

На правах рукописи

ГОТТ МАРИЯ ЮРЬЕВНА

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ УРГЕНТНОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ
С ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ В УСЛОВИЯХ КРУПНОЙ
МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ**

14.01.01 – Акушерство и гинекология

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Москва
2015

Работа выполнена на кафедре акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования "Российский университет дружбы народов"

Научный руководитель:

заведующий кафедрой акушерства и гинекологии
с курсом перинатологии Ф ГАОУ ВО РУДН
заслуженный деятель науки РФ,
доктор медицинских наук, профессор

В.Е. Радзинский

Официальные оппоненты:

главный научный сотрудник ГБУЗ МО
"Московский областной научно-исследовательский
институт акушерства и гинекологии",
доктор медицинских наук, профессор

Н.А. Щукина

профессор кафедры акушерства и гинекологии
ФГОУ ДПО "Институт повышения квалификации
Федерального Медико-биологического агентства РФ",
доктор медицинских наук, профессор

А.Г. Кедрова

Ведущая организация:

ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический
университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения РФ

Защита диссертации состоится «___» _____ 2015г. в _____ часов
на заседании диссертационного совета Д.212.203.01 при Российском универси-
тете дружбы народов по адресу: 117333, г. Москва, ул. Фотиевой, д.6.

С диссертационной работой можно ознакомиться в Научной библиотеке РУДН
(117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д.6).

Автореферат разослан «__» _____ 2015г.

Ученый секретарь
Диссертационного совета
кандидат медицинских наук,
доцент

М. Г. Лебедева

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. На современном этапе развития перед здравоохранением ставятся качественно новые задачи, среди которых следует выделить определение приоритетов охраны репродуктивного здоровья и организации специализированной помощи женскому населению, совершенствование и развитие акушерско-гинекологической помощи, снижение материнской, перинатальной и младенческой заболеваемости и смертности (Радзинский В.Е., 2011; Костин И. Н., 2012; Стародубов В.И. и соавт., 2012; Хамошина М. Б. и соавт., 2013).

Эктопическая (внематочная) беременность (ВБ) до настоящего времени остается одной из наиболее значимых проблем акушерства и гинекологии. Согласно статистическим данным, в последнее десятилетие во всем мире отмечена тенденция к неуклонному росту частоты ВБ (Каушанская Л.В., 2010; Aziz S. et al., 2011). В России доля ВБ составляет 1,2–2,2% по отношению ко всем беременностям, 1,6–4,7% от общего числа родов и от 2 до 12% от количества пациентов, госпитализированных в гинекологические стационары (Стародубов В.И. и соавт., 2012).

ВБ стабильно занимает третье-четвертое места в структуре причин материнской смертности в индустриально развитых странах мира и пятое - в РФ (Радзинский В.Е., 2011). По данным официальной статистики, показатель ВБ на 1000 женщин фертильного возраста не снижается, составив: в 2007 г. - 1,24, в 2008 г. - 1,32, в 2009 г. - 1,34, в 2010 г. - 1,35, в 2011 г.- 1,35, в 2012 г. - 1,39, то есть налицо его прирост на 12,0% за шесть лет.

Материнская смертность в РФ в последние годы снизилась на 51,4%, в 2007г. ее уровень составил 22,0 на 100 тыс. живорожденных, в 2010 г.-16,5, в 2012 г. – 11,5, в 2013 г. – 11,3. В то же время динамика смертности от ВБ в РФ остается практически неизменной: 2007 г. - 0,7%; 2008 г. - 1,0%; 2009 г. - 0,6%; 2010 г. - 0,6%; 2011 г. - 0,6; 2012г. - 0,6 (Стародубов В.И. и соавт., 2012). Диагностика и лечение ВБ постоянно остаются предметом медицинских исследо-

ваний, что обусловлено угрозой для жизни пациенток, а также возможными последствиями для репродуктивного здоровья.

В современном здравоохранении существует «золотой стандарт» диагностики ВБ: приоритетное значение имеют исследование сыворотки крови на наличие бета - субъединицы хорионического гонадотропина человека (β -ХГЧ) в сочетании с трансвагинальной эхографией для определения локализации трофобласта - в матке или вне её (Баранов А.Н., 2010; Хачатрян А.К., 2013; Alkatout I. et al., 2013). Но, несмотря на достижения последних лет, таких как внедрение «золотого стандарта» в клинические протоколы диагностики ВБ, совершенствование и увеличение доступности неинвазивных и инвазивных методов исследования, все еще остается высокой частота прерывания ВБ по типу разрыва маточной трубы с внутрибрюшным кровотечением. Немалую роль в этом играет организация гинекологической помощи. Если вектор диагностического поиска, направленный на раннее выявление ВБ, не вызывает сомнений, то вопросы лечения – оперативное или консервативное, объем оперативного вмешательства – органосохраняющее или органосохраняющее, необходимость, методы и сроки реабилитационных мероприятий все еще остаются предметом дискуссий (Михельсон А.А., 2012; Апселенова М.К. и соавт., 2013; Schippert C. et al., 2010; Soergel P. et al. 2012).

Многочисленные клинические исследования свидетельствуют о негативной роли ВБ в реализации репродуктивной функции: более чем у 50% женщин после эктопической беременности констатируют развитие эндокринных нарушений, у 58,0-80,0% наблюдаются спаечный процесс в малом тазу и бесплодие, маточная беременность после перенесенной ВБ наступает лишь у 41,7% женщин (Алыев Ш. А., 2010; Петрова С.В., 2011; Радзинский В.Е., 2014).

Исследования, посвященные различным аспектам и реабилитации в послеоперационном периоде у женщин, перенесших оперативные вмешательства на органах малого таза, свидетельствуют о довольно высокой эффективности предлагаемых методик (Гаспаров А.С. и соавт., 2012; Зулумян Т.Н. и соавт., 2012; Schippert J. C. et al., 2012; Lee D. et al., 2013), однако до сих пор остается

открытым вопрос , почему у одних пациенток фертильность не страдает после перенесенной ВБ, а у других женщин, даже при достаточном объеме реабилитационных мероприятий, не наступает ожидаемый результат (Абашидзе А.А., 2014; Каграманова Ж.А., 2014; He G.B. et al., 2011).

