

Магомедова П.А., Хашаева Т.Х.

Критерии прогнозирования риска повторной эктопической беременности

Кафедра акушерства и гинекологии Дагестанской Государственной медицинской Академии, г. Махачкала

Magomedova, P.A., Hashaeva T.H.

Criteria for the prediction of risk of re ectopic pregnancy

Резюме

Был проведен многоаспектный клинико-статистический анализ по 48 признакам унифицированной карты обследования с использованием пакета программ SPSS 15. Установлено, что высокой степени риск развития повторной ЭБ имеют такие признаки, как неблагополучный социальный статус, бесплодие в анамнезе, перенесенные хирургические вмешательства, воспалительные заболевания гениталий, заболевания, передающиеся половым путем, время с момента появления первых клинических признаков до начала операции, консервативные операции на маточных трубах, осложненное течение послеоперационного периода.

Ключевые слова: эктопическая беременность, внематочная беременность, повторная беременность

Summary

Multi-faceted clinical-statistical analysis of 48 cards features a unified survey using the software package SPSS 15 was carried out. It was established that a high degree of risk of recurrent ectopic pregnancy have such features as a low social status, infertility, deferent surgery in history, inflammatory diseases of the genitalia, sexually transmitted infections, long time from onset of prior clinical signs to surgery, conservative surgery of fallopian tubes, complicated postoperative course.

Key words: Ectopic pregnancy, abdominal pregnancy, consecutive pregnancy

Введение

Важное научное и практическое значение имеет вопрос прогнозирования вероятности патологических состояний. С учетом того, что эктопическая беременность (ЭБ) представляет собой серьезную угрозу репродуктивному здоровью женщины, а в некоторых случаях является причиной летальных исходов, вопросы профилактики развития этого патологического состояния имеют не только медицинскую, но и социальную значимость.

Согласно результатам исследования последних лет, частота эктопической беременности имеет стойкую тенденцию к росту. Число женщин с внематочной беременностью в РФ в 2000 году составило 46099, а в 2006 году – 47229. [2]. В последнее десятилетие она составляет 1,2-1,4% по отношению к общему числу беременностей и 0,8-2,4% по отношению к родам [3]. Что касается повторного эпизода эктопической беременности, то она встречается у 7,5-22% женщин [4].

Профилактика как повторной внематочной беременности, так и первичной состоит в снижении числа аборт, лечении воспалительных заболеваний женских половых органов различного генеза. Мы полагаем, что метод, позволяющий прогнозировать индивидуальную возможность возникновения этого патологического состояния, позволит своевременно провести комплекс профилактических и лечебных мероприятий и предотвратить его развитие.

В структуре материнской смертности во всех странах мира эктопическая беременность занимает от 4% до 9% и составляет от 1,2 до 2,4% всех беременностей [4,5,9]. Летальность при ЭБ составляет 0,028% или 5,7% среди всех причин материнской смертности [6].

Наиболее существенными и крайне неблагоприятными отдаленными последствиями данной патологии являются вторичное бесплодие, спаечный процесс в малом тазу, и высокая вероятность повторной внематочной беременности, достигающая до 30% .

Во многих странах мира последние годы проводились исследования, основной целью которых являлось определение основных факторов риска для эктопической плацентации [7,8]. В настоящее время выделяют две группы факторов, которые способствуют появлению ЭБ: нарушение транспортировки оплодотворенной яйцеклетки в полость матки и аномалии оплодотворения [1].

Целью настоящего исследования была разработка метода оценки степени индивидуального риска развития повторной эктопической беременности у женщин, ранее имевших один подобный эпизод.

Как и всякая другая патология, ЭБ развивается в результате сочетанного действия различных факторов риска. Изучение взаимодействия факторов риска между собой и определение корреляционных связей между от-

