

# Реабілітація жінок після позаматкової вагітності

П. М. Патей<sup>1</sup>, Г. В. Колесник<sup>1</sup>, Ю. Б. Моцюк<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Академія Рекреаційних технологій і права, м. Луцьк

<sup>2</sup>Івано-Франківський національний медичний університет

**Мета дослідження:** розробити та впровадити комплекс реабілітаційних заходів у жінок після позаматкової вагітності з урахуванням особливостей психосоматичного статусу.

**Матеріали та методи.** Для вирішення поставленої мети був проведений клініко-статистичний аналіз показників комплексного клініко-лабораторного обстеження, хірургічного лікування і реабілітаційного періоду у 165 пацієнток, яким було виконано оперативне лікування з приводу позаматкової вагітності. Хворих було розподілено на дві групи: 1 група – прооперованих лапароскопічно (96 жінок) і 2 група – прооперованих лапаротомічно (69 жінок).

Комплексну оцінку стану жінок з позаматковою вагітністю проводили в гінекологічному стаціонарі до і після операції, а також в реабілітаційному періоді. Критерієм достовірності діагнозу був повний хірургічний діагноз і його морфологічне підтвердження. Спостереження та обстеження пацієнток здійснювалося протягом 3 років після хірургічного втручання з приводу позаматкової вагітності з аналізом віддалених результатів лікування. Критерієм ефективності заходів, що проводяться, в реабілітаційному періоді був стан статеві сфери жінок і їх репродуктивна функція. Вік обстежених хворих коливався від 16 до 44 років (у середньому –  $29,8 \pm 2,2$  року). У пацієнток вивчали загальносоматичний і акушерсько-гінекологічний анамнез, проводили повне клінічне обстеження загальноприйнятими методами, що включало оцінку загального соматичного і гінекологічного статусу. Для оцінювання психологічного статусу пацієнток використовували методики: 1) клінічна бесіда; 2) тести Ч. Д. Спілбергера за визначенням особової і реактивної тривожності; 3) методика діагностики самооцінки психічних станів; 4) адаптований варіант тесту MMPI, 5) консультація клінічного психолога.

**Результати.** Маткова вагітність настає у пацієнток, що оперуються з приводу позаматкової вагітності лапароскопічно в 1,7 раза частіше, ніж у пацієнток, що оперуються з приводу позаматкової вагітності лапаротомічно. Безпліддя настає у пацієнток, що оперуються з приводу позаматкової вагітності лапароскопічно в 2,2 раза рідше, ніж у пацієнток, що оперуються з приводу позаматкової вагітності лапаротомічно.

Отримані результати вказують на той факт, що оперативне втручання шляхом лапаротомії часто супроводжується посилюванням порушень менструального циклу у гінекологічних хворих, тоді як після втручань лапароскопічно виявляється корекція у бік нормалізації менструального циклу в частини

хворих. Підсумовування отриманих даних дозволило розробити і впровадити в практику алгоритми діагностики, вибору методу оперативного втручання і програму післяопераційної реабілітації.

**Висновки.** У період реабілітації після перенесеного оперативного лікування трубної вагітності у 65,0% жінок спостерігається сприятлива психологічна адаптація, у 35,0% – патологічна психологічна адаптація. Нормалізація менструальної і фертильної функції ефективніше відбувається у жінок, що перенесли операцію лапароскопічним доступом. Вживання психологічної підтримки жінок у період реабілітації сприяє більшій оптимізації менструальної (70,0% і 53,8%) і фертильної (60,0% і 30,8%) функції пацієнток обох груп (лапароскопічним доступом і лапаротомічним доступом відповідно).

**Ключові слова:** позаматкова вагітність, реабілітація, репродуктивне здоров'я, психосоматичний статус.

**П**озаматкова вагітність (ПВ) посідає провідне місце у структурі ургентних гінекологічних захворювань, є однією з основних причин безпліддя та інших видів гінекологічної патології [1–3]. За останні роки наголошується тенденція до збільшення частоти цієї патології у всіх країнах світу, яка в структурі материнської смертності займає від 4% до 9%, у структурі гінекологічної патології – 9,5% і серед невідкладних гінекологічних захворювань – 47% [4–6].

