

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ У ПОДРОСТКОВ

© Э.Г. Ануфриенко, Н.А. Кохрейдзе

ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России

Резюме. Эктопическая беременность является одной из основных проблем акушерства и гинекологии, поскольку является ведущей причиной материнской смертности в первом триместре беременности. Частота внематочной беременности во всём мире имеет тенденцию к неуклонному росту и в настоящее время, согласно данным эпидемиологических исследований, в индустриально развитых странах частота эктопической беременности составляет в среднем 1,2–1,4 % по отношению к общему числу беременностей. Проблема внематочной беременности у женщин репродуктивного возраста детально изучена, но очень мало данных об особенностях эктопической беременности у подростков. В настоящее время гинекологи ориентируются исключительно на правила и стандарты, разработанные для взрослых. Целью данной работы было изучить особенности клинического течения, диагностики и исходы внематочной беременности у пациенток подросткового возраста. В этом исследовании проведён анализ историй болезни 39 девочек-подростков с внематочной беременностью. Показано, что доля пациенток с внематочной беременностью составила 3 % от общего числа подростков, госпитализированных из-за осложнений беременности (1300 пациенток). Преимущественной локализацией внематочной беременности являлась маточная труба (97,4 %). Почти во всех случаях (92,3 %) пациентки поступали в стационар с симптомами нарушенной трубной беременности. У половины пациенток (56,4 %) этиологическим фактором внематочной беременности по клиническим и гистологическим данным являлся инфекционный агент. Необходимость выполнения хирургического вмешательства в органоносящем объеме возникла почти в половине случаев (45,7 %).

Ключевые слова: внематочная беременность у подростков; клиническое течение; диагностика; исходы.

CLINICAL CHARACTERISTICS OF ECTOPIC PREGNANCY IN ADOLESCENTS

© E. G. Anufrienko, N. A. Kokhreidze

Saint Petersburg State Pediatric Medical University, Russia

Abstract. The ectopic pregnancy is one of the main problems of obstetrics and gynecology because it is the leading cause of the maternal death in the first trimester of pregnancy. The frequency of ectopic pregnancy all over the world has a tendency to the steady height and according to data of epidemiology researches is about 1.2–1.4% in relation to the incurrence of pregnancies in the industrially developed countries nowadays. The problem of ectopic pregnancy in women of reproductive age is well studied, but it is known little about the features of ectopic pregnancy in adolescents. The gynecologists are oriented exceptionally on rules and standards which were made for the adults nowadays. The aim of this work was to study clinical and diagnostic features and the ends of the ectopic pregnancy in teens. The present research provides analysis of medical histories of 39 adolescents with ectopic pregnancy. It has been shown that the proportion of patients with the ectopic pregnancy was 3 % of total amount of teens which were hospitalized due to complications of pregnancy (1300 patients). The preferential localization of the ectopic pregnancy was the fallopian tube (97,4 %). Patients were presented to the hospital with the symptoms of the ruptured tubal pregnancy in almost all the cases (92,3 %). The aethiology of the ectopic pregnancy by clinical and histological data in half of the patients (56,4 %) was the infectious agent. The invincibility to perform the surgical intervention in the volume of tubectomy arised in almost half of the cases (45,7 %).

Key words: ectopic pregnancy in adolescents; clinical presentation; diagnosis; outcomes.

ВВЕДЕНИЕ

Эктопическая беременность (ЭБ) является одной из основных проблем акушерства и гинекологии, поскольку является ведущей причиной материнской смертности в первом триместре беременности, а также потому, что внематочная беременность (ВБ) является одной из основных причин бесплодия

трубно-перитонеального генеза [1, 3, 5, 9]. Частота ЭБ во всём мире имеет тенденцию к неуклонному росту и в настоящее время, согласно данным эпидемиологических исследований, в индустриально развитых странах частота ВБ составляет в среднем 1,2–1,4 % по отношению к общему числу беременностей [2, 4, 7]. Проблема ВБ у женщин репродук-