Таблица 1. Клиническая характеристика двух групп пациентов

| Клинические признаки | Два эпизода ЭБ n=166 | Один эпизод ЭБ n=80 |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------|
| Возраст женщин | 33,9±2,9 | 27,4±2,31 |
| Возраст менархе | 14,0±1,3 | 13,4±1,2 |
| Нарушения менструальной функции | 5,8% | 7,5% |
| Среднее число родов | 2,3±0,6 | 1,8±0,4 |
| Среднее число аборт | 2,7 ±0,3 | 1,6±0,7 |
| Бесплодие первичное | 18,1 | 25,0 |
| Бесплодие вторичное | 24,1 | 17,5 |
| Хирург. вмешательства в анамнезе (кроме ЭБ) | 100% | 55,4% |
| Самопроизвольный аборт в анамнезе | 72,5% | 51,8% |
| Воспалительные заболевания гениталий | 62,4% | 61,8% |
| ЗППП (хламидиоз, гонорея, микоплазмоз, уреаплазмоз) | 53,4% | 27,6% |
| Время от момента первых клинических признаков до начала операции (1-й эпизод) | 12,8±1,31 час | 8,6±2,3 час |
| Средняя интраоперационная кровопотеря (1-й эпизод) | 420,17±0,62 | 370,3±0,72 |
| Лапароскопический доступ | 29,8% | 47,5% |
| Лапаротомический доступ | 70,2% | 52,5% |
| Тубэктомия | 78,7% | 88,7% |
| Туботомия или Milking | 21,8% | 11,3% |
| Осложненное течение послеоперационного периода (1-й эпизод) | 12,0% | 3,7% |

дельными факторами, а также количественная оценка степени индивидуального риска развития ЭБ представляется несомненным научным и практическим интересом.

В наши задачи входило: 1. Определение информационной значимости факторов риска развития ЭБ, исследование доли каждого фактора и корреляционной связи между различными факторами, а также вероятности развития ЭБ у конкретной женщины;

2. Разработка критериев количественной оценки степени индивидуального риска и метод прогнозирования вероятности повторной ЭБ у данной женщины;

3. Оценка эффективности программы профилактических и лечебных мероприятий с учетом индивидуального прогноза развития повторной ЭБ.

Материалы и методы

В исследование были включены 243 пациентки после оперативного лечения эктопической (трубной) беременности в гинекологических отделениях родильного объединения №2 и Республиканской клинической больницы г. Махачкалы за период с 2008 по 2010 гг. Все обследованные пациентки были разделены на две группы:

I группа (контрольная) - 80 пациенток, оперированных по поводу первично трубной беременности.

II группа (основная) - 166 пациенток с повторной трубной беременностью.

Клиническая характеристика женщин двух групп представлена в таблице № 1.

Результаты и обсуждение

Многоаспектный клинико-статистический анализ проведен по 48 признакам унифицированной карты обследования с использованием пакета программ SPSS 15. Вычислялась частота встречаемости интервала

количественного признака, частота встречаемости качественного признака, среднее значение и вариационные характеристики количественного признака. Проводился корреляционный, регрессионный и дискриминантный анализ по Фишеру. Оценка достоверности результатов в группах осуществлялась с помощью критерия согласия (χ^2) и критериев различия.

Для решения задачи оценки степени индивидуального риска возникновения повторной ЭБ и разработки метода индивидуального прогнозирования определялась информационная значимость (I x1) и прогностическая ценность каждого фактора риска, которая рассчитывалась по формуле 7: $10,1 \times 1 \times x = 10 \lg P(x_i/A)/P(x_i/A_2) \cdot 0,5 (P(x_i/A) - P(x_i/A_2))$.

Прогностические коэффициенты (ПК) для балльного метода рассчитывались из отношения правдоподобия по формуле 5*17 по Е.В. Гублеру (1978)

$$ПК = 10 \lg P(x_i/A_2) / P(x_i/A), \text{ где}$$

$P(x_i/P)$ – вероятность встречаемости признака при ЭБ;

$P(x_i/P_i)$ – вероятность встречаемости признака при отсутствии риска развития повторной ЭБ;

$P(x_i/P_2) / P(x_i/P_1)$ - отношение этих вероятностей или отношение правдоподобия.

Как видно из данных, представленных в таблице № 2, высокий информационный индекс (более 0,6 условных единиц) имеют такие признаки, как неблагоприятный социальный статус, бесплодие в анамнезе, перенесенные хирургические вмешательства, воспалительные заболевания гениталий, заболевания, передающиеся половым путем, время с момента появления первых клинических признаков до начала операции, консервативные операции на маточных трубах, осложненное течение послеоперационного периода.

