

©М. В. Бражук

СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ПРОБЛЕМУ ЕКТОПІЧНОЇ ВАГІТНОСТІ

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України»

СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ПРОБЛЕМУ ЕКТОПІЧНОЇ ВАГІТНОСТІ. Трубна вагітність відноситься до патології, що визначає як материнську смертність так і репродуктивні втрати. Частота даної патології становить 2 % від всіх зареєстрованих вагітностей та 0,8–2,4% від числа всіх пологів. До найчастіших причин ектопічної вагітності відносять запальні захворювання органів малого тазу, вони складають від 42–80 %, перенесені аборти та хірургічні втручання на органах малого тазу також підвищують ймовірність ектопічної вагітності. Надана допомога 85 пацієнткам з приводу ектопічної вагітності. Проведено аналіз результатів дозволив визначити частоту характерних скарг, ультразвукові критерії ектопічної вагітності та зміни рівнів ХГТ. На основі отриманих даних та з урахуванням форм трубної вагітності були застосовані різні методи лікування. В реабілітаційному періоді проводили поетапну, комплексну терапію спрямовану на відновлення репродуктивної функції (розсмоктуюча та протизапальна терапія (препарат СЕРТА™), фізіотерапевтичні процедури, санаторно-курортне лікування).

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ПРОБЛЕМУ ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ. Трубная беременность относится к патологии что определяет как материнскую смертность, так и репродуктивные потери. Частота данной патологии составляет 2 % от всех зарегистрированных беременностей и 0,8–2,4 % от числа всех родов. К наиболее частым причинам эктопической беременности относятся воспалительные заболевания органов малого таза, они составляют от 42–80 %, перенесенные аборт и хирургические вмешательства на органах малого таза также увеличивают вероятность эктопической беременности. Предоставлена помощь 85 пациенткам по поводу эктопической беременности. Проведенный анализ результатов позволил определить частоту характерных жалоб, ультразвуковые критерии эктопической беременности и изменение уровней ХГТ. На основании полученных данных и с учетом форм трубной беременности были применены разные методы лечения. В реабилитационном периоде проводили поэтапную, комплексную терапию направленную на возобновление репродуктивной функции (рассасывающая и противовоспалительная терапия (препарат СЕРТА™), физиотерапевтические процедуры, санаторно-курортное лечение).

MODERN VIEWS ON THE ISSUE OF ECTOPIC PREGNANCY. Tubal pregnancy refers to the pathology that determines how maternal mortality and reproductive losses. The frequency of this disease is 2 % of registered pregnancies and 0.8–2.4 % of the childbirth. The most frequent causes of ectopic pregnancy include inflammatory diseases of the pelvic organs, they make up 42–80 %, increases the likelihood of ectopic pregnancy and abortions carried surgery on pelvic organs. Assisted 85 patient with ectopic pregnancy. The analysis results allowed us to determine the characteristic frequency of complaints, ultrasound criteria for ectopic pregnancy, as well as changes in levels of HGT. Based on these results and taking into account the forms of tubal pregnancy were applied different methods of treatment. Created and applied an algorithm of ectopic pregnancy. In rehabilitation period, there was conduct of stepped complex therapy aimed at reproductive function restoring (fibrinolytic and anti-inflammatory treatment with Serrata®, physiotherapeutic procedures, and health resort treatment).

Ключові слова: ектопічна вагітність, діагностичні критерії ектопічної вагітності, лапаротомія, хірургічна лапароскопія, сerratопептидаза.

Ключевые слова: эктопическая беременность, диагностические критерии эктопической беременности, лапаротомия, хирургическая лапароскопия, сerratопептидаза.

Key words: ectopic pregnancy, diagnostic symptoms of ectopic pregnancy, laparotomy, laparoscopy surgery, serratiopeptidase.

ВСТУП. Проблема ектопічної вагітності в сучасних умовах набуває більшого значення із-за неухильної тенденції до її зростання та порушення репродуктивного здоров'я, що супроводжується репродуктивними втратами [1, 2].

