

УДК 618.31-08

КОНСЕРВАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ ПРОГРЕСУЮЧОЇ ЕКТОПІЧНОЇ ВАГІТНОСТІ

В.І. Бойко, Т.В. Рябенко

Медичний інститут Сумського державного університету, м. Суми

У статті наведений аналіз результатів консервативного лікування ектопічної вагітності для відновлення репродуктивного здоров'я жінки.

ВСТУП

Позаматкова вагітність є медико-соціальною проблемою сучасності. Поряд із зниженням народжуваності, зростанням кількості переривань вагітності ектопічна вагітність є однією з форм репродуктивних втрат. Репродуктивні втрати, пов'язані з порушенням нідації яйцеклітини, збільшуються протягом останніх 15 років. Це, можливо, пов'язано із зміною характеру перебігу і частоти запальних процесів геніталій, що викликано недостатнім комплексом лікувальних заходів, порушенням гормональних взаємовідношень в організмі жінок у зв'язку із застосуванням контрацептивних методів.

Актуальність проблеми позаматкової вагітності в гінекології підтверджується і ускладненнями, які у зв'язку з цим виникають: масивні внутрішні кровотечі, геморагічний шок. Неприятливі також і віддалені наслідки: спайковий процес у малому тазі, повторна позаматкова вагітність, вторинна неплідність.

Враховуючи репродуктивний вік пацієнток, на який припадає основна кількість випадків даної патології, розробляються та впроваджуються методики, що дозволяють зберегти репродуктивну функцію жінки. У цьому плані перспективним і в той же час недостатньо поширеним на території України, а також не до кінця вивченим є використання медикаментозного лікування як одного з найбільш молодих та перспективних методів.

МЕТА РОБОТИ

Метою даного дослідження є удосконалення та наукове обґрунтування консервативного лікування прогресуючої ектопічної вагітності для збереження маткової труби та відновлення репродуктивного здоров'я жінки.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Спостерігали протягом 2005-2007 років 150 жінок з ектопічною вагітністю. Обстежені були поділені на дві групи. Основну групу становили 16 жінок з прогресуючою ектопічною вагітністю.

Комплексне динамічне обстеження пацієнток включало в себе загальноклінічне, функціональне (ультразвукове) та лабораторне (метод імуноферментного аналізу хоріонічного гонадотропіну) обстеження.

Консервативне розсмоктування прогресуючої ектопічної вагітності полягало у крапельному введенні 100 мг метотрексату на 400 мл фізіологічного розчину з 5 мл есенціале. У подальшому пацієнтки отримували упродовж 12 діб фолати та 3 рази в\в есенціале. Як порівняння вивчено особливості перебігу захворювання у 134 жінок з ектопічною вагітністю, яким відразу після госпіталізації до стаціонару здійснено хірургічне лікування.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Під час аналізу анамнезу 150 жінок нами встановлено, що при патології, яка вивчається, переважали хворі у віці 20-30 років, що відповідає найбільшій кількості вагітностей у цій віковій групі.

Серед сучасних факторів ризику виникнення трубної вагітності потрібно зазначити пізній початок менархе – 56,4%, порушення менструальної функції – 66,2%, ранній початок статевого життя – 85%, запальні захворювання жіночої статевої сфери (гонорея – 80,62%, туберкульоз – 11,26%, хламідіоз – 25,35%, інші інфекції – 11,97%), неплідність – 48,0%, аборти в анамнезі – 57,6%, ускладнення попередніх вагітностей і пологів – 56,1%, спайковий процес через раніше перенесені оперативні втручання – 54,93%, паління – 22,0%, стресові ситуації – 64,0%.

При обстеженні жінок із підозрою на позаматкову вагітність нами був встановлений діагноз прогресуючої трубної вагітності (із чіткою візуалізацією ектопічно розміщеного плідного яйця) у 16 пацієнток. Середній вік пацієнток становив $26,4 \pm 3,5$ року.

У результаті проведених досліджень встановлено, що більшість пацієнток мали великий відсоток гінекологічних захворювань ($69,8 \pm 7,89\%$), причому кожна друга жінка в анамнезі мала запальні процеси ЖСО ($53,4 \pm 7,2\%$) та кожна п'ята перенесла в минулому операцію видалення маткової труби з приводу ектопічної вагітності чи піосальпінксу. Так, серед основної групи обстежених у 3 випадках спостерігалася повторна позаматкова трубна вагітність, попередні завершилися видаленням маткових труб.

