

ткани, а с другой плохая их выявляемость врачами амбулаторного звена, что может объясняться как низкой обращаемостью самих пациенток, так и недостаточной квалификацией консультирующих специалистов

Слабость мышц тазового дна (ТД) является распространенной проблемой среди женщин, и она может быть особенно выражена у тех, кто страдает дисплазией соединительной ткани (ДСТ). ДСТ — это группа генетических нарушений, которые влияют на соединительные ткани в организме, включая мышцы, связки и суставы. Это состояние может привести к различным проблемам, таким как гипермобильность суставов, боли в суставах и мышцах, а также проблемы с органами малого таза [3].

На данный момент существует мнение, что патология соединительной ткани в большей степени оказывает негативное влияние на стенки влагалища и связочный аппарат органов малого таза [5]. Это связано с тем, что соединительные ткани, включая мышцы, могут быть менее упругими и менее способными к эффективной сокращаемости. Слабость ТД может привести к различным проблемам, таким как инконтиненция, пролапс органов малого таза и боли в области таза и спины [4].

### **ВЫВОДЫ**

Таким образом, выявленные нами, высокая частота и низкая диагностируемость проявлений недостаточности мышц тазового дна среди женщин с дисплазией соединительной ткани, диктуют необходимость усовершенствования лечебно-диагностических и профилактических мероприятий для данного контингента пациенток, имеющих высокие риски развития более тяжелых осложнений.

### **СПИСОК ИСТОЧНИКОВ**

1. Суханов А.А. Эпидемиология и этиопатогенез дисфункции тазового дна / А.А. Суханов, Г.Б. Дикке, И.И. Кукарская // Доктор.ру. – 2018. – № 10. – С. 27–31.
2. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Клинические рекомендации «Выпадение женских половых органов». Российское общество акушеров-гинекологов. Общероссийская общественная организация "Российское общество урологов" – 2021. – 49 с. – URL: <https://minzdrav.samregion.ru/wp-content/uploads/sites/28/2021/07/kr647.pdf> (дата обращения: 19.03.2024). – Текст: электронный.
3. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Клинические рекомендации «Недифференцированные дисплазии соединительной ткани (проект клинических рекомендаций)». Российское научное медицинское общество терапевтов – 2019. – 34 с. – URL: [https://www.rnmot.ru/public/uploads/RNMOT/Other/dst/3\\_KP%20PHMOT\\_НДСТ\\_проект\\_2019%20год.pdf](https://www.rnmot.ru/public/uploads/RNMOT/Other/dst/3_KP%20PHMOT_НДСТ_проект_2019%20год.pdf) (дата обращения: 19.03.2024). – Текст: электронный.
4. Роль недифференцированных дисплазий соединительной ткани в развитии пролапса органов малого таза / М. С. Селихова, В. В. Скворцов, Г. В. Ершов [и др.] // Лечащий Врач. – 2021. – Т. 12, № 24. – С. 22–25.
5. Признаки дисплазии соединительной ткани у женщин с пролапсом гениталий / А.С. Устюжина, М.А. Солодилова, А.В. Полоников [и др.] // Акушерство, Гинекология и Репродукция. – 2021. – Т. 15, № 1. – С. 32–40.

### **Сведения об авторах**

Д.Д. Байрамукова\* – студент лечебно-профилактического факультета  
М.М.Д. Майер – студент лечебно-профилактического факультета  
М.А. Звычайный – доктор медицинских наук, профессор

### **Information about the authors**

D.D. Bayramukova\* – student of the Faculty of Treatment and Prevention  
M.D. Mayer – student of the Faculty of Treatment and Prevention  
M.A. Zvychaunyi – Doctor of Sciences (Medicine), Professor

\*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

bayramukova.dayana@mail.ru

УДК 618.312

## **ВЛИЯНИЕ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ В АНАМНЕЗЕ НА ПОСЛЕДУЮЩУЮ РЕАЛИЗАЦИЮ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ**

Беляева Дарья Викторовна<sup>1</sup>, Скорик Михаил Сергеевич<sup>1</sup>, Богданова Анна Михайловна<sup>1,2</sup>,  
Ураков Андрей Владимирович<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Кафедра анатомии, топографической анатомии и оперативной хирургии

