

**Литература**

1. Берштейн Л. М. Эпидемиология, патогенез и пути профилактики рака эндометрия: стабильность или эволюция? Практическая онкология. 2004; 5(1):1-8.
2. Новиков Е. Г., Чулкова О. В., Пронин С. М. Предрак и начальный рак эндометрия у женщин репродуктивного возраста. М.: МИА, 2005; 131 с.
3. Пашков В. М., Лебедев В. А., Коваленко М. В. Современные представления об этиологии и патогенезе гиперпластических процессов эндометрия. Вopr. гин. акуш. перинат. 2006; 5(3):51-59.
4. Радзинский В. Е., Духин А. О., Алеев И. А. Неудачи репродуктивной хирургии: новый взгляд на старую проблему. Проблемы репродукции, 2008. Специальный выпуск, 173-175.
5. Сидорова И. С., Уняня А. Л., Коган Е. А., Игнатъева Н., Карасева Н., М. Оздоева. Миома матки в сочетании с аденомиозом, пути фармакологической коррекции. Врач. 2007; 3:12-13.
6. Сидорова И. С., Коган Е. А., Уняня А. Л. Эндометриоз тела матки и яичников М.: 2007; 30 с.
7. Тихомиров А. Л. Современный алгоритм лечения миомы матки. ОРЖИН, 2007; 1:6-7.
8. Шаралова О. В., Осипова А. А., Самойлова А. В. и др. Гормональный статус женщин с гиперпластическими процессами эндометрия. Пробл. репрод. 2006; 12:31-36.
9. Hale G. E., Hughes C. L., Cline G. M. Endometrial cancer: hormonal factors, the perimenopausal «window of risk» and isoflavones. J. Clin. Endocrinol. Metab. 2002; 87:3-15.
10. Ruan A. J., Susil B., Jobling T. W., Ohler M. K. Endometrial cancer. Cell. Tissue Res. 2005; 322:53-61.

## Особенности диагностики внематочной беременности в современных условиях

Л. И. Коротовских, В. Н. Прохоров, Т. А. Обоскалова

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета, ГОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия Росздрава, Екатеринбург

### The peculiarities in diagnostics of extra-uterine pregnancy in modern living conditions

L. I. Korotovskikh, V. N. Prohorov, T. A. Oboskalova

The obstetrics and gynecology department of pediatric faculty, The Ural State Medical Academy, Yekaterinburg

#### Резюме

Цель исследования — провести сравнительную оценку эффективности использования различных методов диагностики и хирургического лечения пациенток с трубной беременностью.

Авторами был проведен ретроспективный анализ показателей комплексного клинико-лабораторного обследования и хирургического лечения у 165 пациенток, прооперированных по поводу трубной беременности. Исследуемый контингент представлен двумя группами, прооперированных лапароскопическим доступом (основная группа — 96 человек) и лапаротомным доступом (контрольная группа — 69 человек). Проведено сравнение диагностического подхода с использованием традиционных методов хирургической диагностики: выскабливания слизистой полости матки и пункции брюшной полости и подхода с проведением максимально ранней диагностической лапароскопии.

Доказано, что диагноз трубной беременности достоверно устанавливается или отвергается только при диагностической лапароскопии, при которой происходит укорочение диагностического периода и могут выявляться другие виды гинекологической патологии, требующие хирургического лечения.

**Ключевые слова:** внематочная беременность, диагностика, лапароскопия.

#### Summary

The aim of our investigation is to compare the efficiency of using different methods of diagnostics and surgical treatment of patients with tube pregnancy.

The authors conducted retrospective analysis of full laboratory inspections and 165 patients with tube pregnancy went through surgical treatment. The contingent (patients) which was investigated we can divide into two groups. The first one (main group—96 females) was operated by using laparoscopic access and the second one (test group—69 females) was operated by laparoscopic access. The comparison of traditional methods of surgical diagnostics, such as mucous uterine-cavity scraping and abdominal cavity puncture, and early laparoscopic diagnostics was made.

