

6. Богданова Е.А. Гинекология детей и подростков. М., 2000. С. 226–230.
7. Brown N.W. et al. Evidence for metabolic and endocrine abnormalities in subjects recovered from anorexia nervosa. Elsevier Science (USA). 2003.
8. Golden N.H. et al. // Arch. Pediatr. Adolesc. Med. 1997. № 151. P. 16–21.
9. Бурлев В.А. и др. // Проблемы репродукции. 1998. № 3. С. 17–26.
10. Nobels F., Dewailly D. // Fertil. Steril. 1992. № 58. P. 655–666.
11. Stoving R.K. et al. // J. Psychiatr. Res. 1999. № 33. P. 52–139.
12. Мельниченко Г.А., Рагозин А.К., Курляндская Р.М. // Гинекология. 1999. № 1. С. 22–26.
13. Insler V. et al. // Hum. Reprod. 1993. № 8. P. 379–384.
14. Зайчик А.Ш., Чурилов Л.П. Основы общей патологии. СПб., 2000.
15. McPhee S.J. et al. Pathophysiology of Disease. An introduction into Clinical Medicine. Stamford, 1997. P. 449–469.
16. Miller K.K. et al. // J. of clinical endocrinology and metabolism. 1998. № 83(7). P. 2309–2312.
17. Mantzoros C.S. Role of leptin in reproduction. N. Y., 2000. P. 174–183.

Ростовский научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии

25 сентября 2006 г.

УДК 616.082.001.8 + 618.31

СОВРЕМЕННАЯ КОНЦЕПЦИЯ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ

© 2006 г. А.С. Гаспаров, Л.В. Каушанская, Е.Д. Дубинская, Д.И. Колесников,
И.А. Бабичева, О.Э. Барбанова, А.Э. Тер-Овакимян

Ectopic pregnancy is one of the common reasons of internal bleeding in reproductive aged women. The number of ectopic pregnancies has increased in the past few decades, as far as number of misdiagnosis. The advanced combination of organizational, preoperation preparation and intraoperative technologies (surgical route and strategy) could lead to the increase of reconstructive surgeries, would help to decrease of the recurrences rate, and would increase fertility rate.

Основной причиной внутреннего кровотечения у женщин репродуктивного возраста является внематочная беременность (ВБ). Больные с внематочной беременностью составляют, по данным различных исследователей, от 1 до 6 % от общего числа пациенток гинекологических стационаров [1–4], а в структуре острых гинекологических заболеваний внематочная беременность по частоте занимает первое место и составляет 47 %.

Среди срочных гинекологических операций оперативные вмешательства по поводу этой патологии занимают одно из первых мест и составляют 10–12 % [2, 5, 6].

Внематочная беременность в 2–18 % случаев является причиной материнской смертности [7].

В последние годы в связи с ростом частоты воспалительных заболеваний у женщин отмечена отчетливая тенденция к увеличению случаев внематочной беременности более чем в 2 раза, а по сравнению с данными исследований 70-х гг. нередко и с атипичным клиническим течением [3, 7].

Большинство исследователей указывают на разнообразии клинической симптоматики при внематочной беременности, а также на увеличение количества пациенток со стертой клинической картиной [2, 4, 8].

Диагностика внематочной беременности при разрыве маточной трубы или трубном аборте, сопровождающемся значительной кровопотерей, не затруднена. Выявление же прогрессирующей внематочной беременности или трубного аборта с незначительным внутренним кровотечением – задача не из легких. Важнейшее значение придается детальному изучению жалоб пациентки и анамнеза. До сих пор в практике врачи используют различные методы, а иногда и одновременно несколько методов диагностики: ультразвуковое сканирование органов малого таза, пункцию

брюшной полости через задний свод влагалища, исследование мочи и крови на хорионический гонадотропин. Информативность указанных методов различна [9, 10]. С внедрением эндоскопической хирургии в гинекологическую практику часть из них не утратила своего значения: клиническое обследование, ультразвуковое исследование, определение в крови β -ХГЧ. Так, например, информативность ультразвукового метода в диагностике внематочной беременности, по данным литературы, варьирует от 37 до 97 % [3, 9].

Наиболее точным и эффективным из применяемых в гинекологической практике методов обследования при внематочной беременности является лапароскопия, которая на ранних этапах развития эндоскопии использовалась в основном с диагностической целью [2, 3, 8, 11].

