

ГИНЕКОЛОГИЯ

ЭФФЕКТИВНОСТЬ УРГЕНТНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

М.Ю. Готт¹, С.М. Семятов², С.Р.Д. Коннон²,
Г.Ф. Тотчиев², О.А. Демина³

¹Городское бюджетное учреждение здравоохранения
городская клиническая больница № 64 ДЗМ
ул. Вавилова, 61, Москва, Россия, 117292

²Российский университет дружбы народов
ул. Миклухо-Маклая, 8, Москва, Россия, 117198

³Городская клиническая больница им. В.М. Буянова
ул. Бакинская, 26, Москва, Россия, 115516

В представленной статье проведен анализ эффективности внедрения в клинической больнице алгоритма обследования больных с эктопической беременностью (ЭБ), целью которого являлось улучшение исходов лечения и репродуктивного здоровья женщин.

Ключевые слова: эктопическая беременность, диагностика, бесплодие

В структуре гинекологической заболеваемости состояния, требующие оказания ургентной помощи, занимают особое место, которые обусловлены тяжестью, осложнениями и последствиями. При этом качество оказания экстренной медицинской помощи обуславливает снижение материнской смертности от ЭБ. Это доказывает необходимость поэтапной, грамотной, высокотехнологичной организации оказания помощи данным пациенткам.

Введение в практику высокоинформативных методов обследования в гинекологии не исключает трудности и ошибки при диагностике экстренных состояний, требующих неотложного хирургического вмешательства, вызванных как нетипичностью и стертой клинической картины, так и рядом организационно-тактических моментов — запоздалой госпитализацией, недостаточностью материально-технической диагностической базы, отсутствием логичности и последовательности в проведении диагностического поиска, повторным проведением консервативных методов обследования и лечения, несмотря на их неэффективность, выжидательной тактикой при удовлетворительном состоянии больной [1; 3].

Усовершенствование диагностики и лечения эктопической беременности, составляющей от 1 до 6% пациенток гинекологического стационара, по-прежнему не теряет своей актуальности, несмотря на все достижения современной медицины, введения в практику «золотого стандарта» диагностики ЭБ, более широкого использования лапароскопии для диагностики и лечения, так как данная нозология представляет высокую опасность для репродуктивного здоровья и жизни женщины [2]. При этом многочисленные работы, посвященные различным аспектам ЭБ — патогенезу, факторам риска, осложнениям и последствиям перенесенной ЭБ, необходимости послеоперационной реабилитации и последующей предгравидарной подготовки у пациенток, перенесших ЭБ, не дают ожидаемого практического выхода — снижения заболеваемости и значимого улучшения диагностики, прежде всего при прогрессирующих формах ЭБ, что дало бы возможность избежать большой кровопотери и создать лучшие условия для выполнения реконструктивно-пластических операций.

Учитывая, что, по мнению большинства авторов, тенденция роста эктопических форм беременности обусловлена увеличением воспалительных заболеваний органов малого таза и генитального эндометриоза, наличием в анамнезе бесплодия, врожденных аномалий развития матки и маточных труб, невынашивания беременности, перенесенных ранее эктопических беременностей, увеличением объема вспомогательных репродуктивных технологий, высказывается мнение, что для практической медицины более целесообразно рассматривать не вопросы этиологии, а факторы, способствующие развитию эктопической беременности [2; 3].

Эктопические формы беременности по-прежнему оставляют поле для дискуссий как в разработке наиболее информативных, менее инвазивных, сведенных к минимуму по временному фактору и доступности методов обследования, так и в выборе объема оперативного вмешательства.

Цель исследования: улучшить исходы лечения и репродуктивное здоровье женщин с ЭБ.

Учитывая цель исследования, на базе ГКБ № 64 в 2005 г. Медицинским советом больницы был принят алгоритм диагностики и лечения ЭБ. В данной работе оценена эффективность введенного алгоритма, для чего проанализированы истории болезни пациенток до и после введения алгоритма.

Материалы и методы: материалом для исследования послужил сравнительный анализ историй болезни пациенток, находившихся в стационаре в период 2003—2004 г. и 2009—2010 г. Критериями сравнения явились следующие показатели: возраст, характеристика менструального цикла, репродуктивное здоровье, методы контрацепции, экстрагенитальные и гинекологические заболевания, обращаемость за медицинской помощью; клиническая картина: жалобы, результаты общесоматического и гинекологического осмотров; данные дополнительных методов исследования, сроки и объем оперативного вмешательства, кровопотеря, длительность стационарного лечения, диагностические ошибки.

