Достоверность методов диагностики эктопической беременности

Сичинава К.Г.
Самарский Государственный Медицинский Университет, Самара, Россия

Несмотря на современные успехи ранней диагностики и лечения внематочная беременность по-прежнему представляет собой серьезную медико-социальную проблему. Среди причин материнской смертности в нашей стране внематочная беременность занимает 4-е место, уступая абортам, кровотечениям при беременности и гестозу. Крайне неблагоприятны отдаленные последствия данной патологии. После сальпингэктомии маточная беременность наступает лишь у 41,7% женщин, бесплодие – у 58-80%. Повторная внематочная беременность отмечается у 15,7%-30% женщин. Исследованиями других авторов убедительно доказано, что после хирургического лечения трубной беременности более чем у 50% больных нарушается репродуктивная функция, развивается бесплодие, спаечный процесс в малом тазу. Нарушение менструальной функции, нейроэндокринные расстройства в послеоперационном периоде после тубэктомии наблюдаются у каждой второй женщины. Так, по тестам функциональной диагностики нормальный двухфазный менструальный цикл сохраняется лишь в 43,3% женщин, через 1 год после тубэктомии овуляторные циклы наблюдаются лишь у 62% больных.

Цель исследования: изучить информативность и достоверность используемых в настоящее время методов диагностики внематочной беременности.

Задачи исследования:

- провести ретроспективный анализ историй болезни пациенток с диагнозом «внематочная беременность», проходивших лечение в ГКБ №2 им. Н.А. Семашко, в отделениях оперативной гинекологии и септической гинекологии;
- выделить группу риска по внематочной беременности на основании выявленных наиболее часто встречающихся факторов риска;
- определить наиболее достоверный метод диагностики внематочной беременности и его эффективность.

В группе исследуемых находилось 151 женщина с диагнозом внематочная беременность. Из них: в раннем репродуктивном периоде – 52%. в позднем репродуктивном периоде –47%. следует отметить, что было 4 пациентки в возрасте от 40 до 45 лет. Увеличение частоты внематочной беременности в раннем репродуктивном периоде скорее всего связано с распространением воспалительных заболеваний половых органов и инфекций, передаваемых половым путем, ведением беспорядочных половых отношений.

По результатам исследования работающие женщины, со средним специальным образованием подвержены большему риску наступления внематочной беременности.

При ретроспективном исследовании экстрагенитальной патологии, выявили: у пациенток в анамнезе имеются хронические воспалительные заболевания, такие как хронический тонзиллит, хронический гастрит, 9% - хронический пиелонефрит, аппендектомия. развитие спаечного процесса в анамнезе может быть фактором риска наступления внематочной беременности.

Среди этиологических факторов внематочной беременности можно выделить воспалительные заболевания внутренних половых органов, которые приводят к нарушению проходимости, повреждению нервно-мышечного аппарата маточных труб и нейро – эндокринным нарушениям.

Наиболее часто отмечен – хронический аднексит, эрозия шейки матки, киста яичника.

Перенесенные или персистирующие инфекции органов малого таза влекут за собой повышение риска возникновения внематочной беременности. В группе исследуемых в наибольшей степени встречается кандидозный вагинит. Они опасны снижением pH во влагалище, снижением его защитных механизмов и развитием спаек в маточных трубах.

В группе риска наступления внематочной беременности находятся женщины в анамнезе которых уже были 1 роды и так же нерожавшие женщины, практически в одинаковом соотношении.

Не менее важным фактором риска наступления внематочной беременности являются перенесенные аборты. Аборт приводит к росту возникновения воспалительных заболеваний матки и труб, образованию в них спаечного процесса, сужению просвета, что способствует не только нарушению проходимости маточных труб, но и нарушает их перистальтику. В моем исследовании в большей степени внематочная беременность наступала после 1 аборта.

Привычный выкидыш, повторяющийся самопроизвольный аборт, возникающий без всяких вмешательств. Может развиваться при неполноценности плодного яйца, недоразвитии матки (инфантилизм), опухолях, изменениях шейки матки (т. н. истмико-цервикальная недостаточность), воспалительных заболеваниях матки.

