

УДК 618.31:618.17:616-08:616-036.82/86

© С.С. Аникин, 2012.

ПРОБЛЕМА РЕАБИЛИТАЦИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

С.С. Аникин*Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии (зав. кафедрой – проф. А.Н. Рыбалка), Государственное учреждение «Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского», г. Симферополь.*

REHABILITATION OF WOMAN FERTILITY AFTER ECTOPIC PREGNANCY

S.S. Anikin

SUMMARY

Rehabilitation methods for woman fertility after ectopic pregnancy are analyzed in detail. An analysis of domestic and world literature on this problem is presented. The most effective methods of rehabilitating women's reproductive health after ectopic pregnancy are offered together with ideas for further research.

ПРОБЛЕМА РЕАБІЛІТАЦІЇ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я ЖІНОК ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОЇ ЕКТОПІЧНОЇ ВАГІТНОСТІ

С.С. Анікін

РЕЗЮМЕ

Всебічно проаналізовані різноманітні методики реабілітації репродуктивного здоров'я жінок після перенесеної ектопічної вагітності. Наданий аналіз вітчизняної та світової літератури за даної теми. Запропоновані найбільш ефективні методики та шляхи подальших досліджень щодо реабілітації репродуктивного здоров'я жінок після перенесеної ектопічної вагітності.

Ключевые слова: эктопическая беременность, репродуктивное здоровье женщин, реабилитация.

Проблема охраны репродуктивного здоровья приобрела особую медико-социальную значимость в последнее десятилетие в связи с происходящими социально-экономическими изменениями на фоне устойчивого ухудшения состояния здоровья населения. Сложившаяся ситуация поставила перед медицинской наукой и практическим здравоохранением ряд нерешённых вопросов, касающихся охраны репродуктивного здоровья женщин фертильного возраста. Среди причин, приводящих к нарушению здоровья и потере репродуктивной функции женщин, важное место занимает эктопическая беременность.

Цель исследования: проанализировать отечественную и зарубежную специальную литературу; оценить причины нарушения репродуктивной функции женщин после перенесенной эктопической беременности; наметить пути их реабилитации.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Изучена современная специальная литература по вопросам этиопатогенеза, клиники и различных методов лечения женщин с эктопической беременностью. Особое внимание обращено на нарушение репродуктивной функции женщин после лечения и их реабилитацию.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Операция тубэктомии является основным методом лечения трубной беременности и составляет 10-

27% среди всех гинекологических операций. После выполнения радикальной операции частота бесплодия составляет 70-80% пациенток, а в 2-22% приводит к повторной внематочной беременности. В 42-49% случаев нарушается менструальная функция, развивается кистозная дегенерация яичников, нарушается психологический статус, а работоспособность восстанавливается только у 81,6-85,8% пациенток, что связано с отсутствием выявления причины развития эктопической беременности и, как следствие, этиологической терапии [1,6]. Именно поэтому, с реабилитационными мероприятиями, которые используются после хирургического лечения, связано в дальнейшем качество жизни женщины и восстановление ее репродуктивной функции.

Для получения позитивного эффекта от реабилитационных мероприятий необходимо придерживаться основных принципов восстановительной терапии [12]: 1) неразрывная связь лечебных и реабилитационных мер; 2) раннее, с первых дней болезни, начало реабилитации; 3) непрерывная поэтапная реабилитация, ее комплексность; 4) индивидуализация программы реабилитации с учетом влияния клинических особенностей болезни, реакции больного на эти мероприятия; 5) тщательный врачебный контроль.

Ранняя диагностика и своевременное оперативное лечение внематочной беременности позволяют снизить смертность, частоту послеоперационных

осложнений, сохранить репродуктивную функцию женщины. Успех в сохранении этой функции зависит от многих факторов. Важным является вид и объем оперативного вмешательства, ликвидация психологических и операционных травм, исчезновение морфологических и функциональных изменений маточных труб, восстановление нормального взаимодействия сосудистой, нервной и эндокринной системам организма [2,8].

Важным является то, что методы лечения эктопической беременности требуют постоянного изучения и усовершенствования. Среди последствий традиционного лечения следует выделить выраженный спаечный процесс органов малого таза, вторичное бесплодие, увеличение риска повторной эктопической беременности.

