

## ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ БЕЗПЕЧНОСТІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПРИ РАННІХ РЕПРОДУКТИВНИХ ВТРАТАХ

О. В. Трохимович, М. В. Бражук

Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України, м. Київ

## PATHOGENETIC SUBSTANTIATION OF SURGICAL TREATMENT SECURITY IN EARLY REPRODUCTIVE LOSSES

O. V. Trokhymovych, M. V. Brazhuk

Одним з провідних наукових напрямків розв'язання актуальної проблеми сучасного акушерства й гінекології щодо зниження репродуктивних втрат є вдосконалення існуючих та розробка нових діагностичних і лікувально-профілактичних заходів з ранніх строків вагітності [1, 2]. Увага до цієї проблеми зумовлена високою частотою ранньої втрати вагітності (15 – 20%), що немає тенденції до зниження, а її наслідки мають важливе значення для репродуктивного здоров'я жінок [3 – 5]. В цьому аспекті пріоритетним є питання безпеки та ефективності лікування за ранніх репродуктивних втрат.

### МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Обстежені 180 жінок, у яких відзначено ранню втрату вагітності у строки 5 – 10 тиж гестації, в тому числі у 90 (1-ша група) – завмерлу вагітність, у – 90 (2-га група) – трубну локалізацію вагітності.

Пацієнткам проведено бактеріологічне дослідження виділень з статевих шляхів для виявлення інфекцій, що передаються статевим шляхом, відповідно до наказу МОЗ України № 234 від 10.05.07.

Гістероскопію проводили за допомогою гістероскопа "Karl Storz" (Німеччина) під внутрішньовенним знеболенням. За умови трубної вагітності пацієнткам здійснювали хірургічну лапароскопію з використанням лапароскопа "Karl Storz" (Німеччина) під інтубаційним наркозом.

Макропрепарати елементів плідного яйця, маткової труби, дециду-

### Реферат

Рання втрата вагітності асоціюється з високою частотою хронічних запальних процесів органів статеві системи. При завмерлій та трубній вагітності багатоконпонентні асоціації мікроорганізмів у статевих шляхах виявляють відповідно у 66,7 та 48,9% жінок, морфологічні ознаки запального процесу – у 72,2 та 51,1%. Застосування ендоскопічних методів діагностики й лікування жінок за ранньої втрати вагітності високоефективне, дає змогу виявити супутні захворювання, виконати мініінвазивні органозберігальні втручання у необхідному обсязі. Обґрунтоване проведення комплексного протизапального лікування жінок за ранньої репродуктивної втрати з метою попередження негативних наслідків, покращення найближчих і віддалених результатів хірургічного лікування.

**Ключові слова:** завмерла вагітність; трубна вагітність; лапароскопія; гістероскопія; лікування.

### Abstract

Early loss of pregnancy is associated with high rate of chronic inflammatory processes of genital organs. While still and tubal pregnancy a multicomponent associations of microorganisms in genital ways are revealed, accordingly, in 66.7 and 48.9% women, morphological signs of inflammatory process – in 72.2 and 51.1%. Application of endoscopic methods of diagnosis and treatment of women in early loss of pregnancy is highly effective, permits to reveal comorbidities, to perform miniinvasive organpreserving interventions in necessary volume. Performance of complex anti-inflammatory treatment of women in early loss of pregnancy is substantiated with the objective to escape negative outcomes, and for improvement of immediate and late results of surgical treatment.

**Key words:** still pregnancy; tubal pregnancy; laparoscopy; hysteroscopy; treatment.

альної оболонки, перетинки матки, лейоміоматозні вузли, зскібки направляли на гістологічне дослідження.

### РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

З метою переривання завмерлої вагітності всім пацієнткам проводили вишкрібання стінок порожнини матки за стандартним методом, у 52 (46,8%) з них – з гістероскопічним контролем. Гістероскопічну асистенцію використовували для уточнення при припущенні про наявність залишків тканин в порожнині матки, ураження матки або припущення про його наявність. За даними гістероскопії, лейоміома

матки діагностована у 12 (13,3%) жінок, аномалії розвитку матки – у 9 (6,7%), внутрішньоматкові синехії – у 7 (7,8%), локальні рубцево-фіброзні зміни, оцінені як ознаки тривалого аденоміозу – у 13 (14,4%). Істміко-цервікальна недостатність виявлена у 19 (21,1%) жінок, що могло бути зумовлене раніше виконаними абортми чи бути ознакою гормональної недостатності. За допомогою гістероскопічного контролю вдалося встановити неповне інструментальне спорожнення матки у 10 (11,1%) жінок, найчастіше це відзначали за локалізації плідного яйця у дна та по передній стінці матки. В усіх хворих досягнуто повної евакуації вмісту

матки, що мало важливе значення у запобіганні виникнення ускладнень. При цьому здійснення гістероскопічної асистенції суттєво не збільшувало тривалість операції, що становила у середньому ( $21,3 \pm 2,4$ ) хв, а за її відсутності — ( $19,2 \pm 2,5$ ) хв. Інтраопераційних ускладнень не було.

Отже, застосування гістероскопічного контролю під час та після інструментальної ревізії порожнини матки у жінок за ранньої репродуктивної втрати вважаємо виправданим, оскільки, з одного боку, це дає змогу візуально оцінити ефективність втручання, з іншого — виявити або підтвердити наявність, вид і локалізацію захворювань матки.

Перед операцією у усіх жінок вивчали особливості мікробіоценозу статевих шляхів. За даними мікробіологічного дослідження встановлене значне збільшення кількості патогенних та умовно патогенних мікроорганізмів на тлі істотного дефіциту лактобактерій. Виявляли різні види ентеробактерій, стафілококів з патогенними властивостями, грибів роду *Candida* у високій концентрації (4 — 6 колонієутворювальних одиниць в 1 мл).

У 60 (66,7%) жінок 1-ї групи виявляли багатокомпонентні асоціації мікроорганізмів, що включали різні види грампозитивних коків, ентеробактерій, грибів роду *Candida* в поєднанні з гарднерелами (у 34,4%), уреа- та мікоплазмами (відповідно у 21,1 та 16,7%).

У жінок 2-ї групи частота виявлення асоціацій патогенних та умовно патогенних мікроорганізмів становила 48,9%, хламідійної інфекції — 36,7%, гарднерельозу — 30%.

За результатами морфологічного дослідження зскрібків в 1-й групі у 65 (72,2%) спостереженнях відзначали запальні зміни, що проявлялося паріетальним та базальним децидуїтом, деструктивно-дегенеративними змінами строми ворсин хоріону (рис. 1).

За результатами гістологічного дослідження маткових труб при трубній вагітності виявлені ознаки існуючого або перенесеного запаль-

ного процесу, зокрема, виражений склероз стінки, атрофія її епітелію — у 46 (51,1%) спостереженнях, що могло бути безпосередньою причиною ектопічної імплантації плідного яйця (рис. 2).

Отже, за результатами мікробіологічного та морфологічного дослідження, у більшості жінок за ранніх репродуктивних втрат виявлені ознаки запального процесу, що є одним з провідних чинників патогенезу втрати вагітності у ранні строки. З одного боку, запальний процес у статевих органах спричиняє порушення формування імунної толерантності організму матері як на загальному, так і локальному рівні, перешкоджає адекватній децидуалізації ендометрію, і, як наслідок, повноцінній імплантації, що зумовлює втрату вагітності.

Узагальнення результатів проведених комплексних досліджень свідчить про необхідність проведення диференційованого протизапального лікування жінок за репродуктивних втрат перед та після операції з метою уникнення негативних наслідків та покращення найбільш чужих і віддалених результатів хірургічного лікування, відновлення репродуктивної функції та запобігання майбутнім втратам вагітності.

З огляду на це, перед та після операції всім жінкам 1-ї групи проведена диференційована комплексна протизапальна терапія на підставі аналізу клінічних симптомів і даних допоміжних досліджень. Перебіг

післяопераційного періоду у жінок цієї групи без ускладнень, тривалість лікування у стаціонарі 5 — 7 днів, рекомендоване проведення у подальшому реабілітаційних заходів з метою покращення репродуктивного здоров'я.

У строки до 3 років спостереження вагітність відзначена у 68 (76,6%) жінок, пологи — у 31 (34,4%), у 2 (2,9%) — виникла репродуктивна втрата, у решти — вагітність триває.

