

Реабилитация пациенток после операций по поводу внематочной беременности

Л.А.Филатова, Л.В.Сапрыкина, Л.А.Хейдар, Ю.Э.Доброхотова

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова,
кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета, Москва
(зав. кафедрой — проф. Ю.Э.Доброхотова)

Цель исследования — изучение роли комбинированных оральных контрацептивов (КОК) при реабилитации пациенток после оперативного вмешательства по поводу внематочной беременности. Обследованы 27 женщин после операции по поводу внематочной беременности. Пациенток разделили на две группы. В целях контрацепции и реабилитации 1-й группе женщин назначили КОК (30 мкг этинилэстрадиола, 150 мкг дезогестрела), 2-я группа его не получала. В 1-й группе отмечен хороший контроль менструального цикла, отсутствие межменструальных кровянистых выделений. Указанный КОК может быть рекомендован после операций по поводу внематочной беременности.

Ключевые слова: комбинированные оральные контрацептивы, внематочная беременность

Rehabilitation of Patients after Surgery for Ectopic Pregnancy

Л.А.Filatova, L.V.Saprykina, L.A.Heydar, Yu.E.Dobrokhotova

Pirogov Russian National Research Medical University,
Department of Obstetrics and Gynecology of Medical Faculty, Moscow
(Head of the Department — Prof. Yu.E.Dobrokhotova)

The purpose of the investigation is to study the role of combined oral contraceptives (COCs) in the rehabilitation of patients after surgery for an ectopic pregnancy. 27 patients after surgery for the ectopic pregnancy were examined. The patients were divided into 2 groups. For the purpose of contraception and rehabilitation the patients of the 1st group received COC (30 mcg ethinylestradiol and 150 mcg desogestrel); the 2nd group did not receive it. There was observed a good control of the menstrual cycle, lack of intermenstrual bleeding in the patients of the 1st group. The indicated COC may be recommended after surgery for ectopic pregnancy.

Key words: combined oral contraceptives, ectopic pregnancy

Частота встречаемости эктопической беременности, согласно данным эпидемиологических исследований, в индустриально развитых странах составляет 1,2–1,4% по отношению к общему числу беременностей [1]. В России внематочную беременность фиксируют в 2 случаях на 100 беременностей. Это опасное заболевание, которое может привести к смерти матери. В Российской Федерации эктопическая беременность стоит на третьем месте среди причин материнской смертности. Доля умерших при внематочной беременности составляет 7,8% общего числа случаев. По данным ВОЗ, в России проводят около 50 000 операций в год по поводу эктопической беременности. Так, в 2007 г. в России по поводу внематочной беременности было проведено 46 589 операций (данные ВОЗ, 2007) [2]. По данным Центра по контролю и профи-

лактике заболеваний США, за последние 20 лет отмечено значительное повышение частоты встречаемости случаев внематочной беременности [3]; наибольший рост заболеваемости среди подростков и женщин репродуктивного периода (30–39 лет) [1].

Эктопическая беременность, к сожалению, тяжела для пациенток также возможными отдаленными последствиями, такими как образование спаечного пельвиоперитонита, повторная внематочная беременность (частота повторных эктопических нидаций — 7–17%), вторичное бесплодие (наступает в 70–80% случаев) и другие, что представляет важную медико-социальную проблему [4, 5].

Вышеуказанная статистика отражает важность сохранения репродуктивной функции после эктопической беременности. Один из путей снижения последствий внематочной беременности — оптимальные, с индивидуальным подходом для каждой пациентки, методики лечения и реабилитации.

Реабилитацию пациенток, перенесших внематочную беременность, необходимо начинать осуществлять на максимально ранних этапах лечения — в пред-, интра- и раннем послеоперационном периодах [6].

