. А. Голубев, Н. Л. Пиганова; Акуш и гин. 1993; 3: 3-5.
5. Савельева Г. М. Лапароскопия в гинекологии. [Текст]. М., ГЭОТАР Медицина. 2000; 197.
6. Тварадзе И. Э. Прогрессирующая трубная беременность. Особенности диагностики и лечения [Текст] И. Э. Тварадзе, С. В. Штыров, К. И. Степанов, А. Ю. Лугуева, Н. В. Мартыненко; Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний: матер. конф. под ред. Л. В. Адамьян. М., 2007; 402-404.
7. Тварадзе И. Э. Современные методы диагностики и лечения трубной беременности [Текст] И. Э. Тварадзе, С. В. Штыров, А. Ю. Лугуева, К. И. Степанов, Н. В. Мартыненко; Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний: матер. конф. под ред. Л. В. Адамьян. М., 2007; 404-405.
8. Centers for disease control. Ectopic pregnancies In United States 1990-1992; 1995; 44: 46-48.