Трубна вагітність відноситься до патології, що визначає як материнську смертність так і репродуктивні втрати [2, 3]. Частота трубної вагітності становить 2 % від всіх зареєстрованих вагітностей та 0,8–2,4 % від числа всіх пологів [2, 4].

В Європі частота трубної вагітності на 1000 вагітних становить 18,8, в Велико-британії – 11, в США – 20,0. В Україні частота даної патології коливається в межах 15,4 % до 18,7 % [5, 1, 2].

В аспекті збереження репродуктивної функції особливого значення набуває проблема надання медичної допомоги при першій ектопічній вагітності. В більшості випадків це екстренна хірургічна допомога без застосування особливої органозберігаючої тех-

ніки. Тому, більш ніж в 50 % випадків, в подальшому дані пацієнтки мають порушення репродуктивної функції, а частота повторних ектопічних вагітностей, за даними різних авторів [3–5] коливається в межах від 7,0–17,0 % до 17–30 % [3, 4].

До найбільш частих етіологічних причин ектопічної вагітності відносять патологічні зміни маткових труб та спайковий процес як наслідок перенесених запальних захворювань геніталій (42–80 %), а також наявність в анамнезі оперативних втручань на органах малого тазу, артифіційних абортів, зовнішнього генітального ендометріозу, аномалій розвитку маткових труб, нейроендокринних порушень, психоемоційного перевантаження [5, 6].

Мета роботи – оптимізація діагностики позаматкової вагітності з метою збереження репродуктивного здоров'я.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Надана допомога 85 пацієнткам з наявністю трубної вагітності. Середній вік

жінок склав $32,5 \pm 2,4$ роки. Ультразвукове дослідження (УЗД) стану органів малого таза проводили за допомогою апарата Medison SA 9900 з використанням трансабдомінального датчика з частотою 3–7 МГц та на ультразвуковому апараті SIEMENS SONOLINE SL–2 з піхвальним датчиком частотою 7 МГц. Визначали концентрації хоріонічного гонадотропіну людини (ХГЛ) в сироватці крові імуноферментним методом з використанням тест-системи ХЕМА (Росія). Лапароскопічне дослідження та втручання проведено лапароскопа Karl Storz (Німеччина).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. Нами була визначена частота характерних скарг при наявності трубної вагітності. Так затримка менструацій була присутня в 71 % пацієнток, кров'янисті виділення у 74 % випадків, болі різного характеру та інтенсивності – у 65 %, нудота спостерігалась в 43 %, поєднання трьох симптомів у 56 % пацієнток.

Визначені ультразвукові критерії трубної вагітності – збільшення матки при відсутності плідного яйця в її порожнині; потовщення М-еха; візуалізація в проекції придатків матки (ізолювано від яєчників) утвору з негомogeneous ехографічною структурою та підвищеним рівнем звукопоглинання, візуалізація жовтого тіла в одному з яєчників, наявність вільної рідини в порожнині малого таза.

Ще одним важливим критерієм діагностики було визначення рівня ХГЛ, інформативність даного мето-

ду складала 99 %. Динаміка приросту ХГЛ протягом 48 годин дала можливість, в комплексі з іншими методами, достовірно встановити діагноз. За результатами обстеження нами були систематизовані клініко-лабораторні та інструментальні діагностичні ознаки трубної вагітності (табл. 1).

З урахуванням клінічних форм трубної вагітності були застосовані різні методи лікування. За методом надання допомоги всі пацієнти були розділені на три групи: – 1 групу склали 31 (36,47 %) жінка, які були прооперовані лапаротомічним (ЛТ) доступом; 2 групу склали 38 (44,7 %) жінок, котрим хірургічна допомога надавалась лапароскопічним (ХЛС) доступом та 3 група – 16 (18,9 %) пацієнток, яким було застосоване консервативне лікування трубної вагітності (табл. 2).

Обґрунтуванням для вибору лапароскопічного методу лікування були наявність прогресуючої вагітності та гемодинамічна стабільність пацієтки. У гемодинамічно нестабільних пацієнток, з наявністю значних анатомічних змін придатків матки, вираженого спайкового процесу органів малого таза та черевної порожнини було застосовано лапаротомічний доступ.