Таким образом, существует необходимость в углубленном анализе особенностей оказания медицинской помощи пациенткам с ВБ на современном этапе (Габидуллина Р.И., 2013; Рубцова О.Ю., 2014). Дискуссионный характер существующих теоретических представлений по вопросам пороговых и прогностически значимых цифр β - ХГЧ, диагностической эффективности «золотого стандарта», выбора адекватного метода и объема лечения, необходимость пополнения теоретической базы для совершенствования системы оказания ургентной гинекологической помощи с целью улучшения исходов лечения ВБ, минимизации сроков пребывания в стационаре и риска осложнений, обеспечения преемственности при последующей реабилитации пациентки требует постоянного мониторинга и научного анализа медико-социальной структуры женщин, поступающих в гинекологический стационар, что позволит выявить факторы риска нарушений репродуктивного здоровья и мотивацию для повышения репродуктивного потенциала пациенток с ВБ, что и определяет актуальность настоящего исследования.

Цель исследования: повысить качество и эффективность ургентной помощи и реабилитационных мероприятий при внематочной беременности.

Задачи исследования:

1. Выявить клинико-anamnestические риск - факторы ВБ в условиях современного мегаполиса.
2. Выявить особенности клинического течения и оказания помощи при ВБ в современных условиях мегаполиса.
3. Оценить эффективность существующего диагностического алгоритма при ВБ.
4. Оценить динамику оперативных доступов и объемов лечебных мероприятий при ВБ в 2003-2004 гг. и 2009-2010 гг.

5. Оценить эффективность этапов реабилитационных мероприятий при ВБ для реализации репродуктивной функции.

НАУЧНАЯ НОВИЗНА ИССЛЕДОВАНИЯ.

На основании анализа результатов комплексного исследования выявлены клинические риск - факторы, особенности течения и оказания медицинской помощи при ВБ в условиях современного мегаполиса.

Проведена оценка эффективности применения современных медико-организационных технологий, позволяющих обеспечить условия для проведения малоинвазивных органосохраняющих операций, с последующим комплексом реабилитационных мероприятий с целью реализации репродуктивной функции пациенток, перенесших ВБ.

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ.

На основании полученных результатов исследования и выявленных риск - факторов, особенностей клинического течения и оказания помощи при ВБ в современных условиях мегаполиса, в работу гинекологических отделений ГБУЗ ГKB № 64 внедрена последовательная комплексная программа диагностики, лечения, реабилитации пациенток с ВБ, что позволило реализовать репродуктивную функцию в 1,3 раза чаще, чем до внедрения, снизить повторную ВБ в 4,8 раз, сократить предоперационное пребывание в стационаре в 2,1 раз и послеоперационное пребывание - в 1,3 раза ($p < 0,05$).

ПОЛОЖЕНИЯ, ВЫНОСИМЫЕ НА ЗАЩИТУ.

1. Пациентки, госпитализируемые в гинекологический стационар с ВБ, характеризуются риск - факторами: высокой частотой гинекологических заболеваний (в том числе у 41,7% - два и более), а так же небезопасными нарушениями репродуктивного поведения (у 83,6% - искусственные аборты, у 34,6% - игнорирование контрацепции). Неиспользованным резервом снижения частоты ВБ в популяции является внедрение высокоэффективных методов контрацепции (в изучаемой когорте – 10,3%), способствующих снижению частоты расстройств менструаций (68,8%), ВЗОМТ (32,4%), беременностей с неблагоприятным исходом (повторная ВБ – 4,6%).

2. ВБ в современных условиях характеризуется стертой клинической картиной с неспецифическими проявлениями - кровяными выделениями из половых путей (90,4%), задержкой менструации (97,2%) и достоверным ростом частоты прогрессирующей ВБ (11,3% - в 2003-2004 гг.; 36,8% - в 2009-2010 гг.).

3. В современных условиях эндовидеохирургическое лечение позволяет достоверно увеличить количество органосохраняющих операций при ВБ с (5,3% до 34,3%, $p<0,05$), снизить кровопотерю в 2,6 раза (с 650 мл до 250 мл), послеоперационное пребывание в стационаре (с $5,1\pm0,1$ до $3,8\pm0,6$ дней, $p<0,05$).

4. Эффективность реализации репродуктивного потенциала пациенток зависит от сроков, объемов хирургического вмешательства и этапности реабилитационных мероприятий (самопроизвольная беременность без реабилитации - у 29,5% пациенток, при одноэтапной реабилитации - у 36,2%, при двухэтапной - у 39,6%).

АПРОБАЦИЯ РАБОТЫ.

Настоящая работа выполнена в 2003 – 2013 гг. на кафедре акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН (зав. кафедрой – засл. деятель науки РФ, д.м.н., профессор Радзинский В.Е.) в рамках направления научной деятельности кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов» «Репродуктивное здоровье населения Московского мегаполиса и пути его улучшения в современных экологических и социально-экономических условиях», номер государственной регистрации 01.9.70 007346, шифр темы 317712.

Основные положения работы доложены, обсуждены и обсуждены на: конференции врачей ГБУЗ ГКБ № 64 г. Москвы, VI Общероссийском научно-практическом семинаре «Репродуктивный потенциал России: версии и контрарсии» (Сочи, 2013), заседании кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН (Москва, 2013).

По результатам исследования опубликовано 2 печатные работы в рецензированных изданиях, рекомендуемых ВАК РФ.

ЛИЧНОЕ УЧАСТИЕ АВТОРА.

Автором лично проведены клиническое и инструментальное обследование пациенток, оперативное лечение и организация реабилитационных мероприятий, вошедших в исследование, выполнены выкопировка из первичной медицинской документации, систематизация, статистическая обработка массива полученных данных. Все научные положения и выводы, представленные в диссертации, автором получены лично.

СТРУКТУРА И ОБЪЕМ ДИССЕРТАЦИИ.

Диссертация изложена на 117 страницах машинописного текста, иллюстрирована 37 таблицами и 13 рисунками. Работа состоит из введения, обзора литературы, пяти глав по результатам собственных исследований, выводов, практических рекомендаций, указателя литературы. Список литературы включает 132 публикации, в том числе 85 - отечественных и 47 - иностранных авторов.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ.

Материалы и методы исследования: Настоящее исследование проведено на базе Городского бюджетного учреждения здравоохранения «Городская Клиническая Больница № 64 г. Москвы» (главный врач – д.м.н. Шарапова О.В.) – клинической базе кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии ФГАОУ ВО РУДН (зав. кафедрой – засл. деятель науки РФ, д.м.н., профессор Радзинский В.Е.).