Больные при поступлении в стационар по различным каналам госпитализации — скорая помощь, женская консультация, самостоятельное обращение в стационар — в качестве направительного диагноза имели подозрение на внематочную беременность, маточную беременность малого срока, острый аппендицит, апоплексию яичника, перекрут ножки кистаденомы яичника, почечную колику. Алгоритм действует с 2005 г., предусматривает этапность помощи начиная с дифференциального диагноза.

Обследование при ЭБ начинается с оценки жалоб, клиники, общего и гинекологического исследования, позволяющих уже на этом этапе выявить группу пациенток с клинически значимым гемоперитонеумом, требующих перевода в операционную для экстренного оперативного вмешательства.

Пациенткам, у которых клиническая картина не требовала экстренной операции, проводилось обследование на ХГЧ и УЗИ органов малого таза:

— отрицательный ХГЧ, отсутствие в полости матки плодного яйца, наличие свободной жидкости — проведена пункция брюшной полости, при получении крови (апоплексия яичников) выполнена операция. При получении гноя или воспалительного экссудата (воспаление придатков или болевая форма апоплексии яичников) — консервативная терапия;

— ХГЧ положительный, отсутствие плодного яйца в полости матки, при наличии свободной жидкости проведена пункция. При получении крови (ЭБ) — лапароскопическая операция. При отсутствии свободной жидкости — дифференциальная диагностика малого срока маточной, нарушенной маточной и прогрессирующей внематочной беременностями;

— ХГЧ отрицательный и в придатках объемное образование (кистаденома яичников) — оперативное лечение или консервативная терапия;

— ХГЧ положительный и наличие плодного яйца в матке — (маточная беременность) — лечение в зависимости от прогрессирования беременности и заинтересованности пациентки. Эффективность внедрения алгоритма оказания помощи при ЭБ обусловлена непосредственно лечебно-диагностическими мероприятиями и исходами заболевания, ограниченной материально-технической оснащенностью больницы — возможностью проведения квалифицированного ультразвукового исследования, анализа крови на ХГЧ и доступностью диагностической и операционной лапароскопии в круглосуточном режиме.

Проведен ретроспективный анализ 150 (71 и 79 соответственно) историй болезни пациенток, находившихся на лечении в 2003—2004 гг., и 174 (95 и 79) в 2009—2010 гг.

В данном исследовании все ЭБ были с трубной локализацией плодного яйца, шеечных и яичниковых беременностей среди анализируемых истории болезней не отмечалось.

Обсуждение полученных результатов. Обе группы пациенток не имели статистически значимых отличий по анамнестическим данным и преморбидному фону заболевания. Наибольшее число пациенток с эктопической беременностью

были в возрасте от 26 до 31 года — 27,4% (41) и 29,8% (52) соответственно, возраст наступления менструаций превалировал от 11 до 14 лет — в 67,8% (102) и 69,7% (121).

Регулярный менструальный цикл, установившийся в течение первых 12 месяцев после менархе, имели 36,8% (55) и 40,5% (71), у большинства менструации были умеренными — 76,4% (115) и 81,7% (142), в обеих группах у каждой второй — болезненными.

Нарушениями менструального цикла страдали 72,8% (109) и 67,5% (118), с частотой от 1 эпизода в жизни до неустановленного цикла. Начало половой жизни основная масса пациенток указала в диапазоне от 17 до 20 лет — 41,8% (63) и 43,5% (76), до 17 лет — 7,1% (11) и 6,9% (12).

Репродуктивное здоровье имело следующие характеристики: роды в анамнезе были у 75,6% (113) и 71,2% (124) соответственно, медицинские аборт — в 81,7% (123) и 84,5% (147), самопроизвольные выкидыши — 12,1% (18) и 14,8% (26), первичным бесплодием страдали 2,9% (4) и 3,7% (6), вторичным — 5,2% (8) и 4,7% (8), перенесли эктопическую беременность — 5,2% (8) и 4,1% (7). Малые гинекологические операции, не связанные с беременностью, имели 8,6% (13) и 9,8% (17).