У жінок з ПВ після тубектомії більш ніж у 50% порушується репродуктивна функція, розвивається спайковий процес в малому тазу, маткова вагітність настає лише у 41,7% жінок, безпліддя – у 58,0–80,0% [7–9].

Низка авторів зазначають роль психічної травми (стресу) у патогенезі ПВ. Зокрема, є дані, що ПВ може бути обумовлена перенесенням стресом або психічною травмою, які призводять до порушень скоротливої функції маткових труб [10–12].

Останніми роками опубліковані роботи, що свідчать про інтерес дослідників до проблеми вивчення та оцінки психологічного стану жінок до і після гінекологічних операцій [13–15], що підтверджує важливість психосоматичного підходу при гінекологічній патології, що вимагає хірургічного лікування. Усе вищевикладене з'явилося підставою для проведення справжнього дослідження.

**Мета дослідження:** розробити та впровадити комплекс реабілітаційних заходів у жінок після позаматкової вагітності з урахуванням особливостей психосоматичного статусу.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети був проведений клініко-статистичний аналіз показників комплексного клініко-лабораторного обстеження, хірургічного лікування і реабілітаційного періоду у 165 пацієнток, яким було проведено оперативне лікування з приводу ПВ. Було виконано розподіл контингенту хворих на дві групи:

1 група – 96 жінок, яких прооперували лапароскопічно (ЛС)

2 група – 69 жінок, яких прооперували лапаротомічно (ЛТ).

Комплексну оцінку стану жінок із ПВ проводили в гінекологічному стаціонарі до і після операції, а також в реабілітаційний період. Критерієм достовірності діагнозу був повний хірургічний діагноз і його морфологічне підтвердження. Спостереження та обстеження пацієнток здійснювали протягом 3 років після хірургічного втручання з приводу ПВ з аналізом віддалених результатів лікування.

Критерієм ефективності заходів, що проводяться, в реабілітаційному періоді був стан статеві сфери жінок і їх репродуктивна функція. Вік обстежених хворих коливався від 16 до 44 років (у середньому –  $29,8 \pm 2,2$  року). У пацієнток вивчали загально-соматичний і акушерсько-гінекологічний анамнез, проводили повне клінічне обстеження загальноприйнятими методами, що включало оцінку загального соматичного і гінекологічного статусу.

Для оцінки психологічного статусу пацієнток використовували наступні методики:

- 1) клінічна бесіда;
- 2) тести Ч. Д. Спілбергера за визначенням особової і реактивної тривожності;
- 3) методика діагности самооцінки психічних станів;
- 4) адаптований варіант тесту MMPI,
- 5) консультація клінічного психолога.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

### *Період реабілітації жінок після оперативного лікування ПВ*

Об'єктом дослідження були 63 жінок віком від 18 до 34 років, що становило 38,2% від загального числа пацієнток ( $n = 165$ ), з підтвердженим клінічно під час операції і морфологічно діагнозом «трубна вагітність» (основна група): ЛС – 38 жінок і ЛТ – 25 жінок. За контроль було взято 30 здорових жінок репродуктивного віку. Усі жінки спостерігалися в умовах жіночої консультації. Їх ведення передбачало проведення комплексу діагностичних і лікувальних заходів.

### *Результати клініко-психологічного обстеження*

За нашими даними, у 65,0% пацієнток процес психологічної адаптації мав нормальний перебіг (успішна і задовільна психологічна адаптація), а в 35,0% в реабілітаційний період спостерігалися психопатологічні зміни. Навіть при сприятливому стані психологічної сфери пацієнтки потребували спостереження клінічного психолога і в низці випадків – у проведенні психопрофілактичних заходів, а в частини жінок зафіксовано патопсихологічні порушення, що вимагають серйозних психокоригуючих заходів.