В соответствии с целью и задачами исследования методом сплошного отбора на первом этапе были сформированы две группы пациенток с ВБ, находившихся на лечении в ГКБ № 64 в 2003-2004 гг. – 150 женщин (первая группа) и в 2009 – 2010 гг. – 174 пациентки (вторая группа). Критериями включения в группы служил подтвержденный диагноз ВБ. Временной интервал определяли произвольно выбранными годами, границей для которых послужило введение в ГКБ № 64 Медицинским Советом больницы в 2005г. лечебно-диагностического алгоритма действий при ВБ. На втором этапе исследования все пациентки, вошедшие в исследование на первом этапе, были стратифицированы на две груп-

пы по 105 человек в каждой по признаку реабилитации после выписки из стационара. В первой группе пациенток реабилитация не проводилась, во второй группе проводили одноэтапную реабилитацию - у 47 пациенток и двухэтапную - у 58. Критериями отбора пациенток для одно- и двухэтапной реабилитации явились объем и доступ оперативного лечения, репродуктивные планы женщин, сроки нахождения в стационаре и организационные моменты – возможность продолжить терапию в амбулаторных условиях и желание пациентки пройти курс лечения. Группы были статистически сопоставимы, что позволило в дальнейшем проводить корректное сравнение полученных данных.

Для решения поставленных задач были использованы общеклинические и специальные методы исследования. Всем пациенткам выполняли рутинные исследования согласно медико-экономическим стандартам, с последующим анализом полученных результатов.

Из общего числа обследованных женщин иммуноферментный анализ крови на В - ХГЧ был проведен у 24,0% пациенток первой группы (за пределами ГБУЗ ГKB № 64) и у 67,8% пациенток второй группы в стационаре.

УЗИ проводили на аппарате ESAOTE модель «MEGAS» (Италия), с использованием трансабдоминального и трансвагинального доступа датчиком с частотой 5 МГц. Однократное исследование оказалось достаточным для подтверждения диагноза у 55,7% пациенток первой группы и у 86,2% – во второй, в динамике УЗИ проведено у 44,3% и 13,8% пациенток соответственно.

По-прежнему актуальным и востребованным остается применение пункции брюшной полости через задний свод влагалища. Проведен анализ результатов 47 пункций брюшной полости (36 - в 2003-2004 гг. и 11 - в 2009-2010гг.).

Диагностическая лапароскопия по поводу подозрения на ВБ выполнена у 59,3% пациенток в 2003-2004 гг. и у 97,1% пациенток в 2009-2010 гг., оперативная лапароскопия произведено соответственно у 31,3% и 95,4% пациенток, лапаротомия - у 68,7% пациенток первой группы и у 4,6% - во второй.

Методом ПЦР-диагностики инфекций, передаваемых половым путем, обследованы 180 пациенток.

Реабилитационные мероприятия непосредственно в раннем послеоперационном периоде включали противовоспалительную терапию, применение обезболивающих, антибактериальных, антианемических, седативных препаратов в профилактическом режиме интраоперационно и/или с последующим лечебным курсом, а также физиотерапевтический цикл и преследовали цель уменьшить риск послеоперационных осложнений. Стационарный этап лечения заканчивали разработкой индивидуальной схемы реабилитации с учетом хирургического доступа, объема оперативного вмешательства, фертильных планов, прогностически значимых факторов риска повторной ВБ.

Пациенткам, участвующим в двухэтапной реабилитации, второй этап начинали через месяц после операции. Он включал в себя применение комбинированных оральных контрацептивов, физиотерапию, обследование на урогенитальную инфекцию, гормонального профиля, гистеросальпингографию (ГСГ) для оценки проходимости маточных труб (по показаниям). После обследования принимали решение о целесообразности плановой лапароскопии с целью адгезиолизиса, при необходимости - консультаций специалистов по вспомогательным репродуктивным технологиям. Целью всех мероприятий являлась реализация репродуктивной функции.

Патогенетический подход к реализации реабилитационных мероприятий обуславливал целесообразность назначения преформированных физиотерапевтических факторов: при тубэктомии - переменного магнитного поля, оказывающего противовоспалительное, дегидратационное, обезболивающее воздействие курсом от 7 до 20 процедур, электрофорез с Zn на 2-м этапе, лазеротерапию при массивном спаечном процессе, при туботомии - ток надтональной частоты и электромагнитное поле крайне высокой частоты с целью снижения реоклюзии маточных труб, уменьшения спаечного процесса. ГСГ для оценки состояния и проходимости маточных труб проводили с использованием водорастворимого рентгеноконтрастного вещества (76% урографина – 20 мл). На первом снимке оценивали полость матки и маточные трубы. На втором снимке регистрировали прохождение рентгеноконтрастного вещества в полость малого

таза. ГСГ была выполнена у 58,1% женщин в группе без реабилитации, при одноэтапной реабилитации - у 57,4% пациенток и у 67,2% - при двухэтапной реабилитации.

Полученные результаты исследования обработаны статистически на персональном компьютере, оснащенном профессиональным пакетом прикладных программ для анализа статистической информации STATISTICA 6.0. Для количественных признаков вычисляли среднее арифметическое (M), ошибку средней арифметической (m), среднеквадратичное отклонение. Для определения значимости (достоверности) различий сопоставляемых средних величин использовали критерий Стьюдента (t). Различие считали достоверным при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ.

По основным анализируемым параметрам достоверных отличий по анамнестическим данным и клиническим параметрам, за исключением характеристики болевого симптома, между группами не выявлено ($p > 0,05$).

Проведенный анализ показал, что среди обследованных пациенток преобладали женщины в возрасте 26-30 лет, средний возраст составил $29,1 \pm 5,4$ лет. Менархе у женщин изучаемой когорты в среднем наступило в $13,3 \pm 0,1$ лет (в первой группе - у 68,0%, во второй у 69,5%). При этом раннее менархе (до 10 лет) отметили 4,3% пациенток, позднее (после 15 лет) - 26,8% женщин. В первой группе раннее менархе выявлено у 4,7% пациенток, позднее - у 27,3%, во второй - соответственно у 4,1% и у 26,4% женщин. Более двух третей пациенток (68,8%) отметили расстройства менструации: гиперменорею - 14,8% (12,0% и 17,2% по группам соответственно), дисменорею - 54,0% (53,3% в первой группе и 54,6% во второй группе). Средний возраст начала половой жизни в изучаемой когорте в целом составил $19,9 \pm 0,2$ лет, при этом до 16 лет половую жизнь начали 7,4% (7,3% в первой группе и 7,5% - во второй). Раннее начало половой жизни (до 16 лет), рассматриваемое многими авторами как один из факторов риска ВБ (Каушанская Л.В., 2010), в нашем исследовании не нашло подтверждения.

