

М.І. Козуб, М.М. Козуб

ОПТИМІЗАЦІЯ МЕТОДИКИ РЕАБІЛІТАЦІЇ РЕПРОДУКТИВНОЇ ФУНКЦІЇ У ХВОРИХ НА ПОЗАМАТКОВУ ВАГІТНІСТЬ

Харківська медична академія післядипломної освіти

ОПТИМІЗАЦІЯ МЕТОДИКИ РЕАБІЛІТАЦІЇ РЕПРОДУКТИВНОЇ ФУНКЦІЇ У ХВОРИХ НА ПОЗАМАТКОВУ ВАГІТНІСТЬ. Використання розробленої нами методики оперативного лікування і реабілітації хворих на позаматкову вагітність дозволяє в 1,3 раза підвищити ефективність збереження репродуктивної функції у пацієнток з даною патологією. Збереження маткової труби у хворих з позаматковою вагітністю дозволяє в 1,6 раза збільшити кількість хворих зі збереженою репродуктивною функцією.

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДИК РЕАБИЛИТАЦИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ. Использование разработанной нами методики оперативного лечения и реабилитации больных с трубной беременностью позволяет в 1,3 раза повысить эффективность восстановления репродуктивной функции у пациенток с данной патологией. Сохранение маточной трубы у больных с трубной беременностью позволяет в 1,6 раза увеличить количество больных с восстановленной репродуктивной функцией.

PATIENTS WITH HAVE OPTIMIZATION OF METHOD OF REHABILITATION OF GENESIAL FUNCTION EXTRA-UTERINE PREGNANCY. The developed methodic of tubal pregnancy treatment allows to increase the subsequent fertility rate of this patient in 1,3 times. "Uterine-tube-keeping" way of tubal pregnancy treatment during laparoscopy resulted in increased rate of further uterine pregnancy in 1,6 times.

Ключові слова: позаматкова вагітність, реабілітація, репродуктивна функція.

Ключевые слова: внематочная беременность, реабилитация, репродуктивная функция.

Key words: extrauterine pregnancy, rehabilitation, fertility.

ВСТУП. 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]. Число хворих, госпіталізованих у гінекологічний стаціонар з підозрою на ектопічну вагітність варіює в межах 1 – 12%. [2]. 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. 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. Особливу актуальність представляє проблема першо-позаматкової вагітності, внаслідок якої у 50 – 80% хворих після хірургічного лікування порушується репродуктивна функція, а частота повторних ектопічних нідацій становить 7 – 17%. Останніми роками ця патологія найчастіше зустрічається у підлітків і жінок у віці від 30 до 39 років [3].

У пацієнток з позаматковою вагітністю відмічається дисбаланс клітинно-ланки імунітету, підвищення рівня активованих Т-лімфоцитів, підвищення вмісту у сироватці крові ІЛ-1 β , ІЛ-10, ФНО- α та зникнення ІЛ-4, а також підвищення вмісту фібронектину [2].

Трубна вагітність розвивається в 13,4% у істмічній частині, у 83,6% – в ампулярній частині і у 3% – в інтрамуральній частині маткової труби.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Частота діагностичних помилок при позаматковій вагітності становить 2,1 – 24%. Точний діагноз прогресуючої трубної вагітності на підставі клінічних симптомів ставиться у 60 – 70% хворих [4].

Показаннями до проведення органозберігаючих втручань із застосуванням лапароскопії є:

- відсутність дітей у даної пацієнтки;
- відсутність другої маткової труби, видаленої при попередній операції з приводу ектопічної вагітності;
- бажання хворої зберегти репродуктивну функцію;
- неповноцінність другої маткової труби, що виявлена під час втручання;
- наявність першої вагітності, що виявилась позаматковою [3].

Ускладнення після консервативно-пластичних операцій на матковій трубі.

1) Персистенція хоріона зустрічається в 5 – 10% випадків після консервативно-пластичних операцій, що вимагає превентивної терапії метотрексатом. Групу ризику персистенції хоріона складають пацієнтки у яких:

- розміри гематосальпінксу більше 3см;
- вміст прогестерону в крові більше 35 нмоль/л;
- щоденний приріст β -хг в післяопераційному періоді більше 100 мМо/л або більше 40% порівняно з попередньою добою, а також коли під час операції виникає сумнів щодо повного видалення хоріона.

Для лікування персистенції хоріона або персистенції позаматково вагітності призначають метотрексат в дозі 0,4 мг/кг (25мг) щодня протягом 5 днів. При необхідності курс лікування повторюють через 9 днів.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА Х ОБГОВОРЕННЯ. Трубна вагітність є однією з причин розвитку у 17 – 50% хворих трубно-перитонеального безпліддя після оперативного втручання [7]. Повторна позаматкова вагітність зустрічається у 2 – 21% хворих [8].

