

УДК 618.31 + 617-089.2

©О. І. Данилюк, О. М. Іщак, Ю. Б. Бойчук, О. Ю. Курило

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЕФЕКТИВНОСТІ РІЗНИХ МЕТОДІВ ОПЕРАТИВНОГО ТА КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ПОЗАМАТКОВОЇ ВАГІТНОСТІ

Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЕФЕКТИВНОСТІ РІЗНИХ МЕТОДІВ ОПЕРАТИВНОГО ТА КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ПОЗАМАТКОВОЇ ВАГІТНОСТІ. Проведено ретроспективне вивчення результатів лікування 224 хворих з позаматковою вагітністю за період з 2009 по 2011 рік у гінекологічному відділенні Тернопільської міської клінічної лікарні №2. Всіх обстежених пацієнток в залежності від методу лікування було розподілено на 3 групи. До I групи увійшли 114 (50,4 %) хворих, яким проведено оперативне лікування лапаротомним доступом. До II групи віднесено 52 (23,0 %) хворих, яким проведено оперативне лікування лапароскопічним доступом. До III групи ввійшло 58 (25,6 %) хворих, у яких застосували консервативне лікування ПВ метотрексатом. В результаті дослідження була проведена оцінка ефективності різних методів оперативного та консервативного лікування позаматкової вагітності

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ОПЕРАТИВНОГО И КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ. Проведено ретроспективное изучение результатов лечения 224 больных с внематочной беременностью в период с 2009 по 2011 год в гинекологическом отделении Тернопольской городской клинической больницы № 2. Всех обследованных пациенток в зависимости от метода лечения были разделены на 3 группы. В I группы вошло 114 (50,4 %) больных, которым проведено оперативное лечение лапаротомным доступом. В II группе отнесены 52 (23,0 %) больных, которым проведено оперативное лечение лапароскопическим доступом. В III группу вошло 58 (25,6 %) больных, у которых применили консервативное лечение ВБ метотрексатом. В результате исследования была проведена оценка эффективности различных методов оперативного и консервативного лечения внематочной беременности.

THE COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF VARIOUS METHODS OF SURGICAL EFFICIENCY AND CONSERVATIVE TREATMENT OF ECTOPIC PREGNANCY. A retrospective study 224 treatment results of patients with ectopic pregnancy during 2009-2011 in the gynecological department of Ternopil City Hospital № 2. All the examined patients was divided into 3 groups depending on the method of treatment. I group included 114 (50,4 %) patients. They were performed laparotomy surgery. The II group (52 (23,0 %) patients) was performed laparoscopic surgery. In The III group entered 58 (25,6 %) patients whom was given conservative treatment methotrexate. The aim of investigation was comparison different methods of operative and conservative treatment of ectopic pregnancy.

Ключові слова: позаматкова вагітність, метотрексат, лапароскопічний доступ.

Ключевые слова: внематочная беременность, метотрексат, лапароскопический доступ.

Key words: ectopic pregnancy, methotrexate, laparoscopic access.

ВСТУП. Позаматкова вагітність (ПВ) характеризується аномальною імплантацією плідного яйця за межами порожнини матки. Інша назва - ектопічна вагітність, від грецького слова - "недоречний", "не на своєму місці" [2].

Досліджувана патологія до цього часу залишається актуальною. Від 6 % до 10 % пацієнток поступають у гінекологічний стаціонар з діагнозом "підозра на позаматкову вагітність". Дана патологія є однією з основних причин внутрішньочеревної кровотечі; у кожній 4-ї - 5-ї хворій розвивається повторна ПВ; у кожній 5-ї - 6-ї хворій - злуковий процес у малому тазі та черевній порожнині; в 75 % жінок після сальпінгоектомії з приводу ПВ - вторинне непліддя [1,3].

Незважаючи на значні досягнення в сучасній гінекології, які сприяють поліпшенню діагностики та своєчасного лікування, позаматкова вагітність продовжує залишатися однією з важких патологій. Немає єдиної обґрунтованої концепції щодо обстеження та лікування хворих з підозрою на ПВ. Причина ПВ багатofакторна, у зв'язку із чим плідне яйце імплантується й розвивається поза порожниною матки [4,5,7].

При патологічній локалізації плідного яйця та його розвитку формується інтенсивне кровопостачання в місці

імплантації. І тільки матка в процесі росту плідного яйця призначена для оптимального забезпечення життєдіяльності плода. При прогресуванні позаматкової вагітності створюється ризик розриву маткової труби, масивної кровотечі, що іноді приводить до смерті жінки [6,8].

