

ДИФФИРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЕДЕНИЮ БЕСПЛОДИЯ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ГЕНЕЗА ПОСЛЕ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ В АНАМНЕЗЕ

А.В. БОЙЧУК, В.И. КОПТЮХ, Ю.Б. ЯКИМЧУК

Тернопольский Государственный медицинский университет им. И.Я. Горбачевского,
Украина, г. Тернополь

АНАМНЕЗИДА БАЧАДОНДАН ТАШҚАРИ ҲОМИЛАДОРЛИК БЎЛГАН НАЙ-ПЕРИТОНЕАЛ САБАБДАГИ БЕПУШТЛИКДА ЎЗИГА ХОС ЁНДАШУВ

А.В. БОЙЧУК, В.И. КОПТЮХ, Ю.Б. ЯКИМЧУК

И.Я. Горбачевский номидаги Тернополь Давлат медицина университети,
Украина, Тернополь

A DIFFERENTIATED APPROACH TO INFERTILITY MANAGEMENT OF TUBAL-PERITONEAL GENESIS AFTER AN ECTOPIC PREGNANCY IN AN ANAMNESIS

A.V. BOYCHUK, V.I. KOPTYUH, Yu.B. YAKIMCHUK

Ternopil State Medical University named after I.Ya. Gorbachevsky,
Ukraine, Ternopil

Биз томондан анамнезда бачадондан ташқари ҳомиладорлик ўтказган аёлларда метросальпингография маълумотларига кўра бачадон найлари ўтказувчанлигининг узоқ натижалари таҳлил қилинди. Маълумотларга кўра, цитостатиклар ёрдамида консерватив даво ўтказилган аёлларда бачадон найларининг ўтказувчанлиги, оператив даво ўтказилганларга нисбатан анча яхши эканлиги маълум бўлди. Бачадондан ташқари ҳомиладорликни тўхтатиш учун бачадон найини олиб ташлаш билан лапаротомия бажарилган 60% аёлларда най-перитонеал сабабдаги бепуштлиқ ривожланди ва бу бошқа кўпгина муаллифлар кузатуви билан мос келади.

Калим сўзлар: Бачадондан ташқари ҳомиладорлик, метотрексат, бепуштлиқ, метросальпингография.

We analyzed long-term results of patency of the fallopian tubes according to metrosalpingography data in different variants of conducting an ectopic pregnancy. The data showed that in women who underwent conservative treatment with cytostatic, the patency of the fallopian tubes was significantly better than after surgical treatment. In cases of interrupted ectopic pregnancy for which laparotomy was applied with the removal of the motor tube, infertility of tubal peritoneal genesis developed in 60 % of cases, which coincides with the opinion of many authors.

Key words: ectopic pregnancy (WB), methotrexate, infertility, metrosalpingography.

Введение. В настоящее время одной из серьезных проблем в акушерско-гинекологической практике является внематочная беременность (ВБ). Она продолжает оставаться патологией, которая может угрожать не только здоровью, но и жизни женщины. Причины внематочной беременности разные, нередко их отмечается несколько [1, 4].

В структуре гинекологических заболеваний удельный вес эктопической беременности составляет 1,6-2,5 % [1, 4, 6]. В последние годы наблюдается тенденция к росту репродуктивных потерь, связанных с нарушением nidации яйцеклетки. Соотношение между внематочной и маточной беременностями составляет примерно 1: 100 [1, 4, 6].

Внематочная беременность - серьезная и опасная патология, чревата осложнениями и рецидивами (повторным возникновением), что влечет за собой потерю детородной функции.

Локализуемая вне маточной полости, которая единственно физиологически приспособле-

на для полноценного развития плода, оплодотворенная яйцеклетка может привести к разрыву органа, в котором она развивается [1, 6].

Цель работы. Цель нашей работы – оценка отдаленных результатов времени восстановления репродуктивной функции исследуемых женщин, проходимости маточных труб по данным цифровой и аналоговой метросальпингографии (МСГ), повторных лапароскопических вмешательств и частоты наступления спонтанной беременности и беременности с помощью вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). Изучалось также негативное влияние метотрексата на самочувствие женщины [5, 7].

Материалы и методы. Обследованные пациентки были разделены на 3 группы. Первую группу (20 больных) составили женщины с нарушенной внематочной беременностью, которым было проведено тубэктомия лапаротомным доступом.

