

# Беременность и роды у женщин с внематочной беременностью в анамнезе

**Е.Н. Шаповал**

Национальная медицинская академия последиplomного образования им. П.Л. Шупика

Результаты проведенных научных исследований свидетельствуют, что беременность и роды у женщин, перенесших внематочную беременность, является достаточно актуальной научной задачей. У беременных этой группы, особенно после вспомогательных репродуктивных технологий развивается плацентарная недостаточность сочетанного генеза (нарушения микроциркуляции, эндокринная недостаточность и высокий уровень микробного обсеменения), основные эхографические проявления которой начинаются с 18–20 нед и прогрессивно нарастают вплоть до родоразрешения. Высокий уровень акушерской и перинатальной патологии обусловленный, в первую очередь, нарушениями в системе мать–плацента–плод, что является причиной высокой частоты абдоминального родоразрешения.

Для разработки алгоритма ведения этих пациенток необходимо учитывать не только сам факт перенесенной внематочной беременности, но и как она наступила – самостоятельно или после вспомогательных репродуктивных технологий. Тактика ведения таких пациенток на всех этапах должна быть индивидуализирована с учетом результатов клинико-функциональных, эндокринологических, иммунологических и микробиологических методов исследования.

**Ключевые слова:** беременность, роды, внематочная беременность.

Одной из актуальных проблем современного акушерства и гинекологии является восстановление репродуктивной функции женщин, страдающих различными нарушениями репродуктивной функции и высокий уровень перинатальных потерь [1–5]. Во всех этих осложнениях большую роль играет перенесенная в анамнезе внематочная беременность (ВБ), частота которой среди женщин репродуктивного возраста достигает 5–10%, а среди пациенток с хроническими воспалительными процессами репродуктивной системы – 15% [2, 3].

К сожалению, в последние годы частота внематочной беременности, в том числе и после вспомогательных репродуктивных технологий, продолжает нарастать, что связано не только с научно-техническим прогрессом, но и повышением уровня инфицированности урогенитальной системы, начиная с пубертатного периода. Все это вызывает состояние «хронического стресса» во время настоящей беременности, частота осложнений которой выше по сравнению с общей популяцией [4, 5].

Несмотря на значительное число научных сообщений по проблеме беременности и родов у женщин с отягощенным репродуктивным анамнезом целый ряд научных задач далеки от разрешения. По нашему мнению, одной из таких задач является снижение акушерской и перинатальной патологии у женщин с внематочной беременностью в анамнезе. Публикации в данном направлении являются единичными, не систематизированными и носят фрагментарный характер, что не позволяет достаточно эффективно решать данную научную задачу. Все это в совокупности свидетельствует об актуальности выбранной тематики для проведения научных исследований, направленных на снижение частоты акушерских и перинатальных осложнений у женщин группы высокого риска.

**Цель исследования** – снижение частоты акушерских и перинатальных осложнений у женщин с внематочной беременностью в анамнезе на основе изучения клинико-функциональных, иммунологических, эндокринологических и микробиологических особенностей, а также разработки алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели исследования были проведены поэтапно.

Так, на 1-м этапе были проанализированы результаты хирургического лечения ВБ у 160 пациенток, которые были разделены на три группы. В 1-ю группу были включены 30 женщин, у которых ВБ наступила после использования вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). Во 2-ю группу вошли 30 пациенток с ВБ, которая наступила после микрохирургических вмешательств маточных трубах. В 3-ю – 100 пациенток с ВБ, которые до настоящего заболевания на постоянном учете у гинеколога не находились.

На 2-м этапе было проведено клинико-функциональное и лабораторное обследование 50 пациенток, которые забеременели после ВБ, причем 25 – самостоятельно (подгруппа А) и 25 – вследствие использования ДРТ. Контрольную группу составили 30 акушерски и соматически здоровых первородящих, родоразрешенных через естественные родовые пути.