Таблица 2. Сравнительные данные о частоте, частности и информационной ценности признаков в группах обследованных

| Наименование признака | Частоты | | Частности | | Достоверность различий | Информационная ценность |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------------|----------------------|----------------------|------------------------|-------------------------|
| | основная группа | контрольная группа | основн. гр. % ± 2m | контр. гр. % ± 2m | | |
| Возраст женщин До 30 Более 30 | 36 130 | 34 46 | 21,6±1,2 78,3±6,9 | 42,5±4,8 57,5±4,8 | P<0,01 P<0,05 | 0,09 0,59 |
| Социально-бытовой статус благополучный неблагополучный | 72 94 | 48 32 | 43, 56,6 | 60 40 | | 0,1 0,76 |
| Возраст менархе % норма раннее позднее | 95,1 - 4,8 | 93,75 3,75 2,5 | ±16,32 ±0,28 | ±15,26 ±0,63 | P>0,05 | 0,08 0,2 |
| Нарушения мен. функции (%) да нет | 8,4% 91,5% | 12,5% 87,5% | | | | 0,08 0,3 |
| Самопроизвольный аборт в анамнезе (%) да нет | 51,8% 48,2% | 72,5% 27,5% | | | | 0,62 0,51 |
| Бесплодие первичное да нет | 18,1% 81,9% | 25,0% 75,0% | | | | 0,59 |
| Бесплодие вторичное да нет | 24,1% 75,9% | 17,5% 82,5% | | | | 0,81 |
| Хирург. вмешательства в анамнезе да нет | 166 0 | 41 39 | 100 0 | 52,1 47,9 | | 1,02 0,07 |
| Воспалительные заболевания гениталий да нет | 103 57 | 52 38 | 61,8% 39,2% | 62,4% 37,6% | | 0,65 0,27 |
| ЗППП (хламидиоз, гонорея, микоплазмоз, уреоплазмоз) да нет | 89 77 | 22 58 | 53,4% 46,6% | 27,6% 2,8% | | 0,82 0,03 |
| Время от момента первых клинических признаков до начала операции (1-й эпизод) до 12 часов больше 12 часов | 73 93 | 20 60 | 43,8% 56,2% | 24,0% 76,0% | | 0,51 0,71 |
| средняя интраоперационная кровопотеря (1й эпизод) До 500 мл Более 500мл | 140 26 | 72 8 | 84,4% 15,6% | 91,4% 9,6% | | 0,61 |
| Лапароскопический доступ да нет | 100 66 | 38 42 | 60,2% 39,8% | 45,6% 44,4% | | 0,37 0,72 |
| Тубэктомия да нет | 110 56 | 57 23 | 66,0% 34,0% | 71,2% 28,8% | | 0,52 0,61 |
| Туботомия или Milking да нет | 56 110 | 23 56 | 34,0% 66,0% | 28,8% 71,2% | | 0,61 0,48 |
| Осложненное течение п/о периода да нет | 20 146 | 6 74 | 12,0% 88,0% | 3,7% 96,3% | | 0,71 0,64 |

Мы полагаем, что при неблагоприятном социальном статусе у женщины меньше возможности своевременно обратиться за медицинской помощью в связи с отдаленным местом жительства, отсутствием телефонной связи или с недостаточной осведомленностью в вопросах собственного здоровья.

Бесплодие, которое возникло после перенесенной операции по поводу ЭБ, - это косвенное, но достаточно веское свидетельство неблагоприятного исхода операции, после которой, возможно, развился спаечный процесс, нарушающий репродуктивный статус женщины. Подобная мысль возникает и при оценке информационной ценности такого показателя как ранее перенесенные оперативные вмешательства. При этом, надо отметить, что речь идет не только об операциях, выполненных в связи с развившейся гинекологической патологией. Любое хирургическое вмешательство на органах брюшной полости, как показывают наши данные, может быть весомым фактором риска развития ЭБ.

Нами было установлено, что у 106 (63,6%) пациенток основной группы именно после операции по поводу трубной беременности было проведено исследование (с положительным результатом) на предмет наличия инфекции, передающейся половым путем. Однако назначенную врачом терапию женщины либо вообще не проводили (42 женщины-25,2%), либо провели частично (54 пациентки-32,4%). Причем лечение партнеров было проведено только в 37(22,2%) случаях. Таким образом, наличие в анамнезе инфекции, передающейся половым путем, является фактором риска развития не только повторной ЭБ, но также и первичной ЭБ.

Лапароскопический доступ при выполнении операций по поводу трубной беременности находит все большее распространение в крупных городах нашей страны. Что касается Республики Дагестан, то необходимо отметить, что частота таких операций возрастает в последние годы. Однако далеко не все гинекологи, несущие дежурства в гинекологических стационарах, владеют техникой лапароскопических операций, поэтому частота лапаротомического доступа достаточно высока, этот показатель имеет также высокую информационную ценность.