Вторую группу (40 женщин) составили женщины с нарушенной внематочной беременно-

стью, оперированные лапароскопическим доступом. Эта группа была разделена на 2 подгруппы: ПА 20 женщин, которым было проведено консервативное удаление плодного яйца лапароскопическим доступом и ПБ - 20 пациенток, которым была проведена тубэктомия лапаротомным доступом.

Третью группу составили 80 женщин, которые принимали метотрексат и они были разделены на 4 подгруппы: ПИА – 20 женщин с консервативным введением метотрексата, имевших полный эффект, ПИБ - 20 женщин, которые получили метотрексат и им было проведено консервативное удаление плодного яйца (КУПЯ) лапароскопическим доступом, ПИВ - 20 женщин, которым был назначен метотрексат и тубэктомия, выполненная лапароскопическим доступом, ПИГ - 20 пациенток, которые получили метотрексат и им была выполнена тубэктомия лапаротомным доступом. Группы были подобраны в соответствии с поставленными целями и задачами нашего исследования и с соблюдением принципов рандомизации для адекватной оценки результатов исследований. Показания к применению метотрексата были следующие: диаметр плодного яйца не более 3,5 см в области придатков матки по данным УЗД, уровень В-ХГЧ не более 1500 МЕ/л.

Результаты и обсуждение исследований.

У женщин первой группы восстановление репродуктивной функции, а именно восстановление менструации после операции составляло $(31,56 \pm 2,096)$ дней. У женщин II группы следующая менструация наступила через $(30,64 \pm 1,72)$ дней, по сравнению с I группой меньше на 3,54 %, что не является статистически достоверно ($p > 0,05\%$).

Пациенты же III группы, получавших метотрексат отмечали позднее начало следующей менструации ($40,78 \pm 2,13$), что по сравнению с I группой возросло на 29,2 % ($p < 0,05$ %), а со II группой - на 33 9 % ($p < 0,05$ %), что является достоверно большим показателем.

Метросальпингография проводилась через 2-4 месяца после выписки из стационара. В таблице 1 приведены абсолютные числа женщин с проходимыми, частично проходимыми и непроходимыми маточными трубами по результатам МСГ.

Следует отметить, что у женщин с сохраненной маточной трубой оценивалась проходимость с двух сторон: там, где была внематочная беременность и с противоположной стороны. Так в ПА группе, где мы провели лапароскопию с консервативным удалением плодного яйца, количество женщин с проходимыми маточными трубами было – 11, что составило 55 %, тогда как в ПИА группе, где был применен метотрексат, составило – 17 (85 %), что свидетельствует о лучшем результате у 30 % женщин ($p < 0,05$). В ПИБ группе (пациентам введено метотресат, а затем проведено лапароскопию, консервативное удаление плодного яйца) женщины с проходимыми маточными трубами составили 70 % - 14 пациентов, что по сравнению с группой ПИА (чистым метотрексатом), меньше на 15 % ($p > 0,05$). По сравнению с ПА группой, которым вводился цитостатик результаты лучше на 15 % ($p < 0,05$). Частично проходимыми трубы оказались у 4 пациенток - 20 % женщин ПА группы, у 3 (15 %) пациенток ПИА группы и у 4 пациенток ПИБ группы (20%).

Таблица 1.

Пройодимость маточных труб у женщин с внематочной беременностью в анамнезе по результатам цифровой и аналоговой метросальпингографии

	I группа Лапаротомия + Тубэктомия	II группа лапароскопия		III группа, леченных метотрексатом			
		А: КУПЯ	Б:Тубэктомия	А:МТ с эффектом	Б:Лапароскопия +КУПЯ	В:Лапароскопия +тубэктомия	Г:Лапаротомия +тубэктомия
Проходимые	4 (20%)	11 (55%)	12 (60%)	17 (85%)	14 (70%)	13 (65%)	7 (35%)
Частичнопроходимые	7 (35%)	4 (20%)	4 (20%)	3 (15%)	4 (20%)	6 (30%)	7 (35%)
Непроходимые	9 (45%)	3 (15%)	2 (10%)	0 (0%)	2 (10%)	1 (5%)	6 (30%)

Таблица 2.