Необхідно зазначити, що як при лапароскопії так і при лапаротомії використовувались декілька різновидів оперативних втручань. Вибір об'єму втручання визначався ступенем ураження маткової труби. В тих випадках, коли було можливо виконати органозбе-

Таблиця 1. Діагностичні ознаки трубної вагітності

Показники	Клінічні форми трубної вагітності		
	прогресуюча	перервана	
		за типом трубного аборту	за типом розриву маткової труби
Тести на вагітність	Позитивні	Позитивні	Позитивні
Загальний стан	Задовільний	Періодично погіршується, короточасні втрати свідомості, тривалі періоди з адовільного стану	Колаптоїдний стан, клініка масивної крововтрати, прогресивне погіршення стану
Біль	Відсутній	Характер нападів, що періодично повторюються	З'являється у вигляді гострого нападу
Виділення	Відсутні або незначні кров'янисті	Кров'янисті виділення темного кольору, з'являються після нападу	Відсутні або незначні кров'янисті
Піхвове дослідження	Матка не відповідає терміну затримки місячних, поряд з маткою визначається утворення, безболісне або помірно чутливе, склепіння вільне	Матка не відповідає терміну затримки місячних, болючість при зміщенні матки, утворення без чітких контурів, задне склепіння згладжене	Матка не відповідає терміну затримки місячних, симптоми «плаваючої матки», болючість матки і придатків з ураженої сторони, нависання заднього склепіння
Лабораторні та інструментальні методи дослідження	Визначення рівня ХГЧ в динаміці, УЗД моніторинг, загальні клініко-лабораторні дослідження	УЗД, загальні клініко-лабораторні дослідження cito, лапароскопія	УЗД, загальні клініко-лабораторні дослідження cito, лапароскопія

Таблиця 2. Об'єм хірургічного втручання (абс.ч., %)

Різновид оперативних втручань	Типи операційних доступів, кількість пацієнток	
	ХЛС (n = 38)	ЛТ (n = 31)
Сальпінгооваріолізис	38 (100)	31 (100)
Сальпінготомія з видаленням плідного яйця	33 (86,8)	27 (87,1)
Сальпінго-сальпінго анастомоз	–	4 (12,9)
Тубектомія	2 (5,26)	5 (16,3)
Роз'єднання злук органів малого таза та черевної порожнини	3 (7,9)	6 (19,4)

рігаючи операцію, як при лапароскопії так і при лапаротомії, перевага надавалась сальпінготомії, так як вона перспективно асоціюється з більш високим відсотком наступних маткових вагітностей (таблиця 2).

Нами були успішно консервативно проліковані 16 (18,9 %) пацієнок з трубною вагітністю. Необхідною умовою такого ведення пацієнтки, а саме застосування в якості терапевтичного заходу препарату метотрексат, була наявність прогресуючої трубної вагітності з непорушеною цілісністю маткової труби.

Протипоказами для введення метотрексату були наявність тромбопенії, лейкопенії, захворювання печінки та нирок, порушення в системі згортання крові, а також діаметр плідного яйця більше 3 см та наявність більше 100 мл крові в порожнині малого таза.

В післяопераційному періоді застосовували комплексну протизапальну терапію, розсмоктуючу терапію (препарат СЕРТА™ (серратіопептидаза)). Обґрунтуванням для включення препарату в схему ранньої реабілітації було те, що серратіопептидаза має фібринолітичну, протизапальну та протинабрякову активність в уражених тканинах, при цьому її протизапальна активність перевищує таку ж у інших протеолітичних ферментів. Здатність серратіопептидази виводити рідину з місця запалення, в зв'язку із властивістю даного фермента блокувати вивільнення амінів з запалених тканин, клінічно проявлялась зменшенням больового та набрякового синдромів, покращенням репаративних процесів [8, 9]. Прийом препарату СЕРТА™ розпочинали з 3-5 дня післяопераційного періоду по 1 таблетці (10 мг) тричі на добу на протязі 10 днів. Будь яких ускладнень в ході лікування пацієнок не спостерігалось. У всіх хворих, з метою моніторингу можливої персистенції трофобласта, двічі на тиждень визначали рівень ХГЧ до зниження його концентрації менше 5 мМЕ/мл.