З цієї причини в частини пацієнток окрім відомих медичних методів реабілітації жінок після операції з приводу трубної вагітності (які отримували всі 63 жінки) були використані методи психотерапії в алгоритмі психологічного супроводу.

До числа психотерапевтичних методик входили:

- 1) раціональна психотерапія,
- 2) психосоматична релаксація,
- 3) аутогенне тренування,
- 4) музикотерапія,
- 5) бібліотерапія,
- 6) ландшафтна терапія.

Проведення методик здійснював дипломований клінічний психолог за стандартними технологіями, описаними у відомому керівництві.

Результати впливу розробленого алгоритму ведення жінок із ПВ з психологічним супроводом у реабілітаційному періоді на специфічні функції жіночого організму представлені в табл. 1–3.

Як видно з аналізу отриманих даних, нормалізація менструального циклу у вигляді регулярних менструацій і високої частоти овуляторних циклів частіше спостерігається після операцій з ЛС, а психологічний супровід ще більш оптимізує результати між \* і \*  $p < 0,05$ .

Таблиця 1

**Характер менструального циклу у жінок із ПВ у період реабілітації  
(через 1,5–2 роки після операції)**

| Показник                      | ЛС                                  |                                       | ЛТ                                  |                                      |
|-------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
|                               | З психо-логічним супроводом, n = 20 | Без психо-логічного супроводу, n = 18 | З психо-логічним супроводом, n = 13 | Без психо-логічного супроводу n = 12 |
| Олігоменорея                  | (1)<br>5,0 ± 0,4%                   | (2)<br>11,1 ± 1,8%                    | (1)<br>7,7 ± 1,1%                   | (2)<br>16,7 ± 1,1%                   |
| Гіперполіменорея              | (5)<br>25,0 ± 2,6%                  | (5)<br>7,8 ± 1,2%                     | (5)<br>38,5 ± 3,0%                  | (4)<br>33,3 ± 3,2%                   |
| Регулярний менструальний цикл | (14)*<br>70,0 ± 5,7%                | (11)<br>61,1 ± 5,0%                   | (7)*<br>53,8 ± 3,2%                 | (6)<br>50,0 ± 5,4%                   |

Таблиця 2

**Частота овуляторних циклів у жінок із ПВ у період реабілітації за 6 міс  
(через 1,5–2 роки після операції)**

| Показник             | ЛС (n=38)                           |                                       | ЛТ (n=25)                           |                                      |
|----------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
|                      | З психо-логічним супроводом, n = 20 | Без психо-логічного супроводу, n = 18 | З психо-логічним супроводом, n = 13 | Без психо-логічного супроводу n = 12 |
| 3 овуляторних цикли  | (2)<br>10,0 ± 1,1%                  | (4)<br>22,2 ± 2,8%                    | (3)<br>15,4 ± 1,2%                  | (3)<br>25,0 ± 2,0%                   |
| 4 овуляторних цикли  | (5)<br>25,0 ± 2,3%                  | (6)<br>33,4 ± 3,0%                    | (4)<br>30,8 ± 3,1%                  | (4)<br>33,3 ± 3,6%                   |
| 5 овуляторних циклів | (13)*<br>65,0 ± 3,5%                | (8)<br>44,4 ± 4,9%                    | (6)*<br>46,2 ± 4,0%                 | (5)<br>41,7 ± 5,0%                   |