Высокий риск развития повторного эпизода трубной беременности, как показали математические расчеты, имеют осложнения, возникающие в послеоперационном периоде. К таким осложнениям были отнесены послеоперационная лихорадка, обострение пиелонефрита, нарушение функции кишечника, нагноение или выраженная инфильтрация тканей послеоперационной раны, а также сохранение жидкости в позадиматочном пространстве к концу первой послеоперационной недели.

Среднюю прогностическую значимость (информационный вес от 0,3 до 0,6 единиц) имеет фактор времени от начала клинических проявлений до начала хирургического вмешательства, что вполне объяснимо. Глубокие деструктивные изменения в тканях, выброс биологически активных веществ, скопление крови, образование фибриновых пленок нарушают состояние органов малого таза, что в последующем может послужить причиной

повторного эпизода ЭБ. Большая интраоперационная кровопотеря ведет как к истощению защитных сил организма, так и к большой вероятности развития спаечного процесса.

Анализируя факт самопроизвольного аборта, особенно после первично перенесенной операции по поводу ЭБ, можно сделать заключение, что операция не повлияла негативно на фертильность женщины, но создалась ситуация, которая нарушила нормальное течение беременности или, опять-таки больная несвоевременно обратилась за медицинской помощью. Причиной самопроизвольного аборта могут быть также и не выявленные инфекции половых органов. Математические расчеты показали, что этот фактор имеет среднюю прогностическую значимость.

Как известно, при ЭБ часто проводятся органосохраняющие операции. В нашем регионе бездетные семьи нередко распадаются, и поэтому при угрозе развития трубного бесплодия в связи с тубэктомией, особенно при повторной ЭБ, врачи стремятся сохранить трубу. Однако, как показывают статистические расчеты, риск развития повторной ЭБ при этом достаточно высок.

Исследование значимости такого показателя как воспалительные заболевания половых органов показало его среднюю статистическую значимость, хотя данные литературы свидетельствуют о более весомом негативном влиянии. Мы полагаем, что это обусловлено тем обстоятельством, что нами в этот показатель были включены и такие воспалительные процессы как вульвит, кольпит, цервицит, бартолинит и т. п. Эти патологические процессы могут как сопутствовать воспалению внутренних половых органов, так и протекать изолированно. Поэтому в наших исследованиях этот показатель оказался средней прогностической значимости.

С учетом объема используемых методов исследования в женских консультациях республики, стоимостью дополнительных методов исследования (УЗИ, определение β -субъединицы ХГ) при самом низком в России уровне жизни в РД и, принимая во внимание информационную ценность факторов риска, нами разработан простой и доступный даже для среднего медицинского персонала балльный метод индивидуального прогнозирования вероятности развития повторной трубной беременности.

Необходимо отметить, что на основании полученных математических данных, все пациентки, которым при повторной операции по поводу ЭБ была сохранена маточная труба, были отнесены нами к группе высокого риска еще одного эпизода ЭБ. Таких женщин в основной группе оказалось 40 (24%).

Исходя из полученных данных об информативности признаков, нами предложена таблица балльного метода оценки степени индивидуального риска развития повторной эктопической беременности у женщин, ранее имевших один подобный эпизод.

Как видно из представленных в таблице № 3 данных, для оценки степени риска повторной ЭБ достаточно подробно опросить женщину или получить инфор-

Таблица 3. Таблица балльного метода оценки степени индивидуального риска развития повторной ЭБ

| Наименование признака | Значение признака | Балльная оценка признака |
|------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------|
| Социально-бытовой статус | благополучный | 3,0 |
| | неблагополучный | -3,5 |
| Бесплодие а анамнезе | да | -2,0 |
| | нет | 2,0 |
| Самопроизвольный аборт в анамнезе | да | -3,0 |
| | нет | 1,5 |
| Хирургические операции на органах брюшной полости | да | -7,0 |
| | нет | 4,0 |
| Перенесенные воспалительные процессы половых органов | да | -4,0 |
| | нет | 1,0 |
| ЗППП | да | -7,5 |
| | нет | 3,0 |
| Хирургический доступ | Лапароскопия | -1,0 |
| | Лапаротомия | -3,5 |
| Объем кровопотери | до 300 мл | 3,0 |
| | Более 350 мл | -3,0 |
| Продолжительность периода диагностики | До 10 | 1,5 |
| | Более 10 часов | -1,5 |
| Объем операции | Радикальный | -3,0 |
| | консервативный | -4,5 |
| Послеоперационные осложнения | да | -5,0 |
| | нет | 3,0 |

Таблица 4. «Латинский квадрат»

| | | | |
|-----------------------------------------|---|---|------------------------------------------|
| Истинно отрицательный результат «45» | A | В | Ложно отрицательный результат «9» |
| | C | D | |
| «3» Ложно положительный результат | | | «166» Истинно положительный результат |

машину из ее амбулаторной карты. Можно также оценить степень риска перед выпиской женщины из стационара и, хотя не все показатели могут быть при этом использованы, все же можно установить вероятность ЭБ и провести комплексную терапию для профилактики этой патологии полного восстановления репродуктивной функции женщины.