Показання для видалення матково труби:

1. небажання пацієнтки мати вагітність в майбутньому;
2. виражені анатомічні зміни матково труби і супутній злуковий процес 3 – 4 ст.;
3. пластичні операції на маткових трубах з приводу трубно-перитонеально безплідності в анамнезі;
4. попередня трубна вагітність;
5. повторна вагітність у матковій трубі, яка раніше піддавалась консервативній операції з приводу трубно вагітності [5].

Маткові труби прохідні після консервативно-пластичних операцій у 63 – 80% пацієнток [1]. Нормалізація менструального циклу після тубектомії настає у 68% хворих. Після операцій з видаленням плідного яйця з матково труби маткова вагітність настає у 43,8 – 60,5% пацієнток, ектопічна – у 1,07 – 13,16% [6].

Враховуючи вищевикладене розробка нових методик лікування та реабілітації хворих з позаматковою вагітністю є актуальною проблемою сучасно гінекології.

Метою роботи було: розробка оптимального методу лікування та реабілітації хворих на позаматкову вагітність. Нами проведено вивчення ефективності відновлення репродуктивно функції у пацієнток із трубною вагітністю, залежно від обсягу оперативного втручання та методу реабілітації, для виконання чого проаналізовано 278 історій хвороб пацієнток, що поступили на лікування з діагнозом: трубна вагітність. Оперативні втручання проведено з використанням лапароскопічно стійки „Stryker” (США). Рівень крововтрати складав від 300 до 1200 мл, тривалість лапароскопічного втручання – від 15 до 80 хвилин, середній післяопераційний ліжко-день – 3,1.

188 пацієнткам, які склали першу групу, виконана тубектомія у зв'язку з розривом матково труби.

90 пацієнткам, які склали другу групу, виконане органозберігаюче лікування прогресуючо трубно вагітності за розробленою і запатентованою нами методикою [8].

Надалі 188 пацієнток першо групи були розділені на 2 підгрупи (А-1 і Б-1) по 94 пацієнтки, а 90 пацієнток 2- групи були розділені на 2 підгрупи (А-2 і Б-2) по 45 пацієнток.

Пацієнткам підгруп А-1, А-2 (94 – першо групи й 45 – друго групи) після проведеного оперативного лікування черевну порожнину дренивали з по-

переднім створенням гідроперитонеуму фізіологічним розчином з дексаметазоном. Пацієнткам підгруп В-1, В-2 (94 – першо групи й 45 – друго групи) у черевну порожнину по закінченню операції вводився протиспайковий бар'єр „Мезогель”.

З 3- доби післяопераційного періоду всім хворим призначали ранню фізіотерапію. Хворим підгрупи А (94 – з 1- групи й 45 – з 2- групи) призначали суппозитори з „Дистрептазою” per rectum, ін'єкції „Лонгідази” внутрішньом'язово №5 та електростимуляцію маткових труб №10 за допомогою апарату „Ендотон 01-Б”. Хворим підгрупи В (94 пацієнтки 1- групи й 45 – 2- групи) призначали суппозитори з дистрептазою per rectum, електростимуляцію маткових труб за допомогою апарату „Ендотон 01-Б” і внутрішньоматковий електрофорез із лонгідазою №5 за допомогою апарату „Поток 01 М” за дерматопарамібною методикою.

Результати лікування оцінювали через 1 рік після закінчення реабілітаційно терапі в першу чергу по настанню матково або позаматково вагітності. Через рік вагітність наступила у 77 (55,4%) пацієнток підгрупи А, серед яких маткова вагітність наступила у 71 жінки (51%), в тому числі у хворих з єдиною збереженою матковою трубою (підгрупа А-1) – у 21 (29,5%) пацієнтки, із двома матковими трубами (підгрупа А-2) – у 50 (70,5%) пацієнток. Позаматкова вагітність констатована у 6 (4,3%) жінок підгруп А-1, А-2. У підгрупі В вагітність наступила у 96 (69,1%) пацієнток після проведення розробленого нами комплексу оперативного лікування та реабілітаційно терапі. З них маткова вагітність настала у 93 (67%) жінок, в тому числі з єдиною матковою трубою (підгрупа В-1) у 12 (12,9%) пацієнток, із двома матковими трубами (підгрупа В-2) – у 81 (87,1%) пацієнток. Позаматкова вагітність у підгрупі Б виявлена у 3 (2,1%) жінок. При порівнянні ефективності лікування пацієнток підгрупи А та підгрупи В виявилось, що результати лікування за розробленою нами методикою (підгрупа В) перевищують результати традиційного лікування у 1,3 раза ($p < 0,05$).

ВИСНОВОК. Таким чином, розроблений нами комплекс лікування хворих, що перенесли оперативне лапароскопічне втручання з приводу трубно вагітності, із застосуванням протиспайкового бар'єру „Мезогелю” та внутрішньоматковим електрофорезом „Лонгідази” у післяопераційному періоді є ефективним методом попередження розвитку злукового процесу у післяопераційному періоді та відновлення репродуктивно функції після втручання.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ. Пошук нових методів діагностики прогресуючо позаматково вагітності дозволить значно зменшити частоту діагностичних помилок.