За даними різних авторів позаматкова вагітність є однією із основних причин смерті, пов'язаної з вагітністю протягом першого триместру й становить 0,2 - 0,11 %. Згідно класифікації МКХ-10, за перебігом позаматкової вагітності розрізняють: прогресуючу, порушену (по типу трубного аборт, розриву маткової труби) [9].

Метою нашого дослідження була оцінка ефективності різних методів оперативного та консервативного лікування позаматкової вагітності.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Нами проведено ретроспективне вивчення результатів лікування 224 хворих з позаматковою вагітністю за період з 2009 по 2011 рік у гінекологічному відділенні Тернопільської міської клінічної лікарні №2. Питома вага оперативних втручань з приводу позаматкової вагітності за останні 3 років склала 16,5+0,5 %.

Найбільш часта локалізація ПВ – маткові труби (95-98 %).

Всього за проаналізований період було прооперовано 166 жінок. Консервативно проліковано (метотрексатом) -58 хворих.

Всіх обстежених пацієнток в залежності від методу лікування було розподілено на 3 групи.

До I групи увійшли 114 (50,4 %) хворих, яким проведено оперативне лікування лапаротомним доступом. Лапаротомію виконували у всіх випадках, коли об'єм крововтрати перевищував 400,0-800,0 мл. У цих ситуаціях даний метод був оптимальним з огляду на максимально широкий доступ у черевну порожнину до джерела кровотечі та скорочення тривалості підготовки до операції. Середній вік жінок становив $26,24 \pm 3,12$ року. До II групи віднесено 52 (23,0 %) хворих, яким проведено оперативне лікування лапароскопічним доступом, середній вік хворих у цій групі був $24,76 \pm 1,26$ роки. Лапароскопічне лікування трубної вагітності проводили в ситуаціях відсутності протипоказань: тяжкий стан хворої, обумовлений геморагічним шоком, злуковий процес в черевній порожнині, розмір плідного яйця не більше 3,5 см та інтерстиціальна вагітність. До III групи ввійшло 58 (25,6%) хворих, у яких застосували консервативне лікування ПВ метотрексатом згідно з наказом МОЗ України № 676 від 31.12.2004 р Середній вік у цій групі жінок становив $23,24 \pm 3,12$ роки.

При обох методах оперативного лікування порушеної трубної вагітності була одностороння сальпінгектомія, котра склала 69,8 % з загальної кількості операцій, а у 30,2 % випадків були виконані органозберігаючі операції на трубі, де імплантувалося плідне яйце.

Виконання органозберігаючих операцій при позаматковій вагітності супроводжується ризиком розвитку в післяопераційному періоді персистенції трофобласту, що є результатом його неповного видалення з маткової труби й черевної порожнини. Найбільш ефективним методом профілактики даного ускладнення був ретельний туалет черевної порожнини 2-3 літрами фізіологічного розчину й однократне введення метотрексату в дозі 75-100мг внутрішньомязево в першу або другу добу після операції.

Метотрексат є антагоністом фолієвої кислоти, який пригнічує проліферацію клітин трофобласту.

Медикаментозне лікування метотрексатом застосовували у пацієнток із стабільною гемодинамікою та відсутністю клініки "гострого живота", при діаметрі маткової труби менше 3 см., рівні Р-ХГ не більше 5000 мМЕ/мл, відсутністю ознак порушеної ПВ, можливістю динамічного ехографічного й лабораторного (рівень хоріонічного гонадотропіну) контролю., відсутність патологічних змін гематологічних показників.

Метотрексат вводили в дозі 75-100мг внутрішньомязево, після введення метотрексату проводили моніторинг рівня β -ХГ, який припиняли при досягненні концентрації 15 мМЕ/мл, що спостерігалось в середньому через місяць. Характерною рисою було наростання концентрації β -ХГ в перші дні після ін'єкції метотрексату, що обумовлено деструкцією клітин трофобласту та надходження хоріонічного гонадотропіну в кров у більшій кількості. На 4-5 добу рівень β -ХГ досягав максималь-

ного, потім починав знижуватися і на 7-8 добу дорівнював вихідному рівню. Обов'язкове визначення β -ХГ проводилось на 4 та 7 добу після введення метотрексату. Якщо концентрація β -ХГ на 7 добу була менше вихідного або знизилася більш, ніж на 15% щодо максимальної концентрації (тобто на 4 добу), надалі проводився щотижневий контроль β -ХГ до одержання "негативних" результатів, тобто < 15 мМЕ/мл. Якщо концентрація β -ХГ на 7 добу вище вихідної або знизилася менше, ніж на 15% щодо максимальної концентрації, проводили повторне введення метотрексату.