По данным литературы, одно из важных направлений — контрацепция — обязательный компонент послеопераци-

Для корреспонденции:

Филатова Лариса Анатольевна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова

Адрес: 117049, Москва, Ленинский пр-т, 8, корп. 10
Телефон: (499) 237-4033

E-mail: filatovalarisa@list.ru

Статья поступила 07.10.2014, принята к печати 10.11.2014

онного восстановительного лечения подобных пациенток, учитывая факт дисфункции гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы вследствие внематочной беременности, приводящей к нарушениям эндокринной системы. Следствием изменений в эндокринной системе после эктопической беременности являются нарушения менструальной функции, которые, в свою очередь, могут способствовать развитию эндометриоза, миомы матки, гиперпластических процессов в эндометрии, вторичных поликистозных яичников, метаболического синдрома [7, 8].

Методом выбора контрацепции, по данным литературы, являются комбинированные (эстроген–гестагенные) оральные контрацептивы (КОК), которые рекомендуют назначать после эктопической беременности на 1–2-е сутки послеоперационного периода курсом длительностью 5–6 мес. Необходимость возникает в связи с риском развития нейроэндокринного синдрома, гиперпластических процессов сразу после операции по поводу внематочной беременности. Предпочтение авторы отдают монофазным препаратам, содержащим прогестагены III поколения (гестоден, дезогестрел, ногестимат), или многофазным КОК [7–9].

Цель исследования — изучение роли комбинированных оральных контрацептивов в реабилитации пациенток после оперативного вмешательства по поводу внематочной беременности.

Пациенты и методы

Были обследованы и пролечены 27 пациенток, перенесших операцию по поводу трубной беременности, в ГКБ № 1 г. Москвы. Доставлены в стационар машиной СМП — 16 (59,26%), поступили в стационар по направлению врача женской консультации — 11 (40,74%) человек.

Основная жалоба больных при обращении к врачу амбулаторного звена — задержка менструации и/или кровянистые выделения из половых путей, возникшие на фоне задержки менструации (90,91% женщин). Кроме того, пациентки предъявляли жалобы на боли различной интенсивности: резкие, схваткообразные (в том числе с иррадиацией в прямую кишку).

При поступлении в стационар у 25 (92,59%) пациенток выявлены вероятные признаки беременности (цианоз слизистой оболочки влагалища и шейки матки, размягчение матки и ее некоторое увеличение). Одностороннее увеличение придатков выявлено у 19 (70,37%) пациенток, резкая болезненность шейки матки при ее смещении, сглаженность и болезненность сводов влагалища — у 4 (14,81%).

При однократном ультразвуковом исследовании органов малого таза внематочную беременность диагностировали у 22 (81,48%) женщин. Остальным пациенткам проводили повторное УЗИ. При этом основными критериями диагностики внематочной беременности были образование неоднородной или повышенной эхогенности в области придатков, наличие свободной жидкости в брюшной полости. У 8 (29,63%) женщин в области придатков визуализировалось плодное яйцо. Дополнительными УЗ-признаками внематочной беременности служили отсутствие плодного яйца в полости матки, увеличенное гиперэхогенное М-эхо.

Несмотря на то, что в основном пациентки ($n = 22$; 81,48%) были прооперированы в течение 2 ч после поступления в гинекологический стационар, интервал с момента поступления до хирургического лечения в среднем составил $0,9 \pm 0,3$ сут. Причиной длительного предоперационного периода в 5 (18,52%) случаях был неправильный первоначальный диагноз: у 3 (11,11%) пациенток — обострение хронического сальпингофорита, у 2 (7,41%) — нарушение овариально-менструального цикла. Этим пациенткам назначали консервативную противовоспалительную и симптоматическую терапию и проводили обследование до получения данных, подтверждающих внематочную беременность.

Внематочная беременность по типу трубного аборта протекала у 17 (62,96%) пациенток, по типу разрыва маточной трубы — у 4 (14,81%). Прогрессирующая трубная беременность была у 6 (22,22%) женщин. Пациентки были прооперированы лапароскопическим или лапаротомным доступом в объеме: односторонняя тубэктомия — 5 (18,52%), выдавливание плодного яйца — 16 (59,26%), туботомия — 6 (22,22%) больных.