Кроме общеклинического обследования (сбор анамнеза, общий и гинекологический осмотр, лабораторные анализы, ЭКГ, консультации при необходимости хирурга или терапевта) больным проводили и дополнительные методы исследования – УЗИ с помощью вагинального датчика, кульдоцентез, выскабливание полости матки, гормональная кольпоцитология, измерение базальной температуры, определение хорионического гонадотропина человека (ХГЧ), диагностическую и лечебную лапароскопию (ЛС). Кроме того, у части пациенток с целью уточнения этиологического фактора ВБ, изучали первичную документацию с анализом предыдущих клинико-анамнестических данных, результатов гормонального лечения, гистеросальпингографию (ГСГ), ЛС и результаты предыдущих микробиологических исследований (хламидии, вирус простого герпеса, микоплазмы, уреоплазмы и кандиды).

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что клиническое течение гестационного периода у женщин с внематочной беременностью в анамнезе зависит от метода лечения нарушений репродуктивной функции, причем после ВРТ имеет место более высокая частота основных осложнений: угроза прерывания беременности (32% и 60%); плацентарная дисфункция (56% и 72%); гестационная анемия (56% и 60%); обострение хронической урогенитальной инфекции (24% и 36%) и нарушения микробиоценоза половых путей (20% и 32%).

Основным методом родоразрешения женщин с внематочной беременностью в анамнезе является кесарево сечение, частота которого составляет 100% после ВРТ, а при остальных вариантах наступления беременности – 60%, причем в структуре показаний преобладают высокая степень перинатального риска (40%), дистресс плода (16%) и аномалии родовой деятельности (4%).

Перинатальные исходы родоразрешения женщин с внематочной беременностью в анамнезе меньше зависят от методики наступления беременности: большинство детей рождается в удовлетворительном состоянии (76% и 80%). Вместе с тем, у женщин после ВРТ немного выше частота интраамниального инфицирования (12% и 16%) и задержки внутриутробного развития (24% и 36%).

Функциональное состояние фетоплацентарного комплекса у женщин с внематочной беременностью в анамнезе зависит от метода наступления беременности и характеризуется более высокой частотой нарушений после ВРТ: задержка внутриутробного развития (24% и 36%); нарушения сердечного ритма (12% и 28%); суб- и декомпенсированные нарушения дыхательной (12% и 20%) и двигательной активности плода (12% и 24%); изменения со стороны тонуса плода (8% и 20%); изменения объема околоплодных вод (16% и 32%); усиление кровотока в артериях матки и пуповины; снижение содержания эстриола и хорионического гонадотропина при одновременном повышении уровня кортизола.

У беременных после внематочной беременности, особенно при использовании ВРТ, наблюдается иммунный дисбаланс уже в 18–20 нед гестации: снижение относительного содержания CD3+ клеток и их субпопуляций CD4+ и повышение числа CD8+ и иммунорегуляторного коэффициента. Только у беременных женщин после ВРТ наблюдалось значительное повышение числа CD20+ лимфоцитов, что является причиной срыва адаптационных возможностей системы мать–плацента–плод и раннему формированию плацентарной недостаточности.

Состояние микробиоценоза половых путей у женщин, перенесших ВБ не зависит от метода наступления беременности и характеризуется низким уровнем лактобацилл (42%); бифидобактерий (34%) и молочнокислых стрептококков (22%) на фоне одновременного роста штаммов стафилококков (78%) и других патогенных и условно-патогенных микроорганизмов. Суммарная оценка микробиологических и вирусологических исследований в 38–40 нед беременности свидетельствует о преобладании носительства основных показателей TORCH-инфекций. Полученные результаты микробиологических и вирусологических исследований указывают на существенную роль этих факторов в генезе плацентарной недостаточности у женщин с внематочной беременностью в анамнезе.