В настоящее время оперативное лечение является общепринятым, при этом эндохирургия, малоинвазивные технологии представляют наибольший интерес. Среди достоинств лапароскопических технологий следует выделить минимальность операционной травмы, послеоперационного пареза кишечника, гнойно-воспалительных процессов, уменьшение использования анальгетиков, косметический эффект. В сравнении с лапаротомическим доступом, восстановление работоспособности происходит не через 21-30 дней, а на 7-9 сутки. Анализ данных об отдаленных последствиях показал, что показатель проходимости оставшейся трубы составляет 86% [5,11,18]. Спаечный процесс в постлапароскопическом периоде развивается в 2,6 раза реже, чем после лапаротомии [19]. Использование малоинвазивных технологий позволило разработать и усовершенствовать ряд реконструктивно-пластических операций, позволяющих восстановить фертильную функцию пациенток.

В ряде публикаций доказана взаимосвязь между восстановлением репродуктивной функции и состоянием контрлатеральной трубы. Именно этот показатель является определяющим в восстановлении фертильности женщин, перенесших эктопическую беременность.

Доказана взаимосвязь между временем начала реабилитационных мероприятий и их эффективностью. Так, восстановление репродуктивной функции происходит в 2 раза чаще у пациенток, начавших курс реабилитации сразу после операции, повторная внематочная беременность также развивается в 2 раза реже в сравнении с теми, кто начал проводить реабилитационные мероприятия через 3-6 месяцев после операции [4,13].

Более эффективно интраоперационное проведение мероприятий, направленных на профилактику спаечного процесса и улучшение состояния контрлатеральной трубы. Уже не вызывает сомнений необходимость сохранения маточных труб с явлениями хронического сальпингита, поскольку морфоло-

гические изменения при нем, как правило, носят обратимый характер [7].

Предлагалась методика введения в брюшную полость 100-150 мл 0,25-0,5% раствора новокаина с антибиотиками с целью улучшения течения послеоперационного периода, а также введение в пораженную воспалительным процессом трубу антибиотиков и гормональных препаратов [22]. Описано успешное применение ретроградных гидротубаций, позволяющих исключить резкое растяжение маточной трубы и травматизацию слизистой оболочки. С целью проведения гидротубаций в раннем послеоперационном периоде рекомендовалось введение пластикового катетера в просвет маточной трубы [16].

Предлагалась также методика искусственного гидроперитонеума путем введения в брюшную полость декстранов и глюкокортикоидов для профилактики развития спаечного процесса [9]. Профилактикой развития нейроэндокринных нарушений считают адекватное восстановление кровопотери, что способствует наиболее полноценной реабилитации пациенток. Применение антибактериальной терапии целесообразно в течение 10 дней послеоперационного периода. Однако нет рекомендаций относительно вида антибактериальной терапии в зависимости от флоры, выделенной из пораженных труб [23,24].

К способам профилактики формирования спаечного процесса органов малого таза относят: снижение травматичности операции, ликвидацию инфекционного возбудителя, своевременное восстановление перистальтики в послеоперационном периоде, снижение общей аллергизации организма, применение медикаментозных препаратов, препятствующих формированию спаек. Применение протеолитических ферментов зарекомендовало себя как эффективный метод борьбы с формированием спаечного процесса [14].

Применялись курсы гидротубаций, способствующие механическому растяжению трубы и раздражению ее рецепторного аппарата, позволяющие местно применять лекарственные препараты с противовоспалительным эффектом. При этом оптимальным сроком для начала курса гидротубаций считались 8-12 сутки послеоперационного периода [10,25]. Комплексное противовоспалительное лечение пациенток после оперативного лечения трубной беременности приводит к наиболее полному восстановлению анатомии и функциональной активности маточных труб.

Отдельным направлением в реабилитации является физиотерапия. Ведущими условиями послеоперационной физиотерапии являются: раннее начало лечения (первые 6-12 часов) после хирургического вмешательства, так как именно в эти сроки начинают формироваться фибринозно-спаечные процессы в полости малого таза; использование методик, предусматривающих возможность внутривлагалищного воздействия (низкоинтенсивное лазерное излуче-

ние, переменное магнитное поле). Применение полостной (влагалищной) методики обеспечивает воздействие на рефлексогенную зону, расположенную в заднем своде влагалища и оказывает выраженное положительное влияние на функцию гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы. Проведение ежедневных процедур с соблюдением суточного интервала наиболее благоприятно воздействует на биоритмологические процессы в организме, выступая в качестве внешнего синхронизатора ритмических колебаний, способствующего сокращению послеоперационного периода. Оптимальным является проведение трех курсов физиотерапии, включающих аутогемотерапию и УВЧ. После проведенных курсов рекомендовано санаторно-курортное лечение, гинекологический массаж и лечебная физкультура. Применение грязевых ванн способствует восстановлению функции матки и маточных труб, полноценному функционированию яичников. Необходимым является использование физических факторов, способствующих регуляции крово- и лимфообращения в патологическом очаге, нормализации обменных процессов и иммунного статуса, обладающих местным обезболивающим эффектом, предупреждающим развитие спаечного процесса. Среди физических факторов, применяемых в послеоперационном периоде, выделяют: УВЧ, электрофорез цинка, лидазы, применение ультразвука в импульсном режиме, вагинальный вибромассаж, индуктотермию. Подтверждением эффективности данных методов являются проведенные контрольные лапароскопии в послеоперационном периоде [3,20].