В последующем пациенток разделили на 2 группы. Пациентки 1-й группы ($n = 15$) в комплексе реабилитационных мероприятий в раннем послеоперационном периоде получали КОК с лечебно-контрацептивной целью. Нами был выбран Регулон («Gedeon Richter Plc.», Венгрия; 30 мкг этинилэстрадиола и 150 мкг дезогестрела) — монофазный низкодозированный препарат, обладающим свойством регуляции гипоталамо-гипофизарной системы и снижающий гонадотропную активность. Комбинация половых гормонов в препарате достаточна для замещения гормонопротодуцирующей функции яичника, переносимость удовлетворительная, биодоступность высокая, цена у средства умеренная. В целях гормональной реабилитации Регулон назначали в контрацептивном режиме (по 1 таблетке в одно и то же время на протяжении 21 дня с 7-дневным перерывом) курсом 6 мес. Первую таблетку Регулона принимали в 1-е или 2-е сутки после оперативного лечения. Группу сравнения (2-я группа) составили 12 больных, не получавших оральных контрацептивов.

Сравнение средних величин изучаемых показателей определяли с помощью *t*-критерия Стьюдента. Для всех видов анализа различия признавались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Возраст пациенток 1-й группы составлял в среднем $25,7 \pm 1,8$ года, 2-й группы — $24,7 \pm 1,5$ года.

Результаты исследования и их обсуждение

Сравнительный анализ ближайших и отдаленных результатов лечения оценивали по клинической эффективности, результатам лабораторных и инструментальных исследований.

Динамическое наблюдение за обследованными больными показало, что продолжительность кровянистых выделений из половых путей в послеоперационном периоде у пациенток 2-й группы была в 2,07 раза длительнее, чем в 1-й, и составила $8,7 \pm 0,7$ и $4,2 \pm 0,9$ дня соответственно ($p < 0,05$).

При анализе характера менструального цикла было выявлено, что первая менструация наступила у пациенток 1-й группы через $29,5 \pm 0,5$ дня, во 2-й — только через $45,7 \pm 2,7$ дня ($p < 0,05$). При этом у пациенток 1-й группы менструально-подобные выделения были регулярными короткими и скучными. У пациенток 2-й группы в 33% случаев было нарушение овариально-менструального цикла по типу менометррагии. Длительность менструально-подобных кровяных выделений в 1-й группе на фоне гормонотерапии составляла $4,5 \pm 0,3$ дня, продолжительность менструации во 2-й группе была в 1,7 раза больше и составила $7,8 \pm 0,9$ дня ($p < 0,05$). Межменструальные кровянистые выделения наблюдали у 1 (6,67%) пациентки из 1-й группы и у 1 (8,33%) пациентки из 2-й.

В течение 6 мес после операции у пациенток 1-й группы не было зарегистрировано воспалительных заболеваний. Во 2-й группе у 2 (16,67%) женщин было обострение хронического сальпингофорита, что согласуется с данными ряда авторов [10]. Уменьшение частоты воспалительных заболеваний органов малого таза — одно из неконтрацептивных преимуществ использования КОК. Этот эффект возникает благодаря воздействию гестагенового компонента КОК на цервикальную слизь, затрудняющего проникновение различных патогенных и условно-патогенных микроорганизмов в матку и маточные трубы.

С целью оценить состояние эндометрия всем пациенткам проводили УЗИ органов малого таза. Через 6 мес после операции толщина М-эха у пациенток 1-й группы была на 18,18% меньше, чем во 2-й — $4,4 \pm 0,8$ и $5,2 \pm 0,5$ мм соответственно ($p > 0,05$). Уменьшение толщины эндометрия связано с подавлением его пролиферативной активности, снижением количества и размера желез и при длительном использовании препарата — с атрофией эндометрия [11]. Короткие и скучные менструации на фоне приема КОК являются следствием данных изменений в эндометрии.