Таблиця 3

**Репродуктивна функція жінок з ПВ в періоді реабілітації (через 1,5–2 роки після операції)**

| Репродуктивна функція | ЛС                                  |                                       | ЛТ                                  |                                      |
|-----------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
|                       | З психо-логічним супроводом, n = 20 | Без психо-логічного супроводу, n = 18 | З психо-логічним супроводом, n = 13 | Без психо-логічного супроводу n = 12 |
| Безпліддя             | (4)<br>20,0 ± 2,5%                  | (4)<br>22,2 ± 2,6%                    | (6)<br>46,2 ± 3,1%                  | (6)<br>50,0 ± 4,9%                   |
| Контрацепція          | (4)<br>20,0 ± 1,8%                  | (4)<br>22,2 ± 2,5%                    | (3)<br>23,0 ± 2,5%                  | (3)<br>25,0 ± 2,5%                   |
| Маткова вагітність    | (12)<br>60,0 ± 5,8%                 | (9)<br>50,0 ± 4,3%                    | (4)<br>30,8 ± 2,7%                  | (3)<br>25,0 ± 2,5%                   |
| Повторна ТВ           |                                     | (1)<br>5,6 ± 0,8%                     |                                     |                                      |

**Перинатологія та репродуктологія:** від наукових досліджень до практики | **Perinatology and reproductology:** from research to practice

Маткова вагітність настає у пацієнток, що оперуються з приводу ПВ ЛС в 1,7 раза частіше, ніж у пацієнток, що оперуються з приводу ПВ ЛТ. Безпліддя настає у пацієнток, що оперуються з приводу ПВ ЛС в 2,2 раза рідше, ніж у пацієнток, що оперуються з приводу ПВ ЛТ.

Отримані результати вказують на той факт, що оперативне втручання шляхом ЛТ часто супроводжується посилюванням порушень менструального циклу у гінекологічних хворих, тоді як після втручань ЛС наголошується корекція у бік нормалізації менструального циклу в частини хворих.

Аналіз отриманих даних дозволив розробити і впровадити у практику алгоритми діагностики, вибору методу оперативного втручання і програму післяопераційної реабілітації.

### **Реабілітаційний етап**

Первинний висновок про стан репродуктивного здоров'я жінки і первинний фертильний прогноз.

1. Складання плану ведення реабілітаційного періоду.
2. Захист від вагітності на 6–12 міс з індивідуальним підбором методу контрацепції.
3. Призначення мікродозованих комбінованих оральних контрацептивів на 3–6 міс.
4. Клініко-лабораторне обстеження в динаміці: оцінка функції яєчників, УЗД органів малого таза, функціональні проби печінки, показники згортальної системи крові.
5. Обстеження на інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), з метою виключити запальний чинник ризику ПВ, за необхідності проведення відповідного лікування.
6. Обстеження гормонального статусу (ФСГ, ЛГ, пролактин, естрадіол, прогестерон, тестостерон, ДГЕА-С), за необхідності – відповідна корекція.
7. Обстеження партнера (спермограма ІПСШ).
8. Фізіотерапевтичне лікування (електрофорез, ультразвук).
9. Санаторно-курортне лікування.
10. КУЕГС (контрастна ультразвукова ехо-камера – гістеросальпінгоскопія) через 6 міс перед відміною контрацепції, за необхідності – лапароскопія з метою відновлення прохідності труб.
11. Психологічний супровід в реабілітаційному періоді.

При настанні вагітності (затримка 2–3 дні) – проведення тесту на вагітність, УЗД вагінальним датчиком, спостереження, госпіталізація, гормональна і негормональна корекція.

Віддалені клінічні результати підтвердили ефективність розробленої програми реабілітації для відновлення репродуктивного здоров'я пацієнток після оперативного лікування трубної вагітності.

## **ВИСНОВКИ**

У період реабілітації після перенесеного оперативного лікування трубної вагітності у 65,0% жінок спостерігається сприятлива психологічна адаптація, у 35,0% – патологічна психологічна адаптація. Нормалізація менструальної і фертильної функції ефективніше відбувається у жінок, що перенесли операцію лапароскопічним доступом. Застосування психологічної підтримки жінок у періоді реабілітації сприяє більшій оптимізації менструальної (70,0% і 53,8%) і фертильної (60,0% і 30,8%) функції пацієнток обох груп (лапароскопічним доступом і лапаротомічним доступом відповідно).