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

<sup>2</sup>ГБУЗ СО «Центральная городская больница № 7»

Екатеринбург, Россия

## Аннотация

**Введение.** Внематочная (эктопическая) беременность – беременность, при которой имплантация плодного яйца произошла вне полости матки. Своевременно не выявленная и оставшаяся без медицинского вмешательства внематочная беременность может привести к разрыву фаллопиевой трубы и обширному внутрибрюшному кровотечению. **Цель исследования** – оценить влияние трубной внематочной беременности на реализацию репродуктивной функции пациенток. **Материал и методы.** На базе ГБУЗ СО «Центральной городской больницы №7 в городе Екатеринбург» был проведен ретроспективный анализ историй болезней 49 женщин, у которых в анамнезе: трубная беременность, любые виды операций по удалению плодного яйца, и возникшая после беременность. Обработка данных проводилась с помощью программы Microsoft Excel 2013. **Результаты.** Количество благоприятных исходов после перенесенной внематочной беременности составило  $65 \pm 0,07$  % из известных исходов. **Выводы.** Наличие благоприятных исходов после трубной беременности свидетельствует о правильно выбранной тактике лечения.

**Ключевые слова:** трубная беременность, сальпингэктомия.

## THE EFFECT OF TUBAL PREGNANCY IN THE ANAMNESIS ON THE SUBSEQUENT REALIZATION OF REPRODUCTIVE FUNCTION

Belyaeva Darya Viktorovna<sup>1</sup>, Skorik Mikhail Sergeevich<sup>1</sup>, Bogdanova Anna Mikhailovna<sup>1,2</sup>, Urakov Andrey Vladimirovich<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Department of Anatomy, Topographic Anatomy and Operative Surgery

Ural State Medical University

<sup>2</sup>Central City Hospital № 7

Yekaterinburg, Russia

### Abstract

**Introduction.** Ectopic pregnancy is a pregnancy in which the implantation of the fetal egg occurred outside the uterine cavity. An ectopic pregnancy that is not detected in a timely manner and remains without medical intervention can lead to rupture of the fallopian tube and extensive intra-abdominal bleeding. **The aim of the study** is to evaluate the effect of tubal ectopic pregnancy on the realization of the reproductive function of patients. **Material and methods.** On the basis of GBUZ with the Central City Hospital № 7 in Yekaterinburg, a retrospective analysis of the medical histories of 49 women (in 2019-2020) with a history of ectopic tubal pregnancy, any types of operations to remove the fetal egg, and pregnancy that occurred after. Data processing was carried out using the Microsoft Excel 2013 program. **Results.** The number of favorable outcomes after an ectopic pregnancy was  $65 \pm 0.07\%$  of the known outcomes. **Conclusion.** The presence of favorable outcomes after tubal pregnancy indicates a well-chosen treatment strategy.

**Keywords:** tubal pregnancy, salpingectomy.

## ВВЕДЕНИЕ

Внематочная (эктопическая) беременность (ВБ) – беременность, при которой имплантация плодного яйца произошла вне полости матки [1].

Причиной появления эктопической беременности является нарушение транспорта оплодотворенной яйцеклетки с последующей патологической имплантацией плодного яйца вне полости матки. В современном мире около 2% женщин сталкиваются с данным заболеванием, так как риски появления эктопической беременности при современном образе жизни увеличиваются [2].

Основными факторами риска эктопической беременности являются: операции на маточных трубах, эктопические беременности в анамнезе, внутриматочная контрацепция, внутриматочные вмешательства, бесплодие, возраст матери старше 35 лет, курение, пороки развития половых органов, эндометриоз, наличие рубца на матке после кесарева сечения [1].

Симптомы трубной беременности [1]: боли внизу живота и пояснице, возможно с иррадиацией в прямую кишку, преимущественно на фоне нарушений менструального цикла, скудных кровянистых выделений из половых путей. Характер болей многообразен как с позиции интенсивности, так и иррадиации. При нарушенной внематочной беременности боли могут сопровождаться головокружением, обмороками, тошнотой, рвотой, симптомами раздражения брюшины.