тивного возраста детально изучена, известны факторы риска ВБ, такие как ранее перенесенная ВБ, хирургические вмешательства на маточных трубах, инфекционно-воспалительные процессы, курение [8, 10]. Но очень мало данных о распространенности, этиопатогенезе ВБ у подростков, у которых в подавляющем большинстве случаев ВБ является первой беременностью [6]. Не изучены особенности клинического течения и информативности отдельных общепринятых диагностических тестов при ВБ у подростков. Почти нет сведений о катамнезе женщин, перенесших ВБ в подростковом возрасте. Следствием недостатка этих знаний является отсутствие специфического алгоритма ведения подростков с ВБ, как на лечебно-диагностическом этапе, так и в периоде реабилитации. В настоящее время гинекологи ориентируются исключительно на правила и стандарты, разработанные для взрослых.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучить особенности клинического течения, диагностики и исходы ВБ у пациенток подросткового возраста.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Ретроспективный анализ историй болезни 39 девочек, госпитализированных в гинекологическое отделение ДГКБ № 5 им. Н. Ф. Филатова с 2000 по 2014 г.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Доля пациенток с ВБ составила 3% от общего числа подростков, госпитализированных в стационар из-за осложнений беременности (1300 пациенток). Средний возраст пациенток составил $16,4 \pm 0,6$ лет (15; 17), менструальный возраст — $4,6 \pm 1,1$ лет (2–7), длительность половой жизни —

$2,7 \pm 1,1$ лет (1–5), количество половых партнёров — $3,8 \pm 3,8$ (1; 20). Все пациентки применяли только барьерный метод контрацепции в непостоянном режиме. Первобеременными были 34 (87,2%) пациентки. Данная беременность была третьей у 2 из 5 повторнобеременных. Искусственными abortionами закончились 5 предшествующих беременностей, самопроизвольными abortionами — 2. Анамнестических указаний на перенесённый ранее воспалительный процесс органов малого таза не было ни у одной пациентки.

С подозрением на ВБ в стационар поступили лишь 14 (35,9%) пациенток, остальные 25 больных (64,1%) имели другие диагнозы. Структура прочих диагнозов при поступлении была следующей: «дисфункциональное маточное кровотечение» — 13 (33%), «острый сальпингоофорит» — 8 (21%), «начавшийся abortion при маточной беременности раннего срока» — 7 (19%), «киста яичника» — 5 (13%), другая острая хирургическая патология придатков матки — 4 (9%), «нарушение менструального цикла», чаще «опсоменоррея» — 2 (5%) (рис. 1). При осмотре в приёмном покое клинический диагноз ВБ установлен в 32 (82%) случаях. В остальных 18% показания к лапароскопии поставлены из-за подозрения на перекрут придатков, разрывы кисты яичника, острый гнойный сальпингоофорит.

Жалобы на боли в животе при поступлении в стационар предъявляли 34 (87%) пациентки, кровянистые выделения из половых путей — 31 (79%), дизурические явления — 10 (26%), рвоту — 8 (21%), обморочное состояние — 5 (13%) и жидкий стул — 4 (10%).

Состояние при поступлении оценено как удовлетворительное у 30 пациенток, в состоянии средней степени тяжести поступило 6 больных, а 3 — в тяжёлом состоянии.



Рис. 1. Альтернативные диагнозы

При обследовании в клиническом анализе крови анемия выявлена у 10 пациенток при колебаниях значений гемоглобина от 117 до 62 г/л, число лейкоцитов превышало нормальные значения у 25 (64,1%) больных с колебаниями от 9,8 до $28,6 \times 10^9/\text{л}$. Тест на ХГЧ (моча) проводился 29 пациенткам и был положителен у всех обследованных (100%). Ультразвуковые симптомы, позволяющие заподозрить ВБ, были выявлены у 24 пациенток. Клинические признаки цервицита обнаружены в 22 случаях (56,4%), при этом ИППП (*Chlamydia trachomatis*) выявлены также у 22 пациенток (56,4%), но наличие хламидийной инфекции не во всех случаях совпадало с наличием цервицита.

В 1-е сутки выполнено 15 (38,5%) операций, в последующие 2–8-е сутки — 24 (61,5%) (рис. 2). Оперативное лечение лапароскопическим доступом выполнено у 27 пациенток, лапаротомным — у 12, из них — доступ по Пфенненштилю — у 11 больных, а нижнесрединная лапаротомия — у 1.

Трубная беременность имела место у 38 (97,4%) пациенток, у 1 (2,6%) — яичниковая. Левосторонняя локализация при трубной беременности наблюдалась у 23 (60,5%) из 38 случаев, правосторонняя — у 15 (39,5%). Плодное яйцо локализовалось в ампулярном отделе маточной трубы в 33 (86,8%) случаях, в истмическом — в 5 (13,2%).

Исходами ВБ явились: разрыв трубы — в 7 (18,4%) случаях, неполный трубный аборт —

в 25 (65,8%), полный трубный аборт — в 3 (7,9%). Прогрессирующая ВБ была выявлена у 3 (7,7%) пациенток.

Операция в объеме туботомии произведена 19 (50%) из 38 пациенток с трубной беременностью. Выполнение тубэктомии потребовалось у 16 (42,1%).

Средний объем кровопотери составил — $335,0 \pm 392,0$ мл (от минимальной до 2000 мл).