Основу патогенеза внематочной беременности составляют нарушения физиологического транспорта оплодотворенной яйцеклетки, что обуславливает ее имплантацию вне полости матки. Труба не способна к прогрессированию беременности из-за тонкого мышечного слоя. В стенке маточной трубы отсутствует адекватная децидуальная реакция, что и является одной из причин раннего прерывания внематочной беременности. В данном исследовании прерывание беременности произходили на 5-6 неделях.

Наблюдается наибольшее количество внематочных беременностей, локализованных в ампулярном отделе трубы, очевидно из-за того, что именно в этом отделе происходит оплодотворение яйцеклетки. Но, возможно из-за снижения перистальтика или отсутствие реснитчатого эпителия, следовательно перемещение оплодотворённой яйцеклетки не происходит, и она чаще имплантируется в этом отделе трубы.

Эктопическая беременность проходит в 2 этапа : 1. Прогрессирование беременности с сохранением целостности эктопического органа и 2. Ее прерывании (разрыв трубы или трубный аборт).
В связи с преобладанием локализации плодного яйца в ампулярном отделе маточной трубы, большинство беременностей заканчивается трубным абортом. Разрыв трубы происходит при истмической локализации плодного яйца и при локализации его в интерстициальном отделе.
Геморрагический шок возникает у тех пациенток, у которых произошло прерывание беременности по типу разрыва трубы. В связи с этим они нуждаются в гемотрансфузии. Это осложнение чаще всего наблюдалось у пациенток с внематочной беременностью, прервавшейся по типу разрыва трубы, а также у пациенток, поздно обратившихся за медицинской помощью. Переливание цельной крови и её компонентов производилась у пациенток с кровопотерей от 1000 мл.
98% диагноза внематочная беременность поставлен в первые 7 суток, из которых 58% в первые сутки.
Лапаротомию применяют для лечения тех пациенток, у которых имеют место гемодинамические нарушения. Лапаротомический доступ является предпочтительным у больных, где лапароскопический доступ заведомо затруднен (например при выраженном ожирении, наличии в брюшной полости значительного количества крови, а так же при выраженном спаечном процессе в брюшной полости.
С целью сохранения трубы и ее функции, преимущественно применяются методики минимально инвазивной хирургии. При лапароскопии осуществляют как радикальные (сальпингэктомия), так и консервативно – пластические операции (сальпингостомия, резекция сегмента).
В нашем исследовании лапаротомию выполнили 91% пациенток и только 9% - лапароскопию.
Аднексэктомия, резекция яичника проводились в основном тем пациенткам, у которым прерывание трубной беременности проходило по типу разрыва трубы, что сопровождается массивной кровопотерей, а так же происходит разрыв кисты яичника. Разделение спаек проводилось 5% пациенток, в анамнезе которых осуществлялись оперативные вмешательства на органах брюшной полости и органов малого таза.
Объем кровопотери составил в 80% случаев от 100 до 500мл, что являются допустимым и нет необходимости в гемотрансфузии. Самый большой объём кровопотери был отмечен у женщины с диагнозом: «левосторонняя трубная беременность, прервавшаяся по типу разрыва трубы, с переходом разрыва на переднюю стенку брюшной полости».
В основном всем исследуемым пациенткам проводили комплексное обследование, в которое входили такие методы диагностики, как УЗИ, кольпоцентез, определение ХГЧ в крови и определение содержания ХГЧ в моче.
Ультразвуковое исследование является одним из важнейших методов, применяемых для диагностики внематочной беременности. Следует иметь

ввиду, что при данном методе исследование возможно выявление скопления жидкости в полости матки – ложное плодное яйцо, в связи с кровотечением из эндометрия, подвергшегося при внематочной беременности децидуальной реакции. Подобная структура может быть ошибочно принята врачом за плодное яйцо при маточной беременности малого срока.

В исследовании было выявлено, что в 80 % случаев результат УЗИ положителен, было выявлена жидкость в Дугласовом пространстве и брюшной полости, округлое утолщение в различных отделах маточной трубы.

Кольпоцентез – пункция брюшной полости через задний свод влагалища. Кольпоцентез проводят для выявления свободной жидкости в брюшной полости. Кольпоцентез в данном исследовании был положителен в 84% случаев. При прогрессирующей внематочной беременности получена кровь и в 15% получена серозная жидкость.