We prove that only with the help of laparoscopic diagnostics one can truly prescribe or reject the diagnosis of extra-uterine pregnancy. During the laparoscopic inquiry one can observe the shortening of diagnostic period, also another kinds of gynecological illnesses, which demand surgical treatment, could be revealed.

**Key words:** extra-uterine pregnancy, diagnosis, laparoscopy.

Л. И. Коротовских — ассистент кафедры;  
В. Н. Прохоров — доктор медицинских наук, профессор;  
Т. А. Обоскалова — д. м. н., профессор, гл. акушер-гинеколог г. Екатеринбурга, зав. кафедрой акушерства и гинекологии.

#### Введение

Внематочная беременность (ВБ) и ее наиболее частая форма — трубная беременность (ТБ) остается «трудным» диагнозом в гинекологии, что усугубляется значительным количе-

ством клинически «стертых», атипичных форм данной патологии [1].

Своевременная диагностика, правильное решение организационных вопросов, оказание современной квалифицированной помощи и оптимизация ведения послеоперационного периода являются залогом улучшения исходов хирургического лечения, репродуктивного здоровья и качества жизни женщины при ВБ [2].

Догоспитальная длительность заболевания у больных с ВБ в среднем составляет 7 дней, что обычно связано с необоснованно длительным обследованием и лечением в амбулаторных условиях. Несвоевременную госпитализацию можно объяснить рядом причин. Врачи по субъективным и объективным причинам недостаточно полно используют догоспитальные методы обследования и неадекватно дают комплексную оценку анамнестическим, физикальным методам обследования и лабораторным данным. Кроме того, несвоеременно выполняется известный традиционный алгоритм обследования в медицинских учреждениях и отсутствует преимущество в работе специалистов [2].

Существует обоснованное сомнение в использовании до настоящего времени в условиях современного гинекологического отделения пункции брюшной полости через задний свод влагалища. Отсутствие крови в пунктате не исключает ВБ, так как даже при наличии крови в брюшной полости далеко не всегда в пунктате можно получить кровь. Пункция брюшной полости через задний свод влагалища недостаточно информативна, болезненна и не всегда является диагностически значимым тестом при прервавшейся ВБ, а при прогрессирующей ВБ она вообще не имеет смысла. С другой стороны, своевременно выполненная лапароскопия (ЛС) обеспечивает точную диагностику и условия для проведения органосохраняющих операций [3]. Известно, что в настоящее время более 75% всех гинекологических операций в развитых странах выполняются под контролем видеомонитора, для сравнения в городе Екатеринбурге 53,4%, в ЦГКБ №1 34%.

В последние годы в результате внедрения и широкого использования в диагностике эктопической беременности иммунологических, ультразвуковых и эндоскопических методологий, а в хирургическом лечении — лапароскопических методик, возникли условия для создания наиболее оптимальных алгоритмов своевременной диагностики, применения органосохраняющих методов оперативного лечения и оптимального ведения женщин в послеоперационном периоде [4]. Многие авторы подчеркивают необходимость дальнейшего серьезно и активного развития эндохирургии в

гинекологии вообще и в диагностике и дифференцированном лечении ВБ в частности [5].

Особый драматизм ВБ как медицинской патологии заключается в том, что в жизни относительно здоровой и обычно молодой женщины, беременность для которой крайне желанна, возникает ситуация, когда одновременно возникают: прерывание беременности, угрожающее жизни состояние, необходимость оперативного вмешательства и риск потери способности к зачатию естественным путем [6].

**Цель исследования:** провести сравнительную оценку эффективности использования различных методов диагностики и хирургического лечения пациенток с ТБ.

### Материалы и методы исследования

Был проведен ретроспективный анализ показателей комплексного клиничко-лабораторного обследования и хирургического лечения у 165 пациенток, прооперированных по поводу ТБ. Исследуемый контингент больных был разделен нами на 2 группы: 1 группа — 96 женщин, прооперированных по поводу ТБ лапароскопическим доступом (ЛСД), (основная группа) и 2 группа — 69 женщин, прооперированных по поводу ТБ лапаротомным доступом (ЛТД), (контрольная группа).

### Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст пациенток с ТБ составил  $28,3 \pm 1,1$  года в основной группе и  $29,5 \pm 1,4$  лет в группе сравнения.

При появлении каких-либо признаков заболевания женщины обращались за врачебной помощью. Медицинскими учреждениями, в которые обращались женщины, были:

- 1) скорая медицинская помощь (СМП),
- 2) приемный покой гинекологического отделения районной больницы,
- 3) женская консультация районной больницы,
- 4) частные медицинские центры (МЦ).

При анализе полученных данных обращало на себя внимание, что женщины, доставленные в стационар машинами СМП из дома (52 человека), чаще всего — 34 ( $65,3 \pm 6,0\%$ ) человека — были прооперированы ЛТД, в связи с их более тяжелым состоянием, а ЛСД были прооперированы 18 ( $34,7 \pm 4,0\%$ ) пациенток.

Из женщин, которые поступили в приемный покой самостоятельно (33 женщины или 21% от общего числа — 165 женщин) и состояние которых было скомпенсировано на момент поступления, ЛТД были прооперированы всего 7 ( $10,2 \pm 4,0\%$ ) пациенток.

В женскую консультацию обратились 55 женщин, из них ЛТД прооперировано 19 пациенток (34,5%). В частные медицинские цент-

ры обратились 25 женщин, из них ЛТД прооперировано 9 (36,0%). Остальные женщины, попавшие в гинекологическое отделение указанными путями, были прооперированы ЛСД.

Таким образом, машинами «скорой помощи» доставлялись в основном женщины с клиникой внутрибрюшного кровотечения, что потребовало традиционного вида оперативного вмешательства, в силу тяжести состояния пациенток.

Основными жалобами, по нашим данным, оказались: задержка менструации, боли внизу живота с иррадиацией и без иррадиации, кровянистые выделения из половых путей и классическая триада, когда у одной пациентки наблюдалось сочетание всех этих 3-х основных симптомов. При наличии клиники внутрибрюшного кровотечения (общая слабость, головокружение, потеря сознания, нарушения гемодинамики), больные были доставлены в стационар машиной СМП.

Можно с уверенностью сказать, что половина больных обеих групп имели полный комплекс симптомов, включая классическую триаду, характерную для ВБ. Ее имели в 1 группе 39 больных (40,6±5,0%), во 2 группе — 35 больных (50,7±6,0%). 2-ая группа в процентном отношении превышает 1 группу, так как ЛТД были прооперированы больные с более выраженной симптоматикой. Кроме того, обращает на себя внимание значение моносимптомной клиники для ранней диагностики ВБ. Задержка менструации была отмечена у 76 пациенток (79,2±4,1%) 1 группы и у 46 пациенток (66,7±5,7%) 2 группы,  $p < 0,05$ . Значительное количество женщин и в 1 группе — 82 (85,4±3,6%) и во 2 группе — 54 (78,3±5,0%) достоверно обратили внимание на появление кровянистых выделений из половых путей. Предъявили жалобы на болевые ощущения большинство женщин 1 группы — 64 (66,7±4,8%) и 2 группы — 57 (82,6±4,6%).

Иррадиация болей (чаще в прямую кишку, реже в плечо и нижние конечности), общая слабость, головокружение, потеря сознания, тахикардия — все это признаки внутрибрюшного кровотечения и тяжелого состояния женщины, обусловленного геморрагическим шоком. Оперативный доступ необходим и был применен традиционный для более быстрой остановки внутрибрюшного кровотечения. Больных с признаками геморрагического шока в 1 группе вообще не было, так как шоковое состояние — это противопоказание для ЛС. Совершенно противоположную картину мы наблюдали во 2 группе, куда вошли все пациентки, у которых была отмечена клиника геморрагического шока, и они составили 23 человека (33,3±5,2%).