При анализе контрацептивного поведения пациенток выявлено, что 34,6% пациенток с ВБ (36,7% и 32,7% по группам соответственно) игнорировали контрацепцию, аргументируя отказ от предохранения от беременности желанием забеременеть, возрастом, отсутствием беременности в течение нескольких лет. Четвертая часть всей когорты женщин (26,6%) предпочитала барьерный метод контрацепции: в первой группе – 26,0%, во второй – 27,6%, на втором месте по частоте применения оказался прерванный половой акт – 17,9% (17,3% и 18,4% по группам соответственно). Обращает на себя внимание достаточно низкий показатель применения эффективного метода, обладающего неконтрацептивными преимуществами – комбинированных оральных контрацептивов - 7,1% в исследованной когорте в целом (8,0% и 6,3% по группам) (Роговская С.И., 2011; Прилепская В.Н., 2012; Fraser I.S., 2010). Частота использования внутриматочных контрацептивов (ВМК) в исследуемой когорте в целом составила 3,2% (3,3% и 2,9% соответственно по группам), что не противоречит данным литературы о роли ВМК в наступлении ВБ (Bouquier J., 2012). Несмотря на то, что медицинский аборт не был назван пациентками как метод предохранения от беременности, он по-прежнему является способом регулирования рождаемости у россиянок и играет в развитии ВБ не последнюю роль. По нашим данным, 83,6% пациенток перенесли медицинский аборт (в первой группе – 82,7%, во второй – 84,5%). У 13,6% пациенток (12,0% и 14,9% соответственно) беременность закончилась самопроизвольным выкидышем, что подтверждает существующие представления о связи прерывания беременности с риском развития ВБ (Комарова Е.Е., 2009; Trompoukis P. et al., 2008).

Выявлено, что для больных с ВБ характерна высокая частота гинекологических заболеваний, отрицательно влияющих на репродуктивное здоровье, при этом сочетание двух и более заболеваний отмечено у 41,7% женщин (в первой группе – 34,0%, во второй – 47,7%, $p>0,05$).

Основным риск - фактором ВБ, по данным литературы, являются воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ), которые составляют 60-65% в структуре гинекологической заболеваемости пациенток с ВБ, при этом

20-30% пациенток нуждаются в стационарном лечении (Духин А.О. и соавт., 2013, Каграманова Ж.А. 2014; Абашидзе А.А., 2014; Malak M. et al., 2011; Jurkovic D. et al., 2011). Несмотря на снижение их частоты в последние годы, проблема ВЗОМТ не потеряла своей актуальности, что объясняется большим количеством половых партнеров у женщин репродуктивного возраста, высокой частотой внутриматочных вмешательств, расширением спектра выявляемых возбудителей патологии, в том числе внутриклеточных паразитов и вирусов (Комарова Е.Е., 2009; Trompoukis P. et al., 2008). На фоне неблагоприятной экологической обстановки, высокой распространенности дисбиотических изменений, аллергизации и эндокринных нарушений, а также нерационального медикаментозного лечения современная клиническая картина ВЗОМТ претерпела существенные изменения, выражающиеся в хронизации процесса за счет снижения частоты острых форм заболевания, доминирования длительно текущих, склонных к рецидивам, стертых форм, при постоянно меняющихся свойствах микроорганизмов (Лялина Е.А. и соавт., 2013; Радзинский В.Е. и соавт., 2013; Духин А.О. и соавт., 2013; Тихомиров А.Л., 2014; Wiesenfield H.E. et al, 2012). Не вступают в противоречия с данными литературы и полученные в нашем исследовании результаты, свидетельствующие, что более трети пациенток с ВБ (рис.1) имели в анамнезе указание на перенесенные ВЗОМТ.

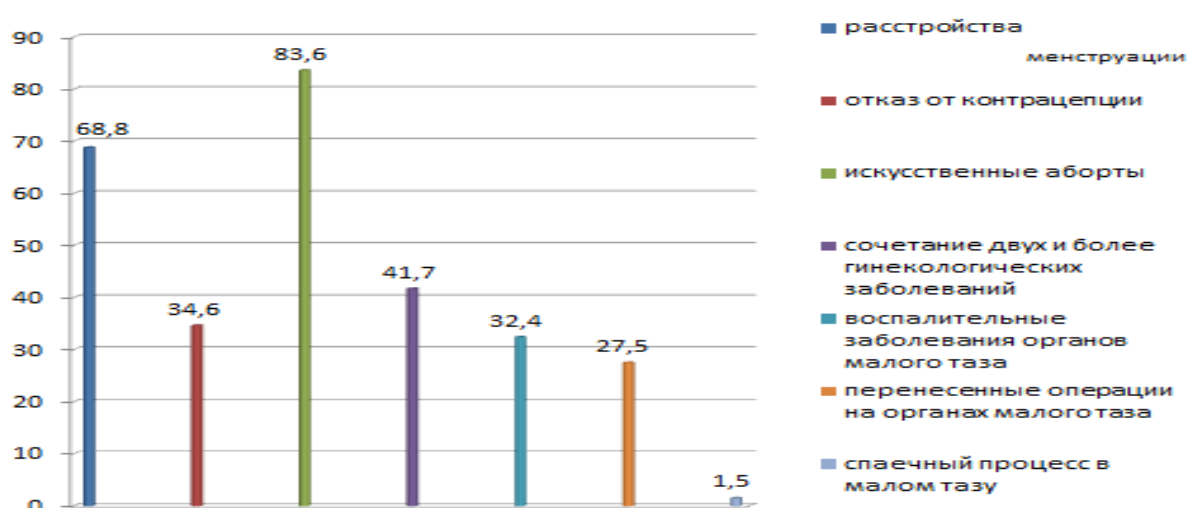


Рисунок 1. Клинические риск - факторы внематочной беременности.

При бактериологическом исследовании отделяемого цервикального канала у 84,7% пациенток первой группы и 62,1% второй группы была выявлена ус-

ловно - патогенная флора в количестве, превышающем 10^{5-6} КОЕ/мл. При исследовании ПЦР отделяемого половых путей выявлено, что полученный микробный пейзаж имеет достоверное различие между группами в отношении хламидий и ВПЧ (вируса папилломы человека): в первой группе хламидийная инфекция была диагностирована у 6,2% женщин против 16,7% во второй ($p < 0,05$), ВПЧ - у 2,1% против 9,1% ($p < 0,05$) соответственно. Установлено, что каждая десятая пациентка (9,3%) исследуемой когорты перенесла внутриматочные вмешательства, в том числе в первой группе – 8,7%, во второй – 9,8% ($p > 0,05$).

Учитывая, что патогенез ВБ все еще до конца не изучен и заболеваемость не имеет тенденции к снижению, сохраняется риск повторной ВБ, что резко снижает репродуктивный потенциал пациенток. Проведенный анализ показал, что повторная ВБ выявляется у 4,6% женщин без различия по группам (5,3% против 4,1% соответственно, $p > 0,05$), что не противоречит данным других исследователей (Майскова И.Ю., 2008; Хилькевич Е.Г. и соавт., 2011; Chang H.J. et al., 2010; Talbot K. et al., 2010; Aziz S. et al., 2011).

