

© А. В. Бойчук, Ю. Б. Якимчук

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»

ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ПОЗАМАТКОВОЇ ВАГІТНОСТІ ОПЕРАТИВНИМ І КОНСЕРВАТИВНИМ МЕТОДАМИ

ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ПОЗАМАТКОВОЇ ВАГІТНОСТІ ОПЕРАТИВНИМ І КОНСЕРВАТИВНИМ МЕТОДАМИ. У статті представлено аналіз віддалених результатів лікування пацієнтів з позаматковою вагітністю, що перебували на лікуванні у Тернопільській комунальній міській лікарні № 2 протягом 2005–2015 років. Джерелом інформації для клініко-анамнестичного аналізу слугували медичні карти стаціонарного хворого (ф. 003/о). Метросальпінгографію проводили за 2–4 місяці після виписки зі стаціонару. Прохідність маткових труб у жінок з позаматковою вагітністю в анамнезі оцінювали за результатами цифрової і аналогової метросальпінгографії.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ОПЕРАТИВНО И КОНСЕРВАТИВНЫМИ МЕТОДАМИ. В статье представлен анализ отдаленных результатов лечения пациентов с внематочной беременностью, находящихся на лечении в Тернопольской коммунальной городской больнице № 2 в течение 2005–2015 годов. Источником информации для клинико-анамнестического анализа служили медицинские карты стационарного больного (ф. 003/у). Метросальпінгографію проводили за 2–4 місяця после выписки из стационара. Проходимость маточных труб у женщин с внематочной беременностью в анамнезе оценивали по результатам цифровой и аналоговой метросальпінгографіи.

RESULTS OF OPERATIVE AND CONSERVATIVE METHODS OF TREATMENT ECTOPIC PREGNANCIES. The article presents an analysis of long-term results of treatment of patients with ectopic pregnancy, who were treated in Ternopil Municipal Hospital №2 during 2005–2015. The source of information for clinical and anamnestic analysis was medical card-patient. Metrosalpingography held for 2–4 months after discharge from the hospital. We evaluate the permeability of the fallopian tubes in women with ectopic pregnancy based on the results of digital and analog metrosalpingography.

Ключові слова: позаматкова вагітність, тубектомія, консервативне видалення плідного яйця, метотрексат.

Ключевые слова: внематочная беременность, тубэктомия, консервативное удаление плодного яйца, метотрексат.

Key words: ectopic pregnancy, removal of the fallopian tube, methotrexate.

ВСТУП. Позаматкова вагітність – серйозна і небезпечна патологія, яка загрожує ускладненнями і рецидивами (повторним виникненням), що тягне за собою втрату дітородної функції і навіть загрозу життю жінки [1, 2].

На сьогодні однією із серйозних проблем в акушерсько-гінекологічній практиці є позаматкова вагітність (ПВ). Вона продовжує залишатись патологією, яка може загрозувати не лише здоров'ю, але й життю жінки. Причини позаматкової вагітності є різними, нерідко їх відмічається декілька.

У структурі гінекологічних захворювань питома вага ектопічної вагітності становить 1,6–2,5 % [8, 10]. Протягом останніх років спостерігається тенденція до зростання репродуктивних втрат, пов'язаних із порушенням нідації яйцеклітини. Співвідношення між позаматковою і матковою вагітностями становить приблизно 1:100 [3, 7].

Локалізуючись поза межами маткової порожнини, яка єдино фізіологічно пристосована для повноцінного розвитку плода, запліднена яйцеклітина може призвести до розриву органа, в якому вона розвивається [4, 9].

Для пояснення причин та механізмів виникнення позаматкової вагітності запропоновано багато теорій, загальним для яких є положення щодо розвитку цієї патології з причин, які затримують нормальний транспорт плідного яйця по трубі. Причина порушення нідації яйцеклітини обумовлена станом маткових труб або аномалією процесу запліднення (зміна часу і якості овуляції, порушення міграції яйцеклітини). Деякі автори вказують на можли-

вість об'єднання цих двох факторів. Однією з найбільш частих причин виникнення позаматкової вагітності є структурно-функціональні порушення маткових труб, які пов'язані з перенесеними раніше запальними процесами органів малого таза. Основною причиною порушення функції маткової труби є різні анатомічні зміни в її стінці або в оточуючих тканинах і органах, які найчастіше є наслідком різних запальних процесів. Перше місце серед причин займають запальні процеси жіночих статевих органів, які призводять до пошкодження тканин труби і порушують її прохідність [5, 6].

Мета дослідження – оцінити ефективність консервативних та оперативних методів терапії цієї патології. Розробити поетапний план прегравідарної підготовки жінок з позаматковою вагітністю в анамнезі.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Джерелом інформації для клініко-анамнестичного аналізу слугували медичні карти стаціонарного хворого (ф. 003/о) досліджуваних пацієнтів з ПВ, що перебували на лікуванні у Тернопільській комунальній міській лікарні № 2 протягом 2005–2015 років.

