

©Ю.Б. Бойчук

**ЕФЕКТИВНІСТЬ ОПЕРАТИВНОГО ТА КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ПОЗАМАТКОВОЇ ВАГІТНОСТІ***ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського»*

**ЕФЕКТИВНІСТЬ ОПЕРАТИВНОГО ТА КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ПОЗАМАТКОВОЇ ВАГІТНОСТІ.** Вивчено 166 історій хвороб пацієнтів із позаматковою вагітністю. Досліджено ефективність різних методів оперативного та консервативного лікування позаматкової вагітності. Отримані результати переконливо свідчать про перевагу застосування за показаннями лапароскопічного доступу при лікуванні порушеної трубної вагітності, що дозволяє рекомендувати його як метод вибору. Метод консервативного лікування прогресуючої трубної вагітності з використанням метотрексату дозволяє зберегти анатомічну та функціональну цілісність маткової труби у 72,5 % випадків.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОПЕРАТИВНОГО И КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ.** Изучены 166 историй болезней пациентов с внематочной беременностью. Исследована эффективность различных методов оперативного и консервативного лечения внематочной беременности. Полученные результаты убедительно свидетельствуют о преимуществе применения по показаниям лапароскопического доступа при лечении нарушенной трубной беременности, что позволяет рекомендовать его как метод выбора. Метод консервативного лечения прогрессирующей трубной беременности с использованием метотрексата позволяет сохранить анатомическую и функциональную целостность маточной трубы в 72,5 % случаев.

**EFFICACY OF SURGICAL AND CONSERVATIVE TREATMENT OF ECTOPIC PREGNANCY.** 166 patient records with an ectopic pregnancy were studied. The effectiveness of different operative and conservative methods of ectopic pregnancy treatment was investigated. These results clearly demonstrate the superiority of laparoscopic access by indications in ectopic pregnancy treatment, which can be recommended as a choice method. Method of conservative treatment of advanced tubal pregnancy with methotrexate preserves the anatomical and functional integrity of the uterine tube in 72.5 of cases.

**Ключові слова:** позаматкова вагітність, метотрексат, консервативне та оперативне лікування.

**Ключевые слова:** внематочная беременность, метотрексат, консервативное и оперативное лечение.

**Key words:** ectopic pregnancy, methotrexate, conservative and operative treatment.

**ВСТУП.** Позаматкова вагітність характеризується аномальною імплантацією плідного яйця за межами порожнини матки. Інша назва – ектопічна вагітність, від грецького слова – “недоречний”, “не на своєму місці”.

Досліджувана патологія до цього часу залишається актуальною. Від 6 до 10 % пацієнток поступають у гінекологічний стаціонар з діагнозом “підозра на позаматкову вагітність”. Немає єдиної обґрунтованої концепції щодо обстеження та лікування хворих з підозрою на позаматкову вагітність. Дана патологія є однією з основних причин внутрішньочеревної кровотечі; у кожної 4–5-ї хворої розвивається повторна ПВ; у кожної 5–6-ї хворої – злуквий процес у малому тазі та черевної порожнини; в 75 % жінок після сальпінгоектомії з приводу ПВ – вторинна безплідність [1,2].

Незважаючи на значні досягнення в сучасній гінекології, які сприяють поліпшенню діагностики та своєчасного лікування, позаматкова вагітність продовжує залишатися однією з важких патологій. Причина позаматкової вагітності багатофакторна, у зв'язку із чим плідне яйце імплантується й розвивається поза порожниною матки.

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 [4, 5].

У багатьох розвинених країнах позаматкова вагітність є однією із основних причин смерті, пов'язаної з вагітністю протягом першого триместру й становить 0,11% [3,6].

Мета: оцінка ефективності різних методів оперативного та консервативного лікування позаматкової вагітності.

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

Згідно класифікації МКХ-10, за перебігом позаматкової вагітності розрізняють: прогресуючу, порушену (по типу трубного абортів, розриву маткової труби).

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

Всього за аналізований період прооперовано 166 жінок. Консервативно проліковано (метотрексатом) – 58.

Всіх пацієнток 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 є оптимальним з огляду на максимально широкий доступ у черевну порожнину до джерела кровотечі та скорочення тривалості підго-

товки до операції. Середній вік жінок становив  $26,24 \pm 3,12$  року. До II групи віднесено 52 (23,0 %) яким проведено оперативне лікування лапароскопічним методом, середній вік хворих –  $24,76 \pm 1,26$  року. Лапароскопічне лікування трубної вагітності проводили в ситуаціях відсутності протипоказань: тяжкий стан хворої, обумовлений геморагічним шоком, злуктовий процес в черевній порожнині, розмір плідного яйця не більше 3,5 см та інтерстиціальна вагітність. До III групи віднесено 58 (25,6 %) хворих, у яких застосували консервативне лікування (метотрексомом) згідно наказу МОЗ України № 676 від 31.12.2004 р. Середній вік жінок становив  $23,24 \pm 3,12$  року.