Анализ сопутствующих и перенесенных гинекологических заболеваний у пациенток с ВБ позволил установить, что пул гинекологических заболеваний у них достаточно высок, прежде всего за счет перенесенных ВЗОМТ, операций на органах брюшной полости и малого таза, имеющих исходом в спаечный процесс малого таза с нарушением анатомического и функционального состояния внутренних половых органов. Многие авторы считают, что предстоящая реализация репродуктивной функции такими пациентками, безусловно, предполагает реабилитационные мероприятия (Зулумян Т.Н. и соавт., 2012; Радзинский В.Е. и соавт., 2013).

Сравнительная структура объема кровопотери при ВБ свидетельствует, что в динамике уменьшилась доля поступивших с геморрагическим шоком и кровопотерей более 1000 мл в 2009-2010 гг. в сравнении с 2003-2004 гг. в 1,5 раза, но вырос удельный вес пациенток с кровопотерей до 500 мл. Уменьшение кровопотери обусловлено увеличением числа пациенток с

прогрессирующей ВБ, в том числе и на очень ранних сроках, в 2003-2004 гг. - 30,0%, в 2009-2010 гг. 60,9% - ($p < 0,05$) (рис. 2).

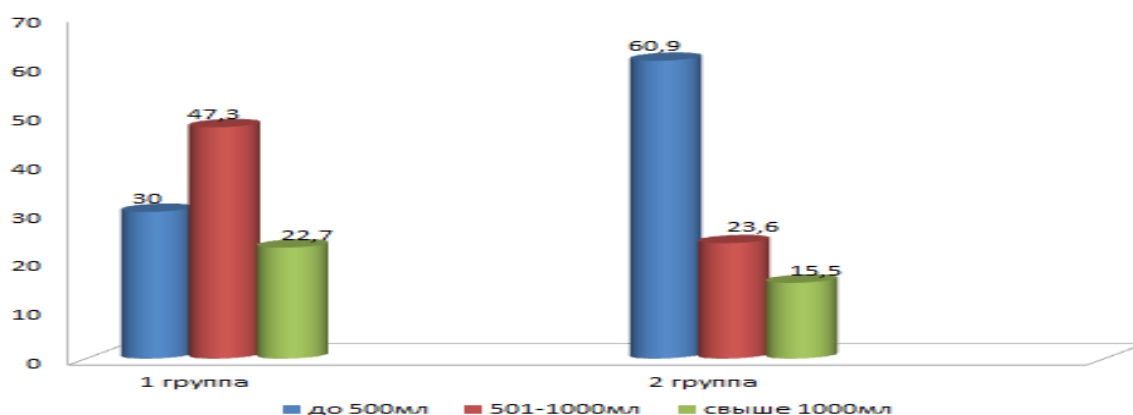


Рисунок 2. Сравнительная структура объема кровопотери при ВБ.

Общепризнанная диагностическая ценность «золотого стандарта» верификации ВБ, включающего трансвагинальное УЗИ и анализ крови на β -ХГЧ, при необходимости в динамике, по нашим данным составила 90,1%, при этом эффективность метода возросла с 82,7% в первой группе до 96,6% во второй группе ($p > 0,05$). Изолированное однократное УЗИ позволило поставить диагноз у 73,4% пациенток (55,7 % и 86,2% по группам соответственно). При кратном обследовании в динамике частота верификации ВБ увеличилась до 76,7% у пациенток первой группы и 91,4% у пациенток второй группы, при этом УЗИ в динамике достоверно чаще применяли у первой группы (44,3% против 13,8% соответственно, $p < 0,05$). Полученные нами результаты коррелируют с данными других исследователей (Науменко А.А., 2012; Hoover K.W. et al., 2010) (рис. 3).

Проведенное исследование позволило установить, что: концентрация β -ХГЧ более 500 МЕ/мл в обеих группах достоверно коррелировала с верификацией ВБ, даже при отсутствии характерных ультразвуковых критериев заболевания, у 43,6% пациенток (33,3% в первой группе и 46,6% во второй, $p < 0,05$). При концентрации β -ХГЧ от 5 до 500 мЕ/л различий между группами не выявлено - 53,2% во всей когорте (61,1% и 50,9% по группам соответственно,

$p > 0,05$). Концентрация β -ХГЧ до 100 мЕ/л являлась показанием к динамическому обследованию.

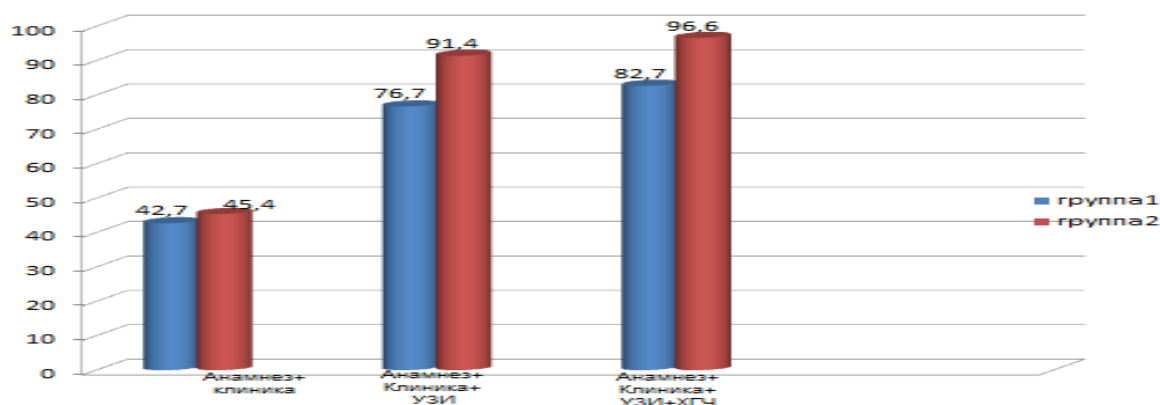


Рисунок 3. Диагностическая значимость методов обследования.

Большинство авторов считают архаичным использование в диагностических целях пункции брюшной полости через задний свод влагалища, но данные нашего исследования свидетельствуют, что в ургентной практике нецелесообразно списывать этот метод обследования из арсенала практического врача. Мы считаем, что при отсутствии возможности экстренного УЗИ и определения уровня β - ХГЧ, а так же при необходимости дифференциальной диагностики, пункция брюшной полости через задний свод влагалища достаточно информативна и при этом менее инвазивна, чем операция. В 2003-2004гг. пункцию брюшной полости при ВБ выполняли чаще, чем в 2009-2010гг. (24,0% и 6,3% соответственно, $p < 0,05$). Кровь в пунктате была получена у 95,7% пациенток (97,2% и 90,9% по группам). Отсутствие пунктата не исключило ВБ у 4,3% пациенток – по одной в каждой группе (2,8 % и 9,1% соответственно, $p < 0,05$).