К отдаленным результатам лечения ВБ относят, главным образом, два параметра. Во-первых, это частота полного восстановления репродуктивной функции, на что указывает самостоятельное наступление беременности [12]. Вторым показателем является частота повторного развития внематочных беременностей как в оперированной трубе, так и контралатеральной [11, 13].

Несмотря на наличие огромного количества данных, касающихся внематочной беременности, частота диагностических ошибок при данной патологии достаточно высока и составляет 3,1–25 % [2, 3]. Как в нашей стране, так и за рубежом мнения о единой тактике ведения гинекологических больных при urgentных состояниях, показаниях и противопоказаниях к эндоскопическому лечению, видах и объемах оперативного вмешательства разноречивы, что свидетельствует о необходимости дальнейшего накопления фактического материала по данной проблеме.

Следует отметить, что отраслевые стандарты оказания медицинской помощи несовершенны, рекомен-

дации по проведению этих стандартов недостаточно четкие. При оказании неотложной помощи больным с ВБ отсутствует преемственность между различными звеньями лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) (женская консультация, поликлиника, скорая помощь и стационар).

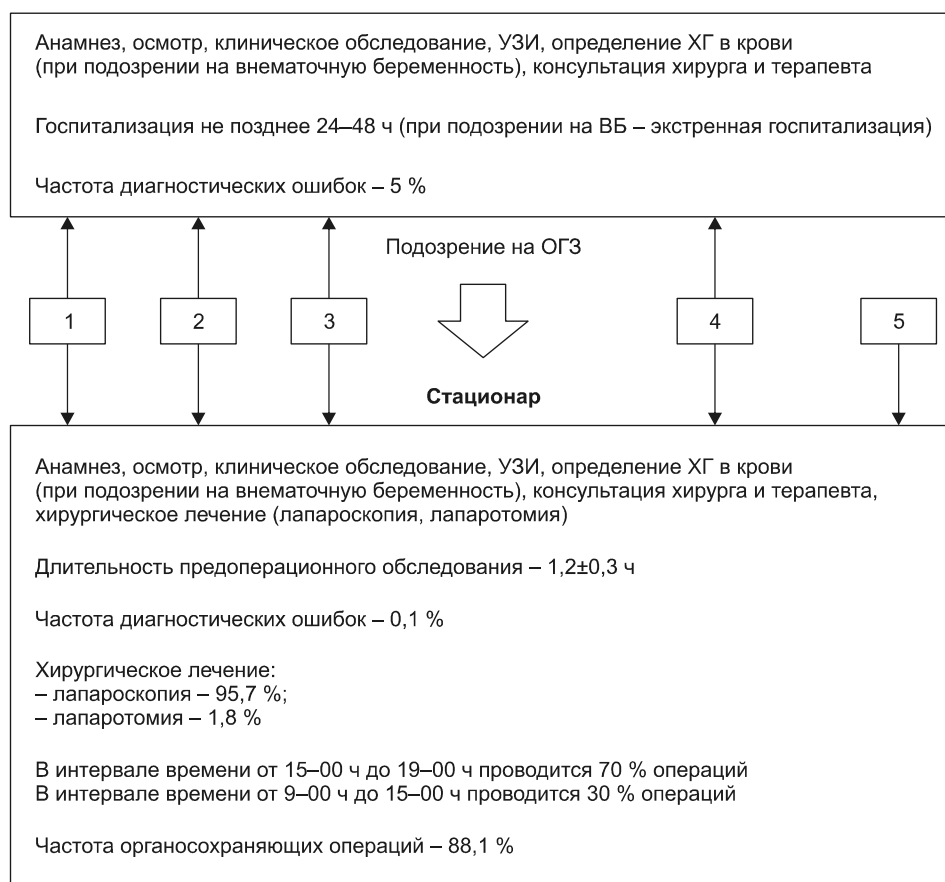
Необходимо также отметить, что в литературе отсутствуют сведения об исследованиях, посвященных научной организации помощи при неотложных состояниях в гинекологии, а также экономическим аспектам ургентной помощи. В недостаточном объеме освещены причины диагностических и лечебных ошибок, приводящих к тяжелым осложнениям и снижению репродуктивной функции женщин. Практически отсутствуют данные об отдаленных результатах лече-

ния больных с внематочной беременностью в зависимости от метода лечения, оперативного доступа и объема хирургического лечения.