Время от появления первых признаков заболевания до обращения за помощью оказалось очень переменчивым. Оно зависело от выраженности симптомов, психологического состояния женщины, занятости на работе, санитарно-гигиенической грамотности, возраста, уровня образования, эпизодов нарушения менструального цикла в анамнезе и планирования женщиной своей репродуктивной функции, и составляло от 50 минут до 60 дней. Показатель времени от момента возникновения клинических проявлений до момента обращения к врачу оказывал очень большое влияние на выбор метода оперативного лечения и, соответственно, на объем оперативного вмешательства. До 24 часов от поступления было прооперировано по нашим данным 50% больных. В ЦГКБ №1 30% женщин, а в городе Екатеринбург 27% пациенток с ВБ.

Данные генитального статуса не всегда позволяли поставить правильный диагноз и, нередко клиническая ситуация требовала применения дополнительных методов исследования. На догоспитальном этапе была дополнительно обследована лишь каждая 3-я женщина (УЗИ органов малого таза или тест на беременность). До поступления в стационар прошла УЗИ каждая 3-я больная: 33 женщины 1 группы (34,4±4,8%) и 21 женщина 2 группы (30,5±5,5%)  $p > 0,05$ . Сделали тест на беременность 7 женщин 1 группы (7,3±3,7%) и 4 женщины 2 группы (5,8±2,8%),  $p > 0,05$ . Имели комплексные данные: УЗИ и проверки теста на беременность 32 женщины 1 группы (33,3±4,8%), что почти в 3 раза больше, чем во 2 группе — 9 (13,0±4,1%),  $p < 0,05$ . Обследованные женщины с уточненным диагнозом были прооперированы ЛСД.

Метод УЗИ абдоминальным датчиком применялся у 75 пациенток (78,1±4,2%), прооперированных ЛСД и у 31 пациентки (44,9±6,0%), прооперированных ЛТД. Диагноз был подтвержден после операции у 11 больных (14,7%±4,1%) 1 группы и у 8 больных (25,8±7,9%) 2 группы,  $p > 0,05$ . У 45 (60,0±5,7%) пациенток 1 группы и у 16 (51,6±9,0%) — 2 группы,  $p > 0,05$ . Диагноз ВБ был заподозрен на основании обнаружения образования в области придатков или выявления свободной жидкости в брюшной полости, что требовало уточнения диагноза. В 8 (10,7±3,6%) случаях в 1 группе и в 4 (12,9±6,0) случаях во 2 группе было рекомендовано провести повторное УЗИ в динамике.

Методом трансвагинального УЗИ было обследовано 28 пациенток. ВБ была выявлена у 8 женщин, была заподозрена у 12 больных, а в 5 случаях были найдены образования в области придатков. У 3 женщин гинекологической патологии не было выявлено.

Экспресс-тест на определение хорионического гонадотропина в моче провели 60 больных

(62,5±4,9%) из 1 группы и 30 больных из 2 группы (43,5±6,0%). Положительный тест на беременность был у 77 (85,6±3,6%) больных из общей группы — 90 человек, а у 13 женщин тест дал отрицательный результат или сомнительный.

Количественное определение уровня бета-субъединицы хорионического гонадотропина человека (ХГЧ) в плазме крови на догоспитальном этапе было проведено у 35 (36,5±4,9%) пациенток 1 группы и у 34 (35,4±4,9%) пациенток 2 группы. Значение данного показателя было повышенным во всех исследуемых случаях и указывало на наличие беременности. В дальнейшем определение локализации беременности требовало применения УЗИ влагалищным датчиком.

Гистологическое заключение о состоянии эндометрия не всегда во время помогало уточнить диагноз. Только у 30 (38,0±4,7%) женщин в соскобе слизистой полости матки была обнаружена децидуальная реакция эндометрия при отсутствии ворсин хориона, что подтверждало диагноз ВБ. В большинстве исследований морфологическое заключение указывало на эндометрий в разных фазах полового цикла и не уточняло диагноз ВБ. У 18 (22,8±4,0%) больных было выявлено наличие эпителия желез в фазе пролиферации и в таком же количестве — эпителий желез в фазе атрофии, в 9 (11,4±1,8%) случаях — эпителий желез в фазе секреции. Элементы плодного яйца были обнаружены в 3 (3,8±2,2%) случаях, что исключало ВБ у этих пациенток.