Таким образом, применение полного диагностического алгоритма – «золотого стандарта» обследования с течением времени доказало свою диагностическую ценность (рис. 4). Унификация диагностических мероприятий позволила более, чем вдвое сократить предоперационный койко-день с $3,6 \pm 0,3$ до $1,7 \pm 0,5$ в сравниваемых группах ($p < 0,05$). При этом время до начала операции сократилось с 40 до 25 мин, время от поступления до оперативного вмешательства, когда не требовалось проводить диагностический поиск в динамике, уменьшилось

с $41,2 \pm 0,2$ часов до $8,4 \pm 0,5$ часов ($p < 0,05$), а дооперационное пребывание до 2-х часов - 18,7%, до 6 часов - 27,3%.



Рисунок 4. Критерии эффективности внедрения алгоритма обследования пациенток с ВБ.

Подводя итоги анализу эффективности оказания urgentной гинекологической помощи на основании введенного в 2005г. лечебно-диагностического алгоритма при ВБ, разработанного Медицинским советом ГБУЗ ГKB № 64, следует отметить, что использование логически выверенной последовательности применения дополнительных методов исследования, необходимых и достаточных, применяемых в комплексе, позволяет приблизить диагностический поиск к максимальному результату.

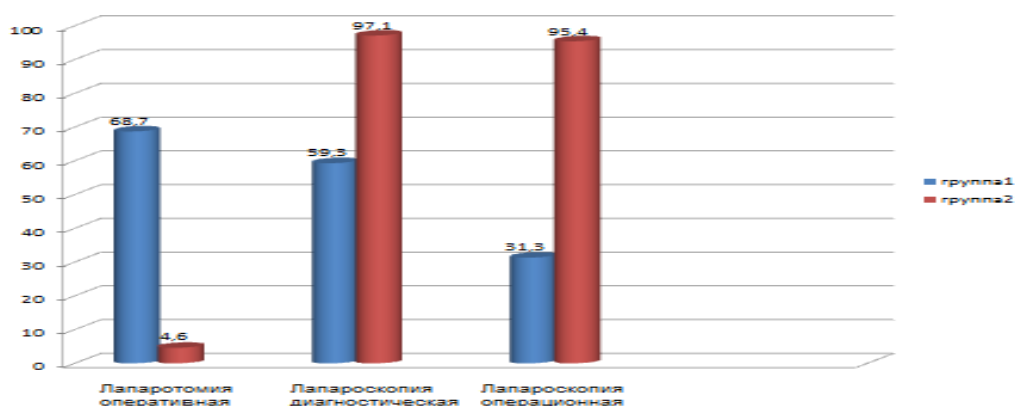


Рисунок 5. Характеристика хирургического вмешательства.

Результаты выполненного исследования подтвердили данные литературы о том, что в настоящее время приоритетным оперативным доступом при ВБ явля-

ется лапароскопия (31,3% в 2003-2004гг. и 95,4% в 2009-2010гг., $p<0,05$) (рис.5).

Внедрение лапароскопического доступа позволил в 6 раз увеличить число органосохраняющих операций ($p<0,05$), в 2,6 раза снизить кровопотерю, уменьшить послеоперационное пребывание в стационаре на 1,2 дня с $5,1\pm0,1$ до $3,8\pm0,6$ дней.

Что касается объема оперативного вмешательства, то органосохраняющие операции закономерно предпочтительнее для пациенток, желающих реализовать репродуктивную функцию. По нашим данным, максимальное число беременностей (45,5%) получено у пациенток, перенесших лапароскопическую туботомию. Однако остается дискуссионным вопрос, что определяет исход - изначальное состояние маточной трубы (Михельсон А.А., 2012), позволившее ее сохранить, или эффект лечения, включая хирургическое (Мальтинская Н.А., 2010; Калинкина О.Б. и соавт., 2012; Абашидзе А.А., 2014; Uccella S., 2011; Ikechebelu J.I., 2012). На практике объем оперативного вмешательства определяется врачом интраоперационно, с учетом технических возможностей, визуальных изменений маточной трубы, состояния контрлатеральной маточной трубы, желания пациентки сохранить репродуктивную функцию (рис.6).

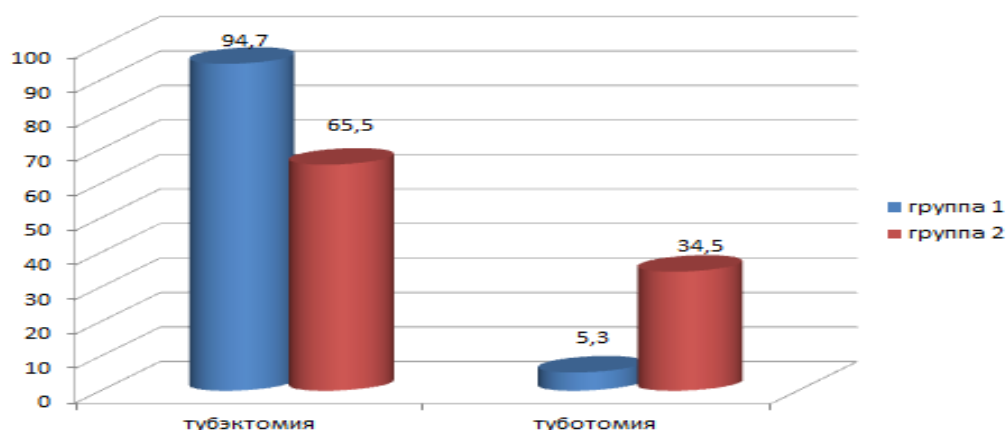


Рисунок 6. Объем оперативного вмешательства.

Объем операции - органосохраняющие или органорезающие вмешательства, по-прежнему остается дискуссионным вопросом, в том числе и с учетом улучшения качества диагностики в современных условиях, когда ста-

ло возможным распознавать ВБ в максимально ранние сроки и избегать выраженных деструктивных изменений маточных труб. Не решен вопрос о влиянии тубэктомии на анатомическую и функциональную полноценность контрлатеральной маточной трубы. В ходе выполнения исследования нами выявлена тенденция к уменьшению числа тубэктомий в сравниваемых группах ($p < 0,05$), что согласуется с данными целого ряда авторов (Чернова И.С., 2011; Науменко А.А., 2012; Михельсон А.А., 2012; Uccella S., 2011; He G.B. et al., 2011).