Встановлення діагнозу ектопічної вагітності часто є складним завданням через значну варіабельність клінічних симптомів, особливості перебігу вагітності у ранні строки, побоювання лікаря припуститися діагностичної помилки.

З метою діагностики у усіх пацієнток цієї групи визначали вміст  $\beta$ -хоріонічного гонадотропіну людини ( $\beta$ -ХГЛ) у сироватці крові. Для встановлення точного діагнозу трубної вагітності рівень  $\beta$ -ХГЛ оцінювали в динаміці (через 3 — 4 доби). За умови трубної вагітності відзначали повільне збільшення концентрації  $\beta$  — ХГЛ удвічі через 7 днів і більше, за маткової вагітності — цей показник збільшувався не менше ніж на 66% від початкового через кожні 2 доби. Для встановлення діагнозу трубної вагітності за відсутності плідного яйця в матці достатньою вважали концентрацію  $\beta$  — ХГЛ не менше 2000 МО/л. У жінок 2-ї групи діагноз трубної вагітності встановлювали на основі даних ехографічного дослідження, при цьому

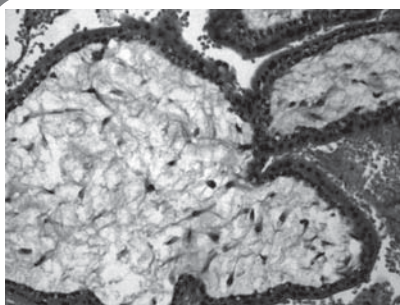


Рис. 1.  
Мікрофото.

Завмерла вагітність у строки 5 - 6 тиж. Ворсини хоріону дистрофічно-змінені, міксоматоз, набряк строми. Забарвлення гематоксилином та еозином.  $36. \times 200$ .

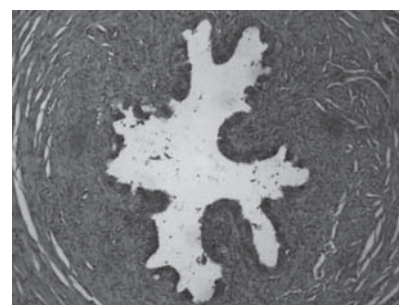


Рис. 2.  
Мікрофото.

Значне звуження просвіту маткової труби, атрофія слизової оболонки за трубної вагітності. Забарвлення гематоксилином та еозином.  $36. \times 200$ .

основними критеріями вважали неоднорідність структур придатків, наявність вільної рідини в черевній порожнині — у 25 (27,8%) жінок, неоднорідність структури придатків за відсутності вільної рідини — в 11 (12,2%), виявлення ектопічно розташованого плідного яйця з живим ембріоном — у 10 (11,1%). Після одноразового трансвагінального сканування трубна вагітність діагностована у 65 (72,2%) пацієнток, у решти — проводили повторне ультразвукове дослідження органів малого таза з метою уточнення діагнозу. Правобічна трубна вагітність виявлена у 48 (53,3%) жінок, у решти — лівобічна.

Всім пацієнткам з приводу трубної вагітності здійснене хірургічне лікування з використанням лапароскопії. За даними лапароскопії плідне яйце локалізувалося в ампулі маткової труби — у 45 (50%) пацієнток, перешійку — у 20 (22,2%), торочках — у 25 (27,8%). Таким чином, найбільш частою локалізацією плідного яйця за умови трубної вагітності у жінок 2—ї групи була ампула.

Лапароскопічні ознаки трубної вагітності: ретортоподібне потовщення маткової труби, багряно—синішне забарвлення — у 76 (84,4%) спостереженнях, кровотеча з ампули маткової труби — в 11 (12,2%), наявність у черевній порожнині та прямокишково—матковій заглибині рідкої крові або згортків та елементів плідного яйця — у 18 (20%). За даними лапароскопії прогресуюча трубна вагітність встановлена у 70 (77,8%) жінок, трубний аборт — в 11 (12,2%), розрив маткової труби — у 9 (10,0%). Об'єм крововтрати від 50 до 150 мл.