Материалы и методы

Проведено обследование и лечение 705 женщин с внематочной беременностью, из них по традиционному стандарту – 141 (ретроспективное исследование) и по разработанному оптимизированному стандарту оказания помощи больным с острыми гинекологическими заболеваниями (рисунок) – 564 (проспективное исследование). Конечным критерием правильной диагностики являлся хирургический диагноз (лапароскопический или лапаротомический) и данные гистологического исследования.

Женская консультация, поликлиника



Оптимизированный диагностическо-лечебный стандарт при ОГЗ

Все больные прошли стационарное обследование и лечение в отделении реконструктивно-пластической и экстренной гинекологии Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии Российской Академии медицинских наук на базе 79 клинической городской больницы г. Москвы.

Традиционный стандарт оказания помощи при ВБ заключается в следующем. На догоспитальном этапе проводится сбор анамнеза, клиническое обследование, УЗИ, определение уровня β -ХГ в крови (при подозрении на внематочную беременность), консультация хирургом и терапевтом. В стационаре, кроме этого, осуществляется пункция брюшной полости через задний свод влагалища, затем проводят хирургическое лечение (лапаротомия). Лапароскопия может исполь-

зоваться только как дополнительный метод диагностики и лечения и не является обязательной.

Оптимизированный стандарт оказания помощи при ВБ включает:

1. Традиционный стандарт (за исключением пункции брюшной полости через задний свод влагалища).
2. Регламентированные сроки обследования:
– длительность догоспитального обследования – 24–48 ч (при подозрении на ВБ – экстренная госпитализация);
– максимальная длительность госпитального предоперационного обследования до 12 ч (при ВБ – экстренная лапароскопия).
3. Обязательное наличие высокотехнологичного оборудования на догоспитальном уровне и в стационаре.

наре (β -ХГ мониторинг, УЗИ мониторинг, лапароскопия).

4. Обеспечение руководителями ЛПУ тесного и своевременного взаимодействия между учреждениями догоспитальной помощи и стационаром.

5. Наличие круглосуточной эндоскопической службы и УЗИ-мониторинга в стационаре. Лапароскопия является обязательным методом обследования и лечения.

У всех больных был тщательно собран анамнез, проведены исследования, характеризующие качество жизни больных (физическое состояние, сексуальная функция, психическое состояние, социальное функционирование, ролевое функционирование, общее субъективное восприятие состояния своего здоровья). Было проведено общее и гинекологическое исследование, общепринятые лабораторные, а также специальные методы исследования (бактериоскопический, бактериологический, УЗИ, лапароскопия, определение уровня β -ХГ, морфологический).

Анализ результатов осуществлялся с использованием статистической компьютерной программы SPSS for Windows (версия 11.5.1). Достоверность различий оценивалась на основе непараметрических критериев Вилкоксона–Манна–Уитни для несвязанных совокупностей и методом вариационной статистики с использованием Т-критерия для парных независимых выборок. Различия между группами считались достоверными при значении $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Возраст больных колебался от 15 до 75 лет. На ранний репродуктивный возраст, составляющий 18–25 лет, приходилось 450 (30 %) больных, на средний (26–35 лет) – 630 (42 %), на старший (36–45 лет) – 270 (18 %), старше 45 лет – 150 (10 %) женщин.

При использовании традиционного диагностическо-лечебного стандарта наблюдалась картина «острого живота» значительно чаще – у 94 женщин (66,7 %), вместе с тем при использовании оптимизированного стандарта «острый живот» диагностирован у 68 (12,1 %) женщин.

Лапаротомия проведена у 137 (97,2 %) женщин с прервавшейся внематочной беременностью до внедрения в клиническую практику круглосуточной эндоскопической службы (ретроспективный анализ). При использовании традиционного стандарта хирургический диагноз прервавшейся внематочной беременности по типу трубного аборта установлен у 33 (23,4 %) женщин, по типу разрыва трубы у 104 (73,8 %), прогрессирующей внематочной беременности – у 4 (2,8 %) женщин. У 137 (97,2 %) женщин с внематочной беременностью наблюдалось внутрибрюшное кровотечение в различном объеме (традиционный стандарт) и в среднем составило $550 \pm 30,5$ мл. Туботомия лапароскопическим доступом выполнена у 4 (2,8 %) женщин с прогрессирующей внематочной беременностью. Применение традиционной тактики ведения при внематочной беременности не обеспечило условия для проведения органосохраняющих операций у большинства больных: у 132 женщин (93,6 %) выполнена тубэктомия, у 5 (3,5 %) проведена тубэктомия и резекция яичника. Органосо-

