
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕДГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ ПАЦИЕНТОК, ПЕРЕНЕСШИХ ВНЕМАТОЧНУЮ БЕРЕМЕННОСТЬ

М.Ю. Готт

Городское бюджетное учреждение здравоохранения
городская клиническая больница № 64 ДЗМ
ул. Вавилова, 61, Москва, Россия, 117292

В статье проведен сравнительный анализ реализации репродуктивной функции пациенток, перенесших внематочную беременность с предгравидарной подготовкой и без нее.

Ключевые слова: внематочная беременность, репродуктивная функция, предгравидарная подготовка.

Современная демографическая ситуация в Российской Федерации ставит перед государством и обществом необходимость обращения пристального внимания на реализацию репродуктивной функции у каждой женщины, желающей родить ребенка.

В свете проблемы внематочной беременности, которая на сегодняшний день не имеет тенденции к снижению, перед врачебным сообществом стоит ряд нерешенных задач как с точки зрения патогенетических исследований, так и с решением проблемы реабилитации репродуктивной системы и предгравидарной подготовки пациенток.

Этиология внематочной беременности до конца не изучена, так как до настоящего времени не уточнены причины nidации трофобласта вне эндометрия. Современные представления об этиопатогенезе внематочной беременности заключаются в факте имплантации и плацентации путем аутокринной и паракринной физиологической регуляции, при этом окружение плодного яйца в маточной трубе предрасполагает к агрессивной активности цитотрофобласта [1, 2, 4]. Анатомо-физиологические особенности маточных труб, особенности инвазии цитотрофобласта в условиях маточной трубы, способность к формированию полноценной децидуальной оболочки в маточной трубе, характер апоптоза при внематочной беременности, особенности местного иммунитета в стенке маточной трубы обуславливают неспособность выдержать агрессию цитотрофобласта в тонком эндосальпинксе с отсутствием в нем желез, деления на базальный и функциональный слои, незначительном мышечном слое [3, 5, 9, 10].

Перед практикующими врачами стоит задача провести лечение внематочной беременности и реабилитационно — предгравидарные мероприятия таким методом и в таком объеме, чтобы максимально повысить шансы пациентки на наступление и благополучный исход беременности.

Большинство публикаций подтверждают, что наиболее прогностически благоприятная для последующей беременности ситуация складывается при выполнении лапароскопической операции, вопрос об органосохраняющей или органоудаляющей операции остается дискуссионным, особенно если предстоит использование вспомогательных репродуктивных технологий.

Так как основными причинами внематочной беременности является трубно-перитонеальный и эндокринный факторы, то сфера интересов и реабилитации, и, соответственно, предгравидарной подготовки должны лежать в этих плоскостях.

Трубно-перитонеальный фактор наступления внематочной беременности, как реализация спаечного процесса в малом тазу, установлен и изучается уже не одним поколением исследователей, однако патогенез данного процесса не ясен. Известно, что спаечный процесс является защитной реакцией организма на гипоксию тканей, к которой приводят различные раздражители, включая механические повреждения, инфекционные агенты, повышение давления в брюшной полости [6, 8].

Воспалительные изменения в маточных трубах чаще всего являются следствием восходящей инфекции, превалирующее значение имеет смешанная персистирующая вирусная инфекция, которая, помимо спаечного процесса в маточных трубах, может привести к нарушениям рецепторного аппарата и иммунологическим сдвигам [7, 10].

Несмотря на то, что прогнозировать реализацию повреждающих факторов у конкретной пациентки чаще всего не представляется возможным, интраоперационная картина дает возможность оценить шансы пациентки на последующие беременности, составить индивидуальный план реабилитации и предгравидарной подготовки.

Целью проведенного исследования явилось улучшение реализации репродуктивной функции у пациенток, перенесших внематочную беременность.

Материалы и методы: ретроспективно проанализированы истории болезни пациенток, перенесших внематочную беременность, разделенных на две группы: первая — без предгравидарной подготовки и вторая — с предгравидарной подготовкой. Предгравидарная подготовка не проводилась пациенткам, перенесшим внематочную беременность, при нежелании или отсутствии возможности для данного вида обследования и лечения. Вторая группа пациенток представлена прошедшими предгравидарную подготовку по принятой в клинике методике с учетом индивидуально выявленных факторов риска и причин наступления внематочной беременности в анамнезе.