Побічні ефекти метотрексату пов'язані з депресією кістково-мозкового кровотворення, токсичним впливом на слизові оболонки, печінку, легені. При лікуванні метотрексатом ПВ ускладнення вкрай рідкі, а при однократному введенні практично відсутні. Ймовірність їхнього виникнення може збільшуватися при наявності серйозної патології з боку внутрішніх органів, що варто враховувати при визначенні вибору методу лікування ПВ у таких хворих. Абсолютними протипоказаннями для призначення метотрексату були анемія, лейкопенія, тромбоцитопенія (< 100 тис./мол), порушення функції нирок та печінки; гострі інфекційні захворювання, які викликають іммуносупресію, СНІД; виразкова хвороба шлунку й дванадцятипалої кишки, виразковий коліт. Крім того, під час лікування метотрексатом варто відмовитися від призначення, медикаментів, які підсилюють його побічні дії. До таких медикаментів відносяться: аспірин, нестероїдні протизапальні препарати, сульфаніламід, тетрациклін, левоміцитин, амінобейзонова кислота.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. Результати дослідження показали, що під час оперативного втручання частіше всього виявляли внутрішньочеревну кровотечу в об'ємі 501,0-700,0 мл (43,6 \pm 2,2 %) випадків. У 42,9 \pm 4,2 % випадків об'єм гемоперитонеуму був менше 500,0 мл, а масивна кровотеча реєструвалася лише в 13,7 \pm 2,2 % випадків. Відновлення об'єму крові проводили з використанням макромолекулярних плазмозамінюючих розчинів та свіжозамороженої плазми при крововтраті більш ніж 900,0-1000,0 мл.

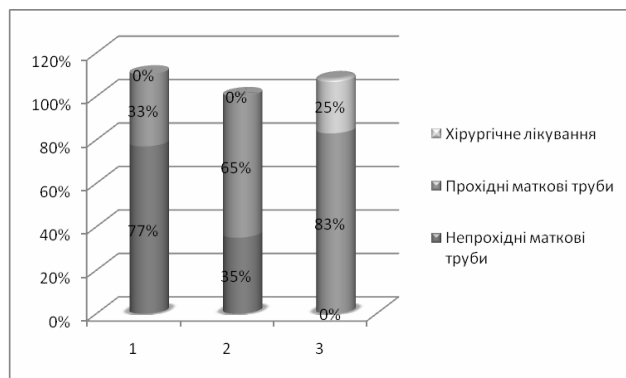
Оцінка ефективності лікування при лапароскопічному доступі (на 20-х хворих) проводилася порівняно з групою жінок (20 хворих), яким була виконана лапаротомія. Основним критерієм відбору хворих у досліджуваних групах був об'єм крововтрати до 500,0-600,0 мл, щоб уніфікувати його вплив на тяжкість стану жінки та на перебіг післяопераційного періоду. Порівняно з хворими, яким була проведена лапаротомія, встановлено достовірне зниження тривалості виконання лапароскопічних операцій на 32,9 % ($p < 0,05$), зменшення часу використання анальгетиків у післяопераційному періоді у 2,7 рази ($p < 0,05$), скорочення терміну постільного режиму на 12-14 годин; рідше реєструвався субфебрилітет ($p < 0,05$). Отримані результати переконливо свідчать про перевагу застосування за показаннями лапароскопічного доступу при лікуванні порушеної трубної вагітності, що дозволяє рекомендувати його як метод вибору.

Віддалені результати лікування позаматкової вагітності.

Для оцінки віддалених результатів лікування позаматкової вагітності ми проводили метросальпінгографію через 1-6 місяців після лікування.

У 72 хворих із 114 (63,2 %) першої групи при обстеженні прохідності маткових труб діагностувалась злукова хвороба та часткова прохідність єдиної маткової труби, що свідчило про трубно-перитонеальне неплоддя.

