

**А.С.САРСЕНОВА, С.Т.ОСПАНОВА, Г.М.АЛДУБАШЕВА, Б.Б.САГАТБЕКОВА, Д.БАКИЕВА,
А. БАЙМЕШОВА, Ф.ШАХНОВИЧ, Ю.ИВАНОВА, В. БРЮХОВА**

*Казахский Национальный Медицинский Университет им. С.Д.Асфендиярова
Кафедра интернатуры и резидентуры по акушерству и гинекологии.*

ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ. ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

Анализ частоты внематочной беременности среди гинекологических больных, поступивших в отделение неотложной гинекологии показывает устойчивый рост этой патологии. Лечение ВБ должно быть комплексным — хирургический компонент в сочетании с реабилитационными мероприятиями.

Ключевые слова: внематочная беременность, трубная беременность, тубэктомия.

Внематочная беременность (ВБ) встречается примерно в 1,4-2% всех беременностей, и не имеет тенденции к снижению. Данный факт требует от акушер-гинекологов и врачей женских консультаций повышенного внимания к вопросам профилактики и снижения риска развития внематочной беременности. Также необходимо уделять внимание вопросам профилактики и планирования беременности после случившейся внематочной беременности.

ВБ— одно из частых акушерско-гинекологических заболеваний, нередко ведущее к нарушению репродуктивной функции, иногда приводящая к материнской смертности. Относительный риск летального исхода при внематочной беременности примерно в 10 раз выше, чем при родах, и в 50 раз выше, чем при искусственном аборте. Риск внематочной беременности повышается с возрастом и наиболее высок у женщин 35-44лет (2).

Во всем мире отмечается рост данной патологии, что, возможно, связано с увеличением частоты генитальных инфекций, не снижающихся аборт (1,4). Следует отметить улучшение диагностических возможностей этого заболевания благодаря внедрению в широкую гинекологическую практику трансвагинальной эхографии, диагностической лапароскопии.

До настоящего времени ведущим методом лечения внематочной беременности является хирургический.

До сих пор дискутабельным остается выбор доступа и метода хирургического лечения. Актуальным вопросом остается проблема фертильности после перенесенной внематочной беременности. Согласно литературным данным, после оперативного лечения трубной беременности вторичное бесплодие диагностируется в 50-75% случаев. Риск возникновения повторной трубной беременности довольно высок 10-20%. Кроме того, функция яичников также страдает после перенесенной эктопической беременности

Трубная беременность занимает лидирующее место по частоте возникновения в структуре эктопической беременности и составляет 96,5-98,5%.

Целью данного исследования является изучение частоты ВБ, повторных ее случаев, характера фоновых процессов, клинических форм трубной беременности, диагностических и лечебных возможностей для определения имеющихся проблем и возможностей их преодоления.

Материалы – исследование проводилось на базе гинекологического отделения Алматинской Многопрофильной Клинической Больницы за 1 квартал 2013 г и за 1 квартал 2014г.

Результаты исследования. Полученные данные свидетельствуют, что удельный вес пациенток с внематочной беременностью среди гинекологических больных, поступивших в отделение экстренной гинекологии за 1 квартал 2013 г составило 16,1%, за 1 квартал 2014г составило 22,3% имела постоянная стойкая тенденция к увеличению этой патологии. Среди больных, подвергнутых хирургическому лечению, женщины с ВБ составляли от 45 до 54% (таблица 1).

Таблица 1 - Удельный вес (%) внематочных беременностей (ВБ) среди гинекологических больных и среди прооперированных, поступивших в отделение экстренной гинекологии Алматинской Многопрофильной Клинической Больницы за 1 квартал 2013 г и за 1 квартал 2014г.

Группы	Годы				Всего	
	2013		2014			
Всего гинекологических больных	Абс/ч	%	Абс/ч	%	Абс/ч	%
		292/48	16,4	193/43	22,3	485

Возрастной состав женщин с ВБ, прооперированных за 1 квартал 2013 г и за 1 квартал 2014г. представлен в таблице №2, из которой следует, что в возрасте от 16 до 39 лет было 96% пациенток, т.е. наиболее часто ВБ возникает в раннем репродуктивном возрастном периоде. Наибольшее число больных (38 – 39,9 %) с ВБ были в возрасте 25-29 лет.

Таблица 2 - Распределение больных с ВБ по возрасту

Возрастной период (лет)					Всего
16-25	25-29	30-39	40-49	50 и более	
Абс/ч-%	Абс/ч-%	Абс/ч-%	Абс/ч-%	Абс/ч-%	Абс/ч-%
17-18,7	38-39,9	34-37,4	1-2,0	1-2,0	91-100

Внематочная беременность была первой беременностью у 25,3% пациенток, ВБ наступила после абортa у 23,1% женщин, рожали и имели абортa – 55%. Таким образом, у 21,9% женщин с ВБ репродуктивная функция была не реализована. В анамнезе 55 (60,4%) пациенток имелось указание на перенесенные воспалительные процессы гениталий, у 2 (2,1%) выявлена миома матки небольших размеров, у 5 (5,5%) был нарушен менструальный цикл (нерегулярные, болезненные месячные). 20 (22%) пациенток указывали на перенесенные операции. По поводу кистом и кист яичников перенесли операцию 9 (10%) женщин, аппендэктомиа произведена у 2 (2,1%). Данная ВБ была повторной у 14 (15,4%).

Следовательно 95,5% женщин с ВБ имели осложненный гинекологический анамнез.