Говоря о реабилитации важно подчеркнуть, что данная работа преследовала цель определить наиболее эффективные и доступные для многопрофильной городской клинической больницы, технологии реабилитации пациенток, перенесших ВБ, для оптимизации результатов хирургического лечения, восстановления репродуктивной функции и улучшения качества их жизни. Реабилитационный комплекс должен включать в себя мероприятия, подразумевающие воздействие на все известные звенья патогенеза заболевания, что определяет комплексный подход к использованию различных методик (Радзинский В.Е., 2014).

Как видно из данных, представленных в табл. 1, у пациенток, которым не проводилась реабилитация после лапаротомной операции, последующее самопроизвольное наступление беременности отмечено в 37,5% наблюдениях при единственной маточной трубе и у 33,3% при сохраненных трубах. При лапароскопическом доступе наступление беременности при обеих сохраненных трубах достоверно выше ($p < 0,05$), чем при наличии единственной трубы, суммарно беременность наступила практически у каждой третьей пациентки без реабилитации. Часть женщин прибегла к ВРТ, наступление беременности при ВРТ отмечено у 8,6% пациенток, среди них преобладали женщины с сохраненными маточными трубами после лапаротомии (33,3%, $p < 0,05$).

Частота повторной ВБ при отсутствии реабилитационных мероприятий составила 16,2%, при этом достоверно чаще повторная ВБ диагностирована в

случае сохранения обеих маточных труб ($p<0,05$), как после операций лапаротомным доступом (33,3%), так и при лапароскопии (33,3%).

Таблица 1

Репродуктивная функция пациенток без реабилитации.

Репродуктивная функция		Беременность, наступившая самостоятельно		Беременность после ВРТ		Повторная внематочная беременность	
Оперативный доступ и объем операции		абс.	%	абс.	%	абс.	%
Лапаротомия	Органоуносящая[n=64]	24	37,5	6	9,4	10	15,6
	Органосохран.[n=6]	2	33,3	2	33,3	2	33,3
Лапароскопия	Органоуносящ.[n=26]	1	3,8	1	3,8	2	7,7
	Органосохран.[n=9]	4	44,4	0	0	3	33,3
Всего	n=105	31	29,5	9	8,6	17	16,2

Учитывая патогенез ВБ, аспект наличия и степени спаечного процесса в малом тазу имеет лидирующую позицию в предгравидарной подготовке. В ходе исследования нами рассмотрены три показателя: разделение спаек при первой операции, результаты ГСГ и лапароскопическое разделение спаек или тубэктомия, в - частности, при подготовке к включению в программу вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). Разделение спаек при первой операции было произведено у 43,8% женщин, из них у половины (50%) при лапаротомии спайки разделяли чаще при органосохраняющей операции ($p<0,05$), а при перенесенной лапароскопической операции разделение спаек чаще было выполнено при органоуносящей операции (73,1%, $p<0,05$).

По результатам ГСГ маточные трубы оказались проходимы у 62,3% пациенток. Максимально эффективный результат зафиксирован после лапароскопической органоуносящей операции: проходимость оказалась сохранена у 75,0% женщин, с градиентом снижения при лапаротомной тубэктомии - у 62,5%, при лапаротомной туботомии – у 50,0% и лапароскопической туботомии - у 40,0% женщин. У 16,4% пациенток маточные трубы оказались непроходимы в истмическом отделе. Достоверно чаще

непроходимость отмечена при органосохраняющих операциях, как лапаротомных (25%), так и при лапароскопических (20,0%, $p < 0,05$). По нашему мнению, единственным имеющимся резервом для улучшения фертильности при непроходимости маточных труб следует считать пациенток, у которых маточные трубы непроходимы в ампулярном отделе: в исследуемой группе это была каждая пятая женщина, 84,6% из которых была произведена повторная лапароскопическая операция с целью разделения спаек. Достоверно худшие показатели проходимости маточных труб в истмическом отделе получены при лапароскопической туботомии (40,0%), максимально положительный результат достигнут при лапароскопической тубэктомии (16,7%, $p < 0,05$).

Как показало наше исследование, после лапаротомных операций 20,0% пациенток с одной маточной трубой и 25,0% с обеими маточными трубами имеют непроходимые в ампулярном отделе маточные трубы, что созвучно с данными других исследователей (Ускова М.А., 2010; Михельсон А.А., 2012).

Таким образом, по признаку анатомической проходимости маточных труб нами не выявлено различий между лапароскопическим и лапаротомным доступами (соответственно 11,2% против 12,8%, $p > 0,05$), при этом установлено, что при органосохраняющих операциях оставшаяся маточная труба имеет тенденцию к лучшей анатомической проходимости (91,7% и 82,5% соответственно, $p > 0,05$).

Как видно из данных, представленных в табл. 2, отражающей репродуктивную функцию у пациенток после проведенной реабилитации, самопроизвольно беременность наступила более, чем у трети пациенток, независимо от количества этапов проведенной реабилитации (36,2% и 39,6% соответственно, $p > 0,05$). При сопоставлении оперативных доступов различий не выявлено ($p > 0,05$). Наилучшая реализация репродуктивной функции при одноэтапной реабилитации достигнута при лапароскопической тубэктомии, без достоверных различий по оперативным доступам и объемам операции ($p > 0,05$). После двухэтапной реабилитации наилучшие показатели для самостоятельно наступившей беременности достигнуты при лапароскопической туботомии (45,5%), так же без достоверных различий по оперативным доступам и объемам операции

($p>0,05$). Повторная ВБ диагностирована у 6,7% женщин, достоверно чаще у пациенток, прошедших только один этап реабилитации (10,6% против 3,4% у лиц, прошедших двухэтапную реабилитацию, $p<0,05$). При сравнении в зависимости от оперативного доступа и объема выявлено достоверно более частое наступление повторной ВБ при лапаротомии у пациенток с одноэтапной реабилитацией – 15,4% ($p<0,05$).

Таблица 2

Репродуктивная функция пациенток после проведенной реабилитации.

