

## РЕЗУЛЬТАТЫ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ И ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

*Е.Ю. Катаева, Г.У. Асымбекова, Т.А. Сарымсакова*

Представлены результаты исследования по применению метотрексата и хирургического лечения внематочной беременности.

*Ключевые слова:* внематочная беременность; метотрексат, туботомия.

Частота эктопической беременности в последние годы возрастает (1,2; 1,4 % случаев), что обусловлено увеличением числа воспалительных заболеваний и эндометриоза половых органов, негативным влиянием внутриматочной контрацепции, применением стимуляции овуляции и рядом других факторов. Наибольшую опасность при нарушенной внематочной беременности представляет внутреннее кровотечение, которое может привести к развитию гиповолемического шока, и, в ряде случаев, – к летальному исходу [1, 2]. Несмотря на достижения современной гинекологии, способствующие улучшению диагностики и своевременному оперативному лечению, это заболевание представ-

ляет собой тяжелую патологию с неблагоприятным прогнозом [3]. В 96,5–98,5 % случаев при внематочной беременности поражается незаменимый орган репродуктивной системы – маточная труба, после чего у каждой 4-й больной развивается повторная внематочная беременность, у каждой 5-й – спаечный процесс в малом тазу, а у 60–80 % женщин – вторичное бесплодие [3]. В связи с этим раннее выявление и органосохраняющее лечение рассматриваемой патологии имеют важное практическое значение [1, 2, 4].

Целью исследования явилось определение эффективности различных методов терапии внематочной беременности.

В исследование включены 165 женщин, находившихся на стационарном лечении в базовой клинике кафедры акушерства и гинекологии КРСУ с 2004 по 2012 г. Средний возраст пациенток составил  $29,7 \pm 4,8$  года и варьировал от 18 до 43 лет, при этом большая часть женщин – 80 % ( $n = 134$ ) – находились в активном репродуктивном возрасте.

Жалобы на задержку менструации были у 95,1 %, на кровянистые выделения из половых путей – у 61,2 %, на боли различного характера и интенсивности – у 69,3 % женщин. Из гинекологического анамнеза установлено, что средний возраст менархе обследованных женщин составил  $13,6 \pm 1,2$  года и колебался от 11 до 17 лет. Регулярный менструальный цикл имели 148 (89,7 %), нерегулярный – 17 (10,3 %) женщин. С целью контрацепции каждая 3-я женщина (33,3 %) в анамнезе использовала барьерные средства, каждая 5-я (20,6 %) – внутриматочные и каждая 8-я (12,1 %) – оральные контрацептивы.

Выявлены следующие особенности репродуктивной функции у пациенток с внематочной беременностью: первобеременными были 15 (9 %), повторобеременными – 150 (91 %) женщин. Из повторобеременных лишь 63,3 % ( $n = 95$ ) женщин рожали, а в 2,1 % ( $n = 2$ ) случаев роды имели неблагоприятный исход – перинатальную смертность. Средний паритет родов составил  $1,56 \pm 0,77$ . В анамнезе они имели: оперативные роды – 12,7 % ( $n = 19$ ), медицинские аборт – 43,3 % ( $n = 65$ ), самопроизвольные аборт – 25,3 % ( $n = 38$ ), несостоявшиеся аборт – 6,6 % ( $n = 10$ ), а также внематочные беременности – 28 % ( $n = 42$ ) случаев. Бесплодие наблюдалось у 33,9 % женщин ( $n = 56$ ), в большинстве случаев было вторичным – 85,7 %.

У обследованных пациенток выявлена высокая частота оперативных вмешательств на органах брюшной полости и малого таза, которая составила 59,4 % ( $n = 97$ ) случаев, при этом 63 (64,9 %) пациентки оперированы однократно, 28 (28,9 %) – дважды и 6 (6,2 %) – трижды. Большая часть операций представлена аппендэктомией – 36 %, тубэктомией – 35 %, реконструктивно-пластическими операциями на маточных трубах – 19,5 % и кесаревым сечением – 18,5 %. Таким образом, пациентки с внематочной беременностью заслуживают особого внимания, так как у них уже имеет место отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, и они заинтересованы в сохранении и реализации репродуктивной функции.

