

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОТРЕКСАТА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Л. И. Мальцева, Н. Л. Капелюшник

Кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав. — проф. Н. Л. Капелюшник)
Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

Реферат. Изложен опыт нового направления лечения внематочной беременности — лекарственной терапии. В результате применения у беременных женщин метотрексата наступала полная резорбция плодного яйца.

Ключевые слова: внематочная беременность, лечение, метотрексат.

Возрастание частоты внематочной беременности делает актуальным поиск новых вариантов лечения, так как сохранение маточной трубы или другого отдела репродуктивной системы становится жизненной необходимостью, особенно если патологическая беременность первая. Кроме того, совершенно точно доказано, что удаление маточной трубы у части женщин (приблизительно у 30%) приводит к возникновению нейроэндокринного синдрома, появлению упорных болей в области таза, увеличению риска как вторичного бесплодия, так и развития вновь эктопической беременности в оставшейся трубе. В связи с этим большое распространение получили органосохраняющие операции, в том числе и лапароскопические варианты лечения. Данные о спонтанном разрешении внематочной беременности побудили провести поиск лекарственных препаратов, способных прервать эктопическую беременность. К одним из таких препаратов относится метотрексат. Первое сообщение об успешном его применении было опубликовано в 1956 г., однако, несмотря на определенный опыт лечения метотрексатом, широкого распространения он так и не получил.

Основным действием метотрексата является его способность тормозить биосинтез тимина и пурина, необходимых для синтеза ДНК. Последующее в результате этого действия разрушение трофобласта происходит без повреждения слизистой оболочки маточной трубы. В отечественной литературе мы не встретили описания применения метотрексата при эктопической беременности.

Он был использован нами для лечения трубной беременности у 15 жен-

щин. Больные были в возрасте от 21 до 36 лет, все повторно беременные. У 2 в анамнезе уже имели место трубная беременность и удаление маточной трубы с одной стороны.

Внематочную беременность помимо анамнеза и объективных данных диагностировали с помощью реакции сперматурии и ультразвукового сканирования аппаратом Toshiba SA1-32B. Прогрессирующая трубная беременность была выявлена у 6 женщин, начальная стадия прерывания по типу трубного аборта — у 9. 7 больным метотрексат назначали в дозе 1 мг/кг массы в течение 4 дней, 8 — в дозе 0,4 мг/кг массы сроком 5 дней. Появление у 2 женщин в связи с приемом препарата тяжелого стоматита потребовало отмены метотрексата и лечения одной из них в течение 14 дней, другой — 16 дней. У всех женщин к 4-му дню приема препарата, по данным ультразвукового сканирования, очертания плодного яйца в маточной трубе стали размытыми и реакция сперматурии была отрицательной. При прогрессирующей беременности полная резорбция эмбриона происходила к концу 2-й недели наблюдения. У женщин с гематосальпинксом вследствие трубного аборта при УЗИ через один месяц маточная труба не визуализировалась. У одной больной трубный аборт произошел в процессе лечения метотрексатом с образованием перитубарной гематомы диаметром около 5 см. В течение 6 нед наступило полное рассасывание гематомы.

2 женщинам, леченным метотрексатом по поводу эктопической беременности в единственной трубе, через 5 мес терапии была проведена гистеросальпингография: труба оказалась проходимой без каких-то патологических изменений.

При выборе дозировки препарата мы исходили из данных литературы. По нашим наблюдениям, меньшая дозировка метотрексата также эффективна, как и

большая, но риск осложнений значительно меньше. Больные хорошо переносят прием таблетированных форм, что облегчает всю процедуру лечения.

Приводим пример успешной терапии метотрексатом.

О., 28 лет, поступила в клинику 28.10.1989 г. с жалобами на задержку менструации в течение 2 нед., появление мажущих кровянистых выделений за 3 дня до поступления, непостоянные боли внизу живота, тошноту по утрам. Чувствует себя беременной.

