

УДК 618.31-039.35-06:618.177-089.889.11

© С. О. Островська, А. І. Чубатий, 2011.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ЗАХОДОВ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОЗАМАТКОВОЙ ВАГИТНОСТИ

С. О. Островська, А. І. Чубатий

Кафедра акушерства і гінекології №2 (зав. кафедри – проф. О. П. Гнатко),
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ.

WOMEN HAVE AN ESTIMATION OF EFFICIENCY OF REHABILITATION MEASURES AFTER SURGICAL TREATMENT OF EXTRA-UTERINE PREGNANCY

S. O. Ostrovskaya, A. I. Chubatyy

SUMMARY

One of actual task of modern zdravokhraneniya is an increase levels of birth-rate, maintainance and vostonovleniya zenskogo health. Among prechin which result there is ectopic pregnancy in violation and loss of genesial function of women. A retrospective analysis was to that end conducted flowing of posleoperacionnogo period for women after surgical treatment and inspection VB them in the flow of 2 years after surgical treatment VB. It is set on results a retrospective analysis, that faktoromi risk of offensive of extra-uterine pregnancy there is zabolevanya, kitorye is passed sexual a way, iskustvennye abortions, operative interferences on the organs of abdominal region and small pelvis, smoking.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

С. О. Островская, А. И. Чубатый

РЕЗЮМЕ

Одними из актуальных задач современного здравоохранения являются повышение уровня рождаемости, сохранение и восстановление женского здоровья. Среди причин, которые приводят к нарушению и потере репродуктивной функции женщин, является эктопическая беременность. С этой целью был проведен ретроспективный анализ протекания послеоперационного периода у женщин после хирургического лечения внематочной беременности (ВБ) и обследования их в течение 2 лет после хирургического лечения ВБ. По результатам ретроспективного анализа установлено, что факторами риска наступления внематочной беременности являются заболевания, которые передаются половым путем, искусственные аборт, оперативные вмешательства на органах брюшной полости и малого таза, курение.

Ключові слова: позаматкова вагітність, реабілітація репродуктивної функції.

Однією з актуальних задач сучасної охорони здоров'я є підвищення рівня народжуваності, збереження та відновлення здоров'я жінки. В умовах погіршення демографічної ситуації в країні особливої уваги набувають питання репродуктивного здоров'я нації.

Серед причин, які приводять до порушення здоров'я та втрат репродуктивної функції жінок, одне із важливих місць займає ектопічна вагітність, яка потребує надання екстреного медичного втручання. При несвоєчасному наданні медичної допомоги вона може мати смертельні наслідки. Незважаючи на зростання діагностичних можливостей та розширення арсеналу лікувальних заходів, позаматкова вагітність (ПВ) і на сьогоднішній день являє безпосередню загрозу як життю жінки, так і її репродуктивному здоров'ю.

Позаматкова вагітність зустрічається в середньому в 2% від всіх зареєстрованих вагітностей [1, 2]. Частота її на 1000 вагітностей складає в Європі 18,8, у

Великобританії – 11,5, в США – 20,0, а в Україні – 15,4 [2]. Особливої актуальності набуває той факт, що після перенесеної ПВ в 17-50% випадків розвивається репродуктивна недостатність у вигляді трубно-перитонеальної неплідності та повторних ектопічних нідацій плодного яйця [1].

Протягом останніх років спостерігається тенденція до зростання репродуктивних втрат, пов'язаних з порушенням нідації яйцеклітини, співвідношення між частотою позаматкової та нормальної вагітностей становить приблизно 1:100 [3]. Прогноз успішної вагітності значно погіршується для жінок, які мали хоча б одну, особливо першу, позаматкову вагітність, або перша вагітність закінчилась абортom.

Радикальна операція – видалення маткової труби, що була донедавна основним методом лікування трубної вагітності, призводить до розвитку неплідності в 70-80% хворих, що зумовлює соціальне значення проблеми.

У зв'язку з цим, збереження репродуктивної функції після ПВ представляє важливу медико-соціальну проблему. В цьому плані важлива роль належить реабілітаційним заходам у жінок, які перенесли хірургічне втручання з приводу позаматкової вагітності, а також допоміжним репродуктивним технологіям.

Проблемам реабілітації репродуктивної функції при ПВ присвячені численні роботи [4, 5]. Проте, існує дефіцит інформації щодо факторів ризику рецидивування ПВ, розвитку ПВ на тлі злукового процесу органів малого тазу після перенесених операцій, порушення гормонального балансу та хронічних урогенітальних інфекцій. Впровадження в клінічну практику реабілітації репродуктивної функції у пацієнток з ПВ може підвищити відсоток випадків настання маткової вагітності та знизити число рецидивів ПВ.