Для диагностики внематочной беременности использовались различные методы исследования, основным из которых было трансвагинальное ультразвуковое исследование (УЗИ). При этом до-

стоверный признак внематочной беременности – эктопически расположенное плодное яйцо с желточным мешком с или без наличия сердцебиения эмбриона – наблюдался в 29,1 % ( $n = 48$ ) случаев. У каждой 3-й женщины ( $n = 58$ ; 35,2 %) с подозрением на нарушенную внематочную беременность при экссудате в заднем своде более 1,0 см, по данным УЗИ, проводилась пункция заднего свода влагалища. При этом в 81 % ( $n = 47$ ) случаев была получена темная гемолизированная кровь, что явилось показанием для экстренного оперативного лечения.

При определении  $\beta$ -ХГЧ в сыворотке крови его уровень варьировал от 38 до 37300 МЕ/л и составил в среднем  $2537,45 \pm 5130,74$  МЕ/л. Уровень прогестерона у пациенток с внематочной беременностью составил  $5,83 \pm 3,41$  нг/мл.

Для исключения самопроизвольного или несостоявшегося выкидыша и выявления патологии эндометрия у 73 больных проводилось гистологическое исследование аспирата из полости матки, полученного путем мануальной вакуум-аспирации (МВА).

Прогрессирующая трубная беременность была установлена в 40 (24,3 %), трубный аборт – в 109 (66 %), разрыв маточной трубы – в 16 (9,7 %) случаях. Внутривнутрибрюшное кровотечение установлено в 76,4 % ( $n = 126$ ), объем кровопотери составил в среднем  $212,75 \pm 237,5$  мл. Локализация плодного яйца в ампулярном отделе маточной трубы наблюдалась в 57,5 %, в истмическом – в 42,5 % случаев. В состоянии средней тяжести за счет гемодинамических нарушений и анемии находилось 4 (2,4 %) пациентки, в удовлетворительном состоянии – 154 (93,4 %), “острый живот” наблюдался у 7 (4,2 %) женщин.

Пациентки разделены на две группы: I – с консервативным ( $n = 19$ ) и II – с оперативным лечением ( $n = 146$ ).

Консервативное лечение проводилось с согласия больной при отсутствии болевого синдрома, стабильном состоянии гемодинамики, нарастании уровня  $\beta$ -ХГЧ крови и размерах эктопического образования менее 3,5 см по данным УЗИ по следующей схеме: однократное внутримышечное введение метатрексата в дозе 50 мг/м<sup>2</sup> после полного клинико-лабораторного обследования с определением уровня  $\beta$ -ХГЧ на 0-й, 1-й, 4-й и 7-й дни лечения. В случае отсутствия должного снижения  $\beta$ -ХГЧ проводились повторные инъекции метатрексата. При появлении болей проводился контроль анализов и УЗИ для наблюдения за уровнем жидкости в заднем своде, размерами и структурой плодного яйца, назначались НПВС. Во время лече-

ния рекомендовалось принимать фолиевую кислоту или витамины, исключить курение и прием алкоголя, предохраняться полгода.

При оперативном лечении проводилось два вида операций – тубэктомия (n = 17) при невозможности проведения реконструктивно-пластических операций и повторной внематочной беременности в той же трубе и туботомия (n = 129) лапаротомическим или лапароскопическим доступами. После операции брюшная полость заполнялась 6 %-ным раствором декстрана для создания состояния искусственного асцита с целью профилактики спаечного процесса, который постепенно рассасывается в течение 3-х дней после операции. Бережное обращение, перитонизация всех дефектов тканей и тщательный гемостаз – основа в борьбе со спаечным процессом. С первых суток послеоперационного периода продолжалась профилактика спайкообразования путем ранней двигательной активизации больной, стимуляции перистальтики кишечника и назначением системных энзимов.