Репродуктивная функция			Беременность, наступившая самостоятельно		Беременность после ВРТ		Повторная внематочная беременность	
Этапы реабилитации	Оперативный доступ	Объем операции	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Одноэтапная	Лапаротомия	Органоуносящий [n=13]	4	30,8	0	0	2	15,4
	Лапароскопия	Органоуносящий [n=18]	7	38,9	1	5,6	1	5,6
		органосохраняющий [n=16]	6	37,5	0	0	2	12,5
	Всего n=47		17	36,2	1	2,1	5	10,6
Двухэтапная	Лапаротомия	Органоуносящий [n=12]	5	41,7	1	8,3	1	8,3
	Лапароскопия	Органоуносящий [n=24]	8	33,3	3	12,5	0	0
		органосохраняющий [n=22]	10	45,5	0	0	1	4,5
	Всего n=58		23	39,7	4	6,9	2	3,4
Итого		n=105	40	38,1	5	4,8	7	6,7

Разделение спаек при первой операции произведено у 42,9% женщин, с тенденцией к увеличению частоты данной операции при двухэтапной реабилитации (46,6%, против 38,3%, $p>0,05$). При сравнении оперативных доступов и объемов установлено, что разделение спаек достоверно чаще произведено после лапароскопической тубэктомии (61,1% при одноэтапной операции и 75,0% при двухэтапной реабилитации, $p<0,05$).

При изучении проходимости маточных труб нами получены следующие данные: после одноэтапной реабилитации маточные трубы оказались проходимы у 74,1% женщин, максимально маточные трубы были проходимы при лапароскопической тубэктомии у 81,8% пациенток. При двухэтапной реабилитации маточные трубы оказались проходимы у 51,3%, при этом максимальная

проходимость зафиксирована при лапароскопической органосохраняющей операции – 56,3%.

ВЫВОДЫ.

1. Внематочная беременность занимает четвертое место в структуре причин госпитализации в гинекологический стационар многопрофильной больницы мегаполиса. Клинико-anamнестическими риск-факторами внематочной беременности следует считать искусственный аборт в анамнезе (83,6%), расстройства менструации в анамнезе (68,8%), сочетание двух и более гинекологических заболеваний (41,7%), отказ от контрацепции (34,6%), воспалительные заболевания органов малого таза (32,4%).

2. Клиническими особенностями внематочной беременности в современных условиях мегаполиса являются: стертая клиническая картина с неспецифическими проявлениями - кровяные выделения из половых путей (90,4%), задержка менструации (97,2%), уменьшение объема кровопотери (до 500 мл – у 60,9% в 2009-2010 гг. с 29,7% в 2003-2004гг.), что обусловлено достоверным ростом числа пациенток с прогрессирующей внематочной беременностью (с 11,3% в 2003-2004гг. до 36,8% в 2009-2010гг.).

3. Разработанный и внедренный в клиническую практику с 2005г. в условиях многопрофильной больницы алгоритм, основанный на использовании «золотого стандарта» (β - ХГЧ и трофобласт вне матки) в сочетании с временными ограничениями клинического поиска, лабораторных и инструментальных методов исследования, позволяет повысить точность диагностики внематочной беременности до 96,6%, ограничив дооперационное пребывание до 2 часов у 18,7% пациенток, до 6 часов - у 27,3%.

Унификация диагностических мероприятий сокращает предоперационный койко-день с $3,6 \pm 0,3$ до $1,7 \pm 0,5$ ($p < 0,05$). Минимальное время, необходимое до начала операции сокращается с 40 до 25 мин., а время от поступления до начала оперативного вмешательства - с $41,2 \pm 0,2$ до $8,4 \pm 0,5$ ($p < 0,05$) часов.

4. Эндовидеохирургическое лечение, доля которого в структуре оперативного вмешательства возросла с 31,3% в 2003-2004гг. до 95,4% в 2009-2010гг.,

позволяет увеличить количество органосохраняющих операций с 5,3% до 34,5% ($p<0,05$), снизить кровопотерю в 2,6 раза, с 650 мл в 2003-2004гг. до 250 мл в 2009-2010 гг., послеоперационное пребывание в стационаре с $5,1\pm 0,1$ в 2003-2004гг. до $3,8\pm 0,6$ дней в 2009-2010гг.

5. Двухэтапные реабилитационные мероприятия с последующей предгравидарной подготовкой, начатые непосредственно в раннем послеоперационном периоде и включающие гормональную, противовоспалительную, антибактериальную терапию, а так же физиолечение, позволяют достичь реализации репродуктивной функции у 39,6% женщин и снизить частоту повторной ВБ с понижающим градиентом: без реабилитации - 16,2%, после одноэтапной реабилитации – 10,6%, после двухэтапной реабилитации – 3,4% ($p<0,05$).

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.

1. Пациентки, имеющие клинико-анамнестические риск-факторы ВБ, при задержке менструации и появлении минимальных жалоб должны быть обследованы с применением «золотого стандарта» непосредственно при обращении, что позволит своевременно диагностировать прогрессирующую ВБ.

2. При минимальной кровопотере для создания условий максимальной реализации репродуктивной функции наиболее целесообразно выполнение органосохраняющих операций.

3. Оптимальной следует считать двухэтапный реабилитационный комплекс, первый этап которого необходимо проводить непосредственно после операции, второй – через месяц, с разработкой индивидуальной программы для каждой пациентки.

СПИСОК ПЕЧАТНЫХ РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Готт М. Ю. Эффективность предгравидарной подготовки пациенток, перенесших внематочную беременность // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия Медицина. – 2013. № 5. - С. 109-113.

2. Готт М. Ю. Эффективность экстренной помощи пациенткам при внематочной беременности: отдаленные результаты. Доктор. Ру - 2013. - № 7 (85). - Ч. I. - С. 7–12.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ УРГЕНТНОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ С ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ В УСЛОВИЯХ КРУПНОЙ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ

Готт Мария Юрьевна, Российская Федерация

В когортном ретроспективном исследовании проведен статистический анализ данных историй болезни 210 пациенток, перенесших внематочную беременность с оценкой эффективности диагностических мероприятий, сроков, доступов и объемов хирургического лечения, с разделением на группы без реабилитационных мероприятий и с проведением реабилитации. Полученные данные свидетельствуют, что в восстановлении репродуктивной функции у пациенток, перенесших внематочную беременность, более эффективна двухэтапная система реабилитации, применяемая после лапароскопической органосохраняющей операции.

EFFECTIVENESS OF EMERGENCY CARE FOR WOMEN WITH ECTOPIC PREGNANCY IN MULTIFIELD HOSPITAL GOTT MARIA YU., RUSSIAN FEDERATION

In comparative, cohort, retrospective study was performed a statistical analysis of data from 210 case report forms of women with a history of ectopic pregnancy an assessment of efficiency of diagnostic actions, terms, accesses and volumes of surgical treatment. These data were divided into two groups — data from women who had and hadn't undergone rehabilitation. The study results showed that a two-stage rehabilitation program following laparoscopic tube-conserving surgery is more effective in restoring the reproductive function in women with a history of ectopic pregnancy.