храняющие операции при использовании традиционного стандарта ведения больных не проводились. Лапароскопия была выполнена у 564 женщин в группе проспективного исследования (оптимизированный стандарт). По данным лапароскопии прогрессирующая беременность была установлена у 450 (79,8 %) женщин, трубный аборт – у 66 (11,7 %) и разрыв маточной трубы – у 48 (8,5 %) женщин. Внутрибрюшное кровотечение наблюдалось у 114 (20 %) женщин с прервавшейся внематочной беременностью, объем кровопотери в среднем составил 50 ± 10 мл. Органосохраняющие операции выполнены у 506 (89,7 %) женщин, тубэктомия – у 58 (10,3 %). Вышеуказанные результаты связаны с тем, что при использовании оптимизированного стандарта не допускается развитие заболевания до разрыва маточной трубы или трубного аборта, что приводит к возникновению клиники «острого живота».

Контрольная лапароскопия проведена через 3 мес. 150 женщинам, перенесшим эндоскопические органосохраняющие операции по поводу внематочной беременности и заинтересованным в реализации репродуктивной функции в дальнейшем. При контрольной лапароскопии дана оценка анатомо-функционального состояния маточных труб. Проходимость оперированной маточной трубы сохранена у 117 (78 %) женщин, состояние эндотелия маточной трубы расценено как удовлетворительное у 84 (56 %) женщин. Периапулярные спайки выявлены у 65 (43,3 %) женщин. Деформация оперированной маточной трубы обнаружена у 53 (35,3 %) женщин. Таким образом, анатомо-функциональное состояние маточных труб после эндоскопических органосохраняющих операций у большинства женщин было удовлетворительным.

Изучены отдаленные результаты исследования репродуктивной функции женщин ($n = 160$), заинтересованных в реализации репродуктивной функции: 60 (традиционный стандарт) и 100 женщин (оптимизированный стандарт). Наступление беременности при использовании оптимизированного диагностическо-лечебного стандарта отмечено у 58 женщин (58,0 %) и лишь у 11 (18,3 %) – при использовании традиционного диагностическо-лечебного стандарта. Следует подчеркнуть, что наступление маточной беременности отмечено чаще у женщин, перенесших эндоскопические органосохраняющие операции по поводу прогрессирующей внематочной беременности ($n = 40$) – у 39 (97,5 %), почти у половины женщин после трубного аборта ($n = 30$) – у 13 (43,3 %), и значительно реже после разрыва маточной трубы ($n = 30$) – у 6 (20 %).

Применение оптимизированного стандарта позволило установить прогрессирующую внематочную беременность у 79,8 % женщин, выполнить органосохраняющие операции у 89,7 %, что привело к наступлению беременности у 58,0 % женщин. При использовании традиционного стандарта оказания медицинской помощи женщинам с внематочной беременностью прогрессирующая беременность была диагностирована у 2,8 % женщин, органосохраняющие операции выполнены у 2,8 %, наступление маточной беременности отмечено у 18,3 % женщин.

Таким образом, отдаленные результаты исследования подтвердили преимущества оптимизированного

стандарта оказания медицинской помощи при внематочной беременности в сравнении с традиционным, что в конечном счете приводит к восстановлению репродуктивной функции в 58 и 18,3 %. Своевременная диагностика и реконструктивно-пластические операции на маточных трубах позволяют восстановить репродуктивную функцию: при прогрессирующей ВБ у 67,2 % женщин, при трубном аборте – у 43,3, при внематочной беременности по типу разрыва трубы – у 20 % женщин.

У больных с внематочной беременностью контрольная лапароскопия позволяет оценить анатомо-функциональное состояние маточных труб после оперативного лечения: проходимость маточных труб сохранена у 78 % женщин, удовлетворительное состояние эндотелия маточной трубы – у 56, наличие периапулярных спаек – у 43,3, выявлена деформация маточной трубы – у 35,3, определение рубца в зоне операции после туботомии – у 17,3 % женщин. Контрольная лапароскопия позволяет выявить сопутствующую патологию, провести коррекцию выявленных нарушений, определить прогноз восстановления репродуктивной функции женщин.