В другій групі хворих відсоток непрохідних маткових труб, як оперованої (в якій знаходилося плідне яйце) так і не оперованої, коливався від 30 до 44 %, в залежності від анамнезу (наявності чи відсутності лапаротомії у хворих в минулому). Тоді як у 3-й групі хворих результати були найкращі – у 83 % прохідність маткової труби, де була позаматкова вагітність, відновлювалась повністю, що свідчило про найменший ризик виникнення повторних ектопічних вагітностей у майбутньому і дозволяло зберегти репродуктивну функцію жінки у майбутньому.



ВИСНОВКИ. Запропонована схема лікування виявила переваги хірургічної лапароскопії порівняно з лапаротомією при позаматковій вагітності, що виражалося в максимальній візуалізації органів малого тазу при мінімальному доступі, скороченні тривалості операції ($p < 0,05$), ранній мобілізації пацієнток ($p < 0,05$), малому септичному ризику, незначному використанні медикаментозних засобів та у зниженні економічних

витрат на лікування у 1,4 рази, зменшення кількості рубцевих змін передньої черевної стінки; кращий косметичний ефект.

Метод консервативного лікування прогресуючої трубної вагітності з використанням метотрексату при внутрішньом'язовому введенні за схемою забезпечує ефективну резорбцію плідного яйця при незначних побічних ефектах, дозволяє зберегти анатомічну та функціональну цілісність маткової труби у 72,5 % випадків.

Хворим з прогресуючою позаматковою вагітністю, при точній її діагностиці, повинно бути запропоновано консервативне медикаментозне лікування відповідно до протоколів МОЗ України, що дозволить зберегти репродуктивну функцію жінки у майбутньому.

Позитивний результат лікування метотрексату залежить від терміну вагітності. При розмірі плідного яйця більше 40 мм та прогресуючій вагітності застосування метотрексату не буде ефективним. Таким хворим показано консервативне видалення плідного яйця лапароскопічним доступом.

Геморагічний шок та діагноз перерваної позаматкової вагітності вимагає негайного хірургічного втручання з механічною зупинкою внутрішньочеревної кровотечі.

Вибір оперативного доступу залежить від наявності відповідного обладнання та персоналу, що володіє лапароскопічною технікою втручання.

Іншим, не менш важливим аспектом даної проблеми, є реабілітація хворих, що перенесли оперативне втручання, з урахуванням основної причини виникнення патології, відновне лікування після операцій у жінок із проблемою безпліддя, адекватної медичної та соціальної реабілітації репродуктивної функції.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШОГО ДОСЛІДЖЕННЯ.

Подальше вивчення ефективності різних методів оперативного та консервативного лікування позаматкової вагітності дозволить знизити показники материнської смертності та сприяє розробці нових адекватних медичних та соціальних методів реабілітації цієї патології.

ЛІТЕРАТУРА

- Адамьян Л. В., Чернова И. С., Козаченко А.В. Современные подходы к лечению эктопической беременности // Проблемы репродукции. Технологии XXI века в гинекологии. МедиаСфера Москва 2008. – С. 177–178.
- Гуриев Т.Д., Сидорова И С Внематочная беременность. - М.: Практическая гинекология, 2007. - 96 с.
- Клинические лекции по акушерству и гинекологии// Под ред. А.Н. Стрижакова, А.И. Давыдова, Л.Д. Белоцерковской. - М.: Медицина, 2000. -379с.
- Краснопольский В.И., Логутова Л.С., Буянова С.Н. Репродуктивные проблемы оперированной матки. - Москва: «Миклош», 2006 г.
- Кулаков В.И., Селезнева Н.Д., Краснопольский В.И. Оперативная гинекология. - Издательство НГМД, 1999г.
- Маркін СБ., Матвієнко О.О. Маркін С А Позаматкова вагітність. - Львів, 1999. - 106 с.
- Носенко Е.Н., Горсали Р.Л. Особенности иммунологической и цитокиновой реактивности у пациенток с трубной беременностью // Збірник наукових праць асоціації акушерів-гінекологів України. Київ Інтемед . 2008.–С.422–425.
- Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Шахламова М.Н., Белоцерковская Л.Д. Внематочная беременность - М.: Медицина, 1998. -201 с.
- Тварладзе И.Э., Штыров С. В., Лугдова А.Ю., Демидов А.В. Ошибки в диагностике трубной беременности // Проблемы репродукции. Технологии XXI века в гинекологии. МедиаСфера Москва 2008.–С.182–183.

Отримано 26.11.11