В анамнезе: росла здоровым ребенком, в детстве болела редко, перенесла корь, ветряную оспу, взрослой — ОРЗ. Менструации регулярные с 13 лет по 4—5 дней через 28 дней. Последняя менструация была 06.08.1989 г. Половая жизнь с 21 года. Имела 3 беременности — один роды и два медицинских аборта. Гинекологических заболеваний не было.

При общем осмотре отклонений в соматическом статусе нет. Температура — $36,8^{\circ}$, пульс — 68 уд. в 1 мин, ритмичен; АД — 15,3/9,3 кПа.

При гинекологическом исследовании обнаружены цианоз влагалища и шейки матки, небольшое увеличение тела матки, которая имела мягкую консистенцию. Прикосновение к шейке и пальпация матки были безболезненными. Справа от матки пальпировались болезненные, утолщенные до 2 см придатки, слева от нее придатки не определялись. Выделения из влагалища были темными, кровянистыми, очень скудными.

Результаты общего анализа крови и мочи — в пределах нормы. Реакция сперматурии резко положительная. При ультразвуковом сканировании в ампулярном отделе правой маточной трубы най-

ден эмбрион, соответствующий 4-недельной беременности.

Клинический диагноз: правосторонняя трубная беременность, прерывающаяся по типу трубного аборта. С учетом удовлетворительного состояния, отсутствия показаний для экстренного хирургического вмешательства женщине был назначен метотрексат в дозе 60 мг/сут (1 мг/кг массы) ежедневно в течение 4 дней. На 2-й день прекратились кровянистые выделения из влагалища, на 4-й — реакция сперматурии стала отрицательной, исчезли субъективные признаки беременности; на 5-е сутки от начала лечения очертания эмбриона, по данным УЗИ, стали нечеткими. После резорбции плодного яйца произошла ч.

Выписана из стационара на 14-й день. При контрольном исследовании через месяц отклонений от нормы в гинекологическом статусе не обнаружено, реакция сперматурии была отрицательной; по данным ультразвукового исследования патологии нет.

Таким образом, лекарственная терапия эктопической беременности вполне возможна, и ее следует проводить при диагнозе, не вызывающем сомнения, при отсутствии показаний для экстренного оперативного лечения. Для подтверждения эффективности терапии необходимо использовать ультразвуковое сканирование или лапароскопию. Дальнейшего изучения требует вопрос влияния метотрексата на возможное потомство у таких женщин.

Поступила 13.07.90.

УДК 618.73—02

О ПРИЧИНАХ ГИПОГАЛАКТИИ У ЖЕНЩИН

Г. А. Кулакова, Н. К. Шошина, И. Г. Зиятдинов, Е. В. Агафонова

Кафедра детских болезней № 1 (зав. — проф. О. И. Пикуза) педиатрического факультета Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

Естественное вскармливание на первом году жизни имеет огромное значение для нормального физического развития ребенка, правильного формирования его психоэмоциональной сферы. В настоящее время, несмотря на успехи по изучению различных питательных смесей для искусственного вскармливания, все отечественные, а также и зарубежные педиатры признают преимущества грудного вскармливания и являются горячими его сторонниками. Тем не менее число детей, получающих ранний докорм и переведенных на искусственное вскармливание, остается еще высоким. Основной причиной перевода грудных детей на искусственное вскармливание является гипогалактия — пониженная секреторная способность молочных

желез. Важное значение имеют изучение причин гипогалактии, разработка эффективных методов ее предупреждения и лечения.

Мы выясняли причины перевода детей на искусственное вскармливание в районе двух детских поликлиник г. Казани. Проанализированы данные о питании 200 детей. Выявлено, что на искусственное вскармливание в разные сроки были переведены 60% детей (120 чел.), естественное питание до года получали 30% детей (60 чел.). Женщины, дети которых находились на естественном вскармливании, составили контрольную группу. Основной причиной, препятствующей полноценному вскармливанию, была вторичная гипогалактия (95,8%). Первичная гипогалак-