Необходимо отметить, что у ряда пациенток 1-й группы возникали побочные эффекты при приеме КОК: головная боль — 2 (13,33%), тошнота — 2 (13,33%), нагрубание молочных желез — 1 (6,67%). При хорошей переносимости прием КОК был продолжен четырьмя пациентками 1-й группы из-за необходимости контрацепции.

Заключение

Комбинированный оральный контрацептив, содержащий 30 мкг этинилэстрадиола и 150 мкг дезогестрела, надежно предупреждает наступление нежелательной беременности и хорошо переносится пациентками, а также эффективно регулирует менструальную функцию. Гормональная контрацепция является не только методом предупреждения нежелательной беременности, но также методом реабилитации после оперативного лечения по поводу внематочной беременности.

Литература

- Клинические лекции по акушерству и гинекологии / Под ред. А.Н.Стрижакова, А.И.Давыдова, Л.Д.Белоцерковцевой. М.: Медицина, 2000. 379 с.
- Mignini L. Вмешательства при трубной эктопической беременности; Комментарий БРЗ (последняя редакция: 26 сентября 2007 года). Библиотека репродуктивного здоровья ВОЗ; Женева: Всемирная организация здравоохранения.
- Алексеева М.А., Екимова Е.В., Колодъко В.Г. и др. Хорионический гонадотропин и редукция эмбрионов // Пробл. репродукции. 2006. №3. С.7–14.
- OuYang Z., Yin Q., Xu Y. et al. Heterotopic cesarean scar pregnancy: diagnosis, treatment, and prognosis // J Ultrasound Med. 2014. V.33 (9). P.1533–1537.
- Cornelius A.C., Onyegbule A., Onyema et al. A five year review of ectopic pregnancy at Federal Medical Centre, Owerri, South East, Nigeria // Niger J Med. 2014. V.23 (3). P.207–212.
- Цыганкова Л.А., Юдин Е.В. Внематочная беременность: принципы хирургической тактики, лечения и реабилитации // Воен.-мед. журн. 2009. №6. С.32–39.
- Кира Е.Ф. Репродуктивная хирургия в гинекологии // Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний / Под ред. В.И.Кулакова, Л.Д.Адамян. М.: ПАНТОРИ, 2005. С.29–31.
- Современные принципы ведения больных с внemаточной беременностью: Учебн. пособие для студентов / Сост. И.Б.Манухин, М.М.Высоцкий, А.А.Колесов и др. М.: ГОУ ВПО МГМСУ, Династия, 2006. 76 с.
- Пересада О.А. Применение эстроген-гестагенных препаратов для улучшения репродуктивного здоровья женщин. Минск, 2004. 56 с.
- Caserta D., Ralli E., Matteucci E. et al. Combined oral contraceptives: health benefits beyond contraception // Panminerva Med. 2014. V.56 (3). P.233–244.
- Talukdar N., Bentov Y., Chang P.T. et al. Effect of long-term combined oral contraceptive pill use on endometrial thickness // Obstet Gynecol. 2012. V.120 (2). Pt.1. P.348–354.

Информация об авторах:

Сапрыкина Людмила Витальевна, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова
Адрес: 117049, Москва, Ленинский пр-т, 8, корп. 10
Телефон: (499) 237-4033
E-mail: lioudsap@yandex.ru

Хейдар Лейла Абдул Аллах, кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова
Адрес: 117049, Москва, Ленинский пр-т, 8, корп. 10
Телефон: (499) 237-4033
E-mail: serge-haidar@mail.ru

Доброхотова Юлия Эдуардовна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии лечебного факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова
Адрес: 117049, Москва, Ленинский пр-т, 8, корп. 10
Телефон: (499) 237-4033
E-mail: pr.dobrohotova@mail.ru