Подальше вивчення дисбалансу клітинно ланки імунітету, рівня Т-лімфоцитів, дозволить краще діагностувати прогресуючу позаматкову вагітність, а також створити нові підходи на ранніх термінах вагітності лікування і профілактики.

Література

1. Адамян 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.
2. Носенко Е.Н., Горсали Р.Л. Особенности иммунологической и цитокиновой реактивности у пациенток с трубной беременностью // Збірник наукових праць асоціації акушерів-гінекологів України. Ки в Інтемед. 2008. –С.422–425.
3. 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.
4. Козуб М.І., Козуб М.М., Стремоухова Н.Ю. та співавт. Позаматкова вагітність. // Навчальний посібник для самостійно роботи акушерів-гінекологів та сімейних лікарів. Харків. 2008. –38 с.
5. Козуб Н.И. Избранные вопросы практической эндоскопии в гинекологии. Харьков. 2002. С.38–48.
6. Косаченко А.Г., Давлетханова Э.Р., Дубинская Е.Д., Авакян М.С. Отдаленные результаты восстановления репродуктивной функции у женщин с внематочной беременностью. // Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. Москва, ПАНТОРИ, 2005. –С. 266–268.
7. Чайка В.К., Носенко Е.Н., Гарсали Р.Б.–Л. Реабилитация репродуктивной функции после органосохраняющих операций по поводу трубной беременности. // Проблемы, достижения и перспективы развития медико-биологических наук и практического здравоохранения. Труды Крымского государственного медицинского университета им. С.И. Георгиевского. 2008., том 144, часть Ш. –С.253–255.
8. Фаткуллин И.Ф., Альцев Ш.А. Профилактика спаикообразования после лапароскопических операций при внематочной беременности // Проблемы репродукции. Технологии XXI века в гинекологии. МедиаСфера Москва 2008. –С. 184.
9. Ткачов О.І., Гріщенко В.І., Козуб М.І., Спосіб лапароскопічного органозберігаючого лікування ектопічно трубної вагітності (Патент України №35240А від 15.03.2001р., бюлетень №7.

УДК 618.3-008.6:616.15 + 616.153.96.618.16

І.М. Маланчин

СТАН СИСТЕМИ АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ ТА ПОЛ У ВАГІТНИХ З ПІЗНИМИ ГЕСТОЗАМИ НА ТЛІ ГЕРПЕТИЧНОЇ ТА ХЛАМІДІЙНОЇ ІНФЕКЦІЇ

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я.Горбачевського

СТАН СИСТЕМИ АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ ТА ПОЛ У ВАГІТНИХ З ПІЗНИМИ ГЕСТОЗАМИ НА ТЛІ ГЕРПЕТИЧНО ТА ХЛАМІДІЙНО ІНФЕКЦІЇ. Проведено клініко-лабораторне обстеження вагітних з преєклампсією у поєднанні з герпетичною або хламідійною інфекцією. Показана особлива роль процесів перекисного окислення ліпідів у патогенезі пізніх гестозів. Доведено, що тяжкість гестозу корелює з активністю ПОЛ та недостатністю системи АОЗ. Виявлено значну інтенсифікацію процесів ПОЛ при преєклампсії з хламідійною інфекцією та герпетичною інфекцією.

СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ И ПОЛ У БЕРЕМЕННЫХ С ПОЗДНИМИ ГЕСТОЗАМИ НА ФОНЕ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ И ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ. Проведено клініко-лабораторное обследование беременных с преэклампсией в сочетании с герпетической или хламидийной инфекцией. Показана особная роль процессов перекисного окисления липидов в патогенезе поздних гестозов. Доведено, что тяжесть преэклампсии коррелирует с активностью ПОЛ и недостаточностью системы АОЗ. Вывявлена значительная интенсификация процессов ПОЛ при преэклампсии с хламидийной или герпетической инфекцией.

THE STATE OF THE ANTIOXYDANT SYSTEM AND POL AT PREGNANT WITH PREGNANCY INDUCED HYPERTENSION ON A BACKGROUND HERPETIC AND CHLAMIDIAL INFECTION. The clinical-laboratory investigation of pregnant with preeclampsia in combination with a herpetic or chlamidial infection is performed. The special role of peroxydative processes in pathogenesis of late gestosis is shown. The correlation of the severity of preeclampsia with POL activity and insufficiency of the antioxydant system is proved. Considerable intensification of POL processes is exposed at preeclampsia with a herpetic or chlamidial infectional contamination.

Ключові слова: вагітність, преєклампсія, перекисне окислення ліпідів, антиоксидантна система, герпетична інфекція, хламідійна інфекція.

Ключовые слова: беременность, преэклампсия, перекисное окисление липидов, антиоксидантная система, герпетическая инфекция, хламидийная инфекция.

Key words: pregnancy, preeclampsia lipid peroxydation, antioxydant system, herpetic infection, chlamidial infection.

ВСТУП Преєклампсія — специфічне ускладнення вагітності, що виявляється, як правило, у другій

половині і характеризується глибоким розладом усіх видів обміну, зміною діяльності судинно та нервово