Лапароскопічні органо-зберігальні операції виконані у 86 (95,6%) жінок: сальпінготомія з видаленням елементів плідного яйця — у 69 (76,7%), видалення плідного яйця шляхом вичавлювання — у 17 (18,9%), тубектомія — у 4 (4,4%), з них у 2 жінок — виникла повторна трубна вагітність на попередньо оперованій матковій трубці. Двобічна тубектомія з метою підготовки жінки до екстракорпорального запліднення здійснена у 2 жінок за наявності виражених анатомічних змін маткових труб, що розцінені як безперспективні щодо відновлення функціональних властивостей. Поряд з цим, виконували адгезіо-лізіс, сальпінгооваріолізис та видалення паратубарних кіст — у 63 (70,0%) жінок, біопсію яєчників — у 24 (26,7%), кістектомію — у 18 (20,0%), міомектомію — у 8 (8,9%).

Під час хірургічного втручання у 14 (15,6%) жінок виявлені ознаки аденоміозу (тіло матки кулястої форми, з мармуровим забарвленням серозної оболонки, неоднорідної консистенції) та ендометріюїдної гетеротопії різного ступеня та локалізації (переважно з ураженням крижово—маткових зв'язок, черевини прямокишково—маткової заглибини та задніх листків широких маткових зв'язок). У 10 (11,1%) жінок виявлена лейоміома матки, у 16 (17,8%) — кісти жовтого тіла, у 5 (5,6%) — ендометріюїдні кісти. Хронічний сальпінгіт діагностований у 42 (46,6%) пацієнток, що підтверджує провідну роль хронічних запальних захворювань органів малого таза в генезі трубної вагітності.

Під час та після операції пацієнткам 2—ї групи проводили антибактеріальну терапію з огляду на ви-

явлені анатомічні особливості маткових труб, супутні захворювання та запальні зміни внутрішніх статевих органів. В усіх жінок 2—ї групи перебіг операції та післяопераційного періоду без ускладнень, їх виписували на 5 — 8—му добу.

За результатами спостереження протягом 3 років вагітність наступила у 55 (61,1%) жінок з 70 (77,8%), які бажали реалізувати репродуктивні наміри, при цьому пологи у строк відзначені у 25 (27,8%) жінок, повторна трубна вагітність виникла у 1, у решти жінок вагітність триває.

## ВИСНОВКИ

1. За умови ранніх репродуктивних втрат відзначають високу частоту хронічних запальних процесів статевих органів, що підтверджують дані мікробіологічного, гістологічного та ендоскопічного досліджень.

2. За умови завмерлої та трубної вагітності багатокомпонентні асоціації мікроорганізмів виявлені відповідно у 66,7 та 48,9% жінок, запальний процес за даними морфологічного дослідження — у 72,2 та 51,1%.

3. Використання ендоскопічних методів діагностики й лікування жінок за ранньої втрати вагітності високоефективне, дозволяє виконати мініінвазивне органо-зберігальне втручання у необхідному обсязі.

4. Застосування комплексної протизапальної терапії у жінок за ранніх репродуктивних втрат обґрунтоване, забезпечує попередження негативних наслідків та покращення найближчих і віддалених результатів хірургічного лікування, відновлення репродуктивної функції, запобігання майбутнім втратам вагітності.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Стрижак А. Н. Потеря беременности / А. Н. Стрижак, И. В. Игнатко. — М.: МИА, 2007. — 224 с.
2. Подзолкова Н. М. Невынашивание беременности: учеб.—метод. рекомендации / Н. М. Подзолкова, М. Ю. Скворцова. — М., 2010. — 52 с.
3. Чернова И. С. Репродуктивная функция женщин после лечения эктопической беременности / И. С. Чернова, Л. В. Адамян, А. В. Козаченко // Материалы III междунар. конгр. по репродуктивной медицине. — М.: МедиаСфера, 2009. — С. 263.
4. Эктопическая беременность: медико—социальные проблемы / А. С. Гаспаров, А. Г. Косаченко, А. Н. Хачатрян [и др.] // Лапароскопия и гистероскопия в гинекологии и акушерстве. — М.: ПАНТОРИ, 2002. — С. 207 — 208.
5. Посисеева Л. В. Ранние репродуктивные потери: проблемы и решения / Л. В. Посисеева // Гинекология. — 2012. — № 6. — С. 38 — 40.