Предгравидарная подготовка включала обследование на урогенитальную инфекцию методом ПЦР, бактериологический посев отделяемого из цервикального канала, обследование гормонального профиля пациентки и исследование проходимости маточных труб с последующей разработкой индивидуального плана подготовки к беременности в зависимости от диагностированной патологии.

Результаты исследования: ретроспективно проведено исследование историй болезней пациенток, прошедших предгравидарную подготовку — 58 и не прошедших предгравидарную подготовку — 152.

В план обследования для выработки последующего протокола предгравидарной подготовки вошли обследования на урогенитальную инфекцию методом ПЦР, бактериологический посев отделяемого из цервикального канала, обследование гормонального профиля пациентки и обследование проходимости маточных труб, лапароскопическое разделение спаек.

Критериями эффективности предгравидарной подготовки явились: наступившая самостоятельная беременность, повторная внематочная беременность.

Таблица 1

Результаты бактериологического исследования урогенитального тракта у женщин, перенесших внематочную беременность

Микроорганизм	Количество	%
Энтерококки	11	18,9
Кишечная палочка	37	63,7
Стрептококки	8	13,8
Стафилококки	14	24,1
Смешанная флора	16	27,6

Спектр и частота встречаемости микроорганизмов (табл. 1), выявленных при бактериологическом исследовании урогенитального тракта, где с значительным преимуществом встречается смешанная флора и кишечная палочка в титрах 10×5 КОЕ мл, при этом бактериологическое исследование, проведенное с определением чувствительности к антибиотикам, позволило проводить этиотропную последующую терапию.

Таблица 2

Результаты ПЦР-диагностики у женщин, перенесших внематочную беременность

Вирус	Количество	%
ВПГ	24	41,2
ЦМВ	21	36,2
Хламидии	14	24,1
Микоплазма	14	24,1
Уреаплазма	19	32,7
Смешанная вирусемия	34	58,6

У пациенток, перенесших внематочную беременность, отмечается высокий уровень вирусемии (табл. 2), в том числе и сочетанной как с другими вирусами, так и с патогенными или условно-патогенными бактериями. Повреждение рецепторного аппарата эндометрия является «проблемой внутри проблемы», в клинической практике часто сочетается с недостаточностью лютеиновой фазы менструального цикла, который в нашем исследовании имели 12,7% (12) пациенток. Ультразвуковое исследование и обследование гормонального профиля, проводившиеся всем пациенткам перед выработкой протокола предгравидарной подготовки, имели цель отследить наличие и диаметр желтого тела и соответствие толщины эндометрия фазе менструального цикла, соответствие и количество вырабатываемых гормонов. Это позволило осуществить индивидуальный подбор гормональной терапии: при отсутствии морфологических изменений пациенткам назначались минидозированные оральные контрацептивы, при выявленной недостаточности лютеиновой фазы — дюфастон по 20 мг с 11-го по 25-й день менструального цикла. Курс терапии составлял 3—6 мес.

Таблица 3

Результаты проходимости маточных труб и выполненного в дальнейшем лапароскопического разделения спаек пациенткам, перенесшим внематочную беременность

Манипуляция	Без предгравидарной подготовки		С предгравидарной подготовкой	
	кол-во	%	кол-во	%
Гистеросальпингография: маточные трубы проходимы	49	62,1	20	51,2
маточные трубы не проходимы в ампулярном и фимбриальном отделе	19	24,1	12	30,8
маточные трубы не проходимы в истмическом отделе	11	13,8	7	4,6
Лапароскопическое разделение спаек	15	9,9	5	8,6

При проведении предгравидарной подготовки (табл. 3) резерв для реализации репродуктивной функции заложен в ситуациях, когда маточные трубы не проходимы в ампулярном и фимбриальном отделах по данным гистеросальпингографии, который может быть реализован как хирургическим разделением спаек, так и курсами физиотерапевтического лечения.

