

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПОВТОРНОЙ ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

С.М.Назарова¹  О.А.Якубова²  Д.З.Мамарасулова² 

1. Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи Андижанский Филиал, Андижан, Узбекистан
2. Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан.

Аннотация. Актуальность. Внематочная беременность представляет собой серьезную угрозу репродуктивному здоровью женщины, а в некоторых случаях является причиной летальных исходов. Частота ЭБ имеет стойкую тенденцию к росту, составляя 0,8–2,4% по отношению к родам, повторный эпизод встречается у 7,5–22% женщин. **Цель исследования** разработка критериев количественной оценки степени индивидуального риска и метода прогнозирования вероятности возникновения повторной эктопической беременности. **Материалы и методы исследования.** Проанализированы результаты обследования 246 женщин проживающих в Андижанской области, из них у 166 имели место две внематочных беременности и у 80 имелся один эпизод внематочной беременности. Проводился корреляционный, регрессионный и дискриминантный анализ по Фишеру по 48 признакам унифицированной карты обследования с использованием пакета программ SPSS 15. **Результаты исследования.** Для оценки степени индивидуального риска возникновения повторной внематочной беременности и разработки метода индивидуального прогнозирования определялась информационная значимость и прогностическая ценность каждого фактора риска. Выделены 3 степени риска: высокий – при сумме коэффициентов 13 баллов и выше (вероятность повторной внематочной беременности составляет 90%); средняя степень риска при сумме от 12 до 3 (вероятность повторной внематочной беременности составляет 50%); и низкий от 2 и менее баллов (вероятность патологии составляет менее 20%). **Вывод.** Высокий информационный индекс возникновения повторного эпизода внематочной беременности имеют такие признаки, как неблагополучный социальный статус, бесплодие в анамнезе, перенесенные хирургические вмешательства, воспалительные заболевания гениталий, заболевания, передающиеся половым путем, время с момента появления первых клинических признаков до начала операции, консервативные операции на маточных трубах, осложненное течение послеоперационного периода.

Ключевые слова. повторная эктопическая беременность, кротовотеря, пиелонефрит и беременность, осложнения.

Актуальность. Внематочная беременность представляет собой серьезную угрозу репродуктивному здоровью женщины, а в некоторых случаях является причиной летальных исходов. Частота ЭБ имеет стойкую тенденцию к росту, составляя 0,8–2,4% по отношению к родам, повторный эпизод встречается у 7,5–22% женщин [1,5,9]. Нарушенная трубная беременность одна из форм эктопической беременности, когда плодное яйцо имплантируется в маточную трубу и приводит к её разрыву, что приводит к внутреннему кровотечению в брюшную полость с последующим развитием постгеморрагической анемии и нарушению репродуктивного здоровья. Это одно из состояний женщины, когда от своевременной и компетентной помощи врача в этой urgentной ситуации зависит её здоровье и жизнь. Внематочная беременность таит в себе не только непосредственную опасность для жизни больной, связанную с геморрагическим шоком из-за массивного внутрибрюшного кровотечения, но и чревата отдалёнными последствиями: вторичным бесплодием, повторной внематочной беременностью, образованием спаечного процесса в малом тазу [8,11].

На сегодняшний день внематочная беременность, сопровождающаяся внутренним кровотечением и нарушением гемокоагуляции, в мире остается одной из причин материнской смертности. Около двух третей всех материнских смертей при ВБ связаны с некачественным уходом. После перенесенной эктопической беременности у 60-80% женщин развивается бесплодие, а у 20-30% - повторная ВБ. По Международной статической классификации болезней и проблем связанных со здоровьем нарушенная трубная внематочная беременность встречается в 98-99% из числа всех внематочных беременностей и кодируется "O001. Трубная беременность" при имеет три разновидности 1) беременность в маточной трубе, 2) разрыв маточной трубы вследствие беременности, 3) трубный аборт. По анатомической классификации и частоте вариантов трубной беременности различают: интерстициальная, истмическая, ампулярная, фимбриальная. Нарушение анатомической целостности маточной трубы с развитием внутрибрюшного кровотечения в последующем может создать предпосылки для нарушений репродуктивного здоровья [4, 17]. Когда мужские половые клетки встречаются с женской в ампулярном отделе фаллопиевой трубы, это приблизительно в середине пути от яичника до матки, где происходит слияние мужской и женской половых клеток и образуется плодное яйцо, или зигота. Оно продолжает движение по фаллопиевой трубе и в норме спускается в полость матки и прикрепляется к слизистой оболочке — эндометрию,

