

УДК: 616.31-084

КОПТЮХ В.І., ЯКИМЧУК Ю.Б.

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України,
м. Тернопіль

СТАН РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я ЖІНКИ ПІСЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ЧИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ПОЗАМАТКОВОЇ ВАГІТНОСТІ

Позаматкова вагітність (ПВ) - це вагітність, при якій імплантації заплідненої яйцеклітини відбулася поза порожниною матки. Найбільш часта локалізація ПВ – маткові труби.

Метою даної роботи було порівняти різні підходи до лікування позаматкової вагітності та оцінити ефективність консервативних та оперативних методів терапії цієї патології.

Матеріали та методи. Клінічні обстеження, лапароскопічна діагностика, УЗД, МСГ макроскопічний, гістологічний, статистичний.

Результати дослідження та їх обговорення. Жінкам позаматковою вагітністю, що лікувалась консервативно та оперативно проводилася порівняльна характеристика прохідності маткових труб та настання маткової вагітності. *Висновки.* Пацієнти з позаматковою вагітністю, які отримали метотрексат перед консервативним видаленням плідного яйця лапароскопічним доступом в подальшому мали кращі результати прохідності маткових труб, ніж ті, яким було проведено консервативне лікування видаленням плідного яйця без підготовки метотрексатом.

Ключові слова: позаматкова вагітність, метотрексат, прегравідарна підготовка

Згідно з даними епідемічних досліджень в економічно розвинених країнах частота позаматкових вагітностей становить 1,2 – 2,0% від загальної кількості вагітностей і 0,8 – 2,4% від пологів та займає 4 місце серед причин материнської смертності [1,2,9]. Число хворих, госпіталізованих у гінекологічний стаціонар з підозрою на ектопічну вагітність варіює в межах 1 – 12%. [4,11,12]. Позаматкова вагітність є основною причиною смерті жінок в першому триместрі вагітності. Ризик летальності при позаматковій вагітності в 10 разів вищий, ніж при пологах, і у 50 разів вищий за цей показник під час штучного абортів [5,8]. В даний час хворі з ектопічною вагітністю складають 2,4 - 3,5% всіх пацієнток гінекологічного стаціонару, що в 2 - 4 рази вище ніж 30 років тому. Позаматкова вагітність складає одну із основних причин, що ведуть до репродуктивних втрат

у жінок, зокрема трубний фактор складає 39% в структурі безпліддя [6,8]. Особливу актуальність представляє проблема першої позаматкової вагітності, внаслідок якої у 50 – 80% хворих після її хірургічного лікування порушується репродуктивна функція, а частота повторних ектопічних нідацій становить 7 – 17%. [3,7,10].

МЕТОЮ ДОСЛІДЖЕННЯ було порівняти різні підходи до лікування позаматкової вагітності та оцінити ефективність консервативних та оперативних методів терапії цієї патології.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Робота проводилася на базі кафедри акушерства та гінекології ННІ ПО ДВНЗ «Терно-

пільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України». Обстеження жінок проводилося в умовах гінекологічного відділення Тернопільської комунальної міської лікарні №2.

Після первинного обстеження, пацієнок було поділено на 3 групи. Першу групу (20 хворих) становили жінки із порушеною позаматковою вагітністю, яким було проведено тубектомією лапаротомним доступом. До другої групи (40 жінок) віднесли жінок із порушеною позаматковою вагітністю оперованих лапароскопічним доступом. Цю групу було поділено на 2 підгрупи: А – хворі (20 жінок), яким було проведено консервативне видалення плідного яйця лапароскопічним доступом та Б – 20 пацієнок, яким було проведено тубектомією лапароскопічним доступом. До 3 групи входило 80 жінок, які приймали метотрексат і вони були поділені на 4 підгрупи: А – консервативне ведення жінок (20) на метотрексаті, що мали повний ефект, Б – 20 жінок, які отримали метотрексат і проведено консервативне видалення плідного яйця лапароскопічним доступом, В – 20 жінок, яким було призначено метотрексат і тубектомія, що виконана лапароскопічним доступом, Г – 20 пацієнтів, які отримали метотрексат і їм виконана тубектомія лапаротомним доступом. Групи були підібрані відповідно до поставлених мети і завдань нашого дослідження та із дотриманням принципу рандомізації для адекватної оцінки ре-

зультатів обстежень.