У пацієнок з нереалізованими репродуктивними планами було проведено рентгенологічне (гістеросальнінгографія) визначення стану маткових труб че-

рез 1,5–2 місяці після операції. Рекомендований термін необхідного застереження від вагітності визначався індивідуально. В пізньому реабілітаційному періоді, з метою відновлення репродуктивної функції, за показами проводили комплексну протизапальну терапію, гормональну корекцію, фізіотерапевтичні процедури, санаторно-курортне лікування та поетапну терапію препаратом СЕРТА™. Рекомендована схема прийому СЕРТА™ на цьому етапі ведення пацієнок включала пероральний прийом препарату по 10 мг тричі на добу з 16 по 25 день менструального циклу на протязі 3 місяців.

ВИСНОВКИ. 1. Наведений клінічний досвід вказує на наявність різних методів успішного органозберігаючого лікування трубної вагітності. Найбільш ефективним методом лікування трубної вагітності у пацієнок, зацікавлених в подальшій реалізації репродуктивної функції, є хірургічна лапароскопія.

2. Застосування препарату СЕРТА™ у пацієнок, котрі перенесли лікування з приводу трубної вагітності сприяло зменшенню больового та набрякового синдромів, покращенню репаративних процесів, профілактиці виникнення спайкового процесу органів малого таза.

3. У жінок з наявністю трубної вагітності в анамнезі з метою профілактики виникнення репродуктивних порушень (повторна трубна вагітність, розвиток вторинної безплідності, спайкового процесу органів малого таза та черевної порожнини) необхідним є проведення комплексного обстеження з метою з'ясування можливих етіологічних факторів виникнення ектопічної вагітності (виключення запального та ендокринних чинників).

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ. Подальші дослідження будуть спрямовані на вивчення відділених репродуктивних порушень у жінок після перенесеної трубної вагітності. Актуальним є розробка комплексу сучасних лікувальних заходів для відновлення репродуктивної функції у даного контингенту пацієнок.

ЛІТЕРАТУРА

1. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии / Под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской, В. Е. Радзинского. – М.: ГЭОТАР-медиа, 2006 – 354 с.
2. Голота В. Я. Поширеність позаматкової вагітності в сучасних умовах / В. Я. Голота, Л. І. Мартинова // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2001. – № 6. – С. 106–109.
3. Кулаков В. И. Ургентная гинекология: новый взгляд / Кулаков В. И., Гаспаров А. С., — М., 2000. — С. 3–18.
4. Сулейманов С. Б. Состояние репродуктивной функции женщин после органосохраняющих методов лечения трубной беременности / С. Б. Сулейманов // Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний / Под ред. В. И. Кулакова, Л. В. Адамьян. – Москва: Панторн, 2005. – С. 279–280.

5. Подзолкова Н. М. Симптом. Синдром. Диагноз. Дифференциальная диагностика в гинекологии / Подзолкова Н. М., Глазкова О. П. – 2-ое изд., испр и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005 – 357 с.

6. Современные принципы ведения больных с внематочной беременностью: Учебное пособие для студентов. – М.: ГОУ ВПО МГМСУ, 2006, 54 с.

7. Айламазян Э. К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии / Э. К. Айламазян, И.Т. Рябцева. – СПб.: Гиппократ, 2002. – 176 с.

8. Системная энзимотерапия / Под ред. В. И. Мазурова, А. М. Лиля, Ю. И. Стернина – СПб, 2001. – 46 с.

9. Веремеенко К. Н., Коваленко В. Н. Системная энзимотерапия. Теоретические основы, опыт клинического применения. / Морион, Киев, 2000, 320 с.

Отримано 21.01.14