т.е. имплантирует. Профессор Александров М.С. -первый руководитель гинекологической клиники НИИ им. Н. В. Склифосовского, во вступлении в своей классической монографии «Внематочная беременность», изданной совместно с Л.Ф. Шинкарёвой в 1961 году, писал, что «... что, каждая беременность начинается внематочно, так как оплодотворение яйцевой клетки обычно происходит в маточной трубе, чаще в её ампулярной части. Отсюда яйцо, прогрессируя в росте, транспортируется в матку. Если по какой-то причине яйцо имплантируется не в матку, а где-либо вне неё (труба, яичник, брюшная полость и пр.)» и приводит к неблагоприятным последствиям с угрозой для жизни женщины[6,8]. Однако по ряду причин на этапе имплантации зиготы может произойти сбой, при котором плодное яйцо прикрепляется не к эндометрию, а в совершенно другом, «неположенном» месте — тогда начинает развиваться внематочная беременность. Частота этого жизнеугрожающего заболевания в последние десятилетия неуклонно растёт, что обусловлено ухудшением показателей, характеризующих репродуктивное здоровье женщин: раннее начало половой жизни, частая смена половых партнёров, нарушение правил барьерной контрацепции, рост числа аборт, приводящих к увеличению частоты воспалительных заболеваний придатков матки, увеличение возраста перво- и повторнородящих. Высокую частоту эндокринных репродуктивно значимых нарушений поддерживает неблагоприятная экологическая обстановка, а также значительная урбанизация населения[10].

Целью настоящего исследования была разработка критериев количественной оценки степени индивидуального риска и метода прогнозирования вероятности возникновения повторной эктопической беременности.

Материалы и методы исследования. Проанализированы результаты обследования 246 женщин проживающих в Андижанской области, из них у 166 имели место две внематочных беременности и у 80 имелся один эпизод внематочной беременности. Проводился корреляционный, регрессионный и дискриминантный анализ по Фишеру по 48 признакам унифицированной карты обследования с использованием пакета программ SPSS 15.

Результаты исследования и их обсуждение. Для оценки степени индивидуального риска возникновения повторной внематочной беременности и разработки метода индивидуального прогнозирования определялась информационная значимость и прогностическая ценность каждого фактора риска. Выделены 3 степени риска: высокий – при сумме коэффициентов 13 баллов и выше (вероятность повторной внематочной беременности составляет 90%); средняя степень риска при сумме от 12 до 3 (вероятность повторной внематочной беременности составляет 50%); и низкий от 2 и менее баллов (вероятность патологии составляет менее 20%).

Высокий информационный индекс имеют такие признаки, как неблагополучный социальный статус, бесплодие в анамнезе, перенесенные хирургические вмешательства, воспалительные заболевания гениталий, заболевания, передающиеся половым путем, время с момента появления первых клинических признаков до начала операции, консервативные операции на маточных трубах, осложненное течение послеоперационного периода.

При неблагополучном социальном статусе у женщины меньше возможности своевременно обратиться за медицинской помощью. Бесплодие – это свидетельство неблагополучного исхода операции, после которой, возможно, развился спаечный процесс. Вероятность повторной внематочной беременности выше после лапаротомического доступа.

Наличие в анамнезе инфекции является фактором риска развития не только повторной внематочной беременности, но также и первичной внематочной беременности. У 106 (63,6%) пациенток основной группы были выявлены инфекции, передающейся половым путем, однако назначенную терапию женщины либо вообще не проводили (42 женщины – 25,2%), либо провели частично (54 пациентки – 32,4%). Причем лечение партнеров проведено только в 22,2% случаях.

Высокий риск развития повторного эпизода трубной беременности имеют осложнения послеоперационного периода: послеоперационная лихорадка, обострение пиелонефрита, нарушение функции кишечника, нагноение или инфильтрация тканей послеоперационной раны, а также сохранение жидкости в позадидиматочном пространстве к концу первой послеоперационной недели. Большая кровопотеря ведет как к истощению защитных сил организма, так и к большой вероятности развития спаечного процесса. Значение фактора времени до начала хирургического вмешательства обусловлено глубокими деструктивными изменениями в тканях, выбросом биологически активных веществ, скоплением крови, образованием фибриновых пленок в последующем может послужить причиной повторного эпизода внематочной беременности.