В обстежених пацієнток відзначена затримка менструації від 7 до 26 днів. 30,4% скаржилися на мажучі серозно-кров'янисті виділення зі статевих шляхів, а на незначний, періодично виникаючий ниючий біль внизу живота скаржилися 69,5% жінок.

Враховуючи те, що прогресуюча трубна вагітність характеризується стертістю клінічних проявів, надзвичайно важливим є її своєчасна діагностика. Діагностична ефективність трансабдомінального УЗД становить 40,4%, тому цей вид дослідження може бути використаний як попередня діагностика або експрес-метод.

Для встановлення остаточного діагнозу прогресуючої трубної вагітності в динаміці (у поєднанні з іншими методами) ми використовували трансвагінальне ультразвукове дослідження, що дозволяє визначити ехогенну рідину у всіх (100%) жінок із наявністю крові у черевній порожнині. За допомогою УЗД діагноз був підтверджений трансабдомінальним датчиком у 40%, трансвагінальним – у 74%, у 20% випадків УЗД діагноз не підтвердило.

При проведенні ультразвукового сканування у 30,43% жінок визначався ембріон, що розвивався в проекції придатків матки з одного з боків. У 69,56% цих пацієнток у проекції придатків матки (після візуалізації інтактних яєчників) виявлено утворення негомогенної ехоструктури з підвищеним рівнем ехогенності. У 91,3% жінок, крім візуалізації плідного яйця у матковій трубі, мали місце інші ознаки ектопічної вагітності: відзначалося збільшення розмірів матки при

підтвердженні відсутності маткової вагітності; потовщення серединного М-ехо; кіста жовтого тіла в проекції одного з яєчників. У 13,04% пацієнток виявлялася вільна рідина у черевній порожнині в кількості 5-10 мл.

У всіх пацієнток наявність прогресуючої трубної вагітності була також підтверджена визначенням концентрації β -ХГ. У значного загалу пацієнток (13 – 81,25%) концентрація β -ХГ становила 2600-3500 МЕ/л.

При відборі пацієнток для лікування метотрексатом ми дотримувалися таких умов: підтвердження наявності трубної вагітності трансвагінальним УЗД, відсутність ознак порушеної вагітності, живий ембріон, відсутність кровотечі, діаметр плідного яйця не більше 4 см, товщина ендометрія менше 10 мм, менструальний термін вагітності менше 9 тиж., відсутність гострого запального процесу та змін гематологічних показників, згода жінки на маніпуляцію.

Що стосується самого методу лікування, то воно полягало у крапельному введенні 100 мг метотрексату на 400 мл фізіологічного розчину з 5 мл есенціале. У подальшому пацієнтки отримували упродовж 12 діб фолати та 3 рази в/в есенціале.

Ефективність лікування оцінювали даними трансвагінального УЗД, показниками рівня хоріонічного гонадотропіну, загальноклінічними лабораторними аналізами через 3 і 6 днів після введення, а потім через місяць.

Аналіз консервативного лікування прогресуючої трубної вагітності показав, що у 15 випадках настало замирання ембріона через 3-5 діб після розпочатого лікування та через 3 тижні повністю розсмоктався хоріон. Допплерометричне дослідження свідчило про відсутність кровотоку від жовткового мішка до ембріона на 3-тю добу, потім кровоток припинявся повністю, відбувалося поступове повне розсмоктування вагітності до 3 тижнів. При використанні метотрексату за запропованою нами методикою простежується динаміка падіння хоріонічного гонадотропіну на 4-5-ту добу порівняно з вихідним рівнем до 75,9%, на 7-8-му добу – до 24,9%. На 10-ту добу у пролікованих пацієнток рівень гормону був критично низьким і становив $211,1 \pm 36,5$ МО/мл. Після 17-ї доби хоріонічний гонадотропін у крові пролікованих хворих не визначався.

Проте в 3 наступних випадках для досягнення цього результату необхідно було повторне введення 100 мг метотрексату через 5 діб, а в інших 2 виявилось достатнім дворазове введення препарату по 50 мг протягом двох діб.