Віддалені результати оцінювалися за допомогою часу відновлення репродуктивної функції, прохідності маткових труб за допомогою МСГ, повторних лапароскопічних втручань та частоти настання спонтанної вагітності та вагітності за допомогою допоміжних репродуктивних технологій. Вивчався також негативний вплив метотрексату на самопочуття жінки.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У жінок першої групи встановлення репродуктивної функції, а саме відновлення менструації після операції складало $31,6 \pm 2,1$ дня. У жінок II групи наступна менструація наступила через $30,6 \pm 1,7$ дня, що в порівнянні з I групою менше на 3,54% і не є статистично достовірно ($p > 0,05$). Пацієнти ж III групи, які отримували метотрексат відмічали пізній початок наступної менструації, що становило $40,8 \pm 2,1$, що у порівнянні з I групою більше на 29,2% ($p < 0,05$), а з II групою – на 33,9% ($p < 0,05$), що є достовірно більшим показником.

Метросальпінгографія (МСГ) проводилася за 2-4 місяці після виписки зі стаціонару. У табл.1 наведено абсолютні кількості жінок з прохідними, частково і не прохідними трубами за результатами МСГ.

Таблиця 1

Прохідність маткових труб у жінок з позаматковою вагітністю в анамнезі за результатами цифрової і аналогової метросальпінгографії.

	I група	II група		III група			
		А	Б	А	Б:	В	Г
Прохідні	4 20%	11 55%	12 60%	17 85%	14 70%	13 65%	7 35%
Частково прохідні	7 35%	4 20%	4 20%	3 15%	4 20%	6 30%	7 35%
Не прохідні	9 45%	3 15%	2 10%	-	2 10%	1 5%	6 30%

Хотілося б зауважити, що у жінок зі збереженою матковою трубою ми оцінювали прохідність з двох сторін: там де була позаматкова вагітність і з протилежного боку. Так у III групі, де ми провели лапароскопію з консерватив-

ним видаленням плідного яйця, кількість жінок з прохідними матковими трубами була 11, що склало 55%, тоді як у III групі, де був застосований метотрексат, таких жінок було 17 (85%), що свідчить про на 30% кращий результат ($p > 0,05$).

У ШБ групі (пацієнтам введено метотрексат, а потім проведено лапароскопію, консервативне видалення плідного яйця) жінки з прохідними матковими трубами склали 70% (14 пацієнтів), що у порівнянні з жінками, яким проведено лише консервативне лікування метотрексатом менше на 15% ($p>0,05$), але порівнюючи з ПА групою, яким не вводився цитостатик, краще на 15% ($p>0,05$). Частково прохідні труби виявилися у 4 (20%) жінок ПА групи, 3(15%) пацієнтів ША групи, та 4 (20%) пацієнтів ШБ групи, різниця між цими показниками не є статистично достовірною ($p>0,05$). Кількість жінок з не прохідними матковими трубами за результатами МСГ склали 3 (15%) в ПА групі і 2 (10%) у ШБ групі, тоді як в жодній жінки ША групи не виявили непрохідність маткових труб.

У жінок, яким проведено тубектомію, прохідність оцінювали по єдиній матковій трубці, яка не була задіяна. У І групі з лапаротомією прохідними труби були у 4 (20%) жінок, тоді як в групі ІІБ при виконанні тубектомії лапароскопічним доступом прохідність єдиної маткової труби була у 12 (60%) жінок, що у порівнянні з лапаротомним методом більше на 40% ($p<0,05$). Після використання метотрексату і лапароскопічної тубектомії прохідність маткових труб була у 13 (65%) жінок, а лапаротомним методом – у 7 (35%), що на 30% менше ($p<0,05$). Частота прохідності маткових труб після застосування лапаротомного методу без метотрексату становила 20%, а з попереднім використанням цитостатику – 35%, що на 15% більше ($p>0,05$). А при лапароскопічному доступі без використання цитостатику у 12 (60%) жінок маткові труби були

прохідними, а після використання метотрексату – у 13 (65%) жінок, різниця статистично не значима ($p>0,05$). Частково прохідні маткові труби в І групі і в ШБ були у 35% жінок, тобто не встановлено залежності від використання метотрексату. У ІІБ групі після лапароскопії, тубектомії частково прохідною збереглася не задіяна маткова труба у 4 жінок (20%), а у ІІВ групі – у 6 (30%) пацієнток.