Воспалительные заболевания органов малого таза в анамнезе имели 38,7% (58) и 41,5% (72) женщин.

Контрацептивное поведение пациенток: не предохранялись от беременности 36,3% (55) и 32,7% (57). В качестве контрацепции применяли комбинированную оральную контрацепцию 8,1% (12) и 6,3% (11), экстренной гормональной контрацепцией пользовались 1,2% (2) и 2,5% (4), внутриматочный способ контрацепции отмечен у 3,2% (5) и 2,6% (5) женщин. Остальные пациентки в качестве предохранения от беременности использовали презервативы, прерванный половой акт и физиологический метод.

Экстрагенитальные заболевания в исследовании встречались не более чем у 0,9% (2) женщин и были представлены анемией и гастритом. Так как исследование носило ретроспективный анализ, выявить наличие инфекционной нагрузки в период становления репродуктивной системы не представляется возможным. Из перенесенных оперативных вмешательств на органах малого таза и брюшной полости, отмечаются аппендициты, в том числе и с перитонитами — 11,4% (17) и 12,5% (22), кесарево сечение — 7,1% (11) и 6,2% (11) операции на придатках матки — 5,2% (8) и 5,8% (10). Каналами поступления в стационар явились: скорая медицинская помощь — 37,6% (56) и 32,5% (57), женская консультация — 29,5% (43) и 36,8% (64), коммерческие структуры — 25,9% (39) и 23,8% (43), самостоятельное обращение в больницу — 8,1% (12) и 6,9% (12).

Во всех наблюдениях поводом для обращения явилась клиническая симптоматика — задержка менструации — 34,2% (51) и 39,8% (69), длительные кровяные выделения из половых путей — 15,7% (24) и 21,8% (38), боли внизу живота различной интенсивности и иррадиации — 18,9% (28) и 26,5% (46).

Анамнестические данные и клиническая картина позволили поставить диагноз ЭБ в 42,7% (64) и 45,9% (80) женщинам, при этом картина, сопровождавшаяся геморрагическим шоком, имела 4,8% (7) и 2,1% (4) пациенток. Последние не нуждались в дополнительных методах обследования, за исключением рутинных, необходимых для оперативного вмешательства, и непосредственно из приемного покоя госпитализировались в экстренную операционную. Время пребывания в клинике до оперативного вмешательства составило 25 мин.

Остальным пациенткам было проведено УЗИ органов малого таза, при этом в 2003 и 2004 г. мы не имели возможности круглосуточного ультразвукового мониторинга, что позволяло поставить или подтвердить диагноз эктопической беременности только в дневные рабочие часы, и процент правильного диагноза в первые сутки после поступления составлял 54,8% (82), в 2009 и 2010 г. внедрение круглосуточного УЗИ позволило диагностировать ЭБ в 81,5% (142).

Стертость и атипичность клинической картины, малые сроки беременности не всегда позволили диагностировать эктопическую беременность при однократном УЗИ, УЗИ в динамике повышает достоверную диагностику до 76,9% (115) и 96,4% (168). Определение ХГЧ до внедрения алгоритма было доступно пациентам только в коммерческой структуре и поэтому выполнялось в 12,5% (19).

Возможность определения ХГЧ в стационаре круглосуточно существенно повысило возможность диагностировать ЭБ до 46,3% (69) и 51,8% (90), а в сочетании с клиническим осмотром, анамнезом, УЗИ диагностические возможности возросли с 57,8% до 91,6%.

При этом нельзя обойти вниманием ложноположительную диагностику, составившую 3,7% (6) и 1,2% (1), когда данный диагноз не подтвердился, но и, что более опасно, ложноотрицательный результат, когда ЭБ не была установлена, пациентки выписаны из стационара и затем повторно госпитализированы — в трех случаях в 2003—2004 гг. и одна женщина в 2009—2010 гг.

Надежным, по крайней мере при недоступности других дополнительных методов диагностики и необходимости исключить внутрибрюшное кровотечение, остается метод пункции брюшной полости через задний свод влагалища, в первой группе он использовался у 16,7% (25), во второй у 6,2% (11) женщин, при этом при получении пунктата возможна дифференциальная диагностика.

