

СТАТИСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

М.И. Мазитова

*Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав. — доц. И.Ф. Фаткуллин)
Казанского государственного медицинского университета*

Повсеместно встречаемая в гинекологических стационарах внематочная беременность всегда привлекает внимание врачей в связи с возможностью массивного внутреннего кровотечения и гиповолемического шока, опасного для жизни больной. Немаловажное значение имеют отдаленные последствия в виде образования спаек в малом тазу, повторной внематочной беременности и вторичного бесплодия.

Изучение этой проблемы имеет длительную историю, и ей посвящены многочисленные научные исследования, однако в структуре и клинике внематочной беременности особых сдвигов не наблюдается. Нет тенденции к снижению частоты заболевания, а наоборот, многими авторами отмечается ее увеличение [3, 4, 6, 8, 9].

Внематочная беременность требует в основном оказания экстренной помощи, при этом важное значение имеют оснащенность лечебного учреждения современной аппаратурой и инструментарием (лапароскопические, ультразвуковые аппараты с трансвагинальным датчиком, инструментарий для микрохирургических реконструктивных операций и лабораторная служба). Существенно обеспечение круглосуточной работы этих подразделений в urgentные дни. Если таковые отсутствуют, то основными методами диагностики остаются клинические исследования и кульдоцентез, описанный еще в 1911 г. До настоящего времени внематочную беременность устраняют хирургическим путем, хотя в перспективе в определенных случаях возможны нехирургические методы с применением метотрексата, антипрогестеронового препарата RU-486, трихосантина и простагландинов $F_{2\alpha}$ и E_2 . Однако прежде чем рекомендовать эти методы для широкого применения, необходимо дальнейшее изучение их возможных побочных действий и осложнений. Несмотря на простоту техники операции по поводу

прервавшейся трубной беременности, позднее обращение части таких женщин и недостаточность реабилитационных мероприятий могут и в настоящее время привести к смертельным исходам. Согласно данным Госкомстата РФ за 1992 г. [5], в структуре материнской смертности внематочная беременность составляла 9,2%.

По отчетным данным управления здравоохранения г. Казани за 1993—1995 гг., частота внематочной беременности на 1000 беременностей (роды, аборты, внематочные беременности) достигла 9,8. Почти такая же ее частота была отмечена в 50 штатах США за 1970—1978 гг. [9], в различных географических регионах США распространенность внематочной беременности не различалась.

Нами проанализированы случаи внематочной беременности за 1994—1995 гг., зарегистрированные в трех гинекологических учреждениях города, каждое из которых по 2 дня в течение недели круглосуточно оказывает urgentную помощь. Всего за этот период была оказана помощь 244 женщинам с внематочной беременностью. В стационар они поступали в основном в urgentные дни, причем 114 (46,7%) женщин — в дневное время, 130 (53,3%) — во время работы urgentной смены. 162 (66,4%) беременные были доставлены врачами скорой помощи из дома, остальные — через женскую консультацию.

При поступлении в стационар 230 (94,3%) женщин жаловались на боли внизу живота с иррадиацией в прямую кишку (34,4%). Симптом Щеткина—Блюмберга был положительным у 129 (52,9%) женщин, напряжение брюшной стенки выявлено у 70 (28,7%). С момента появления жалоб в первые сутки были госпитализированы 70 (28,7%) беременных, в течение первой недели — 64 (26,2%), более чем недели — 102 (41,8%). Эти данные подтверждают отсутствие медицинской настороженности у жен-

щин репродуктивного возраста, недостаточный уровень санитарно-профилактической работы консультаций, а отсюда — запаздывание с более ранним оказанием помощи таким беременным. Более раннее поступление женщин происходило при прерывании беременности по типу разрыва трубы. Так, из 68 больных с прервавшейся внематочной беременностью по типу разрыва трубы 32 (47,1%) женщины были госпитализированы в течение суток с момента появления первых жалоб.

