

# КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

## Л.Ф. ГАЙДАКИНА

врач-гинеколог первой категории гинекологического отделения городской больницы № 9, г. Севастополь

## Л.С. МЕЛЬНИКОВА

врач-гинеколог высшей категории, заведующая гинекологическим отделением городской больницы № 9, г. Севастополь

## Ю.Л. ТЫБИНЬ

врач-гинеколог первой категории гинекологического отделения городской больницы № 9, г. Севастополь

**В**нематочная беременность (ВБ) – довольно частое и опасное заболевание. Оно таит в себе не только непосредственную опасность для жизни больной, связанную с массивным внутрибрюшным кровотечением, но и чревата неблагоприятными отдаленными последствиями:

- повторной внематочной;
- вторичным бесплодием;
- образованием спаечного процесса в малом тазу и др.

ВБ занимает первое место среди срочных гинекологических операций. Количество ВБ растет, и нет тенденции к снижению, особенно среди молодых и нерожавших женщин. Эта проблема не только Украины, но и всех развитых стран. Несмотря на достижения медицины, остается высокая частота разрыва маточной трубы, внутрибрюшного кровотечения; приходится удалять маточную трубу, лечить геморрагический шок.

В зависимости от локализации различают ВБ:

- трубную;
- яичниковую;
- брюшную;
- в рудиментарном роге матки.

В 95% плодное яйцо находится в маточной трубе. И чаще всего в ампулярном отделе.

Причины ВБ многообразны:

- воспалительные заболевания;
- наружный эндометриоз;
- аборт;
- оперативные вмешательства;
- патология спермограммы и др.

Обследование мужчин, состоящих в браке с женщинами, перенесшими ВБ, показало, что 38% из них имели тератозооспермию, патологические формы сперматозоидов у них составляли 60%. Пациентка О., состоявшая в первом браке с одним из таких мужчин, имела три ВБ. Маточные трубы у нее были сохранены. Во втором же браке родила двух детей и собирается рожать третьего.

Клиническая картина ВБ зависит от локализации плодного яйца, срока и клинического течения ВБ.

Лечение трубной ВБ бывает хирургическое и консервативное. Хирургические операции производят лапароскопическим и лапаротомическим доступом. При этих операциях удаляют маточные трубы. Удаление одной маточной трубы в 75–80% случаев приводит к нейроэндокринным нарушениям и бесплодию. Поэтому после удаления маточных труб

больных направляют на вспомогательные репродуктивные технологии. Однако не доказана долгосрочная безопасность этих технологий, что в будущем может отразиться на здоровье потомства.

Консервативные операции являются органосохраняющими, их проводят при незначительной кровопотере и желании женщины сохранить репродуктивную функцию. По данным зарубежных авторов, при консервативном лечении трубной ВБ сохраняется функция маточной трубы в 70% случаев, маточная беременность наступает у 40–60% женщин. Такое лечение возможно выполнить хирургическим и медикаментозным способами. Консервативные операции производят лапароскопическим и лапаротомическим доступом.

При лапаротомическом доступе, по нашим данным, маточная беременность наступает в 65% случаев. Во время операции можно использовать микрохирургию. При операции лапаротомическим доступом необходимо сделать разрез над плодным яйцом, удалить его и ушить на протекторе разрез на маточной трубе викрилом. Шов может быть однорядным или двухрядным. Если плодное яйцо находится в фимбриальном отделе – его просто можно выдавить, а кровоточащие сосуды коагулировать.

При лапароскопическом доступе операции делаются без и с ушиванием викрилом сальпинготомии. При первом варианте окклюзия маточных труб развивается в 81% случаев, спаечный процесс – у 50%. При втором варианте (сальпинготомии с ушиванием викрилом) маточная беременность наступила у 28% женщин, проходимость маточных труб была у 42–66% женщин. Во время операции трофобласт не полностью удаляется, поэтому пациентке вводится метотрексат из расчета 1 мг/кг веса. Женщинам, вес которых более 50 кг, вводится 50 мг метотрексата. Контроль уровня хорионического гонадотропина человека (ХГЧ) осуществляют через 3–4 суток после операции, и наблюдают его снижение; повторное введение метотрексата проводится очень редко.

Для сохранения фертильности женщин ведется поиск новых высокоэффективных методов лечения.

**Цель исследования:** найти наиболее эффективные методы улучшения репродуктивной функции у женщин, перенесших ВБ.

ТАБЛИЦА. ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОНСЕРВАТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ТРУБНОЙ ВБ

Показатели	Лапаротомический доступ	Лапароскопический доступ
Количество операций	6	9
<b>Результат</b>		
Маточная беременность, чел.	4 (65%)	4 (43%)
→ роды	2	4
→ выкидыш	1	-
→ аборт	1	-
Повторная ВБ	1	2
Непроходимость маточных труб	-	2
Маточные трубы проходимы	1	1

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

У 29 женщин выполнено сохранение маточных труб во время операции по поводу ВБ. Лапаротомическим доступом – у 18 человек, лапароскопическим – у 11.