Из 91 пациенток с трубной беременностью у 12 (13,2%) была прогрессирующая беременность, у 79 (86,8%) прервавшаяся. Прерывание беременности по типу разрыва трубы было у 12 (13,2%), у остальных - по типу трубного абортa (86,8%). Диагноз ВБ устанавливался на основе анамнеза, гинекологического исследования, использовалось определение хориального гонадотропина в моче или крови, пункция брюшной полости через задний свод, лапароскопия. По нашим данным у 42 (46,2) пациенток операция начиналась до часа от момента обращения. более часа (до 2 часов) для постановки диагноза и начала операции потребовалось у 30 пациентов, что составило 33%. До 3 часов и более у 19 (20,8%) женщин.

Лапаротомный доступ использован у 70 (77%), лапароскопический у 21 (23%). Тубэктомиа произведена у 89 (97,8%), туботомия у 2 (2,2%). Локализация плодного яйца в ампулярном отделе трубы имела место у 55% больных. В послеоперационном периоде больные получали антибиотики, проводилась инфузионная терапия, со 2 дня при удовлетворительном состоянии начиналось УФО на рану. Больные выписывались после лапароскопической операции на 3-4 сутки, после лапаротомии на 5-6 сутки. Осложнений и материнской смертности не было.

Полученные нами данные свидетельствуют о прогрессирующем увеличении ВБ, что совпадает с данными других исследователей (1,4).

Среди больных прооперированных по поводу ВБ преобладают повторнoбеременные. Однако вызывает тревогу, что 50,3% больных с ВБ не реализовали свою репродуктивную функцию, т.к. у 25,3% первая беременность оказалась внематочной, у 25% предшествующие беременности прерваны абортaми.

Изучая фоновые процессы предшествующие наступлению ВБ, нами выявлена высокая частота оперативных вмешательств - цист -, сальпингэктомий и аппендэктомий (23,4%).

Воспалительные процессы гениталий заняли второе место. Эти данные свидетельствуют о необходимости реабилитационных мероприятий в послеоперационном периоде.

Выводы:

1. Внематочная беременность среди гинекологических больных, поступивших в отделение экстренной гинекологии колеблется в пределах 16,2 - 25,8%, в среднем 19,2%. Среди прооперированных больных по поводу ВБ – 50,8%.
2. Самыми частыми причинами ВБ являются перенесенные операции на придатках, аппендэктомиа и воспалительные процессы гениталий. Повторная внематочная беременность имела место в 15,4%
3. Нереализованную репродуктивную функцию имеют 50,3% женщин с ВБ.
4. Среди больных с трубной формой преобладали женщины с прервавшейся беременностью (86,8%). Прогрессирующая трубная беременность выявлена в 13,2%
5. Туботомия проведена у 2,2% женщин с трубной беременностью, тубэктомиа у 97,8%.
6. Лечение ВБ должно быть комплексным, включать хирургический компонент и реабилитационные мероприятия.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Г.М.Савельева Акушерство под редакцией // Медицина. - 2000. - С. 303-320.
2. Дивакова В.С., Сачек Ю.А., Тихонова Л.В. Коррекция нарушений эндокринной системы у больных после хирургического лечения эктопической беременности // Вестник ВГМУ. - 2006. - №2. - С. 49-54.
3. Кулаков В.И., Голубев В.И., Пигонева Н.Е. Некоторые современные аспекты проблемы внематочной беременности // Акушерство и гинекология. - 1993. - №6. - С. 3-8.
4. Радзинский В.Е., Белозерова Т.А. «Реконструктивно-восстановительное хирургическое лечение внематочной беременности и реабилитационная терапия после операции» // Форум «Мать и дитя». - 2003. - С. 428-429.
5. Сулейманов С.Б. Состояние репродуктивной функции женщин после органосохраняющих хирургических методов лечения трубной беременности // Пантори. -2005. - С. 296-297.

**А.С. САРСЕНОВА, С.Т. ОСПАНОВА, Г.М. АЛДУБАШОВА, Б.Б. САГАТБЕКОВА, Д. БАКИЕВА, А. БАЙМЕШОВА,
Ф. ШАХНОВИЧ, Ю. ИВАНОВА, В. БРЮХОВА**

ЖАТЫРДАН ТЫС ЖҮКТІЛІК. МӘСЕЛЕРІ МЕН ШЕШУ ЖОЛДАРЫ

Түйін: Жедел гинекология бөліміне түскен гинекологиялық аурулардың ішінде жатырдан тыс жүктіліктің жиілігін талдауы бұл патологияның тұрақты жоғарлауын дәлелдейді. Жатырдан тыс жүктіліктің емі кешенді болуы қажет – хирургиялық компоненттің реабилитация шараларымен қосарланып жүруі.

Түйінді сөздер: жатырдың тыс жүктілік, түтікті жүктілік, тубэктомиа.

**A.S. SARSENOVA, S.T. OSPANOVA, G.M. ALDUBASHOVA, B.B. SAGATBEKOVA, D. BAKIEVA, A. BAIMESHOVA,
F. SHAKHNOVICH, Y. IVANOVA, V. BRUHOVA**

ECTOPIC PREGNANCY. PROBLEMS AND SOLUTIONS

Resume: Analysis of the frequency of ectopic pregnancy among gynecological patients admitted to the emergency department of gynecology shows a steady increase in this pathology. WB treatment should be comprehensive - surgical component in conjunction with rehabilitation activities.

Keywords: ectopic pregnancy, ectopic pregnancy, tubektomiya.