Широкое применение получило использование переменного магнитного поля низкой частоты. Многочисленные клинические наблюдения свидетельствуют о высокой эффективности магнитотерапии, отсутствии осложнений и побочных реакций. Данный метод оказывает положительное влияние на все стадии воспалительного процесса, оказывая обезболивающее, гипокоагуляционное, дегидратирующее, противовоспалительное действие [15,21].

К альтернативным современным методам реабилитации относят антигемотоксическую терапию. Это современное направление, не нанося вреда организму, помогает поддерживать оптимальное его функционирование. Антигемотоксические препараты обладают противовоспалительным, иммунокорректирующим эффектом, а также активизируют репаративные процессы в организме. Кроме этого, доказано их противоотечное, обезболивающее и антигистаминное действие, что обеспечивает снижение застойных явлений в органах малого таза. В основе антигемотоксической терапии лежит общепризнанный фармакологический принцип – закон Арндта-Шульца, согласно которому незначительные раздражители стимулируют процессы жизнедеятельности; средние – поддерживают; сильные – ингибируют; наи-

более сильные – разрушают их. Компоненты антигемотоксических препаратов относятся в основном к слабым и средним раздражителям и, соответственно, стимулируют и поддерживают процессы жизнедеятельности в клетках, тканях органов и в организме в целом, при этом не оказывают токсических и побочных влияний на организм. После окончания курсов реабилитации проводилось повторное обследование женщин для оценки эффективности выполненных мероприятий и возможности разрешения следующей беременности. Проведение длительных индивидуальных реабилитационных мероприятий у женщин с внематочной беременностью в анамнезе позволило в дальнейшем почти у всех пациенток обеспечить нормальный овуляторный менструальный цикл и нормализовать репродуктивную функцию. В случае наступления беременности почти все они были маточными [17,22].

С целью профилактики бесплодия и повторной внематочной беременности вследствие нейроэндокринных расстройств, необходимо выделить роль гормонотерапии в послеоперационном периоде, которой, к сожалению, в отечественной и зарубежной литературе уделено недостаточно внимания. В случаях же назначения гормональных препаратов, редко учитывается исходный гормональный статус женщины. Одним из вариантов расстройства гормональной функции является неполноценность лютеиновой фазы. В данной ситуации хорошо зарекомендовала себя схема применения синтетических прогестагенов в течении 3-6 месяцев [11].

В течение всего реабилитационного периода и 2-3 месяца после него пациентки должны принимать контрацептивные препараты. Только оценив анатомическое и функциональное состояние репродуктивного аппарата, можно отменять контрацептивы и планировать беременность [14].

ВЫВОДЫ

Несмотря на значительный прогресс в разработке и усовершенствовании методов лечения внематочной беременности, проблема дальнейшей реабилитации репродуктивной функции остается крайне актуальной и требует дальнейшего изучения. Вопросы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения эктопической беременности изучены достаточно детально. Тем не менее, ряд вопросов остается неосвещенным. На сегодня нет рациональной стратегии раннего восстановительного лечения функции репродуктивной системы. На поиск оптимальных путей решения этой проблемы и должны направить свои усилия медицинская наука и практика.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бенюк В.А. Ведение послеоперационного периода после лапароскопических операций по поводу прогрессирующей внематочной беременности / В.А. Бенюк, И.А. Усевич, Т.Р. Никонюк // Здоровье женщины. – 2009. – № 3 (39). – С.40-42.

