

Сучасні погляди на реабілітацію репродуктивної функції жінок, що перенесли позаматкову вагітність

В.К. Кондратюк, М.В. Бражук, Г.В. Чубей, І.І. Баранецька, І.І. Ракша
ДУ «Інститут, педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», м. Київ

У статті показані дані клінічного дослідження препарату Сerratа® (активна речовина – Serratiopeptidasa) по 10 мг в таблетці. Дослідження було проведено у 63 хворих, які були госпіталізовані у відділення планування сім'ї та оперативної реабілітації з діагнозом позаматкової вагітності. Результати продемонстрували позитивну динаміку перебігу раннього та пізнього післяопераційного періоду, відсутність спайкового процесу через 1,5–2 міс після хірургічного лікування. Відповідно до цього препарат Сerratа® може бути рекомендований як препарат вибору в комплексному реабілітаційному лікуванні жінок з позаматковою вагітністю.
Ключові слова: позаматкова вагітність, реабілітаційний комплекс, спайковий процес.

Позаматкова вагітність (ПМВ) відноситься до патології, що призводить як до материнської смертності, так і до репродуктивних втрат. Частота даної патології становить 2% від усіх зареєстрованих вагітностей та 1,8–2,4% від кількості всіх пологів [1].

Головною метою невідкладної гінекологічної допомоги – є виявлення пацієнток з високим ризиком розвитку невідкладних станів, які можуть загрожувати життю та реалізації їхніх репродуктивних можливостей. Це вимагає від медиків та медичної допомоги розроблення чітких напрямків по діагностиці, лікуванню та реабілітації цієї категорії жінок, тому що відкладання на певний час терапевтичних заходів може призвести до різноманітних ускладнень [2, 3].

Після вирішення головного питання про збереження життя пацієнток з ПМВ постає наступне, не менш важливе питання, чи здатні ці жінки реалізувати у майбутньому репродуктивну функцію і яким чином цього можна досягти.

Відомо, що ПМВ часто виникає внаслідок спайкового процесу (СП) органів малого таза (ОМТ), що з'являється, як на фоні хронічних запальних захворювань статевих органів, так і при травмуванні очеревини під час оперативних втручань. Частота розвитку внутрішньочеревних спайок коливається від 67% до 93% після загальнохірургічних абдомінальних операцій і складає майже 97% після відкритих гінекологічних операцій [4, 5].

Профілактика та лікування СП є складним завданням, що пов'язано, насамперед, з відсутністю оптимальних методів її попередження. У наукових дослідженнях продовжується пошук методів профілактики перитонеальних спайок із застосуванням нових технологій [6].

Мета дослідження: розробити комплекс реабілітаційних заходів для попередження виникнення репродуктивних порушень після лапароскопічних органозберігальних оперативних втручань у жінок з трубною вагітністю (ТВ).

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для реалізації поставленої мети нами в динаміці було обстежено лікування 63 пацієнток, яким у відділенні планування сім'ї та оперативної реабілітації були проведені лапа-

роскопічні органозберігальні операції з приводу ТВ. Обґрунтуванням для вибору лапароскопічного методу лікування були наявність прогресуючої вагітності та гемодинамічна стабільність пацієнтки. Вибір об'єму втручання визначають за ступенем ураження маткової труби, перевага надавалась сальпінготомії, оскільки вона перспективно асоціюється з більш високим відсотком наступних маткових вагітностей.

Пацієнтки 1-ї групи (n=33) були прооперовані за стандартною методикою. Пацієнткам 2-ї групи (n=30) після проведення сальпінготомії, видалення плодового яйця та роз'єднання спайок органів малого таза проводили промивання маткової труби та санацію черевної порожнини 0,02% розчином декасану. Після завершення необхідних хірургічних маніпуляцій та ушивання передньої черевної стінки через трубчастий дренаж здійснювали внутрішньочеревне введення протиспайкового препарату Дефенсаль (Юрія-Фарм) (250–500 мл розчину 1 раз на добу з експозицією 8–24 год та наступною аспірацією). Усім пацієнткам призначали внутрішньовенне введення антибіотиків широкого спектра дії (3–5 днів). Пацієнткам 2-ї групи (n=30) з метою профілактики спайкового процесу в післяопераційний період призначали препарат Сerratа® (сerratіопептидаза). Обґрунтуванням для включення препарату в схему ранньої реабілітації було те, що сerratіопептидаза має фібринолітичну, протизапальну та протинабрякову активність в уражених тканинах, при цьому її протизапальна активність перевищує таку у інших протеолітичних ферментів. Вживання препарату Сerratа® розпочинали з 3–5-го дня післяопераційного періоду по 1 таблетці (10 мг) тричі на добу протягом 10 днів.

Сerratіопептидаза (Сerratа®) – це протеолітичний фермент, виділений з непатогенної бактерії кишечника, Serratia E15. Установлено, що Сerratа® має фібринолітичний, протизапальний та протинабряковий вплив. Окрім того, Сerratа® зменшує вираженість больового синдрому внаслідок блокування вивільнення больових амінів з уражених тканин. Сerratіопептидаза зв'язується з α_2 -макроглобуліном крові у співвідношенні 1:1, котрий маскує її антигенність, але зберігає ферментативну активність. Сerratіопептидаза проникає в ексудат у місці запалення, шляхом гідролізу брадикініну, гістаміну та серотоніну зменшує розширення капілярів та контролює їх проникність; блокуючи інгібітори плазміну, сприяє фібринолітичній активності плазміну.