Таблица 4

Результаты реализации репродуктивной функции у пациенток без предгравидарной и с предгравидарной подготовками

Репродуктивная функция	Без предгравидарной подготовки		С предгравидарной подготовкой	
	кол-во	%	кол-во	%
Беременность	48	31,6	23	39,6
Повторная внематочная беременность	23	15,1	2	3,5

При анализе результатов реализации репродуктивной функции у пациенток без предгравидарной подготовки и с предгравидарной подготовкой достоверно выше процент маточной беременности у пациенток, прошедших обследование и лечение выявленной патологии — 39,6% (23) против 31,6% (48) и ниже процент повторной внематочной беременности — 3,5% (2) против 15,1% (23) (табл. 4).

Заключение

По результатам проведенного исследования, выявившего достоверно больший процент наступления беременности у пациенток, прошедших предгравидарную подготовку, был разработан, рекомендован и применен предгравидарный комплекс подготовки, включивший в себя рекомендации по обследованию на бактериальную и вирусную инфекции, передающиеся половым путем, обследование гормонального статуса, ультразвуковую диагностику органов малого таза, обследование проходимости маточных труб, последующего лечения выявленной патологии, основанный на том, что преобладающей выявленной причиной внематочной беременности явился воспалительный процесс органов малого таза с исходом в анатомо-функциональные нарушения в маточных трубах. Применение комплекса пред-

гравидарной подготовки в индивидуальном режиме позволило реализовать репродуктивный потенциал в 39,6% (23) против 31,6% (48) у пациенток, не прошедших предгравидарную подготовку, а наступление повторной внематочной беременности свести к 3,5% (2) против 15,1% (23) у пациенток без предгравидарной подготовки.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Galin A.P. Atypical forms of ectopic pregnancy // Bulletin of Peoples' Friendship University of Russia. Series "Medicine. Obstetrics and Gynecology". — 2011. — № 6. — P. 199—204.
- [2] Gynaecology. Rukovodstvo to the practical training: a training manual / V.E. Radzinsky. 3 ed. — Moscow: GEOTAR-media, 2013. — P. 552.
- [3] Increased expression of uteroglobin associated with tubal inflammation and ectopic pregnancy / A.A. Quintar, J.H. Mukdsi, M. del Valle Bonaterra et al. // Fertil. Steril. — 2008. — Vol. 89, N 6. — P. 1613—1617.
- [4] Michelson A.F., Lebedenko E.Yu., Rymashevsky A.N., Michelson A.A., Makarenko Y.M. Pathology support rehabilitation therapy after an ectopic pregnancy // Bulletin of Peoples' Friendship University of Russia. Series "Medicine. Obstetrics and Gynecology". — 2012. — № 5. — P. 318—324.
- [5] Obstetrics: national leadership. Quick Start Guide / ed. A.C. Ajlamazian, V.N. Serov, V.E. Radzinsky, G.M. Savelyeva. — M.: GEOTAR-media, 2012.
- [6] Radzinskiy V.E., Ordianc I.M., Orazmuradov A.A. Women's consultation — 3-ed. — M.: GEOTAR-media, 2009.
- [7] Rivera-Alsina M.E. Management of ectopic pregnancy in the military during deployment to Southwest Asia / M.E. Rivera-Alsina, L.S. Crisan // Mil. Med. — 2008. — Vol. 173, N 1. — P. 97—99.
- [8] Reproductive health: Stud. posob. Ed. V.E. Radzinsky. — M.: RUDN, 2011.
- [9] The ESEP study: salpingostomy versus salpingectomy for tubal ectopic pregnancy; the impact on future fertility: a randomised controlled trial / F. Mol, A. Strandell, D. Jurkovic et al. // BMC Womens Health. — 2008. — Vol. 8. — P. 11.
- [10] Uskova M.A. Rational approaches to the treatment of tubal infertility peritalnogo / M.A. Uskova, L.N. Kuzmichev // Problems of reproduction. — 2009. — Vol. 15, № 4. — P. 24—28.

THE ANTE GRAVIDITY PREPARATION OF THE PATIENTS WHO HAVE AN EXTRAUTERINE PREGNANCY

M.Y. Gott

Municipal budget health office
Municipal clinical hospital № 64
Vavilov str., 61, Moscow, Russia, 117292

The comparative analysis of reproductive function of patients who have an extrauterine pregnancy and without one is given in this article.

Key words: extrauterine pregnancy, reproductive function, ante gravidity preparation.