По данным гистологического исследования маточных труб после произведённых тубэктомий, проведённого в патологоанатомическом отделении ДГКБ № 5 им. Н.Ф. Филатова, признаки воспалительного процесса выявлены в 17 (44%) случаев.

Лечение в условиях отделения реанимации проводилось у 5 (12,8%) больных. Показания к гемотрансфузии поставлены у 6 пациенток.

Средняя продолжительность госпитализации составила 8,3 к/д.

ВЫВОДЫ

Доля пациенток с ВБ составила 3% от общего числа подростков, госпитализированных из-за осложнений беременности (1300 пациенток). Преимущественной локализацией ВБ являлась маточная труба (97,4%). Почти во всех случаях (92,3%) пациентки поступали в стационар с симптомами нарушенной трубной беременности. У половины пациенток (56,4%) этиологическим фактором ВБ по клиническим и гисто-

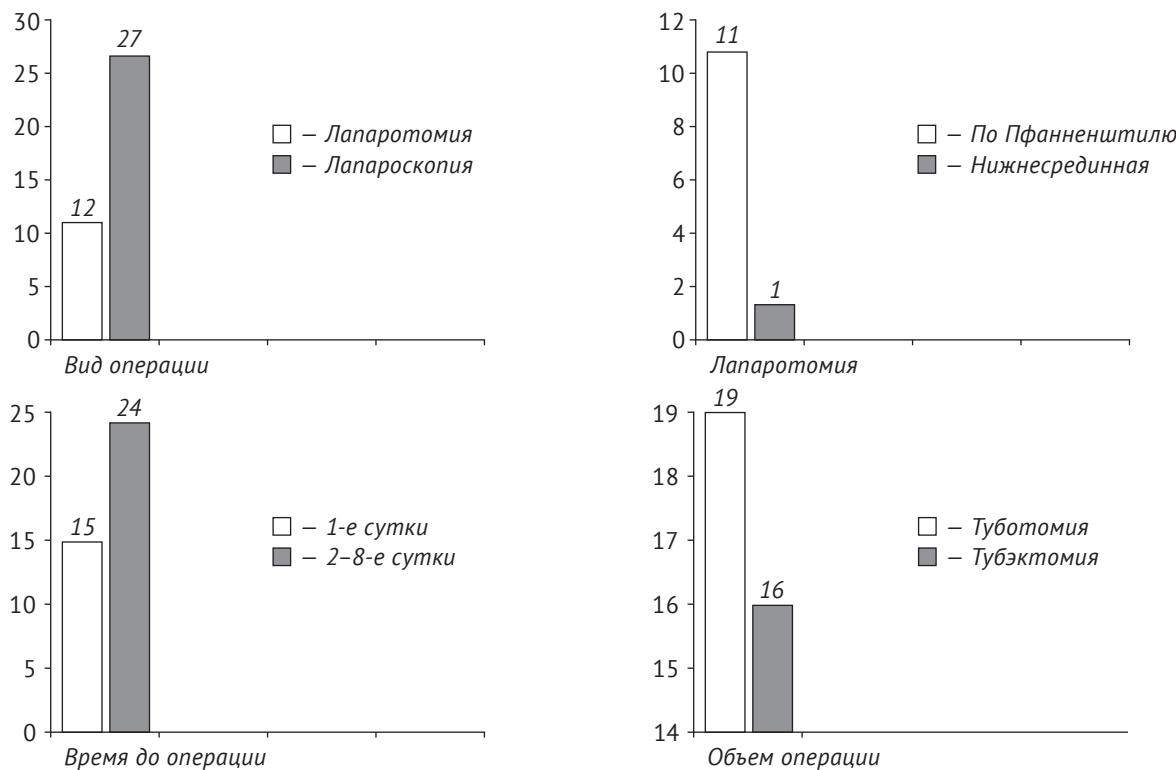


Рис. 2. Оперативное лечение

логическим данным являлся инфекционный агент. Необходимость выполнения хирургического вмешательства в органоносящем объеме возникла почти в половине случаев (45,7%). Требуется дальнейшее проведение исследования с целью разработки и внедрения в практику алгоритма диагностики, тактики ведения девочек-подростков с подозрением на ВБ и комплекса мероприятий по профилактике данной патологии в подростковой группе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян Л.В., Чернова И.С., Демура Т.А. и др. Экто-пическая беременность новый взгляд на проблему. Проблемы репродукции. 2010; 16 (2): 102–6.
2. Айламазян Э.К., Рябцева И.Т. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии. Нижний Новгород: НГМА. 2000.
3. Кулаков В.И., Селезнева Н.Д., Краснопольский В.И. Оперативная гинекология. Н. Новгород: НГМА; 1997.
4. Петрова Е.В. Внематочная беременность в современных условиях. Акушерство и гинекология. 2008; 1: 31–3.
5. Семенова О.К., Егорова Л.А. Состояние репродуктивной функции у женщин с внематочной беременностью. Проблемы женского здоровья. 2008; 3 (1): 67–9.
6. Столпнер Э.Г., Кохрейдзе Н.А., Кутушева Г.Ф., Баласанян В.Г. Клиника, диагностика и исходы внематочной беременности у девочек. Журнал акушерства и женских болезней. 2013; 62 (спецвыпуск): 77–8.
7. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Шахламова М.Н. и др. Внематочная беременность. М.: Медицина; 2001.
8. Condous G. S. Ectopic pregnancy – risk factors and diagnosis. Aust. Fam. Physician. 2006; 35 (11): 854–7.
9. Farquhar C. M. Ectopic pregnancy. Lancet. 2005; 366 (9485): 583 – 91.
10. Karaer A., Avsar F., Batioglu S. Risk factors for ectopic pregnancy: a case control study. Australian New Zealand Journal Obstet. Gynaecol. 2006; 46: 521–7.

REFERENCES