Слід зазначити, що у однієї пацієнтки консервативне лікування прогресуючої трубної вагітності не було ефективним. Допплерометричним дослідженням на 3-тю добу встановлено припинення кровотоку від жовткового мішка до ембріона з подальшим його замиранням та повним розсмоктуванням, але постійно зберігався кровоток в хоріоні, вагітність прогресувала при анембріонії, зберігався хоріонічний гонадотропін, тривалі кров'янисті виділення з піхви. При вагінальному дослідженні пальпувалося безболісне ретортоподібної форми утворення з боку ураження від 3 до 5 см, і ми змушені були провести планове оперативне втручання – лапароскопічну сальпінготомію з подальшою пластикою розтину маткової труби. Післяопераційне відновлення прохідності маткової труби проводилося як за допомогою фізіотерапевтичних заходів, так і за допомогою гідротубації.

При вивченні (по можливості) відносно віддалених результатів цього методу лікування встановлено, що із 36,40% хворих після проведення їм через 2 міс. метросальпінгографії у 24,24% відновлена прохідність труби на боці ураження, у 18,18% через 3 міс. настала маткова вагітність.

ВИСНОВКИ

Використання консервативного методу лікування прогресуючої ектопічної вагітності з використанням метотрексату дає позитивні результати, тому доцільним буде продовжити його застосування при цій патології, особливо за наявності ектопічної вагітності в єдиній матковій трубі. При відборі пацієнток для лікування метотрексатом потрібно дотримуватися таких умов: підтвердження наявності трубної вагітності трансвагінальним УЗД, відсутність ознак порушеної вагітності, живий ембріон, відсутність кровотечі, діаметр плідного яйця не більше 4 см, товщина ендометрія менше 10 мм, менструальний термін вагітності менше 9 тиж., відсутність гострого запального процесу та змін гематологічних показників, згода жінки на маніпуляцію. При використанні даного методу лікування потрібно застосовувати диференційовану дозу препарату залежно від терміну гестації та розмірів плідного яйця.

SUMMARY

CONSERVATIVE TREATMENT OF ECTOPIC PREGNANCY

V.I. Boiko, T.V. Ryabenko

In the article the analysis of results of conservative treatment of ectopichnoy pregnancy is resulted for proceeding in the reproductive health of woman.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Голога В.Я., Бенюк В.О., Мартинова Л.І. Визначення факторів ризику, які сприяють настанню ектопічної вагітності // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2002. – №4. – С. 79-82.
2. Клініко-діагностичні аспекти позаматкової вагітності // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2002. – № 1. – С. 52-54.
3. Комачкова А.А. К вопросу о диагностике и консервативном лечении внематочной беременности // Вісн. асоціації акушерів-гінекологів України. – 2000. – № 3 (8). – С. 43-47.
4. Комличенко Э.В., Цивьян Б.Л., Уранова Р.В. Внематочная беременность – современные аспекты диагностики и лечения, клинико-экономический эффект использования современных медицинских технологий в лечении трубной беременности // Журн. акушерства и женских болезней. – 2003. – №3. – С. 28-33.
5. Медикаментозне лікування прогресуючої трубної вагітності // Ліки України. – 2000. – № 4. – С. 20-21.
6. Співак А.В. Особливості перебігу, тактики ведення та відновлення репродуктивної функції у жінок з позаматковою вагітністю // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2004. – №2. – С. 93-94.
7. Суслікова Л.В. Поширеність, патогенез та діагностика позаматкової вагітності // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2005. – № 2. – С. 108-114.
8. Шаркін Л.В., Матвієнко О.О., Маркін С.Л. Позаматкова вагітність: Монографія. – Львів, 1999.
9. Asseryanis E., Frigo P. A new diagnostic method to detect ectopic pregnancy at a very early stade // American J. Obstet. Gynecol. – 1995. – V. 173, N1. – P.236-237.
10. Cruz A., Cumming D.C. Factors determining fertility after conservative or radical surgical treatment for ectopic pregnancy // Fertil. Steril. – 1997. – V. 68, N5. – P. 871-874.

Бойко В.І., доцент, Медичний інститут СумДУ, м. Суми;

Рябенко Т.В., магістрант, Медичний інститут СумДУ, м. Суми.

Надійшла до редакції 2 квітня 2008 р.