Диагностика трубной беременности затруднена из-за клинической имитации и неспецифических симптомов боли в животе и вагинального кровотечения. Текущий стандарт диагностики внематочной беременности включает ультразвуковое исследование и мониторинг уровня  $\beta$ -хорионического гонадотропина человека ( $\beta$ -ХГЧ). В дополнение к  $\beta$ -

ХГЧ в настоящее время изучаются сывороточные маркеры как потенциальный инструмент диагностики, особенно перспективны активин-АВ и белок плазмы А, связанный с беременностью [1].

Своевременно не выявленная и оставшаяся без медицинского вмешательства трубная беременность может привести к разрыву фаллопиевой трубы и обширному внутрибрюшному кровотечению, в последующем к летальному исходу. Сейчас диагностика осуществляется не только в стационаре, но и в поликлиниках, поэтому чаще эктопическую беременность вовремя определяют и приступают к хирургическому лечению [3].

Хирургическое лечение – основной метод лечения при любой форме внематочной беременности. Объем и доступ определяется в зависимости от клинической ситуации и условий выполняемой операции. Проводится хирургическое лечение как нарушенной, так и прогрессирующей трубной беременности [1,2]. Рекомендуется проведение хирургического лечения трубной беременности лапароскопическим или лапаротомным доступами для достижения излечения.

При наличии геморрагического шока целесообразным является лапаротомический доступ, как доступ, способствующий более быстрой остановке кровотечения. Если пациентка гемодинамически стабильна, лапароскопический доступ к хирургическому лечению нарушенной трубной беременности более предпочтителен по сравнению с методом открытого хирургического вмешательства [1]. Лапароскопические вмешательства способствуют быстрой реабилитации, уменьшают длительность госпитализации, обеспечивают лучший косметический результат. При наличии здоровой контрлатеральной маточной трубы предпочтительнее выполнять сальпингэктомию [3].

На сальпингэктомию необходимо получить информированное добровольное письменное согласие пациентки. Пациентка должна быть проинформирована о необходимости динамического контроля после сальпингэктомии (исследование количественного бета-ХГЧ в крови, УЗИ органов малого таза), в связи с возможным прогрессированием беременности, развитием внутрибрюшного кровотечения, а также повторной внематочной беременностью в сохраненной трубе [4].

**Цель исследования** – оценить влияние трубной беременности на реализацию репродуктивной функции пациенток в будущем.

#### **МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ**

На базе ГБУЗ СО «Центральной городской больнице №7 в городе Екатеринбург» был проведен ретроспективный анализ историй болезней 49 женщин (в 2020 году). Критерии включения в исследование: внематочная трубная беременность, любые виды операций по удалению плодного яйца, возникшая после беременности. Критерии исключения: женщины с трубной беременностью в анамнезе, у которых больше не было беременностей, женщины, в анамнезе которых была тяжелая соматическая патология. Благоприятным исходом мы считали рождение доношенного ребенка и срочные роды (на сроке 37-42 недели). Обработка данных проводилась с помощью программы Microsoft Excel 2013. Оценка полученных данных описывалась формулами: «Медиана», «Перцентиль», «Счетесли», «Ошибка доли». В качестве материала для исследования были использованы статьи, клинические рекомендации. При проведении анализа применялись описательный, статистический, сравнительный метод.

#### **РЕЗУЛЬТАТЫ**

Средний возраст исследуемых женщин составил  $M_E 33,0$  ( $p_{25}30 - p_{75}37$ ) года на момент госпитализации с диагнозом внематочная беременность. У всех из них был установлен диагноз О00.1 Трубная беременность [5]. При этом правосторонняя трубная беременность была у  $55,1 \pm 0,07\%$  (27) женщин, а левосторонняя у  $44,9 \pm 0,07\%$  (22).

При сборе анамнеза было выяснено, что средний возраст начала менструации приходится на  $M_E 13$  ( $p_{25}11 - p_{75}16$ ) лет. У  $98 \pm 0,02\%$  (48) женщин менструальный цикл регулярный, установился сразу у  $80 \pm 0,06\%$  (39) пациенток. Оценивая данные роста и веса у исследуемой группы, средний ИМТ (индекс массы тела) составил  $M_E 23$  ( $p_{25}21,5 - p_{75}26,6$ ).