## A rehabilitation of women is after ectopic pregnancy

**P. M. Patiei, G. V. Kolesnik, Yu. B. Motsyuk**

**The objective:** to develop and inculcate the complex of rehabilitation measures for women after ectopic pregnancy taking into account the features of psychosomatic status.

**Materials and methods.** For the decision of the put purpose was conducted clinical-and-statistical analysis of indexes complex clinical-and-laboratory inspection, surgical treatment and rehabilitation period in 165 patients, who were undergoing operative treatment concerning ectopic pregnancy. The division of contingent of patients with was conducted 2 groups: 1 group – operated laparoscopically (96 women) and 2 groups – operated laparotomically (69 women).

The complex estimation of the state of women with ectopic pregnancy was conducted in gynaecological permanent establishment to and after to the operation, and also in a rehabilitation period. The criterion of authenticity of diagnosis was a complete surgical diagnosis and him morphological confirmation. A supervision and inspection of patients was carried out during 3 after surgical interference concerning ectopic pregnancy with the analysis of remote results of treatment. By the criterion of efficiency of measures which are conducted, in a rehabilitation period there was the state of sexual sphere of women and them reproductive function. Age of the inspected patients hesitated from 16 to 44 years, on the average –  $29,8 \pm 2,2$  year. For patients the extrasomatic was studied and obstetric-gynaecological anamnesis, a complete clinical inspection was conducted by the generally accepted methods, that included estimation of general somatic and gynaecological status. For the estimation of psychological status of patients methods were used: 1) clinical conversation; 2) tests STAI on determination of the personal and reactive anxiety; 3) method of diagnostics of self-appraisal of mental conditions; 4) adapted variant of test of MMPI; 5) consultation of clinical psychologist.

**Results.** An uterogestation comes for patients, which are operated concerning ectopic pregnancy laparoscopically in 1,7 times more frequent than for patients which are operated concerning ectopic pregnancy of laparotomically. Infertility comes for patients, which are operated concerning ectopic pregnancy laparoscopically in 2,2 times rarer than for patients which are operated concerning ectopic pregnancy of laparotomically.

The got results specify on circumstance that operative interference by laparotomy is frequently accompanied by strengthening of violations of menstrual cycle for gynaecological patients, while after interferences laparoscopically a correction appears toward normalization of menstrual cycle in parts of patients. Adding up of findings, allowed to develop and inculcate in practice the algorithms of diagnostics, choice of method of operative interference and program of postoperative rehabilitation.

**Conclusions.** In the period of rehabilitation after the carried operative treatment of tubal pregnancy favourable psychological adaptation takes place in 65,0% women, in 35,0% is pathological psychological adaptation. Normalization of menstrual and fertile functions more effective takes place for women which carried an operation laparoscopic access. The use of psychological support of women in the period of rehabilitation is instrumental in greater optimization of menstrual (70,0% and 53,8%) and fertile (60,0% and 30,8%) function of patients of both groups (by laparoscopic access and laparotomic access respectively).

**Keywords:** *ectopic pregnancy, rehabilitation, reproductive health, psychosomatic status.*

### Відомості про авторів

**Патей Петро Миколайович** – Академія рекреаційних технологій і права, м. Луцьк  
ORCID: 0000-0001-5622-9590

**Колесник Ганна Василівна** – Академія рекреаційних технологій і права, м. Луцьк  
ORCID: 0000-0001-5046-862X; e-mail: a.kolesnuk5@gmail.com

**Моцюк Юлія Богданівна** – Івано-Франківський національний медичний університет  
ORCID: 0000-0001-7681-4455; e-mail: yulia\_m87@ukr.net

### Information about the authors

**Patiei Petro M.** – Academy of Recreational Technologies and Law, Lutsk  
ORCID: 0000-0001-5622-9590

**Kolesnyk Ganna V.** – Academy of Recreational Technologies and Law, Lutsk  
ORCID: 0000-0001-5046-862X; e-mail: a.kolesnuk5@gmail.com