Клінічно це проявляється фібринолітичним, протизапальним, протинабряковим та анальгетичними ефектами [2].

При першій госпіталізації оцінювали скарги жінок в ранній післяопераційний період. На етапі другої госпіталізації (через 1,5–2 міс після оперативного лікування) оцінювали ефективність запропонованого реабілітаційного комплексу лікування: ультразвукове дослідження (УЗД) органів малого таза, апарат MyLabSeven (Esaote, Італія) та метросальпінгографія (МСГ) (за стандартною методикою).

Скарги обстежених жінок з ТВ, абс. число (%)

Показник	Група	
	1-а (n=33)	2-а (n=30)
Біль внизу живота та в ділянці післяопераційного рубця	33 (100,0)	22 (73,3)
<i>Інтенсивність болю:</i>		
слабкий – менше 3 балів	18 (54,6)	12 (54,6)
помірний – від 3 до 5 балів	14 (42,4)	10 (45,5)
інтенсивний – більше 5 балів	1 (3,1)	-
<i>Набряк передньої черевної стінки (відчуття важкості):</i>		
є	21 (63,6)	6 (20,0)
немає	12 (36,4)	24 (80,0)
<i>Нормалізація функції кишечника на 5-ту добу післяопераційного періоду</i>		
так	23 (69,7)	29 (96,7)
ні	10 (30,3)	1 (3,3)

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Обстежені жінки були репродуктивного віку, середній вік складав 30,3±2,5 року. Першовагітними були 24 (38%) жінки, решта – 39 (62%) мали в анамнезі вагітності: пологи – 13 (34%), аборти – 16 (42%), мимовільні викидні – 6 (16%), вагітності, що не розвиваються, – 7 (18%) та ПМВ – 11 (28%).

Середній вік менархе складав 13,4±1,6 року. Обстежені жінки мали регулярний менструальний цикл. Дисменорея спостерігалась у 7 (11,1%) жінок, мажучі виділення перед та після менструації – у 3 (4,8%) пацієнток. Вік початку статевого життя в середньому складав 18±2,3 року.

В анамнезі 30 (47,6%) жінок мали оперативні втручання на ОМТ і 8 (12,7%) із них були прооперовані 2 і більше разів. СП у обстежених жінок були I–II ступеня.

Обстежених пацієнток розподілили на дві репрезентативні групи, які не мали достовірної різниці за віком, репродуктивним анамнезом та оперативним втручанням.

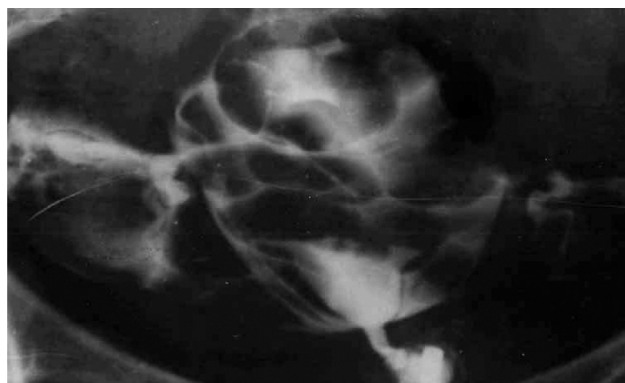
У ранній післяопераційний період проводили оцінювання скарг у обстежених жінок (таблиці).

Із наведених у таблиці даних видно, що у жінок 2-ї групи спостерігалось значне зменшення больового синдрому (відсутність потреби в застосуванні знеболювальних засобів вже на 2–3-ю добу післяопераційного періоду), зменшення відчуття важкості за рахунок набряку передньої черевної стінки, швидше відбувалась нормалізація функції кишечника та температури тіла порівняно з жінками 1-ї групи.

При проведенні дообстежень на етапі реабілітації через 1,5–2 міс нами було виконано УЗД, за даними якого не було виявлено наявності СП у жінок обох груп (положення матки та придатків відповідало фізіологічному).

За даними МСГ у 52 (82,4%) пацієнток визначали прохідність маткових труб (добра – 39 (75%) (мал. 1), часткова 13 (25%) (мал. 2)). Повна непрохідність відзначена у 3 (9,1%) жінок (1-а група), у яких в анамнезі були дві ТВ. У подальшому їм було рекомендовано застосування допоміжних репродуктивних технологій.

При порівнянні запропонованих комплексів лікування жінок з ТВ встановлено, що у жінок 2-ї групи, в якій додатково до розробленого нами комплексу лікування був застосований препарат Серрата® в ранній післяопераційний період, відзначалось зменшення больового синдрому, швидка нормалізація температури тіла та функції кишечника, швидке загоєння післяопераційного рубця, зменшення чи відсутність набряку передньої черевної стінки. За віддаленими результатами на курсі реабілітації через 1,5–2 міс встановлена добра прохідність маткових труб у 15 (45,5%) жінок 1-ї групи та у 21 (70%) жінки 2-ї групи.