При госпитализации АД было нормальным у 168 (68,8%) больных, систолическое давление ниже 90 мм рт.ст. — у 61 (25%). Наличие кровянистых выделений из половых путей различной интенсивности наблюдалось у 191 (78,3%) больной. При вагинальном исследовании у 117 (47,9%) женщин выявлена болезненность в области придатков матки, у 161 (66%) — в заднем своде, у 111 (45,5%) — выпячивание последнего, у 98 (40%) — увеличение размеров придатков. У 66 (27%) женщин было невозможно пальпировать придатки матки из-за напряжения передней брюшной стенки. Кульдоцентез был произведен в 214 (87,7%) случаях, положительный результат получен у 199 (93%) беременных.

Ультразвуковое исследование проведено 49 (20,3%) больным, диагноз подтвержден у 13 (26,5%), остался сомнительным у 23 (46,9%), оказался отрицательным у 13 (26,5%). Результаты ультразвукового исследования, по нашему мнению, зависят от разрешающей способности аппарата, наличия трансвагинального датчика и квалификации специалиста.

Внематочная беременность может наступить в любом возрасте репродуктивного периода. Однако она преимущественно наблюдается в возрасте от 21 до 40 лет. При распределении больных по частоте встречаемости по пятилетним возрастным группам мы получили равномерность данных: от 21 года до 25 лет было 56 (22,9%) женщин, от 26 до 30 — 55 (22,5%), от 31 до 35 — 58 (23,8%), от 36 до 40 — 55 (22,5%). Значительно реже внематочная беременность встречалась у женщин до 20 лет (4,5%) и старше 40 лет (3,3%).

В анамнезе у 183 (75%) беременных были роды, у 157 (64,3%) — аборт. Нерожавших было 60 (24,6%), не имев-

ших аборт — 85 (34,8%). На каждую рожавшую женщину в среднем приходилось по 1,5 родов, тогда как среднее число аборт превышало 3.

У 28 (11,5%) женщин внематочная беременность оказалась первой беременностью. Эти цифры свидетельствуют о резком увеличении числа первобеременных с внематочной беременностью по сравнению с данными М.С. Александрова и Л.Ф. Шинкаревой [1], которые наблюдали ее только у 2,2% женщин. Такой рост мы склонны объяснять добрачным началом половой жизни части женщин, сменой партнеров и ростом в последние годы заболеваний, передающихся половым путем. До возникновения внематочной беременности от воспалительных заболеваний придатков матки лечились 30 женщин, 3 беременные перенесли гонорею, 2 — сифилис. Первичным бесплодием страдали 16 (6,6%) женщин, вторичным — 5 (2,0%). В анамнезе оперативное вмешательство в брюшной полости отмечено у 70 (28,7%) больных.

После госпитализации в стационар в первые 2 часа были прооперированы 192 (78,7%) женщины, в течение 12 часов — 14 (5,7%), одних суток — 5 (2,0%), 3 — 9 (3,7%), 4—7 дней — 14 (5,7%). 12 (4,9%) больным потребовалось наблюдение более одной недели.

Трубная беременность в 131 (53,7%) случае развилась в правой и в 113 (46,3%) — в левой маточной трубе. Эти данные совпадают с показателями других авторов [1, 2]. Привитие плодного яйца в основном происходило в ампулярном отделе трубы (62,3%). Трубная беременность прервалась по типу трубного аборта в 72,1% случаев и по типу разрыва трубы — в 27,9%. Спаечный процесс в брюшной полости был обнаружен у 59 (24,2%) больных; у 99 (40,6%) женщин в брюшной полости было выявлено от 100 до 200 мл излившейся крови, у 119 (48,8%) — от 200 до 1000 мл, у 19 (7,8%) — от 1000 до 2000 мл, у 5 (2,0%) — более 2000 мл. Реинфузия крови произведена 14 (5,7%) больным.