Антибактериальная терапия включала комбинацию аминогликозидов, цефалоспоринов I поколения и нитроимидазолов парэнтерально в первые 3 дня и фторхинолонов с нитроимидазолами перорально с 5-го по 8-й дни послеоперационного периода. При выявлении урогенитальной и вирусной инфекции назначалась этиотропная терапия вместе с половым партнером. Дополнительно проводилась антиагрегантная терапия, а также с целью профилактики дисбактериоза – препараты из группы антимикотиков и эубиотиков.

После реконструктивно-пластических операций на маточных трубах вводился метатрексат в дозе 50 мг внутримышечно для профилактики персистенции трофобласта и проводится контроль  $\beta$ -ХГЧ крови раз в неделю.

Таким образом, были созданы условия для благоприятного течения послеоперационного периода, что позволило уменьшить срок пребывания в стационаре до  $2,7 \pm 0,643$  дня.

Оценка результатов проведенного лечения проведена у 135 (81,8 %) женщин, из исследования исключены женщины, которые не планировали беременность (n = 13) и женщины после перенесенной тубэктомии (n = 17). Сроки катамнеза составили от 6-ти месяцев до 3-х лет.

Наиболее высокая частота маточной беременности и проходимости маточных труб наблюда-

лась в группе с консервативным лечением – 79 % (n = 15), повторная внематочная беременность наблюдалась у 15,7 % (n = 3), персистенция трофобласта с последующей туботомией – у 5,3 % (n = 1).

Группа с реконструктивно-пластическими операциями на трубах разделена на следующие подгруппы в зависимости от комбинированного лечения: 1-я – антибактериальная и противовоспалительная терапия (n = 31); 2-я – антибактериальная, противовоспалительная и химиотерапия (n = 31); 3-я – антибактериальная, противовоспалительная терапия с профилактикой спаечного процесса (n = 34); 4-я – антибактериальная, противовоспалительная, химиотерапия с профилактикой спаечного процесса (n = 34). Частота маточной беременности и проходимости труб выше в 4-й – 58,8 % (n = 20) и 2-й – 42 % (n = 13) подгруппах и очень низкая в 1-й и 3-й подгруппах – 13 % (n = 4) и 17,6 % (n = 6) соответственно.

#### Выводы

1. Ранняя диагностика внематочной беременности путем проведения трансвагинального УЗИ, определения  $\beta$ -ХГЧ и прогестерона в сыворотке крови позволяет своевременно провести органосохраняющее лечение.

2. При прогрессирующей внематочной беременности на ранних сроках оптимальным методом лечения является назначение малых доз метатрексата.

3. При проведении реконструктивно-пластических операций при трубной беременности важна комплексная терапия с профилактикой спаечного процесса и персистенции трофобласта, что в большинстве случаев позволяет сохранить репродуктивную функцию и снизить риск развития послеоперационных осложнений.

#### Литература

1. *Гуриев Т.Д.* Внематочная беременность / Т.Д. Гуриев, И.С. Сидорова. М., 2007. 96 с.
2. *Каушанская Л.В.* Особенности клинического течения внематочной беременности / Л.В. Каушанская // Российский вестник акушера-гинеколога. 2008. Т. 8. № 4. С. 59–61.
3. *Merisio C.* Single-dose methotrexate for ectopic pregnancy treatment: preliminary data / C. Merisio, S. Anfusio, R. Berretta, M. Gualdi et al. // Acta Bio Med. 2005. Vol. 76. P. 33–34.
4. *Turrentine J.E.* Clinical protocols in obstetrics and gynecology / J.E. Turrentine. 2008. 435 p.