**Motsyuk Yulia B.** – Ivano-Frankivsk National Medical University  
ORCID: 0000-0001-7681-4455; e-mail: yulia\_m87@ukr.net

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Aboyeji A. P. Heterotopic pregnancy: a case report / A. P. Aboyeji, A. A. Fawole, T. O. Adeniyi // Niger J Med. – 2020. – Vol. 10, № 1. – P. 37–8.
2. Abusheikha N. Extra-uterine pregnancy following assisted conception treatment / N. Abusheikha, O. Salha, P. Brinsden // Hum Reprod Update. – 2019. – Vol. 6, № 1. – P. 80–92.
3. Adebamowo C. A. Second ipsilateral ectopic gestation after total salpingectomy: a case report / C. A. Adebamowo, O. A. Fakolujo // Afr J Med Med Sci. – 2019. – Vol. 29, №1. – P. 63–4.
4. Above O. I. Heterotopic pregnancy following ovulation stimulation with clomiphene: a report of three cases / O. I. Above, O. S. Sotiloye // West Afr J Med. – 2019. – Vol. 19, № 1. – P. 77–9.
5. Ali H. S. Ectopic pregnancy presenting with obturator nerve pain / H. S. Ali // Journal of Accident & Emergency Medicine. – 2023. – Vol. 15, № 3. – P. 192–3.
6. Ansari S. M. Twin ectopic pregnancy 10 years after permanent sterilization / S. M. Ansari, L. Nessa, S. K. Saha // Australas Radiol. – 2019. – Vol. 44, № 1. – P. 107–8.
7. Archibong E. I. Ectopic pregnancy in Abha, Saudi Arabia. A continuing conundrum / E. I. Archibong, A. A. Sobande // Saudi Med J. – 2019. – Vol. 21, № 4. – P. 330–4.
8. Aaffoe S. Ectopic pregnancy in Korle Bu Teaching Hospital, Ghana: a three-year review / S. Baffoe, K. Nkyekyer // Trop Doct. – 2022. – Vol. 29, № 1. – P. 18–22.
9. Barnhart K. An update on the medical treatment of ectopic pregnancy / K. Barnhart, M. Esposito, C. Coutifaris // Obstet Gynecol Clin North Am. – 2019. – Vol. 27, № 3. – P. 653–67.
10. Barron Vallejo J. Spontaneous and assisted reproduction-associated heterotopic pregnancy. The clinical characteristics / J. Barron Vallejo, A. Gongora Rodriguez, A. Kuttothara // Ginecol Obstet Mex. – 2023, № 67. – P. 291–4.
11. Ben-Arie A. Trophoblastic peritoneal implants after laparoscopic treatment of ectopic pregnancy / A. Ben-Arie, R. Goldchmit, R. Dgani // Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. – 2020. – Vol. 96, № 1. – P. 113–5.
12. Bernoux A. Fertility outcome after ectopic pregnancy and use of an intrauterine device at the time of the index ectopic pregnancy / A. Bernoux, N. Job-Spira, E. Germain // Hum Reprod. – 2019. – Vol. 15, № 5. – P. 1173–7.
13. Bernstein H. B. Expectant management of intramural ectopic pregnancy / H. B. Bernstein, M. M. Thrall, W. B. Clark // Obstet Gynecol. – 2020. – Vol. 97, № 5. – P. 826–7.
14. Bhattacharyya A. Ruptured ectopic pregnancy presenting with hyperglycaemia / A. Bhattacharyya, D. J. Tymms // Int J Clin Pract. – 2019. – Vol. 54, № 6. – P. 409–10.
15. Birkhahn R. H. Serum levels of myoglobin, creatine phosphokinase, and smooth muscle heavy-chain myosin in patients with ectopic pregnancy / R. H. Birkhahn, T. J. Gaeta, D. Paraschiv // Ann Emerg Med. – 2020. – Vol. 38, № 6. – P. 628–32.