Беременности в анамнезе были у 31 пациентки ( $63\pm 0,07\%$ ). Роды были у  $38\pm 0,06\%$  (25) женщин, все дети здоровы (со слов женщин), медицинский аборт – у  $17\pm 0,05\%$  (11), самопроизвольный выкидыш – у  $15\pm 0,04\%$  (10) и трубная беременность – у  $15\pm 0,04\%$  (10) пациенток,  $14\pm 0,04\%$  (9) перенесли неразвивающуюся беременность.

При госпитализации с диагнозом трубная беременность,  $98\pm 0,02\%$  (48) проводилась сальпингэктомия,  $2\pm 0,02\%$  (1) женщин проводили реконструктивно-пластическую операцию маточной трубы. При этом средняя кровопотеря составила  $M_E 50$  ( $p_{25}50 - p_{75}150$ ) мл. При проведении операций ни у одной пациентки не было осложнений во время операции. У  $69\pm 0,07\%$  (34) был обнаружен спаечный процесс в малом тазу.

Большинство женщин из исследуемой группы были выписаны на 4-е сутки, средний койко-день  $M_E 4$  ( $p_{25}3 - p_{75}5$ ) суток.

У  $92\pm 0,04\%$  (45) госпитализированных женщин не было сопутствующих заболеваний. В исследуемой группе встретились сопутствующие гинекологические заболевания: врожденная аномалия матки (двурогая матка) была у  $2\pm 0,02\%$  (1) пациенток, врожденная аномалия матки (матка с частичной перегородкой) – у  $2\pm 0,02\%$  (1) женщин. Миома матки – у  $4\pm 0,03\%$  (2) пациенток.

Анемия наблюдалась у  $10\pm 0,04\%$  (5) женщин. Другими соматическими заболеваниями женщины не были отягощены.

Среди исследуемой группы все пациентки повторно обратились в лечебное учреждение по поводу беременности. Среднее время, через которое наступила повторная беременность  $M_E 18$  ( $p_{25}13 - p_{75}26$ ) недель.

У большинства женщин течение повторной беременности было благоприятным.

У  $65\pm 0,07\%$  (32) женщин беременность после диагноза трубная беременность закончилась благоприятным исходом. Благоприятным исходом мы считали рождение доношенного ребенка и срочные роды (на сроке 37-42 недели) [6]. Преждевременными родами (на сроке от 22 до 36 недель и 6 дней) [7] закончилась следующая беременность у  $8\pm 0,04\%$  (4) пациенток. Такой исход как повторная трубная беременность была у  $10\pm 0,04\%$  (5) и прерывание беременности произошло у  $16\pm 0,05\%$  (8) женщин (учитывались только медицинские аборты, так как самопроизвольных выкидышей в исследуемой группе не было) (Рис. 1).

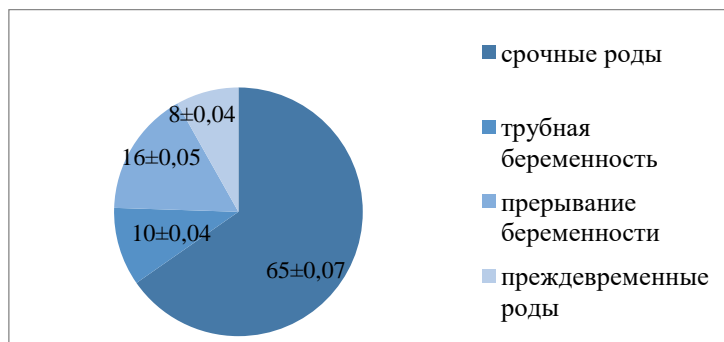


Рис. 1 Исходы беременностей после диагноза «Трубная беременность»

## ОБСУЖДЕНИЕ

В ходе исследования было выявлено, что в  $65\pm 0,07\%$  (32) случаях благоприятных исходов (беременность заканчивается срочными родами на сроке 39-42 недели) после проведения сальпингэктомии, а также в  $10\pm 0,04\%$  (5) случаях неблагоприятных исходов (где беременность закончилась повторной трубной беременностью). Другие исходы: у  $16\pm 0,05\%$  (8) следующие беременности закончились медицинским абортом по желанию, а преждевременные роды (на сроке менее 37 недель) – у  $8\pm 0,04\%$  (4) пациенток.