Репродуктивная функция женщин через 2-24 месяца после эпизода ВБ

	I группа Лапаротомия + Тубэктомия	II группа лапароскопия		III группа использовано метотрексат			
		А: КУПЯ	Б: Тубэктомия	А: МТ с эффектом	Б: Лапароскопия + КУПЯ	В: Лапароскопия+ тубэктомия	Г: Лапаротомия+ тубэктомия
Наступила спонтанная беременность	2 (10%)	12 (60%)	6 (30%)	15 (75%)	14 (70%)	5 (25%)	1 (5%)
Беременность наступила с помощью ВРТ	3 (15%)	2 (10%)	3 (15%)	1 (5%)	2 (10%)	2 (10%)	3 (15%)

Разница между этими показателями не является статистически достоверной ($p < 0,05$). Женщины с непроходимыми маточными трубами по результатам МСГ составили 15 % в ПА группе и 10 % в ПБ группе. У одной женщины ПА группы маточные трубы были проходимы.

У женщин, которым проведена тубэктомия, проходимость оценивали по единственной маточной трубе, которая не была задействована. В первой группе с лапаротомией – проходимость маточных труб была у 20 % больных (4 женщины), тогда как в группе ПБ, при выполнении тубэктомии лапароскопическим доступом проходимость единственной маточной трубы составила 60 % (12 женщин), что по сравнению с лапаротомным методом достоверно выше на 40 % ($p > 0,05$). После использования метотрексата и лапароскопической тубэктомии проходимость маточных труб составила 65 % (13 женщин), а лапаротомным методом – 35 % (7 женщин), что достоверно меньше на 30 % ($p < 0,05$). Проходимость маточных труб лапаротомным методом без метотрексата составило 20 %, а с предыдущим использованием цитостатиков составила 35 %, что на 15 % больше ($p < 0,05$). При проведении лапароскопического доступа без использования метотрексата, проходимость маточных труб была у 12 женщин (60 %), с использованием метотрексата – у 13 (65 %), что не является статистически значимой разницей ($p > 0,05$).

Частично проходимые маточные трубы в первой группе и в ПБ составили 35 % женщин и не зависело от использования метотрексата. Во ПБ группе после лапароскопии с тубэктомией, частично проходимой сохранилась не оперированная маточная труба у 4 женщин – (20 %), а в ПБ группе у 6 пациенток – (30 %).

Трубно-перитонеальное бесплодие по результатам МСГ, после лапаротомной тубэктомии, было у 9 женщин, что составило 45 %. Этот результат был самым высоким показателем по сравнению со всеми исследуемыми женщинами. Достоверно ниже показатель на 15 % ($p > 0,05$) был у 6 женщин ПБ группы – 30 %, где была проведена лапаротомия с тубэктомией в комбинации с метотрексатом. По сравнению лапаротомной техники (группы I и ПБ) с лапароскопической тубэктомией (ПБ и ПБ) отмечается уменьшение количества трубной непроходимости 10 % и 5 % соответственно.

Всем женщинам с частично проходимыми и непроходимыми маточными трубами, после 2-4 месяцев после внематочной беременности по результатам метросальпингографии было предложено в плановом порядке провести оперативное лечение трубно-перитонеального бесплодия: 40 % женщин было проведено лапароскопию, рассечение спаек, сальпингоовариолизис или марсупализацию маточных труб. Всем женщинами во

время операции проводилась хромогидротубация. В послеоперационном периоде эти женщины прошли курс физиотерапии (грязелечение + гидротубация).

В таблице 2 показано восстановление репродуктивной функции у исследуемых женщин.

Так, спонтанная беременность наступила у 2 женщин (10 %) с лапаротомной тубэктомией и у 1 – (5 %) женщины с такой же операцией с предыдущим использованием метотрексата. Достоверной разницы между этими группами не было. У 6 (30 %) и у 5 (25 %) женщин ПБ и ПБ групп (лапароскопическая тубэктомия) соответственно наступила спонтанная беременность, что на 20 % больше, чем при лапаротомной операции. При сохранении маточной трубы процент наступления беременности естественным способом был почти в 2 раза выше: во ПА группе составил 60 % (12 женщин), что в 2 раза больше, чем в ПБ группе и в 6 раз выше, чем в I группе. Лучший результат показали пациенты ПА группы: 75 % (15 женщин) забеременели самостоятельно, что на 15 % выше чем в ПА группе. В ПБ группе при использовании метотрексата и консервативного удаления плодного яйца, этот показатель составил 70 % (14 женщин), что на 5 % ниже, чем при использовании только метотрексата, но на 10 % больше, чем при консервативном удалении плодного яйца лапароскопическим методом без использования метотрексата.