Мал. 1. Пацієнтка С., рівномірний значний вихід контрастної речовини в черевну порожнину (група 2)



Мал. 2. Пацієнтка К., помірний вихід контрастної речовини в черевну порожнину (група 1)

ВИСНОВКИ

Залучення до реабілітаційних заходів препарату Серрата® у жінок із трубною вагітністю свідчить про зменшення несприятливих симптомів в ранній післяопераційний період та більш високу ефективність відновлення прохідності маткових труб за даними метросальпінгографії (МСГ) через 1,5–2 міс та відсутність спайкового процесу за даними УЗД та МСГ.

Результати дослідження свідчать, що добра переносимість препарату Серрата® та його ефективність у ранній та пізній післяопераційний період дозволяє рекомендувати його до включення в комплексне реабілітаційне лікування жінок з позаматковою вагітністю.

Современные взгляды на реабилитацию репродуктивной функции женщин, которые перенесли внематочную беременность
В.К. Кондратюк, М.В. Бражук, Г.В. Чубей, И.А. Баранецкая, И.И. Ракша

Modern views on rehabilitation reproductive function of women who undergo an ectopic pregnancy
V.K. Kondratiuk, M.V. Brazhuk, G.V. Shubei, I.O. Baranetska, I.I. Raksha

В статье представлены данные клинического исследования препарата Сerratа® (активное вещество – Serratiopeptidasa) по 10 мг в таблетке. Исследование было проведено у 63 больных, которые были госпитализированы в отделение планирования семьи и оперативной реабилитации с диагнозом внематочной беременности. Результаты исследования продемонстрировали положительную динамику течения раннего и позднего послеоперационного периода, отсутствие спаечного процесса через 1,5–2 мес после хирургического лечения. В соответствии с этим препарат Сerratа® может быть рекомендован как препарат выбора в комплексном реабилитационном лечении женщин с внематочной беременностью.

Ключевые слова: внематочная беременность, реабилитационный комплекс, спаечный процесс.

Clinical study was conducted on 63 patients, which were admitted to family planning and operative rehabilitation department because of an ectopic pregnancy. It is shown data on clinical study of Serrata® drug (active substance – Serratiopeptidasa) in 10 mg tablets. Results of clinical study stated a positive dynamics of early and late postoperative period, absence of adhesive process per 1,5–2 months after surgical treatment. Accordingly to this Serrata® can be recommended as the drug of choice in complex rehabilitation treatment of patients with ectopic pregnancy.

Key words: ectopic pregnancy, rehabilitation complex, adhesive process.

Сведения об авторах

Кондратюк Валентина Константиновна – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии Национальной академии медицинских наук Украины», 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8. E-mail: kondratiuk_valentina@mail.ru

Бражук Марина Викторовна – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии Национальной академии медицинских наук Украины», 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8

Чубей Галина Валерьевна – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии Национальной академии медицинских наук Украины», 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8

Баранецкая Ирина Александровна – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии Национальной академии медицинских наук Украины», 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8

Ракша Ирина Ивановна – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии Национальной академии медицинских наук Украины», 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Злукова хвороба в гінекології: від патогенезу до профілактики [Електронний ресурс] / В.К. Кондратюк, Н.О. Ємець, Н.Д. Коблош [та інші]. Режим доступу: URL: // <http://eurolek.eu/zlukova-xvorobav-ginekologiyi> / 97-vid-patogenezu-do-profilaktiki/. – Назва з екрана.

2. Сучасні можливості профілактики інтраопераційних ускладнень при ор-

ганозберігальних втручаннях на органах малого таза / А.Г. Корнацька, Г.В. Чубей, М.В. Бражук, В.К. Кондратюк //Клінічна хірургія. – 2014. – № 6. – С. 62–65.

3. Профілактика спайкообразования после хирургического лечения бесплодных женщин с миомой матки и эндометриозом / И.З. Гладчук, Н.Н. Рожковская, А.П. Рогачевский [и др.] // Репродуктивное здоровье женщины. – 2008. – № 5. – С. 148–150.

4. Зміни рівня компонентів фібринолізу при розвитку спайок черевної порожнини [текст] / А.С. Кондратюк, Т.В. Грищенко, В.А. Дзев [та ін.] // Лаборатор. діагностика. – 2011. – № 4. – С. 3–6.

5. Кочет Т.М. Факторы риска и профилактики образования послеоперационных спаек при проведении кон-

сервативной миомэктомии /Т.М. Кочет // Репродуктивное здоровье женщины, 2008, № 4. – С. 154–155.

6. Матвеев Н.Л. Адьювантная терапия при лечении и профилактике спаечного процесса в практической гинекологии /Н.Л. Матвеев, Ш.Т. Попхадзе, Л.Д. Леонидзе // эндоскопическая хирургия. – М., 2010. – Т. 16, № 2. – С. 42–44.

Статья поступила в редакцию 18.03.2015