Після лапаротомної тубектомії 9 (45%) жінкам в подальшому за результатами МСГ був виставлений діагноз трубно-перитонеальне непліддя, що було найвищим показником порівняно зі всією вибіркою. На 15% нижчий показник отримано при лапаротомії з тубектомією після проведення терапії метотрексатом (ІІІГ група) – 6 жінок (30%). У порівнянні лапаротомної техніки (групи І і ІІІГ) з лапароскопічною тубектомією (ІІБ і ІІВ) відзначається зменшення кількості частоти трубної непрохідності до 10% і 5% відповідно.

Усім жінкам з частково прохідними і не прохідними матковими трубами за результатами метросальпінгографії після 2-4 місяців після позаматкової вагітності було запропоновано в плановому порядку провести оперативне лікування трубно-перитонеального непліддя. 40% жінок було проведено лапароскопію, роз'єднання злук, сальпінгооваріолізис чи марсупінізацію маткових труб. Всім жінками під час операції проводилося хромогідротубація. У післяопераційному періоді ці жінки пройшли курс фізіотерапії (грязелікування та гідротубації).

В таблиці 2 показано реалізація репродуктивної функції жінками, які були в дослідженні.

Таблиця 2

Репродуктивна функція жінок через 2-24 міс після епізоду ПВ

Вагітність	I група	II група		III група			
		A	Б	A	Б:	В	Г
Спонтанна	2 10%	12 60%	6 30%	15 75%	14 70%	5 25%	1 5%
за допомогою допоміжних репродуктивних технологій	3 15%	2 10%	3 15%	1 5%	2 10%	2 10%	3 15%

Так спонтанна вагітність наступила у 2-х жінок (10%) з лапаротомною тубектомією, та в 1 (5%) жінки з такою ж операцією з попереднім використанням метотрексату, достовірної різниці між цими групами не було. У 6 (30%) і 5 (25%) жінок ІІБ і ІІВ

груп (лапароскопічна тубектомія) настала спонтанна вагітність, що на 20% більше ніж при лапаротомній операції. При збереженні маткової труби відсоток настання вагітності природним способом був майже в 2 рази вищим, так у ПА групі спонтанна вагітність

насталася у 12 (60%) жінок, що у 2 рази більше ніж у ІІБ групі і у 6 раз вище ніж в І групі. Найкращий результат показали пацієнти ІІА групи: 15 (75%) жінок завагітніли самостійно, що на 15% вище ніж у ІА групі. У ІІБ групі при використанні метотрексату та лапароскопії з консервативного видалення плідного яйця цей показник склав 14 (70%), що на 5% нижче ніж при використанні лише метотрексату, але на 10% більше ніж при консервативному видаленні плідного яйця лапароскопічним методом без використання метотрексату.

16 (10%) жінок із 160 досліджуваних завагітніли за допомогою допоміжних репродуктивних технологій, проте різниці по групах були не значні, що свідчить про незалежність даного фактору від шляху ведення позаматкової вагітності в анамнезі (табл.2).

1 жінка ІА групи (після консервативного видалення плідного яйця) через 1,5 року звернулася з повторною позаматковою вагітністю, проте вона локалізувалася не в тій трубі, яку було прооперовано. 2 (10%) жінки І групи поступили повторно з позаматковою вагітністю в єдиній матковій трубі.

ВИСНОВКИ

Метод консервативного лікування прогресуючої трубної вагітності з використанням метотрексату забезпечує ефективну резорбцію плідного яйця при незначних побічних ефектах, дозволяє зберегти анатомічну та функціональну цілісність маткової труби у 85% випадків.

Використання лапароскопічної техніки дозволяє покращити віддалені результати лікування, а саме, збільшити на 35% прохідність маткових труб в порівнянні з лапаротомними операціями.