1. Adamyan L.V., Chernova I.S., Demura T.A. i dr. Ekto-пическая беременность новый взгляд на проблему [Ectopic pregnancy-a new look at the problem]. Problemy reproduktsii. 2010; 16 (2): 102–6.
2. Aylamazyan E.K., Ryabtseva I.T. Neotlozhnaya pomoshch' pri ekstremal'nykh sostoyaniyakh v ginekologii [Emergency care under extreme conditions in gynecology]. Nizhniy Novgorod: NGMA. 2000.
3. Kulakov V.I., Selezneva N.D., Krasnopol'skiy V.I. Operativnaya ginekologiya [Operative gynecology]. Nizhniy Novgorod: NGMA. 1997.
4. Petrova E.V. Vnematochnaya beremennost' v sovremennykh usloviyakh [Ectopic pregnancy in modern conditions]. Akusherstvo i ginekologiya. 2008; 1: 31–3.
5. Semenova O.K., Egorova L.A. Sostoyanie reproduktivnoy funktsii u zhenshchin s vnematochnoy beremennost'yu [Status of the reproductive function in women with ectopic pregnancy]. Problemy zhenskogo zdorov'ya. 2008; 3 (1): 67–9.
6. Stolpner E.G., Kokhreidze N.A., Kutusheva G.F., Balasanyan V.G. Klinika, diagnostika i iskhody vnematochnoy beremennosti u devochek [Clinic, diagnosis and outcome of ectopic pregnancy in girls]. Zhurnal akusherstva i zhenskikh bolezney. 2013; 62 (spetsvy-pusk): 77–8.
7. Strizhakov A.N., Davyдов A.I., Shakhlamova M.N. i dr. Vnematochnaya beremennost' [Ectopic pregnancy]. M.: Meditsina; 2001.
8. Condous G. S. Ectopic pregnancy – risk factors and diagnosis. Aust. Fam. Physician. 2006; 35 (11): 854–7.
9. Farquhar C. M. Ectopic pregnancy. Lancet. 2005; 366 (9485): 583 – 91.
10. Karaer A., Avsar F., Batioglu S. Risk factors for ectopic pregnancy: a case control study. Australian New Zealand Journal Obstet. Gynaecol. 2006; 46: 521–7.

◆ Информация об авторах

Ануфриенко Элина Георгиевна – аспирант. Кафедра детской гинекологии и женской репродуктологии ФП и ДПО. ГБОУ ВПО СПбГПМУ Минздрава России. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: elushka10@mail.ru.

Кохрейдзе Надежда Анатольевна – канд. мед. наук, доцент. Кафедра детской гинекологии и женской репродуктологии ФП и ДПО. ГБОУ ВПО СПбГПМУ Минздрава России. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: kokhreidze@mail.ru.

Anufrienko Elina Georgievna – Postgraduate Student. Dep. of Children Gynecology and Female Reproductology, Fac. of Postgraduate Educ. St Petersburg State Pediatric Medical University. 2, Litovskaya St., St. Petersburg, 194100, Russia. E-mail: elushka10@mail.ru.

Kokhreidze Nadezda Anatolyevna – MD, PhD, Ass. Professor. Dep. of Children Gynecology and Female Reproductology, Fac. of Postgraduate Educ. St Petersburg State Pediatric Medical University. 2, Litovskaya St., St. Petersburg, 194100, Russia. E-mail: kokhreidze@mail.ru.