Возраст женщин – от 21 до 41 года. Имела место возрастная разница: при лапаротомических операциях у более 60% женщин возраст составил от 21 до 28 лет. При лапароскопических операциях более 60% женщин были в возрасте старше 30 лет. Из анамнеза обследованных женщин выяснено, что практически каждая из них перенесла детские инфекции и ОРВИ. Частота экстрагенитальной патологии была значительной. Зачастую наблюдались хронические заболевания мочевой системы, патологии желудочно-кишечного тракта, органов дыхания. Пять пациенток перенесли оперативные вмешательства по поводу хирургической патологии брюшной полости.

Из гинекологического анамнеза выявлено следующее:

- у 8 женщин – менархе в 15 лет и старше, у 6 – нерегулярные, обильные, болезненные. То есть 14 исследуемых страдали нарушениями менструального цикла;
- у 70% – начало половой жизни до 18 лет вне брака;
- у 19 – в анамнезе выявлено воспалительные заболевания гениталий (кольпиты, эрозии, аднекситы и др.);
- у 10 – наличие половых инфекций (трихомонады, хламидии и др.);
- у 10 – оперативное вмешательство на придатках (разрывы кист, ВБ, спаечная болезнь);
- предыдущие беременности закончились: родами – 11 человек, выкидышами – 4, абортами – у 5 нерожавших и у 9 рожавших женщин. Нерожавшие женщины – 18 человек, из них первобеременные – 11.

У большинства женщин было сочетание нескольких указанных факторов.

Диагностика ВБ проводилась на основании жалоб, генитального статуса и результатов исследования.

Среди методов исследования применяли тест на беременность, определение уровня ХГЧ и УЗИ. Последнее почти в 100% подтвердило ВБ. Разрешающая способность УЗИ высока, и ВБ была выявлена на сроке в 3,5–4 нед. При трубной ВБ в этот срок просвет маточной трубы содержит сгустки крови и плодное яйцо, в центре которого нахо-

дится эмбрион. Иногда тест бывает сомнительный, и на УЗИ еще не определяется плодное яйцо. Тогда больную направляют в стационар, где определяют уровень ХГЧ, проводят контрольное УЗИ и, как правило, на 5–6-е сутки устанавливают ВБ и больную оперируют. Если тест сомнительный, то это еще не значит, что ВБ отсутствует. Кровоснабжение маточной трубы меньше матки, и площадь для хориона в маточной трубе меньше. Поэтому концентрация ХГЧ при ВБ всегда ниже, чем при маточной беременности на тех же сроках.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В беременности были заинтересованы 6 женщин после лапаротомической операции и 9 – после лапароскопической. Остальные не планировали беременность, принимают контрацептивы.

Причины нежелания беременности: возраст старше 35–36 лет, не замужем, работа и др.

У двух женщин трубы проходимы, но они лечатся у эндокринолога по поводу недостаточности лютеиновой фазы. Маточная беременность наступила при лапаротомическом доступе у 65% женщин, а при лапароскопическом доступе – у 43%, хотя не проводилось ушивание сальпинготомии (таблица). Такие результаты говорят о том, что разработанные нами реабилитационные мероприятия весьма эффективны. Как правило, ВБ возникает на фоне уже имеющегося спаечного процесса в малом тазу, поэтому приходится, кроме сальпинготомии, проводить висцеролиз, сальпинголизис и сальпингоовариолизис.

По литературным данным, спаечный процесс при лапароскопии развивается у 74% пациенток, при лапаротомии – у 89%. Поэтому для лечения и профилактики спаечного процесса должна проводиться реабилитационная терапия во время и после операции, так как спайки формируются в первые 2–3 недели после вмешательства. После туалета брюшной полости перед ушиванием брюшной стенки следует ввести мезогель (линтекс) 15–20 мл или рефортан 100–200 мл, или реополиглиюкин 100–200 мл. В оперированную маточную трубу нужно ввести гидрокортизон. В послеоперационный период назначается антибиотик, дистриптаза (по одной свече 2 раза в день в течение 3 дней, затем по 1 свече в течение 6 дней). В дальнейшем назначается серта по 1 капсуле 3 раза в день в течение 2 недель или на 2–4–6-е сутки после операции вводится лонгидаза, затем через 2 дня на третьи сутки № 3, а затем один раз в 5 дней, всего 10 инъекций на курс.

Если нет кровянистых выделений, то с третьих суток назначается амплипульс-терапия для стимулирования маточных труб № 5. Если была операция на яичниках – проводят электрофорез с сульфатом цинка или 3% йодидом калия, электрофорез с лидазой № 12, лазероманнит № 12. И закончить восстанавливающую терапию следует ультразвуком с гидрокортизоном № 12. Через 3 месяца проводится грязелечение. Еще через 3 месяца необходимо сделать рентген-снимок маточных труб и принять решение о дальнейшем лечении.