## ВЫВОДЫ

1. Таким образом, благоприятный исход беременности после диагноза «трубная беременность» в анамнезе - возможен. У большинства женщин течение беременности было

благоприятным, поэтому перенесенная внематочная беременность не влияет на течение последующих. При этом повторная беременность может наступить в короткие сроки.

2. Сальпингэктомия – верно выбранный метод лечения для реализации репродуктивной функции большей части исследуемых женщин. Данный вывод подтверждается клиническими рекомендациями, разработанными Министерством Здравоохранения РФ 2021 года, где сальпингэктомия является основным методом лечения трубной беременности.

### **СПИСОК ИСТОЧНИКОВ**

1. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Клинические рекомендации «Внематочная (эктопическая) беременность». – 2021. – 60 с.
2. Overview of ectopic pregnancy diagnosis, management, and innovation / K. Mullany, M. Minnesi, R. Monjazeb, C Coiado O // Womens Health (Lond). – 2023. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36999281/> (дата обращения: 28.11.2023).
3. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Клинические рекомендации (протокол лечения) «Выкидыш в ранние сроки беременности: диагностика и тактика ведения». – 2016. – 32 с.
4. Сутугина, О.Н. Оперативное лечение внематочной беременности: особенности различных видов хирургических вмешательств / О.Н. Сутугина, Л.Б. Шубин // Здоровье и образование в XXI веке. – 2020. №10. – С. 68-73.
5. Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) URL: <https://mkb-10.com/> (дата обращения 28.11.2023)
6. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Клинические рекомендации «Здоровый новорожденный, рожденный в условиях стационара». – 2022. – 42 с.
7. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Клинические рекомендации «Преждевременные роды» - 2020. - 42с.

### **Сведения об авторах**

Д.В. Беляева\* – студент

М.С. Скорик – студент

А.М. Богданова – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры

А.В. Ураков – заведующий гинекологическим отделением №1 ГБУЗ СО ЦГБ №7 г. Екатеринбурга

### **Information about the authors**

D.V. Belyaeva\* – student

M.S. Skorik – student

A.M. Bogdanova – Candidate of Sciences (Medicine), Department Assistant

A.V. Urakov – Head of Gynecological Department №1 at Central City Hospital №7 of Yekaterinburg

\*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

darya21belyaeva@yandex.ru

УДК:618.3-06

## **КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОК С АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ**

Бондарь Дарина Михайловна<sup>1</sup>, Лотова Виктория Сергеевна<sup>1</sup>, Бакуринских Алексей Борисович<sup>1,2</sup>, Тен Анжелика Рагиповна<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Кафедра акушерства и гинекологии с курсом медицинской генетики

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

<sup>2</sup>ГБУЗ СО «Екатеринбургский клинический перинатальный центр»

Екатеринбург, Россия

### **Аннотация**

**Введение.** Антифосфолипидный синдром (АФС) – аутоиммунная приобретенная тромбофилия, ассоциированная с наличием антифосфолипидных антител (АФА). В 80% случаев АФС – акушерская патология. **Цель исследования** – изучение факторов риска возникновения антифосфолипидного синдрома и его осложнений в период беременности. **Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ 4 эпизодов АФС при беременности по данным индивидуальных и обменных карт пациенток, наблюдавшихся в женской консультации ГПЦ г. Екатеринбурга в 2023 году. Метод обработки информации- описательная статистика. **Результаты.** Представлен анализ факторов риска возникновения АФС и его дальнейшего влияния на течение и исход беременности. **Выводы.** Своевременное выявление АФС, назначение адекватной терапии и персонифицированный подход в ведении пациенток данной категории – это предиктор своевременных и благополучных родов.

**Ключевые слова:** антифосфолипидный синдром, беременность, осложнения, роды.

## **CLINICAL AND ANAMNESTIC CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH ANTIPHOSPHOLIPID SYNDROME**