Мета дослідження – вивчення факторів ризику розвитку ускладнень у жінок після хірургічного лікування позаматкової вагітності для підвищення ефективності реабілітаційних заходів в післяопераційному періоді.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

З цією метою було проведено ретроспективний аналіз перебігу післяопераційного періоду у жінок після хірургічного лікування ПВ і обстеження їх протягом 2 років після хірургічного лікування ПВ.

Проведено аналіз історій хвороб 87 жінок репродуктивного віку, які були прооперовані з приводу ПВ. Протягом двох років після операції 38 жінок з цього числа були обстежені в клінічних умовах.

Всім жінкам було проведено повне клініко-лабораторне та ультразвукове обстеження. В 21 (55,3%) випадку з діагностичною метою, враховуючи їх репродуктивні наміри, було проведено соногістерографію на 8-12-й день менструального циклу.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Для з'ясування факторів ризику виникнення порушень репродуктивної функції після хірургічного лікування ПВ на першому етапі проведено ретроспективний аналіз клініко-анамнестичних даних у жінок, які були прооперовані з приводу трубної вагітності.

Середній вік цих хворих становив $33,2 \pm 1,7$ роки.

Гінекологічні захворювання в анамнезі мали місце у 69 (79,3%) жінок. Слід зазначити, що значну питому вагу в структурі гінекологічних захворювань посідав сальпінгоофорит – у 51 (58,6%), що відповідало даним літератури. Як відомо, запальний процес приводить до порушення морфологічної структури маткових труб, порушує їх функціонування і відповідно транспорт заплідненої яйцеклітини, оскільки викликає набряк, потовщення та склеювання ворсинок труби між собою з утворенням зрощень, пошкодженням м'язового шару та нервового апарату.

Практично майже всі жінки (48 пацієнток – 94,1%) лікувалися раніше з приводу різноманітних урогенітальних інфекцій.

На перенесені раніше оперативні втручання на органах черевної порожнини і малого тазу, до встановлення діагнозу ПВ, вказували 17 (19,5%) пацієнток. Найчастіше в структурі перенесених оперативних втручань були вказівки на апендектомію – у 8 (9,2%) та операції з приводу пухлиноподібних новоутворень яєчників – у 7 (8,1%).

Ретроспективний аналіз показав, що у 15 (17,2%) пацієнток, прооперованих з приводу ектопічної вагітності менструації були нерегулярними, що вказує на можливу роль ендокринних факторів в патогенезі ПВ. Гормонотерапію, направлену на регуляцію менструального циклу отримували 11 (12,6%) хворих. Відновлення менструального циклу відмічалось у 10 (11,5%) жінок.

Статеве життя пацієнтки даної категорії починали у віці 16-18 років, але 57 (65,5%) жінок з ПВ мали більше одного статевого партнера.

Для попередження небажаної вагітності внутрішньоматкові контрацептиви використовували 19 (21,8%) жінок, гормональні методи контрацепції – 15 (17,2%) жінок, презервативи – 10 (11,5%).

При аналізі репродуктивної функції було встановлено, що маткові вагітності в анамнезі мали місце у 42 (48,3%) жінок. У цих пацієнток попередні вагітності частіше закінчувалися штучним (у 15 – 35,7%) або мимовільним (у 12 – 28,6%) абортми, а інші – пологами. Це підтверджує думку, що аборти відіграють важливу роль в патогенезі виникнення ПВ, так як вони, як правило, супроводжуються запальними процесами геніталій і приводять до анатомічних і функціональних порушень в органах жіночої репродуктивної системи.

У 18 (20,7%) пацієнток ПВ була повторною, а 20 (22,9%) жінок з ПВ раніше лікувалися з приводу первинного чи вторинного непліддя. У 2 (2,3%) пацієнток ПВ наступила після використання допоміжних репродуктивних технологій – екстракорпорального запліднення.

Аналізуючи дані анамнезу, слід відзначити, що шкідливі звички мали 44 (50,6%) жінки, причому, слід відмітити, що 39 (44,8%) пацієнток з ПВ палили не менше 5 років.

Науковими дослідженнями доведено, що нікотин ушкоджує вільчасті клітини ендосальпінксу і порушує скоротливу функцію труб.

Отже, за результатами ретроспективного аналізу, встановлено, що факторами ризику настання позаматкової вагітності є захворювання, що передаються статевим шляхом, штучні або мимовільні викидні, оперативні втручання на органах черевної порожнини і малого тазу, куріння. Але слід відзначити, що жоден з цих факторів поодиночі не пояснює частоти настання позаматкової вагітності. Крім цього, у 67 (77,1%) жінок спостерігалось декілька факторів, які могли б повпливати на виникнення ПВ.

Аналіз результатів проведеного оперативного втручання з приводу ПВ показав, що у 79 (90,8%)

жінок нідація плідного яйця відбулась в істмічному відділі маткової труби, що вимагало проведення тубектомії. По одному (1,1%) випадку нідація плідного яйця відбулась в інтерстиціальному відділі маткової труби і на яєчнику, а у 6 (6,9%) жінок – в ампулярному відділі маткової труби. В останніх випадках проведено туботомію, видалення плідного яйця з наступною пластикою маткової труби.