Після первинного обстеження пацієнток було поділено на 3 групи, по 40 жінок у кожній. Першу групу (20 хворих) становили жінки із порушеною позаматковою вагітністю, яким було проведено тубектомію 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 кон-

сервативне видалення плідного яйця лапароскопічним доступом, та Б – 20 пацієток, яким було проведено тубектомію лапароскопічним доступом. До 3 групи входили 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 тубектомію, що виконана лапароскопічним доступом, Г – 20 пацієток, які отримали метотрексат і їм виконана тубектомія лапаротомним доступом. Групи були підібрані відповідно до поставлених мети і завдань нашого дослідження та з дотриманням принципу рандомізації для адекватної оцінки результатів обстежень.

Віддалені результати оцінювалися за допомогою часу відновлення репродуктивної функції, прохідності маткових труб за допомогою МСГ, повторних лапароскопічних втручань і 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 $31,56 \pm 2,096$ днів. У жінок II групи наступна менструація наступила через $30,64 \pm 1,717$ днів, що порівняно 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 $40,78 \pm 2,126$, що порівняно з I групою зросло на 29,2 % ($p < 0,05$), а з II групою – на 33,9 % ($p < 0,05$), що є достовірно більшим показником.

Метросальпінгографія проводилася за 2–4 місяці після виписки зі стаціонару. У таблиці 1 наведено абсолютні кількості жінок з прохідними, частково і непрохідними трубами за результатами МСГ.

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 IIA групі, де ми провели лапароскопію з консервативним видаленням плідного яйця, кількість жінок з прохідними матковими трубами була 11, що склало 55 %, тоді як у IIIA групі, де був застосований метотрексат, склала 17 (85 %), що свідчить про кращий результат у 30 % жінок ($p > 0,05$). У IIIB групі (пацієнтам введено метотресат, а потім проведено лапароскопію, консервативне видалення плідного яйця) жінки з прохідними матковими трубами склали 70 % (14 пацієнтів), що порівняно з чистим метотрексатом

менше на 15 % ($p > 0,05$), але, порівнюючи з IIA групою, яким не вводився цитостатик, краще на 15 % ($p > 0,05$). Частково прохідні труби виявилися у 4 пацієнтів (20 %) жінок IIA групи, 3 (15 %) пацієнтів IIIA групи та 4 пацієнтів IIIB групи (20 %), різниця між цими показниками не є статистично достовірною ($p < 0,05$). Жінок з непрохідними матковими трубами, за результатами МСГ, було 3 (15 %) в IIA групі і 2 (10 %) у IIIB групі, тоді як у жодної жінки IIIA групи не виявили непрохідності маткових труб.

У жінок, яким проведено тубектомію, прохідність оцінювали по єдиній матковій трубці, яка не була задіяна. У I групі з лапаротомією прохідними труби були у 4 жінок (20 %) хворих, тоді як у групі IIБ при виконанні тубектомії лапароскопічним доступом прохідність єдиної маткової труби склала 12 жінок (60 %), що порівняно з лапаротомним методом збільшилося на 40 % ($p > 0,05$). Після використання метотрексату і лапароскопічної тубектомії прохідність маткових труб становила 13 (65 %) жінок, а лапаротомним методом – 7 (35 %), що зменшилося на 30 % ($p > 0,05$). Якщо порівнювати прохідність маткових труб лапаротомним методом без метотрексату становила 20 %, а з попереднім використанням цитостатика становила 35 %, що на 15 % більше ($p > 0,05$). А при лапароскопічному доступі було 12 (60 %) прохідних маткових труб без використання цитостатика, а після використання метотрексату – 13 (65 %), що не є статистично значимою різницею ($p < 0,05$). Частково прохідні маткові труби в I групі і в IIIB склали 35 % жінок, тобто не залежали від використання метотрексату. У IIБ групі після лапароскопії, тубектомії частково прохідною збереглася не задіяна маткова труба в 4 жінок (20 %), а у IIIB групі – 6 пацієток (30 %).

Жінок, яким у подальшому був виставлений діагноз трубно-перитонеальне непліддя за результатами МСГ після лапаротомної тубектомії, було 9, а це склало 45 %, що було найвищим показником порівняно зі всією вибіркою. Достовірно нижчий показник на 15 % ($p > 0,05$) показала лапаротомія з тубектомією після проведення терапії метотрексатом – IIIГ група, 6 жінок (30 %). У порівнянні лапаротомної техніки (групи I і IIIГ) з лапароскопічною тубектомією (IIБ і IIIB) відзначається зменшення кількості трубної непрохідності до 10 % і 5 % відповідно.

Усім жінкам з частково прохідними і непрохідними матковими трубами після 2–4 місяців після позаматкової вагітності за результатами метросальпінгографії 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 жінкам під час операції проводилася хромогідротубація.