Пункция брюшной полости через задний свод влагалища, по нашим данным, была информативна только в случае внутрибрюшного кровотечения и то не во всех ситуациях достоверна. Для ранней диагностики ВБ, когда беременность прогрессирует, от нее вообще следует отказаться. Наши данные показывают, что в группе женщин, прооперированных ЛСД, этот прием использовался лишь в 10 случаях (10,4±3,1%), а в группе, оперированных ЛТД в 39 случаях (56,5±6,0%). Отсутствие крови в пункте не исключает ВБ. Информация, полученная при пункции брюшной полости через задний свод влагалища, говорила о том, что катастрофа уже свершилась и необходима ЛТ, или была сомнительной и требовала дополнительного уточнения диагноза путем диагностической ЛС.

Пункция брюшной полости, как было указано, применялась в основном у женщин, прооперированных ЛТД. При пункции была получена кровь в 38 случаях (97,4±2,5%) из 39, в одном случае крови не было обнаружено. В группе пациенток, прооперированных ЛСД, из 10 процедур кровь получили при 8 (80±12,6%). Различия были не достоверны из-за малого количества случаев.

Диагностическая лапароскопия с целью уточнения диагноза имела место в 93 (52,0±5,8%) случаях из 179 женщин и у 75 (78,1±4,2%) продолжилась в оперативное вмешательство ЛСД. В 2 случаях (2,9±2,0%) диагностическая лапароскопия была расширена до оперативного вмешательства ЛТД. Кроме указанных случаев, нами было проведено 14 диагностических лапароскопий, когда ВБ была исключена, и был установлен диагноз другой гинекологической патологии, потребовавшей оперативного вмешательства ЛСД.

Диагностика ВБ всегда является сложным процессом, особенно на этапе прогрессирования ТБ. При этом наиболее важно установить точный диагноз, чтобы можно было применить косметический доступ оперативного вмешательства, провести органосохраняющий объем операции, восстановить трудоспособность женщины в максимально короткие сроки и чтобы заболевание и его лечение минимально отразились на психосоматическом здоровье женщины. Не менее важен своевременный диагноз, когда ВБ прервалась, поскольку это просто угрожает жизни женщины.

## Выводы

Проведенное исследование позволило сделать следующие выводы:

1. ЛТД чаще оперируются пациентки, доставленные в стационар СМП или направленные амбулаторной службой, с клиникой явно клинического неблагополучия или катастрофы в брюшной полости.

2. Для ранней диагностики ВБ возрастает значение моносимптомной клиники (задержка менструации, длительные преходящие мажущие кровянистые выделения, незначительные ноющие боли внизу живота), количественных показателей иммунодиагностики (определение уровня бета — субъединицы хорионического гонадотропина человека (ХГЧ) в плазме крови) и УЗИ влагалищным датчиком.

3. Ранняя диагностика позволяет применить ЛСД и органосохраняющий способ оперативного лечения, который является предпочтительным.

4. Пункция брюшной полости через задний свод влагалища информативна только в случае внутрибрюшного кровотечения и достоверна не во всех ситуациях. При прогрессирующей трубной беременности от этого метода диагностики вообще следует отказаться.

5. Использование ЛС позволяет не только достоверно поставить диагноз ВБ, но и исключить ВБ, а в ряде случаев помогает выявить и устранить гинекологическую патологию, которая маскируется под внематочную беременность.