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 трубці, 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 є ретельний туалет черевної порожнини 2–3 літрами фізіологічного розчину й одноразове введення метотрексату в дозі 75–100 мг внутрішньом'язево в першу або другу добу після операції.

Метотрексам є антагоністом фолівої кислоти, який пригнічує проліферацію клітин трофобласту.

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

Метотрексам вводили в дозі 75–100 мг внутрішньом'язево, після введення метотрексату проводили моніторинг рівня Я-ХГ, який припиняли при досягненні концентрації 15 мМЕ/мл, що спостерігалось в середньому через місяць. Характерною рисою було наростання концентрації Я-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 Я-ХГ досягав максимального, потім починав знижуватися і на 7–8 добу дорівнював вихідному рівню. Обов'язкове визначення Я-ХГ проводилось на 4 та 7 добу після введення метотрексату. Якщо концентрація Я-ХГ на 7 добу була менше вихідного або знизилася більше, ніж на 15 % щодо максимальної концентрації (тобто на 4 добу), надалі проводився щотижневий контроль Я-ХГ до одержання "негативних" результатів, тобто < 15 мМЕ/мл. Якщо концентрація Я-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 метотрексомом ПЗ 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 ПЗ у таких хворих. Абсолютними протипоказаннями для призначення метотрексату є; анемія, лейкопенія, тромбоцитопенія (<100 тис./мл), порушення функції нирок та печінки; гострі інфекційні захворювання, які викликають імносупресію, СНІД; виразкова хвороба шлунку й дванадцятипалої кишки, виразковий коліт. Крім того, під час лікування метотрексомом варто відмовитися від призначення медикаментів, які підсилюють його побічні дії. До таких медикаментів відносяться: аспірин, нестероїдні протизапальні препарати, сульфаніламідни, тетрациклін, левоміцитин, амінобензойна кислота.

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ 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 досліджувані групи 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.

За даними літератури віддалені результати лікування ектопічної вагітності не можна вважати благоприємними.

Вивчення випадків органозберігаючих операцій з приводу позаматкової вагітності показало, що наступна маткова вагітність виникає в 54 %, а повторна позаматкова – в 13 % жінок; в 25–35 % випадках жінки залишаються безплідними.

За даними літератури маткові труби після застосування метотрексату залишаються прохідні в 71–81 % жінок.

Такий розмах статистичних даних залежить від особливостей клінічного перебігу позаматкової вагітності (характер ушкодженого плодівмістища й ступінь крововтрати), від обсягу й техніки хірургічного лікування, від повноти та тривалості реабілітаційних заходів у післяопераційному періоді.

Таблиця 1. Віддалені результати лікування позаматкової вагітності

Всього	Групи хворих		
	Лапаротомний доступ 35(52,7 %)	Лапароскопічний доступ 19(30,9 %)	Консервативне лікування 15(27,2 %)
			із них прооперовано 7 (45 %)
Тубектомія	34(95,1 %)	12(62,4 %)	4(34,7 %)
Реконструктивно-пластичні операції	1(5,7 %)	9(48,5 %)	3(25,7 %)

**ВИСНОВКИ:** 1. 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, зменшення кількості рубце-

вих змін передньої черевної стінки; кращий косметичний ефект.

2. 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.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Шахламова М.Н., Белоцерковская Л.Д. Внематочная беременность – М.: Медицина, 1998. – 201 с.

2. Рыбалка А.Н., Памфамиров Ю.К., Заболотнов В.А., Тимофеева Н.А., Сидоров Д.М.. Внематочная беременность: Пособие для врачей и студентов. – Симферополь, ИЦ КГБУ, 2008. – 104 с.

3. Маркін С.Б., Матвієнко О.О. Маркін С.А. Позаматкова вагітність. – Львів, 1999. – 106 с.

4. Краснополюский В.И., Логутова Л.С., Буянова С.Н. Репродуктивные проблемы оперированной матки. – Москва: «Миклош», 2006 г.

5. Клинические лекции по акушерству и гинекологии // Под ред. А.Н. Стрижакова, А.И. Давыдова, Л.Д. Белоцерковской. – М.: Медицина, 2000. – 379 с.

6. Гуриев Т.Д., Сидорова И.С. Внематочная беременность. – М.: Практическая гинекология, 2007. – 96 с.

Отримано 28.03.2013