Попутные операции в виде резекции яичников, стерилизация второй трубы и другие оперативные вмешательства потребовались 86 (35,2%) пациенткам. Послеоперационный период в основном протекал без осложнений, и большинство женщин (65,2%) были выписаны на 8—11-й день после операции.

Таким образом, данные литературы и собственные исследования показывают, что, несмотря на современные достижения медицинской науки, меры по предупреждению внематочной беременности являются недостаточно эффективными, и она встречается с той же частотой, что и в предыдущие годы. В последние годы, кроме рутинного подхода к диагностике внематочной беременности и традиционных способов ее разрешения используются ультразвуковое сканирование с применением трансвагинального датчика, лапароскопия, проводятся реконструктивные оперативные вмешательства с помощью микрохирургической и лапароскопической техники, а также нехирургические методы лечения.

Поскольку невозможно предупредить наступление внематочной беременности, особое внимание должно быть уделено поиску эффективных методов профилактики отдаленных последствий оперативных вмешательств, приводящих к образованию спаечного процесса в малом тазу и, как следствие, к бесплодию и повторной внематочной беременности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александров М.С., Шинкарева Л.Ф.// Внематочная беременность — М., 1961.

2. Медведкова М.М., Дудкевич Г.А. Внематочная беременность. — Ярославль, 1965.
3. Садыков Б.Г.//Казанский мед.ж. — 1960. — № 2. — С. 57—59.
4. Смирнова Т.А. Гемореологическое обследование трансфузионной терапии при внематочной беременности: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — Минск, 1993.
5. Фролова О.Г., Токова З.З.//Мед. помощь. — 1994. — № 6. — С. 8—10.
6. Addi F., De Frejacques C., Jaussioin D. et al.// Gynecologie. — 1989. — Vol. 40. — P. 391—396/
7. Faure// Gynecologie. — 1911. — Avril.
8. Makinen J.//Int. J. Gynecol. Obstet. — 1989. — Vol. 28. — P. 391—396.
9. Rubin G.Z., Peterson H.B., Dortman S.F. et al.// J. Amer. med. Ass. — 1983. — Vol. 249. — P. 1725—1729.

Поступила 3.05.96.

STATISTICAL ASPECTS OF EXTRAUTERINE PREGNANCY

M.I. Mazitova

Summary

As many as 244 cases of extrauterine pregnancy on evidence of three gynecologic institutions of Kazan in 1994—1995 are analyzed. It is noted that it occurs as frequently as in previous years. It is emphasized that special consideration should be given to the search of effective methods in the prevention of remote results of operative interventions, the use of ultrasonic scanning, laparoscopy and other current diagnosis methods.

УДК 618.3:616.983.2

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ У ЖЕНЩИН С ОТЯГОЩЕННЫМ АКУШЕРСКИМ АНАМНЕЗОМ

Л.И. Мальцева, В.М. Чернов, Е.С. Мальцева, Р.В. Федоров, В.В. Софронов

Республиканский Центр охраны семьи, материнства и детства (директор — чл.-корр. АНТ, проф. С.В. Мальцев) МЗ РТ, кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав. — проф. Н.Л. Капелюшник), кафедра микробиологии (зав. — проф. О.К. Поздеев) Казанской государственной медицинской академии последипломного обучения

Значение урогенитальных микоплазм в развитии гинекологической и акушерской патологии остается во многом спорным. Это объясняется тем, что микоплазмы, как и большинство условно-патогенных возбудителей, могут быть выделены как у больных, так и у здоровых женщин. Кроме того, трудности, связанные с выделением микоплазм на питательных средах, оценкой степени инфицирования ими, и биологические особенности возбудителей не позволяют

однозначно оценить их роль в патологии.

Основной целью нашей работы являлась клинико-микробиологическая оценка значения микоплазм у женщин с репродуктивными потерями различного характера.

Нами были обследованы женщины с отягощенным акушерским анамнезом, инфицированные микоплазмами (основная группа): 84 небеременные и 125 беременных (в I и II триместре).