Введение в практику лапароскопической диагностики и возможность одномоментно осуществить оперативное лечение, не являясь панацеей, тем не менее, позволяет приблизиться к максимально возможному на современном уровне развития медицины результату — диагностическая лапароскопия в 2003—2004 г. составляла 59,2% (89), операционная — 31,5% (47), в 2009—2010 гг. — 96,9% (169) и 96,1% (166) соответственно.

Объем оперативного вмешательства при эктопической беременности остается предметом дискуссии на протяжении уже нескольких лет, в том числе с внедрением вспомогательных репродуктивных технологий, но в практической медицине определяется общим состоянием больной, величиной кровопотери, оперативным

доступом, технической возможностью сохранения маточной трубы и дальнейшими планами больной на осуществление репродуктивной функции. В первой группе органосохраняющие операции были выполнены в 5,3% (8), органоуносящие в 94,7% (142), во второй 34,3% (60) и 65,7% (114).

Выполненное исследование показало, что диагностика прогрессирующей ЭБ, в особенности на ранних сроках, выполнение операции лапароскопическим доступом позволило снизить процент тубэктомий, что оставляет шансы женщине, при грамотной последующей послеоперационной реабилитации и предгравидарной подготовке, на физиологическое наступление беременности.

Величина кровопотери при ЭБ: от минимальной до 500 мл — 29,7% (45) и 56,3% (98), от 500 мл до 1000 мл — 47,6% (71) и 28,3% (41) и превышающий 1000 мл — 22,7% (34) и 15,4% (27).

Введение алгоритма обследования и создание необходимых условий для его выполнения позволило сократить предоперационный койко-день с 3,6 в первой группе до 1,7 во второй, а общий койко-день — с 6,8 до 5,6.

Заключение. Полученные в ходе ретроспективного анализа историй болезни пациенток с эктопической формой беременности до и после введения в стационаре алгоритма обследования позволяют сделать следующие выводы: анамнестические данные и клинические характеристики пациенток, равно как и клиническая картина, не носят статистически значимых различий. Введение алгоритма обследования больных с эктопической формой беременности с последовательным и совокупным применением анализа клинической картины, данных УЗИ и ХГЧ, пункции брюшной полости через задний свод влагалища, лапароскопии позволило достичь следующего эффекта: сократить предоперационный койко-день, сведя его к минимальному времени пребывания в стационаре до операции от десятка минут до нескольких часов, выявлять прогрессирующие формы эктопической беременности, сокращать кровопотерю, создавать наиболее благоприятные условия для органосохраняющих операций, сместить доступ при эктопической беременности в сторону лапароскопии при клинически допустимых ситуациях, тем самым сократить общий койко-день и снизить срок реабилитации в раннем послеоперационном периоде.

Несмотря на эффективность применения данного алгоритма в практике, остаются нерешенными вопросы дифференциальной диагностики ранних сроков эктопической беременности, путях ее профилактики, сроках и методах эффективной реабилитации с целью улучшения дальнейшей репродуктивной функции.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- [1] Gynaecology. Rukovodstvo to the practical training: a training manual. V.E. Radzinsky. 3 ed. Moscow: GEOTAR-media, 2013. P. 552.
- [2] Radzinsky V.E., Fuks A.M. Gynecology. Moscow: GEOTAR-media, 2014. P. 1000.
- [3] Reproductive health: Stud. posob. Ed. V.E. Radzinsky. Moscow: RUDN, 2011.

THE EFFECTIVENESS OF MEDICAL CARE ECTOPIC PREGNANCY

**M.Y. Gott¹, S.M. Semyatov², S.R. D. Konnon²,
G.Ph. Totchiev², O.A. Demina³**

¹Municipal budget health office
Municipal clinical hospital № 64
Vavilov str., 61, Moscow, Russia, 117292

²Peoples' Friendship University of Russia
Miklukho-Maklay str., 6, Moscow, Russia, 117198

³V.M. Buyanov City Clinical Hospital
Bakinskaya str., 26, Moscow, Russia, 115516

In presented article the analysis of efficiency of introduction in clinical hospital of algorithm of inspection of patients with the ectopic pregnancy which purpose was improvement of outcomes of treatment and reproductive health of women is carried out.

Key words: ectopic pregnancy, diagnostics, infertility