

УДК 618.31;616-02

© З.С. Румянцева, 2013.

## ПРИЧИНЫ НАРУШЕНИЯ ФЕРТИЛЬНОСТИ ПОСЛЕ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

**З.С. Румянцева***Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии (зав.кафедрой - проф. А. Н. Рыбалка), Государственное учреждение «Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского», г. Симферополь.*

### THE CAUSES OF FERTILITY BREACH AFTER TUBAL PREGNANCY

**Z. S. Rumyantseva**

#### SUMMARY

Despite advances in modern medicine, tubal pregnancy has been ranked among the entities that are accompanied by intra-abdominal bleeding, the second place in the structure of the "critical" gynecological diseases, the third leading cause of maternal mortality. In addition, despite the advent of reconstructive plastic surgery and preventive measures in the postoperative period (11.5%), female tubal pregnancy has evolved repeatedly from the same locale. The study involved 69 women. It has shown that patients with tubal pregnancy have high rates of disability in the active reproductive age - (7.24%) and revealed the main causes of this disease.

### ЧИННИКИ ПОРУШЕННЯ ФЕРТИЛЬНОСТІ ПІСЛЯ ТРУБНОЇ ВАГІТНОСТІ

**З.С. Румянцева**

#### РЕЗЮМЕ

Незважаючи на досягнення сучасної медицини трубна вагітність займає перше місце серед нозологічних форм, супроводжуваних внутрічеревною кровотечею, друге місце в структурі «гострих» гінекологічних захворювань, третє місце в структурі чинників материнської смертності. Також незважаючи на проведення реконструктивно-пластичних операцій та профілактичних засобів в післяопераційному періоді у (11,5%) жінок трубна вагітність розвилась повторно з тією ж локалізацією. Завдяки дослідженню 69 жінок з трубною вагітністю, виявлені високі показники інвалідизації жінок в активному репродуктивному віці – (7,24%) та головні чинники цієї патології.

**Ключевые слова: трубная беременность, фертильность.**

В течение последних десятилетий наблюдается рост репродуктивных потерь, связанных с нарушением имплантации оплодотворенной яйцеклетки. Трубная беременность (ТБ) стабильно занимает первое место среди нозологических форм, сопровождающихся внутрибрюшным кровотечением, второе место в структуре «острых» гинекологических заболеваний, третье-четвертое место в структуре причин материнской смертности [1,4,6].

Частота ТБ в Украине составляет 1.7 на 100 беременных и 1-2,5% всех родов, причем в 7-15% случаев она повторная. Отмечается отчетливая тенденция к увеличению случаев ТБ не только в Украине, но и в мире (в последние 20-30 лет отмечается рост частоты ТБ во Франции почти в 2 раза, в Финляндии – в 3 раза, в Германии – в 4.6 раза). Среди всех случаев ТБ, 98% составляют ранее беременевшие и рожавшие женщины и только для 2% женщин - это была первая беременность. Частота повторной ТБ составляет 4-15% [5].

Среди срочных гинекологических операций - оперативные вмешательства по поводу ТБ занимают одно из первых мест и составляют около 50% от всех оперативных вмешательств по поводу «острого живота» в гинекологии.

Риск летальности женщины вследствие трубной беременности в 10 раз выше, чем при спонтанных родах, и в 50 раз больше, чем при индуцированном аборте – это связано с быстро развивающимся кровотечением и шоком. Кроме того, согласно опубликованным данным, прогноз для успешной беременности значительно ухудшается для женщин, имевших хотя бы одну трубную беременность, особенно первую, в возрасте старше 30 лет, поскольку более чем у 50% женщин после хирургического лечения нарушается репродуктивная функция, поэтому сохранение репродуктивной функции после этой патологии представляет важную медико-социальную проблему [2,3].

Цель исследования: изучить нарушения фертильности после трубной внематочной беременности, проанализировать целесообразность различных видов оперативного лечения, оценить частоту инвалидизации при данной патологии

#### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Материалом исследования послужили данные полученные от 69 пациенток находившихся на стационарном лечении по поводу трубной беременности. В качестве контрольной группы были обследо-

ваны 30 здоровых женщин репродуктивного возраста, проходивших профилактический медицинский осмотр.

В связи с тем, что трубная беременность занимает первое место по распространенности и в нашем исследовании составила 100%, то в дальнейшем мы будем рассматривать только трубную беременность.

Применены анемнистические, общеклинические, лабораторные, инструментальные, ультразвуковые методы диагностики; хирургические методы лечения, статистическая обработка полученных данных.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В последнее десятилетие особое внимание в медицине уделяется исследованиям этиопатогенеза различной патологии, что позволяет открыть новые возможности для организации профилактических мероприятий.

Основное направление исследований было направлено на изучение факторов способствующих развитию патологической nidации плодного яйца так, как говоря о ТБ целесообразно рассматривать не вопросы этиологии, а факторы способствующие ее развитию.

То, что это актуальная проблема репродуктивного возраста можно судить по времени возникновения этой патологии в женском организме. Все обследуемые женщины по возрасту были распределены на 4 группы. Так пациенток до 20 лет было 4, что составило 5,7%, преобладающей группой были пациентки в возрасте 21 - 30 лет - 39, что составило 56,5%, женщин в возрасте 31-40 лет - 24(34,7%), тогда как после 40 лет было только 2(2,8%) женщин. Абсолютное большинство пациенток 56,5% были в активном репродуктивном возрасте.

Особое внимание было уделено изучению гинекологического анамнеза и сопутствующей гинекологической патологии.