Для количественной оценки степени индивидуального риска повторной ЭБ необходимо, исходя из значений коэффициентов балльного метода и наличия указанных в таблице симптомов, сложить прогностические коэффициенты указанных 11 признаков. Для выбора оптимальной программы организационных, профилактических и лечебных мероприятий выделены 3 степени риска: высокий – при сумме коэффициентов -13 баллов и менее (вероятность повторной ЭБ составляет 90%); средняя степень риска при сумме от (-12) до (-3) (вероятность повторной ЭБ составляет 50%); и низкий – от 2 и выше баллов (вероятность патологии составляет менее 20%).

Для оценки чувствительности и специфичности балльного метода мы использовали так называемый «латинский квадрат» (таблица №4). 166 пациенток из первой группы, у которых имелся второй эпизод ЭБ были опрошены и изучены их амбулаторные и стационарные карты до наступления повторной ЭБ. Кроме того, были опрошены 45 здоровых женщин и у них проведена оцен-

ка вероятности ЭБ. Из 45 здоровых женщин только у 3 был получен ложно положительный результат, т.е. у этих женщин был высокий риск развития ЭБ, а из 166 с повторным эпизодом ЭБ только у 9 был получен ложноотрицательный результат, т.е. по результатам тестирования они должны были быть отнесены в группу низкого риска развития ЭБ.

Выводы

Высокой степени риск развития повторной ЭБ имеют такие признаки, как неблагополучный социальный статус, бесплодие в анамнезе, перенесенные хирургические вмешательства, воспалительные заболевания гениталий, заболевания, передающиеся половым путем, время с момента появления первых клинических признаков до начала операции, консервативные операции на маточных трубах, осложненное течение послеоперационного периода. ■

Магомедова П.А., Хашаева Т.Х. доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии Дагестанской Государственной медицинской Академии, г. Махачкала; Автор, ответственный за переписку - Магомедова Патимат Ариповна patual@mail.ru тел: 8928 570-20-82

Литература:

1. Айламазян Э.К. Эктопическая беременность / Гинекология 2008 стр. 161-174.
2. Бурдули Г.М., Фролова О.Г. Причины и технология анализа репродуктивных потерь. М.,1008.- Триада -Х.- 128 с.
3. Дивакова Т.С. Новые технологии в лечении и реабилитации больных с эктопической беременностью методом лапароскопической хирургии : методические рекомендации /Т.С. Дивакова, Ю.Л. Сачек. -Минск : Асобны 2007. 40с
4. Косаченко А.Г., Давлетханова Э.Р., Дубинская Е.Д., Авакян М.С. Отдаленные результаты восстановления репродуктивной функции у женщин с внематочной беременностью. // Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. Москва, ПАНТОРЫ, 2005. -С. 266-268.
5. Кулаков В.И. Экстренная хирургическая помощь в гинекологии / В.И. Кулаков , А.С. Гаспаров , А.Г. Косаченко // Поликлиническая гинекология (клинические лекции) / под редакцией профессора В.Н. Прилепской -М.: МЕДпресс-информ, 2005. стр.587-593.
6. Петрова Е.В. Внематочная беременность в современных условиях / Петрова Е.В.// Акушерство и гинекология -2008г.№1 с.31-33
7. Condous G., Okaro E., Khalid A. et al. The accuracy of transvaginal ultrasonography for the diagnosis of ectopic pregnancy prior to surgery // Hum.Reprod. - 2005. - V.20, №5. - P. 1404-1409.
8. Daffallah S.E. Ectopic pregnancy in a teaching hospital in Sudan /S.E.Daffallah, A.H. Elsadig, F. EL -Agib // Saudi Med.J.-2003.Vol. 24, № 6. P.687-689.
9. Mettler L., Sodhi B., Schollmeyer T. et al. Ectopic pregnancy treatment by laparoscopy, a short glimpse // Minim Invasive Ther Allied Technol. - 2006. -V.15,№5.-P.305-310.