Наряду с физиолечением вводятся биостимуляторы, тампоны с траумелем. При выраженном спаечном процессе можно сделать гидротубацию на 7–9-е сутки после операции.

Как правило, беременность наступает через 1 год и 2–4 месяца, протекает благоприятно, роды редко заканчиваются кесаревым сечением.

Консервативное лечение трубной ВБ без операции получало 6 пациенток. В ходе лечения женщинам вводили метотрексат из расчета 1 мг/кг веса. Если вес женщины превышает 50 кг, то можно водить внутримышечно 50 мг препарата. Контроль ХГЧ проводили через 3–4 дня. Уровень ХГЧ в этот период может повышаться, так как ворсины хориона еще существуют, но они не разрушают нижележащий эндотелий и сосуды. Вводили еще 50 мг метотрексата. Контроль ХГЧ выполняли через 3–4 дня. Он начинал снижаться. Можно ввести еще 50 мг метотрексата. Больше трех раз вводить этот препарат не приходилось, но контроль концентрации ХГЧ необходимо продолжать.

Результат шестерых больных: 2 родов, 1 аборт, 1 пациентка стала на учет по поводу беременности (8 недель), у одной пациентки единственная маточная труба оказалась непроходимой. Судьба шестой пациентки – неизвестна.

Сегодня нами разрабатывается методика консервативного лечения трубной ВБ, расположенной в интерстициальном отделе без операции. Таких больных было 3. Две из них встали на учет по беременности. Благодаря результатам УЗИ и контролю ХГЧ ВБ выявляется на ранних стадиях, а значит, есть шанс провести консервативное лечение ВБ без операции, потому как необходимо дать женщине шанс забеременеть естественным путем.

### ВЫВОДЫ

1. В мировой медицинской практике сейчас развивается органосохраняющее направление в лечении ВБ. Консервативное лечение относится к этому направлению и является одной из репродуктивных технологий, причем эффективность его выше, чем вспомогательных репродуктивных технологий.

2. Лапаротомический доступ при консервативном лечении трубной ВБ весьма эффективен, и мы рекомендуем врачам применять этот метод.

3. При лапароскопическом доступе консервативное лечение трубной ВБ будет более результативным, если выполнено ушивание сальпингостомии викрилом.

4. Для уменьшения спаечного процесса в малом тазу необходимо проводить интра- и послеоперационные реабилитационные мероприятия.

5. Необходимо обследовать партнеров всех женщин, перенесших ВБ. Возможно, патология плодного яйца играет не последнюю роль в возникновении ВБ.

6. Ранняя диагностика трубной ВБ позволяет проводить консервативное лечение без операции с положительным результатом.

7. Сохранение маточной трубы при ВБ имеет для пациентки также и психологическое значение – она считает себя полноценной женщиной.

8. Проблема репродуктивного здоровья женщин, перенесших трубную ВБ, полностью не решена. Необходимо продолжить разработки эффективных методов восстановления репродуктивной функции данной категории пациенток.

### КОНСЕРВАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ ТРУБНОЇ ВАГІТНОСТІ

**Л.Ф. Гайдамакіна**, лікар-гінеколог першої категорії гінекологічного відділення міської лікарні № 9, м. Севастополь

**Л.С. Мельникова**, лікар-гінеколог вищої категорії завідувача гінекологічним відділенням міської лікарні № 9, м. Севастополь

**Ю.Л. Тибінь**, лікар-гінеколог першої категорії гінекологічного відділення міської лікарні № 9, м. Севастополь

Консервативне лікування трубної вагітності є органозберігаючим методом, що здійснюється лапаротомічним та лапароскопічним доступом. У статті проведено аналіз результативності цих операцій, розроблено методику післяопераційної реабілітації, проаналізовано результати після консервативного лікування трубної вагітності метотрексатом.

**Ключові слова:** трубна вагітність-ТВ, реабілітація, метотрексат, лапаротомія, лапароскопія.

### CONSERVATIVE TREATMENT OF TUBAL PREGNANCY

**L.F. Gaidamakina**, Gynecological Department number 9, Sevastopol

**L.S. Melnikova**, Gynecological Department number 9, Sevastopol

**Y.L. Tybin**, Gynecological Department number 9, Sevastopol

Authors have investigated to find the most effective methods to improve reproductive function in women who have had an ectopic pregnancy. It was found that laparotomy access is very effective in the conservative treatment of ectopic tubal pregnancy, and the authors recommend using this method. The laparoscopic conservative treatment of tubal ectopic pregnancy will be more effective if suturing salpingectomy performed by vicryl. To reduce adhesions in the pelvis should be carried out intra- and postoperative rehabilitation.

**Keywords:** ectopic pregnancy, tubal pregnancy, conservative treatment, laparotomy access.