10 % (16 женщин) из всех исследуемых забеременели с помощью вспомогательных репродуктивных технологий, однако разница по группам была не значительная, что свидетельствует о независимости данного фактора от метода ведения внематочной беременности в анамнезе (табл.2).

У 1 женщины ПА группы (после консервативного удаления плодного яйца) через 1,5 года была повторная внематочная беременность, которая локализовалась в противоположной трубе от оперируемой. 2 женщины I группы (10 %) поступили повторно с внематочной беременностью в единственной маточной трубе.

Выводы:

1. Больным с диагностированной прогрессирующей внематочной беременностью должно быть предложено консервативное медикаментозное лечение с использованием цитостатиков, что позволит сохранить репродуктивную функцию женщины в будущем.

2. Лечение женщин с прогрессирующей внематочной беременностью, с размером маточной трубы более 3,5 см и не выполненными репродуктивными функциями, должно включать введение метотрексата с консервативным удалением плодного яйца лапароскопическим доступом в плановом порядке. Такой подход помогает со-

хранить проходимость маточных труб в 70 % случаях за счет медикаментозного разграничения трофобласта от стенок маточной трубы и тромбирования ложа трофобласта, что позволяет избежать массивной коагуляции во время операции.

3. Включить в комплексное лечение восстановления проходимости маточных труб в послеоперационном периоде курсы физиотерапии, грязелечения и гидротубажи.

Литература:

1. Гуриев Т. Д., Сидорова И. С. Внематочная беременность. - М.: Практическая гинекология, 2007. - 96 с.
2. Запорожан В.М. Ендоскопічна хірургія в гінекології // Журнал академії медичних наук України. – 1990. – Т.5. – с.44-50.
3. Запорожан В.М. Оперативна ендоскопія в гінекологічній клініці // Лікування та діагностика. – 1998. - №1. – с.52-55
4. Камінський В.В., Туренко Ю.О. Сучасні етіологічні фактори позаматкової вагітності // Буквинський медичний вісник. – 2003. – Т.7, №4. – с.176-178
5. Клинические лекции по акушерству и гинекологии // Под ред. А.Н. Стрижакова, А.И. Давыдова, Л.Д. Белоцерковской. - М.: Медицина, 2000.- 379с.
6. Коэн, Закар Л, Джил У, Амер-Alshiek Ж, Биби Ж, Альмог В, Левин И.// Метотрексат - процент успеха при прогрессирующей внематочной беременности: новая оценка //Am J Obstet Gynecol . 2014 19 марта. PII: S0002-9378 (14)

7. Тальвар Р, Сандип К, Naredi N, Дуггал Б.С., Хосе Т.// Системное использование метотрексата: эффективная альтернатива хирургии для лечения неразвивающейся внематочной беременности./ Med J Вооруженные силы Индии. 2013 Апрель; 69 (2) :130-3.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЕДЕНИЮ БЕСПЛОДИЯ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ГЕНЕЗА ПОСЛЕ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ В АНАМНЕЗЕ

А.В. БОЙЧУК, В.И. КОПТЮХ, Ю.Б. ЯКИМЧУК

Тернопольский Государственный медицинский университет им. И.Я. Горбачевского, Украина, г. Тернополь

Нами были проанализированы отдаленные результаты проходимости маточных труб по данным метросальпингографии при различных вариантах ведения внематочной беременности. Данные показали, что у женщин, которым было проведено консервативное лечение цетостатиками проходимость маточных труб была значительно лучше, чем после оперативного лечения. В случаях прерванной внематочной беременности для лечения которой применяли лапаротомию с удалением маточной трубы, развивалось бесплодие трубно-перитонеального генеза в 60 % случаев, что совпадает с мнением многих авторов [2,3,4].

Ключевые слова: внематочная беременность, метотрексат, бесплодие, метросальпингография.