Для практического здравоохранения можно рекомендовать следующие моменты:

- женщины, перенесшие внематочную беременность, составляют группу высокого риска по развитию акушерских и перинатальных осложнений, частота которых зависит от использования ВРТ;

- тактика ведения беременности и родов у женщин с внематочной беременностью в анамнезе зависит от необходимости использования ВРТ и требует применения лечебно-профилактических мероприятий, влияющих на развитие плацентарной дисфункции инфекционного генеза вследствие наличия хронических очагов инфекции генитальной и экстрагенитальной локализации;

- алгоритм ведения новорожденных от женщин с внематочной беременностью требует профилактики задержки внутриутробного развития и интраамниального инфицирования.

## ВЫВОДЫ

Таким образом, как свидетельствуют результаты проведенных научных исследований, беременность и роды у женщин, перенесших внематочную беременность, является достаточно актуальной научной задачей. У беременных этой группы, особенно после ВРТ развивается плацентарная недостаточность сочетанного генеза (нарушения микроциркуляции, эндокринная недостаточность и высокий уровень микробного обсеменения), основные эхографические проявления которой начинаются с 18–20 нед и прогрессивно нарастают вплоть до родоразрешения. Высокий уровень акушерской и перинатальной патологии обусловлен, в первую очередь, нарушениями в системе мать–плацента–плод, что является причиной высокой частоты абдоминального родоразрешения.

Для разработки алгоритма ведения этих пациенток необходимо учитывать не только сам факт перенесенной внематочной беременности, но и как она наступила – самостоятельно или после ВРТ. Тактика ведения таких пациенток на всех этапах должна быть индивидуализирована с учетом результатов клинико-функциональных, эндокринологических, иммунологических и микробиологических методов исследования.

## Pregnancy and childbirth at women with extra-uterine pregnancy in the anamnesis

*E.N. Shapoval*

Results of the spent scientific researches testify, that pregnancy and childbirth at the women who have transferred extra-uterine pregnancy is enough an actual scientific problem. Thus at pregnant women of this group, especially after auxiliary reproductive technologies develops placental insufficiency mixed genesis (microcirculation infringements, endocrinological insufficiency and high level microbic), the basic ehoграфical which displays begin from 18-20 weeks and progressively accrue up to delivery. High level obstetrical and perinatal pathologies caused, first of all, infringements in system mother-placenta-fruit that is the reason of high frequency abdominal delivery. For working out of algorithm of conducting these patients is necessary to consider not only the fact of the transferred extra-uterine pregnancy but also as it has come – independently or after auxiliary reproductive technologies Tactics of conducting such patients at all stages should be individualised taking into account results kliniko-functional, endocrinological, immunological and microbiological methods of research.

**Key words:** pregnancy, childbirth, extra-uterine pregnancy.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Ветров В.В., Жемчужина Т.Ю. Эндоскопическая хирургия в гинекологической практике // Журнал акушерства и женских болезней. – 1999. – № 4. – С. 78–82.
2. Духин А.О., Каранашева А.Х. Репродуктивное здоровье пациенток после хирургического лечения внематочной беременности // Вестник Российского университета дружбы народов. – М.: Изд-во РУДГ, 2002. – № 1. – С. 255–262.
3. Рутенбург Г.М., Чуйко И.В., Жемчужина Т.Ю. Лечение ненарушенной трубной беременности путем внутритрубно введения метотрексата при лапароскопической операции // Современные аспекты медицины и здравоохранения. – 1997. – № 1. – С. 149–153.
4. Семко А.Ф. Трубная беременность после вспомогательных репродуктивных технологий: диагностика, лечение и реабилитация // Репродуктивное здоровье женщины. – 2006. – № 2 (часть 1). – С. 135–137.
5. Стрижелецкий В.В., Борнисов А.Б., Рывкин А.Ю. Лапароскопические технологии в неотложной хирургии // Эндоскопическая хирургия. – 1998. – № 1. – С. 51–53.