За наявності порушеної позаматкової вагітності і крововтрати від 100 до 400 мл перевага надавалась лапароскопічному доступу, яким прооперовано 75 (86,2%) пацієнтів. Зі збільшенням величини крововтрати або через локалізацію плідного яйця в інтерстиціальному відділі маткової труби характер оперативного втручання змінювався на лапаротомічний доступ. Лапаротомія проведена у 12 (13,8%) пацієнток.

Післяопераційний період у 78 (89,7%) пацієнток перебігав без ускладнень. У 9 (10,3%) жінок відмічались ряд ускладнень в післяопераційному періоді: анемія легкого ступеню, інфільтрація післяопераційного рубця, розвиток злукового процесу. Ускладнення відмічено серед пацієнток, які були прооперовані лапаротомічним доступом.

Реабілітаційні заходи щодо відновлення і збереження репродуктивної функції у жінок не проводились.

На другому етапі виконання даної роботи було обстежено 38 жінок протягом двох років після перенесеної операції з приводу ПВ.

При обстеженні було встановлено, що гормональні порушення мали 21 (55,3%) жінка. Запальні захворювання статевих органів відмічались у 31 (81,6%) з обстежених, злуковий процес малого тазу встановлено у 10 (11,5%) пацієнток, вторинне непліддя мали 9 (23,7%) жінок. Поєднану патологію мали 21 (55,3%) обстежених. Шкідливі звички залишились у 11 (28,9%) жінок.

Незважаючи на наведені дані, 18 (47,4%) жінок самостійно завагітніли, з них 15 (83,3%) жінок народили доношену дитину, 2 (11,1%) жінки мали передчасні пологи, діти живі, а 1 (5,6%) жінка зробила артифіціальний аборт.

У 9 (23,7%) жінок вагітність настала за допомогою допоміжних репродуктивних технологій. У 5 (13,2%) пацієнток вагітностей не було, так як вони не ставили перед собою питання народження дитини, хоч гормональний статус їх був не порушений.

З числа обстежених жінок у 6 (15,8%) була повторна ПВ, яка настала протягом 1,5-2 років. Ці жінки були повторно прооперовані в об'ємі тубектомії.

Аналізуючи отримані дані, слід зазначити, що ускладнення після хірургічного лікування ПВ, які

формують ризик репродуктивному здоров'ю жінки, мають місце майже в 60% випадків, що потребує проведення реабілітаційних заходів, які повинні бути спрямовані на збереження репродуктивних можливостей і, перш за все, через той факт, що причини настання позаматкової вагітності є різноманітними і вимагають багатопланових лікувально-профілактичних заходів не тільки для її попередження, а й для попередження ускладнень, що розвиваються після хірургічного лікування.

ВИСНОВКИ

1. Настанню трубної ПВ сприяють: наявність запального процесу статевих органів, порушення ендокринного профілю жінки, особливо в маткових трубах, використання ВМК, оперативні втручання на органах черевної порожнини і малого тазу, психоемоційний стан жінки, штучні та мимовільні аборти, особливо їх ускладнення.

2. Проведення хірургічного лікування ПВ, особливо у жінок з нереалізованою репродуктивною функцією, повинно забезпечувати адекватність оперативному доступу, об'єму операції і, по можливості, збереження дітородних органів.

3. Розвиток ускладнень після хірургічного лікування ПВ знижує репродуктивний потенціал і вимагає проведення реабілітаційних заходів в післяопераційному періоді відповідно до характеру проведеного оперативного втручання та причин, які спонукали виникнення ПВ.

ЛІТЕРАТУРА

1. Маркін Л. Б. Позаматкова вагітність / Маркін Л. Б., Матвієнко О. О., Маркін С. Л. – Львів: Євросвіт, 1999. – 108 с.
2. Малевич К. И. Лечение и реабилитация при гинекологических заболеваниях / К. И. Малевич, П. С. Русакевич. – Минск: «Высшая школа», 1994. – 365 с.
3. Диагностика, лечение и реабилитация репродуктивной функции при внематочной беременности / [Чайка А. В., Носенко Е. Н., Туреев А. Н., Корниенко С. М.] // Збірник наукових праць. Асоціація акушерів-гінекологів України. – К.: «ТМК», 1999. – С. 457–460.
4. Abusheikha N. Extrauterine pregnancy following assisted conception treatment / N. Abusheikha, O. Salha, P. Brinsden // Hum. Reprod. Update. – 2000. – Vol. 6, № 1.
5. Жук С. І. Патогенетичні підходи до реабілітації жінок із позаматковою вагітністю, пролікованих за альтернативними методами / С. І. Жук, О. І. Яцина // Жіночий лікар. – 2009. – №1. – С. 19–21.