Большое значение в диагностике внематочной беременности имеет выявление уровня хорионического гонадотропина человека, который определяется начиная с 7-8-го дня после оплодотворения. В данном исследовании пациентки использовали тест на беременность и в 64% результат оказался положительным.

ХГЧ состоит из 2-х пептидных цепей – α и β – субъединицы. В – субъединица отличается по углеводному и аминокислотному составу, поэтому количественное определение ее повышает специфичность и значительно увеличивает точность диагностики. Установлено, что при нормальной маточной беременности в первые 2-3 недели уровень содержания β – субъединицы ХГЧ в сыворотке крови удваивается каждые 1,5 суток, а с 3-й недели и по 6 – каждые 2 суток. При внематочной беременности уровень содержания β – субъединицы ХГЧ в сыворотке крови растет медленно, очевидно из-за ограниченных возможностей трофобласта.

Проведя данное исследования, можно выявить группу риска:

- По социальному статусу: работающие пациентки, со средним специальным образованием.
- По возрасту: пациентки раннего репродуктивного возраста;
- По гинекологическим заболеваниям: пациентки с хроническим аднекситом, эрозией шейки матки, узловой миомой матки;
- По заболеваниям, передающимся половым путём: пациентки с кандидозным вагинитом в анамнезе;
- По экстрагенитальной патологии: пациентки с хроническим тонзиллитом, хроническим гастритом, хроническим пиелонефритом, аппендэктомией в анамнезе.

В связи с этим, можно предложить следующие профилактические мероприятия:

- Рекомендация эффективных и безопасных методов контрацепции
- Воздержание от беспорядочных половых связей
- Информированность о состоянии здоровья полового партнера

- Предгравидарная подготовка, т.е. современная диагностика непроходимости маточных труб в группе риска – сальпингография.

При оценке различных методов диагностики, используемых в данном стационаре для выявления сроках беременности, женщины не предъявляют никаких жалоб, связанных с этим (картина обычной беременности). Также, информативным методом исследования для постановки диагноза является УЗИ. Этот метод доступен для всех категорий пациенток, неинвазивен, не вызывает осложнений. Его недостатком является то, что на самых ранних сроках беременности, нельзя увидеть картину, характерную для внематочной беременности (жидкость в брюшной полости, овоидное утолщение в трубе).

Кольпоцентез - один из наиболее длительно используемых и показательных методов диагностики. При прервавшейся внематочной беременности (по типу трубного аборта, разрыва трубы), он наиболее информативен. Его основные недостатки: данный метод диагностики крайне неинформативен при прогрессирующей внематочной беременности (в заднем своде влагалища нет крови), этот метод опасен своими возможными осложнениями (перфорация стенки прямой кишки, мочевого пузыря). Этот метод неудобен тем, что требует постоянного анестезиологического обеспечения. Также, кольпоцентез - очень болезненная процедура для женщин.

Определение ХГЧ крови – достоверный метод диагностики внематочной беременности, недостатком является лишь отсроченность получения результата.

Определение ХГЧ мочи (тест на беременность)- наименее информативный метод (по данным нашей работы). Его результат зависит от множественных факторов.

При прерывании внематочной беременности, одним из самых информативных методов, является лапароскопия. Всем пациенткам, поступившим в городскую клиническую больницу №2 им. Семашко, при помощи этого метода, диагноз «внематочная беременность» был поставлен с первого раза безошибочно. Минусами этого метода является то, что это инвазивный метод, который опасен своими осложнениями для жизни и здоровья пациентки (осложнения наркоза, развитие спаек в брюшной полости), затрат времени на подготовку асептических условий. На очень ранних сроках беременности этот метод может быть также неинформативен, когда маточная труба визуально ещё не увеличена. Из этого можно сделать вывод, что для ранней диагностики внематочной беременности, лапароскопию использовать нецелесообразно.

Таким образом, из этого следует, что необходимо применять комплексное обследование. Предлагаю использовать следующую схему:

1.УЗИ органов малого таза;

2.ХГЧ крови;

3.Кольпоцентез.