2. Волосовський П.Р. Клініко-морфологічні особливості позаматкової вагітності / П.Р. Волосовський // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2009. – Т. 71, № 5. – С.71-73.
3. Волосовський П.Р. Фактори ризику ектопічної вагітності / П.Р. Волосовський // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2009. – Т. 71 № 3. – С.70-72.
4. Гарсалі Р. Рання реабілітація репродуктивної функції у пацієнок з позаматковою вагітністю: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.01 «Акушерство та гінекологія» / Р. Гарсалі. – Донецьк, 2008. – 21 с.
5. Гуриев Т. Д. Внематочная беременность: этиология, патогенез, диагностика, лечение, классификация: учеб. пособие для системы послевуз. проф. образования врачей / Т. Д. Гуриев, И. С. Сидорова. – М.: Практическая медицина, 2007. – 94 с.: ил, табл. – (Практическая гинекология)
6. Ектопічна вагітність великого терміну: труднощі діагностики і організаційні аспекти успішного лікування / [В.В. Камінський, А.А. Суханова, Л.І. Воробей и др.] // Здоровье женщины. – 2008. – № 2. – С.41-45.
7. Живица С.Г. Нарушенная внематочная беременность в культе удаленной маточной трубы, осложнившаяся внутрибрюшным кровотечением / С. Г. Живица, Н. Ю. Масленикова, Ю. А. Михеев // Клінічна хірургія. – 2006. – № 3 (757). – С.59-60.
8. Жук С.І. Оцінка якості життя жінок, пролікованих з приводу позаматкової вагітності альтернативними методами / С.І. Жук, О.І. Яцина // Здоровье женщины. – 2008. – № 3. – С.132-134.
9. Каушанская Л.В. Особенности клинического течения внематочной беременности / Л.В. Каушанская // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2008. – Т. 8, № 4. – С.59-61.
10. Мартинова Л.І. Алгоритм діагностики та лікування прогресуючої трубної вагітності: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.01 «Акушерство та гінекологія» / Мартинова Л.І. – К., 2003. – 18 с.
11. Огородник А. О. Повторна позаматкова вагітність: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.01 «Акушерство та гінекологія» / А. О. Огородник. – К., 2011. – 18 с.
12. Островська С.О. Оцінка ефективності реабілітаційних заходів у жінок після хірургічного лікування позаматкової вагітності / С.О. Островська, А.І. Чубатий // Таврический медико-биологический вестник. – 2011. – Т.14, №3, Ч. 2. – С.145-147.
13. Петрова Е.В. Внематочная беременность в современных условиях / Е.В. Петрова // Акушерство и гинекология. – 2008. – № 1. – С.31-33.
14. Семко О.Ф. Трубна вагітність після допоміжних репродуктивних технологій : (діагностика, лікування і реабілітація): автореф. дис. здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.01 «Акушерство та гінекологія» / О.Ф. Семко. – К., 2007. – 19 с.
15. Современные аспекты внематочной беременности / А.Н. Рыбалка, Ю.К. Памфамиров, В.А. Заболотнов и др. // Здоровье женщины. – 2009. – № 3 (39). – С.21-26.
16. Суслікова Л. В. Ендокхірургічне лікування перерваної позаматкової вагітності з помірною та масивною крововтратою: автореф. дис. здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.01 «Акушерство та гінекологія» / Л. В. Суслікова. – Донецьк, 2005. – 20 с.
17. Туренко Ю.О. Диференційний підхід до діагностики, лікування та реабілітації хворих з позаматковою вагітністю: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд.мед.наук: спец. 14.01.01 «Акушерство та гінекологія» / Туренко Ю.О.. – К., 2004. – 18 с.
18. Хилькевич Е.Г. Диагностические критерии внематочной беременности / Е.Г. Хилькевич, Л.В. Каушанская, В.А. Линде // Акушерство и гинекология. – 2011. – № 7-1. – С.30-34.
19. Цыганкова Л.А. Внематочная беременность: принципы хирургической тактики, лечения и реабилитации / Л.А. Цыганкова, В.Е. Юдин // Военно-медицинский журнал. – 2009. – Т. 330, № 6. – С.32-39.
20. Чайка В.К. Патогенез репродуктивних порушень у пацієнок з позаматковою вагітністю / В.К. Чайка, О.М. Носенко, Р.Л. Гарсаллі // Проблемы, достижения и перспективы развития медико-биологических наук: тр. КГМУ. – Симферополь: Изд. центр КГМУ, 2009. – Т.145, Ч.III. – С.256-259.
21. Яковлева Н.В. Возможности современных оперативных технологий в органосохраняющем лечении пациенток с внематочной беременностью / Н.В. Яковлева // Политравма. – 2008. – № 2. – С.30-34.
22. Cruz A., Cumming D.C. Factors determining fertility after conservative or radical surgical treatment for ectopic pregnancy // Fertil. Steril. - 1997. - V.68, № 5. - P.871-874.
23. Ego A., Subtil D., Coson M. Survival analysis of fertility after ectopic pregnancy // Ibid. - 2001. - V. 75, № 3. - P. 560-566.
24. Lehner R., Kucera E., Jirecek S. Ectopic pregnancy // Arch. Gynecol. Obstet. - 2000. - Vol.263, № 3. - P. 87-92.
25. Pisarska Margareta P., Lansor Sandra A., Buster Jonu E. Ectopic pregnancy // Lancet. - 1998. - Vol. 351, № 9109. – P. 1115-1120.