Вывод. Высокий информационный индекс возникновения повторного эпизода внематочной беременности имеют такие признаки, как неблагополучный социальный статус, бесплодие в анамнезе, перенесенные хирургические вмешательства, воспалительные заболевания гениталий, заболевания, передающиеся половым путем, время с момента появления первых клинических признаков до начала операции, консервативные операции на маточных трубах, осложненное течение послеоперационного периода.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

[1] Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM); Miller R, Gyamfi-Bannerman C. Society for maternal-fetal medicine consult series #63: Cesarean scar ectopic pregnancy. Publications Committee. Electronic address: pubs@smfm.org. Am J Obstet Gynecol. 2022 Sep; 227(3):B9-B20.

[2] Spillane N, Meaney S, O' Donoghue K. Irish women's experience of Ectopic pregnancy. Sex Reprod Healthc. 2018 Jun; 16:154-159.

[3] Stabile G, Zinicola G, Cracco F, Mangino FP, Fanfani F, Laganà AS, Ricci G. Subserosal pregnancy: A new type

of ectopic pregnancy? *J Minim Invasive Gynecol.* 2023 Jul; 30(7):519-521.

[4] Stulberg DB, Dahlquist I, Jarosch C, Lindau ST. Fragmentation of care in ectopic pregnancy. *Matern Child Health J.* 2016 May; 20(5):955-61.

[5] Szadok P, Kubiacyk F, Bajorek A, Suchocki S. Ovarian ectopic pregnancy. *Ginekol Pol.* 2019; 90(12):728.

[6] Toes R.E.M., Marone G., Huizinga T.W.J., Rivellese F., de Paulis A., Suurmond J. (2014) IgE and IL-33-mediated triggering of human basophils inhibits TLR4-induced monocyte activation. *Eur. J. Immunol.* 44, 3045–3055. 51–54.

[7] Tonick S, Conageski C. Ectopic Pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2022 Sep; 49(3):537-549.

[8] Xu H, Lin G, Xue L, Wu W, Ding J, Liu C. Ectopic pregnancy in China during 2011-2020: a single-centre retrospective study of 9499 cases. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2022 Dec 10; 22(1):928.

[9] Xu H., Turnquist H.R., Hoffman R., Billia T.R. Role of the IL-33-ST2 axis in sepsis. *Mil. Med. Res.*, 2017, Vol. 4, p. 3.

[10] Yamane D, Stella M, Goralnick E. Twin ectopic pregnancy. *J Emerg Med.* 2015 Jun; 48(6):e139-40.

[11] Yoder N, Tal R, Martin JR. Abdominal ectopic pregnancy after in vitro fertilization and single embryo transfer: a case report and systematic review. *Reprod Biol Endocrinol.* 2016 Oct 19; 14(1):69.

[12] Yong PJ, Matwani S, Brace C, Quaiattini A, Bedaiwy MA, Albert A, Allaire C. Endometriosis and ectopic pregnancy: A meta-analysis. *J Minim Invasive Gynecol.* 2020 Feb; 27(2):352-361. e2.

[13] Zahálková L, Kacerovský M. [Cesarean scar ectopic pregnancy]. *Ceska Gynekol.* 2016 Winter; 81(6):414-419.

[14] Zhang Y, Kang D, Zhang B, Yang L, Fan Z. Ectopic pregnancy causing splenic rupture. *Am J Emerg Med.* 2016 Jun; 34(6):1184.e1-2.

[15] Zhu B, Xu GF, Liu YF, Qu F, Yao WM, Zhu YM, Gao HJ, Zhang D. May; 120(6):671-80. Heterochronic bilateral ectopic pregnancy after ovulation induction. *J Zhejiang Univ Sci B.* 2014 Aug; 15(8):750-5.

[16] Zuin M, Zuliani G, Rigatelli G, Roncon L. Cullen's sign associated with ectopic pregnancy. *QJM.* 2021 Oct 7; 114(6):423.

[17] Young D. Ruptured ectopic pregnancy. *Nursing.* 2010 Jul; 40(7):72.

[Abdominal ectopic pregnancy]. *Ugeskr Laeger.* 2020 Apr 6; 182(15):V08190467