Не установлено существенной разницы между характером менструального цикла у женщин с ТБ и женщин проходивших медосмотры ( $P > 0,05$ ). Кроме изучения самого менструального цикла и его становления внимание было уделено изучению его нарушений. На момент поступления в стационар различные виды нарушения менструальной функции отмечены у 6 из 69 пациенток, что составляет 8,6% (опсоменорея - 5(7,2%), меноррагия - 1(1,4%)), в контроле - 2,9%.

При изучении детородной функции у обследуемых нами женщин отмечено раннее начало половой жизни - 15-16 лет, а из анамнеза выяснено, что к моменту возникновения ТБ у 45(65,2%) женщин было несколько половых партнеров, в контроле - 12(40,0%).

Из обследуемых только для 18(26%) пациенток трубная беременность была первой беременностью, а у 47(68,3%) в анамнезе имелись одни или двое

родов (в контроле - 16(53,3%)), тогда как для 4(5,7%) женщин первая беременность закончилась искусственным абортom, кроме того 26(37,6%) в анамнезе имели один или два аборта (в контроле - 6(20%).

При изучении способов предохранения от нежелательной беременности интересен тот факт, что наиболее распространенным способом контрацепции среди обследуемых женщин являлась ВМС, которая использовалась в 18,8% случаев ТБ (в контроле - 5%). С одинаковой частотой использовались барьерные методы (презерватив) и прерванный половой акт - по 10,5%. Реже всего приходилось констатировать применение КОК - 5,6% (в контроле - 25,5%). Это говорит в пользу одного из трех основных факторов, способствующих возникновению ТБ. Высокий риск эктопической имплантации бластоцисты на фоне длительного использования ВМК объясняется исчезновением реснитчатых клеток слизистой оболочек маточных труб.

При изучении сопутствующих гинекологических заболеваний выявлено большое количество воспалительной патологии: частые кольпиты неясной этиологии - 4 раза в год и более - 23(33,3%), хронический сальпингит и сальпингоофорит - 14(20,2%), кроме того 6(8,6%) пациенток находились на стационарном лечении по поводу острого аднексита, а у 7 (10,1%) пациенток в анамнезе было лечение по поводу воспалений специфической этиологии. Такая высокая встречаемость воспалительной патологии у женщин с ТБ может быть объяснена высокой сексуальной активностью современной молодежи и наличием нескольких половых партнеров и является основным фактором риска, приводящим к нарушению проходимости маточных труб вследствие анатомических повреждений или в результате повреждений нервно-мышечного аппарата трубы.

Оперативные вмешательства также необходимо рассматривать, как один из трех основных факторов риска ТБ. Дальнейшее изучение гинекологического анамнеза установило высокую частоту реконструктивно-пластических операций на органах малого таза - 13%, при этом в 11,5% случаев обследуемых женщин трубная беременность развилась повторно с той же локализацией, к тому же у 27(30,4%) пациенток на момент поступления в стационар одной из сопутствующих патологий был спаечный процесс органов малого таза.

Анализ производимых оперативных вмешательств показал, что тубэктомия являлась наиболее распространенным методом хирургического лечения (71%), а в 21,7% была применена туботомия. Выбор типа хирургического вмешательства определялась не только заинтересованностью женщины в сохранении репродуктивной функции, но и конкретной клинической ситуацией, особенностью морфоструктурных изменений в маточных трубах, а так же степенью спаечного процесса в малом тазу. Тубэкто-

мия так же, как и реконструктивно-пластические операции на трубах сами по себе являются факторами риска развития ТБ. У 7,24% обследуемых пациенток была проведена двусторонняя тубэктомия: 3,5% в связи с повторной трубной беременностью, а в 3,74%-трубная беременность сочеталась с гематосальпингсом другой трубы. В дальнейшем пациенткам для реализации своей репродуктивной функции использовались современные вспомогательные репродуктивные технологии.

#### ВЫВОДЫ

1. Несмотря на достижения современной медицины ТБ стабильно занимает первое место среди нозологических форм, сопровождающихся внутрибрюшным кровотечением, второе место в структуре «острых» гинекологических заболеваний, третье-четвертое место в структуре причин материнской смертности.

2. Несмотря на проведенные реконструктивно-пластические операции и ряд профилактических мероприятий проводимых в послеоперационном периоде в 11,5% случаев обследуемых женщин трубная беременность развилась повторно с той же локализацией.

3. Наиболее распространенным методом хирургического лечения ТБ является тубэктомия (71%), хотя она также, как и реконструктивно-пластические

операции на трубах сама по себе являются факторами риска развития повторной ТБ.

4. В связи с высокими показателями двусторонней тубэктомии (7,24%) в молодом возрасте, необходимо акцентировать внимание не только на раннюю диагностику и лечение этой патологии, но и на целый ряд нарушений и заболеваний, которые являются факторами риска ТБ.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Айламазян Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии: монография / Э.К. Айламазян, И.Т.Рябцева. – 2-е изд., доп.-М.: Медицинская книга; Н.Новгород: НМГА, 2003.-

2. Яковлева Э.Б. Острый живот в гинекологии подростков (дифференциальная диагностика) / Э.Б. Яковлева, О.В.Лоскутова, И.И.Руденко/Медицина неотложных состояний.-2011.-№6. – с.94-97.

3. Сметник В.П. Неоперативная гинекология / Сметник В.П., Тумилович Л.Г – М.МИА., 2005. – 632 с.

4. Ирышков Д.С. Острый живот в гинекологии / ГОУ ДПО ПИУ. –2008.– 28с.

5. Katherine R. Birchard, Michele A. Brown, W. Brian Hyslop, Zeynep Firat and Richard C. Semelka. MRI of Acute Abdominal and Pelvic Pain in Pregnant Patients. AJR February 2005 vol. 184.

6. Williams Obstetrics, 20th Ed./ Cunnigan F.G., Mac Donald P. C., Gant N.F. et al. – Appleton and Lange, 1997.-1448 p.