**Литература**

1. Сухих Г. Т., Адамян Л. В. Репродуктивное здоровье семьи. Проблемы репродукции М 2008; 5 (спец. выпуск).
2. Цыганкова Л. А. Хирургическое лечение и иммунологические аспекты прогноза исходов при острых гинекологических заболеваниях. Современные технологии в диагностике и лечении гинеколог. забол. М 2007; 409
3. Каушанская Л. В. Прогностические критерии эффективности лечения больных с внематочной беременностью. Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. М 2007; 392-393.
4. Манухин И. Б., Высотский М. М., Авалиани Х. Д. Радикальные операции лапароскопическим доступом: проблемы и перспективы. Лапароскопия и гистероскопия в гинекологии и акушерстве. М 2002; 511.
5. Клиндуков И. А. Дифференциальный подход к хирургическому лечению больных трубной беременностью: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. М 2001.
6. Хубаншоева Л. Ю. Эндоскопия в сохранении и восстановлении репродуктивной функции при внематочной беременности (отдаленные результаты): Автореф. дис. ...канд. мед. наук. М 2005.

## Качество жизни небеременных женщин фертильного возраста, находящихся в браке, и его взаимосвязь с медико-социальными характеристиками

С. В. Говоров, Г. Я. Клименко, М. Х. Аль Шара

Кафедра общественного здоровья, экономики и управления в здравоохранении Института последипломного медицинского образования Воронежской государственной медицинской академии им. Н. Н. Бурденко, г. Воронеж

### The quality of life of non-pregnant women of child-bearing age at marriage and its relationship with medico-social characteristics

S. V. Govorov, G. J. Klymenko, M. H Al Sharaa

The Department of Public Health, Economics and Management in Public Health Institute of Postgraduate Medical Education Voronezh N.N. Burdenko State Medical Academy

**Резюме**

Цель работы — оценить уровень качества жизни небеременных женщин фертильного возраста, находящихся в браке, и выявить взаимосвязь качества жизни с их медико-социальными характеристиками. Проведено исследование качества жизни 557 небеременных женщин фертильного возраста, находящихся в браке, с помощью программы Medical Outcomes Study Short Form (SF-36). Показано, что наименьшее значение имеют показатели ролевого функционирования, обусловленные физическим (45,50±3,19 балла) и эмоциональным (44,04±3,29 балла) состоянием женщин. Выявлены взаимосвязи между уровнем качества жизни и медико-социальными характеристиками женщин, что позволяет, воздействуя на медико-социальные характеристики, повышать уровень качества жизни и тем самым расширить диапазон лечебно-профилактических мероприятий, направленных на оздоровление данного контингента населения.

**Ключевые слова:** небеременные женщины фертильного возраста, находящиеся в браке, качество жизни, медико-социальные характеристики.

**Summary**

The purpose of the work — to assess the quality of life non-pregnant women of childbearing age who are married, and to identify the relationship quality of life with their health-social characteristics. A study quality of life 557 non-pregnant women of childbearing age who are married, using the Medical Outcomes Study Short Form (SF-36). It has been shown that the least important indicators of role functioning due to physical (45,50±3,19 points) and emotional (44,04±3,29 points) status of women. Revealed the relationship between the level of quality of life, medical and social characteristics of women, thus, affecting the health and social characteristics, to enhance quality of life and thereby increase the range of treatment and preventive measures aimed at improvement of the contingent of the population.

**Key words:** non-pregnant women of childbearing age who are married, the quality of life, health and social characteristics.

**Введение**

Здоровье нации определяется главным образом здоровьем лиц фертильного возраста, их способностью к воспроизводству населения [1].

Течение беременности и родов зависит от исходного уровня здоровья женщины. В настоящее время увеличение патологии во время беременности и в родах, ухудшение здоровья

*С. В. Говоров — врач акушер-гинеколог, преподаватель Цикловой методической комиссии по акушерству и гинекологии Воронежского базового медицинского колледжа;*

*Г. Я. Клименко — д. м. н., профессор кафедры общественного здоровья, экономики и управления в здравоохранении института последипломного медицинского образования ГОУ ВПО «ВГМА им. Н.Н.Бурденко Росздрава»;*

*М. Х. Аль Шараа — врач акушер-гинеколог, соискатель кафедры общественного здоровья, экономики и управления в здравоохранении института последипломного мед. образования ГОУ ВПО «ВГМА им. Н.Н.Бурденко Росздрава».*