Получены уникальные данные об отдаленных результатах лечения 35 больных с единственной маточной трубой, которым была произведена реконструктивно-пластическая операция на стадии прогрессирующей внематочной беременности (оптимизированный стандарт). В дальнейшем маточная беременность наступила у 21 больной, что составляет 60 % и достоверно не отличается от результатов восстановления фертильности при использовании оптимизированного стандарта при прогрессирующей внематочной беременности (64,7 %) у женщин с обеими маточными трубами.

При оценке качества жизни отмечено его улучшение у 63,7 % женщин при использовании оптимизированного и только у 13,8 % – при традиционном ведении пациенток с ВБ.

Результаты исследования свидетельствуют о том, что своевременная диагностика и эндоскопические органосохраняющие операции улучшают показатели качества жизни пациенток после оперативного вмешательства, способствуют сохранению и восстановлению репродуктивного здоровья женщин. Наши данные об эффективности использования лапароскопического

доступа у больных с острыми гинекологическими заболеваниями совпадают с литературными. Однако наилучший результат лечения таких больных может быть достигнут только при одновременном совершении не только медицинских, но и организационных исследований, что клинически и подтверждено апробацией разработанного оптимизированного стандарта обследования и лечения.

Применение организационных технологий, предоперационной подготовки и интраоперационных мероприятий (хирургический доступ, объем оперативного вмешательства, применение высоких энергий) у больных с ВБ приводит к возможности проведения органосохраняющих операций, снижению числа рецидивов заболевания и спаечного процесса органов малого таза, увеличению частоты восстановления фертильности. Полученные результаты свидетельствуют о клинической, психологической, социальной и экономической эффективности использования современных лечебно-диагностических и организационных технологий.

Литература

1. Будаев А.И. и др. // Лапароскопия и гистероскопия в гинекологии и акушерстве. М., 2002. С. 308–309.
2. Гаспаров А.С. и др. // Акуш. гинекол. 2003. № 1. С. 40–41.
3. Гаспаров А.С. и др. // Лапароскопия и гистероскопия в гинекологии и акушерстве. М., 2002. С. 200–203.
4. College National des Gynecologues et Obsteticiens Francais. [Ectopic pregnancy management. Guidelines] // J. Gynecol Obstet Biol Reprod. 2003. Vol. 32 (7 Suppl). P. 109–112.
5. Zahoor S. et al. // J Coll. Physicians Surg. Pak. 2004. Vol. 14 (8). P. 494–495.
6. Kumtepe Y., Kadanali S. // Ultrasound in Obstetrics and Gynecology. 2006. Vol. 27(1). P. 91–100.
7. Кулаков В.И. и др. Руководство по охране репродуктивного здоровья. М., 2001.
8. Штыров С.В. // Вопр. гинекол., акуш. перинатол. 2002. Т. 1. № 2. С. 86–89.
9. Хачатрян А.К., Волков Н.И. // Акуш. и гинек. 2001. № 4. С. 25–28.
10. Tahseen S., Wylde M. // J. Obstet. Gynaecol. 2003. Vol. 23(2). P. 189–190.
11. Кулаков В.И., Адамян Л.В., Мынбаев О.А. Послеоперационные спайки. М., 1998.
12. Кулаков В.И. и др. Диагностика и лечение женского бесплодия. М., 2003.
13. Promecene P.A. // Semin. Laparosc. Surg. 2002. № 9. P. 64–75.

Ростовский научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии

25 сентября 2006 г.

УДК 618.11: 61 2.621.31: 616.5

ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЗМА ПОЛОВЫХ ГОРМОНОВ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА КОЖУ ПРИ СКЛЕРОПОЛИКИСТОЗЕ ЯИЧНИКОВ

© 2006 г. Н.А. Родина

Metabolic peculiarities of sexual hormones and their influence over skin pathology are represented in this paper. The author has included the investigations of the own. The purpose of the research was to determine the correlation between the ovarian scleropolycystosis and hormone disturbances and skin pathology.

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) является распространенной патологией, частота которой колеблется, по данным разных авторов, от 0,6 до 11 % и у 94 % женщин сопровождается бесплодием [1].

Несмотря на многочисленные изыскания в области этиопатогенеза СПКЯ, к сожалению, и сегодня нет достаточно четкого его определения. Этому синдрому и в настоящее время уделяется повышенное внимание