Таблиця 1. Прохідність маткових труб у жінок з позаматковою вагітністю в анамнезі за результатами цифрової і аналогової метросальпінгографії

	I група (лапаротомія + тубектомія)	II група (лапароскопія)		III група (використано метотрексат)			
		A (КВПЯ)	Б (тубекто- мія)	A (МТ з ефектом)	Б (лапароскопія + КВПЯ)	В (лапароскопія + тубектомія)	Г (лапаротомія + тубектомія)
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 %)
Непрохідні	9 (45 %)	3 (15 %)	2 (10 %)	0 (0 %)	2 (10 %)	1 (5 %)	6 (30 %)

В післяопераційному періоді ці жінки пройшли курс фізіотерапії (грязелікування + гідротубації).

В таблиці 2 показано виконання репродуктивної функції жінками, які були в дослідженні. Так спонтанна вагітність настала 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 групи і ІІІВ групи (лапароскопічна тубектомія), відповідно, була спонтанна вагітність, що на 20 % більше, ніж при лапаротомній операції. За збереження маткової труби відсоток настання вагітності природним способом був майже в 2 рази вищим. Так, у ІІА групі було 12 (60 %), що у 2 рази більше, ніж у ІІБ групі, і у 6 раз вище, ніж у І групі. Найкращий результат показали пацієнти ІІІА групи: 15 жінок (75 %) завагітніли самостійно, що на 15 % вище, ніж у ІІА групі. У ІІІБ 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 незначні, що свідчить про незалежність даного фактора від шляху ведення позаматкової вагітності в анамнезі (табл. 2).

1 жінка ІІА групи (після консервативного видалення плідного яйця) через 1,5 року звернулася з повторною позаматковою вагітністю, проте вона локалізувалася в протилежній трубі від оперованої. 2 жінки (10 %) І групи поступили повторно з позаматковою вагітністю в єдиній матковій трубі.

Таблиця 2. Репродуктивна функція жінок через 2–24 міс. після епізоду ПВ

	I група (лапаротомія + тубектомія)	II група (лапароскопія)		III група (використано метотрексат)			
		A (КВПЯ)	Б (тубектомія)	A (МТ з ефектом)	Б (лапароскопія + КВПЯ)	В (лапароскопія + тубектомія)	Г (лапаротомія + тубектомія)
Наступила спонтанна вагітність	2 (10 %)	12 (60 %)	6 (30 %)	15 (75 %)	14 (70 %)	5 (25 %)	1 (5 %)
Вагітність наступила за допомогою допоміжних репродуктивних технологій	3 (15 %)	2 (10 %)	3 (15 %)	1 (5 %)	2 (10 %)	2 (10 %)	3 (15 %)

ВИСНОВКИ. 1. Метод консервативного лікування прогресуючої трубної вагітності з використанням метотрексату при внутрішньом'язовому введенні в дозі 100 мг забезпечує ефективну резорбцію плідного яйця при незначних побічних ефектах, дозволяє зберегти анатомічну та функціональну цілісність маткової труби у 85 % випадків.

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

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

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ. Перспектива подальших досліджень полягає у вивченні побічних дій при використанні метотрексату для консервативного лікування ПВ та їх попередження.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Айламазян Э. К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии / Э. К. Айламазян. – СПб. : Гиппократ, 1998. – С. 198–203.
2. Амразов Ж. Ю. Анализ анамнестических факторов риска возникновения прогресующей трубной вагітності / Ж. Ю. Амразов // Вісник наукових досліджень. – 2000. – № 1. – С. 64–65.
3. Бурдули Г. М. Репродуктивные потери / Г. М. Бурдули, О. Л. Фролова. – М., 1997. – С. 78–87.
4. Буянова С. Н. Основные принципы современной диагностики и лечения внематочной беременности / С. Н. Буянова, В. С. Смирнова // Вестник Российской ассоциации акушеров и гинекологов. – 1996. – № 4. – С. 38–44.
5. Критерії відбору хворих для органозберігаючих лапароскопічних операцій при трубній вагітності / О. М. Вавринчук, О. М. Юзько, Т. А. Юзько, О. Я. Петранюк // Шпитальна хірургія. – 2004. – № 2. – С. 158–160.
6. Значимість ультразвукових критеріїв для ранньої діагностики позаматкової вагітності / В. Я. Голота, В. О. Бенюк,

- В. Л. Колесник, О. А. Щерба // Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – К. : Інтермед, 2002. – С. 153–157.

7. Голота В. Я. Визначення факторів ризику, які сприяють настанню ектопічної вагітності / В. Я. Голота, В. О. Бенюк, Л. І. Мартинова // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2002. – № 4. – С. 79–82.

8. Голота В. Я. Частота позаматкової вагітності в м. Києві / В. Я. Голота, С. М. Мельников // Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – К. : Фенікс, 2001. – С. 161–163.

9. Cracia C. Diagnosing ectopic pregnancy: decision analysis comparing six strategies / C. Cracia, K. Barnhart // Obstet. Gynecol. – 2001. – Vol. 97, № 3. – P. 464–470.

10. Cruz A. Factors determining fertility after conservative or radical surgical treatment for ectopic pregnancy / A. Cruz, D. C. Cumming // Fertil. Steril. – 1997. – Vol. 68, № 5. – P. 871–874.

Отримано 01.08.16