Пацієнти з позаматковою вагітністю, які отримали метотрексат перед консервативним видаленням плідного яйця лапароскопічним доступом, в подальшому мали кращі результати прохідності маткових труб, ніж ті, яким було проведено консервативне лікування видаленням плідного яйця без підготовки метотрексатом.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Амразов Ж.Ю. Аналіз анамнестичних факторів ризику виникнення прогресуючої трубної вагітності // Вісник наукових досліджень. - 2000. - №1. - С. 64-65.
2. Бурдули Г. М., Фролова О. Л. Репродуктивні втрати. -М., 1997.- С. 78-87.
3. Вавринчук О.М., Юзько О.М., Юзько Т.А., Петранюк О.Я. Критерії відбору хворих для органозберігаючих лапароскопічних операцій при трубній вагітності// Шпитальна хірургія. - 2004. - №2. - С. 158-160.
4. Голота В.Я., Бенюк В.О., Колесник В.Л., Щерба О.А. Значимість ультразвукових критеріїв для ранньої діагностики позаматкової вагітності // Збірник наукових праць. Асоціація акушерів-гінекологів України. - К: Інтермед, 2002. - С. 153-157.
5. Голота В.Я., Бенюк В.О., Мартинова Л.І. Визначення факторів ризику, які сприяють настанню ектопічної вагітності // Педіатрія, акушерство та гінекологія 2002. - № 4 - С. 79- 82.
6. Громадський Є.О. Фактори ризику виникнення позаматкової вагітності // Вісник наукових досліджень. - 2003. -№1- С. 158-159.
7. Грищенко В.І., Лупояд В.С., Манченко І.В. К вопросу о диагностике ненарушенной внематочной беременности // IV щорічний збірник наукових праць української асоціації лікарів ультразвукової діагностики у перинатології і гінекології. - Кривий Ріг-1997 - С. 107-109.
8. Грязнова И.М. Внематочная беременность. - М. Медицина. - 2001. - 215с.
9. Демиденко А.Д. Иммунологическая характеристика больных с прогрессирующей трубной беременностью до и после консервативного лечения с использованием метотрексата // Медицина сьогодні і завтра. - 2001. - № 1. - С.126-127.
10. Запорожан В.М., Цегельський М.Р. Акушерство і гінекологія: Навчальний посібник. - К: Здоров'я; 1996. - С. 65-70.
11. Іванюта Л.І., Веліс Н.І., Ракша І.Л. Ектопічна вагітність: діагностика та лікування // Вісн. асоціації акушерів-гінекологів України.-2000.-№ 3.-С.38-42.
12. Хира Е.Ф., Беженарь В.Ф., Рухляда Н.Н. Современные аспекты хирургического лечения эктопической беременности. Актуальные вопросы физиологии и патологии репродуктивной функции женщины. - СПб. - 1999. - С. 211-212.

РЕЗЮМЕ

СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИНЫ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ИЛИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЕ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

КОПТЮХ В.И., ЯКИМЧУК Ю.Б.

Целью данной работы было сравнить различные подходы к лечению внематочной беременности и оценить эффективность консервативных и оперативных методов терапии этой патологии. **Материалы и методы.** Клинические обследования, лапароскопическая диагностика, УЗИ, лабораторное определение ХГ и других биохимических и иммунологических показателей, МСХ, макроскопический, гистологический, статистический. **Результаты исследования и их обсуждение.** Женщинам внематочной беременностью леченных консервативно и оперативно проводилась сравнительная характеристика проходимости маточных труб и наступления маточной беременности. **Выводы.** Пациенты с внематочной беременностью, которые получили метотрексат перед консервативным удалением плодного яйца лапароскопическим доступом в дальнейшем имели лучшие результаты проходимости маточных труб, чем те, которым было проведено консервативное удаление плодного яйца без подготовки метотрексатом.

Ключевые слова: внематочная беременность, метотрексат, прегравидарная подготовка

SUMMARY

THE STATE OF REPRODUCTIVE HEALTH OF A WOMAN AFTER OPERATIONAL OR CONSERVATIVE TREATMENT OF COMPLETE PREGNANCY

KOPTYUH V.I., YAKIMCHUK YU.B.

The purpose of this work was to compare different approaches to the treatment of ectopic pregnancy and evaluate the effectiveness of conservative and operative methods of therapy for this pathology. **Materials and methods.** Clinical examinations, laparoscopic diagnostics, ultrasound, laboratory determination of HG and other biochemical and immunological parameters, MSG, macroscopic, histological, and statistical. **Results of the research and their discussion.** Ectopic pregnancy women treated conservatively and promptly with comparative characteristics of the patency of fallopian tubes and uterine pregnancy. **Conclusions** Patients with ectopic pregnancy who received methotrexate prior to the conservative removal of the fetal egg by laparoscopic access subsequently had better outcomes in the fallopian tubes than those that had been conserved with the removal of a fetal egg without the preparation of methotrexate.

Key words: ectopic pregnancy, methotrexate, pregravidder training