

БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE

Замира Бахтияровна УСИНОВА

акушер гинеколог врач, Региональный

Перенатальный центр Республики Каракалпакстан

Рахматулла НИЯЗМЕТОВ

д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии

Ташкентский институт усовершенствования врачей

ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

For citation: Z.B. Usinova, R. Niyazmetov COMPLICATIONS AFTER ECTOPIC PREGNANCY SURGERY Journal of Biomedicine and Practice. 2021, vol. 6, issue 3, pp. 39-43



<http://dx.doi.org/10.26739/2181-9300-2021-3-5>

АННОТАЦИЯ

Внематочная беременность является наиболее распространенной патологией в гинекологической практике, которая приводит к снижению и потере репродуктивной функции. После операции по поводу внематочной беременности около 35% женщин имели ранние осложнения, такие как синдром системной воспалительной реакции и воспалительные процессы придатков матки. Репродуктивная дисфункция наблюдалась у 58,9% женщин, а частота повторных внематочных беременностей составила 20,0%, что свидетельствует об актуальности исследуемой проблемы.

Ключевые слова: внематочная беременность; факторы риска; диагностика, осложнения.

Замира Бахтияровна УСИНОВА,

акушер-гинеколог шифокор, Қорақалпоғистон

Республикаси Перенаталь маркази

Рахматулла НИЯЗМЕТОВ

т.ф.д., проф. акушерлик ва гинекология кафедраси,

Тошкент шифокорлар малакасини ошириш институти

ЭКТОПИК ҲОМИЛАДОРЛИК ОПЕРАЦИЯСИДАН КЕЙИНГИ АСОРАТЛАР

АННОТАЦИЯ

Эктопик ҳомиладорлик гинекологик амалиётда энг кўп учрайдиган патология бўлиб, бу пасайиш ва репродуктив функцияни йўқотишига олиб келади. Эктопик ҳомиладорлик операциясидан сўнг, аёлларнинг 35% фоизда тизимли яллиғланиш реакцияси синдроми ва бачадон қўшимчаларининг яллиғланиш жараёни кучайиши каби эрта асоратлар кузатилган.

Репродуктив дисфункция аёлларда 58,9% ва такрорий эктопик ҳомиладорликнинг частотаси 20,0% кузатилган, бу ўрганилаётган муаммонинг долзарблигидан далолат беради.

Калит сўзлар: эктопик ҳомиладорлик; хавф омиллари; диагностика, асорат.

Zamira Bakhtiyarovna USINOVA

gynecologist doctor, Regional Prenatal Center
of the Republic of Karakalpakstan

Rakhmatulla NIYAZMETOV

Department of Obstetrics and Gynecology,
Tashkent Institute of Advanced Medical Education

COMPLICATIONS AFTER ECTOPIC PREGNANCY SURGERY

ANNOTATION

Ectopic pregnancy is the most common pathology in gynecological practice, which leads to a decrease and loss of reproductive function. After ectopic pregnancy surgery, about 35 percent of women had early complications, such as systemic inflammatory reaction syndrome and inflammatory process suppuration of the uterine appendages. Reproductive dysfunction was observed in 58,9% of women and the frequency of repeated ectopic pregnancy was 20,0%, which is the problem under study indicates the relevance of.

Key words: ectopic pregnancy; risk factors; diagnostics, complications.

АКТУАЛИГИ: Сўнгги йилларда эктопик ҳомиладорлик частотасининг кўпайиш тенденцияси кузатилмоқда. Адабий маълумотларга кўра эктопик ҳомиладорликнинг ўртача частотаси ҳомиладорликнинг умумий сонига нисбати буйича 1,2-1,4% ни ва туғишга нисбати буйича 0,8-2,4% ни ташкил қилади.

О.А. Пересаднинг маълумотларига кўра (2017) эктопик ҳомиладорлик частотаси Россияда 200 ҳомиладорликга 1, АҚШта эса 1:100 дан 1:400 ҳомиладорликгача ташкил қилади.(5). Эктопик ҳомиладорликнинг келиб чиқиш хавфин кучайттирувчи кўплаб омиллар бор: ички жинсий аъзоларнинг яллиғланиш касалликлари сонининг ортиши, абортлар сонининг ортиши, бочадон ичи ва гармональ контрацепциядан фойдаланиш, олдинлари бочадон трубаларига операция ишланган ёрдамчи репродуктив технологиялар ва овуляция индукторларини куллаш, бочадон ва қушимчалар шиши ва шишсимон тузулмалар, эндометриоз, гениталь инфантилизм, вегетатив-қон томир ва нейроэндокрин бузилишлар, трофобластнинг юқори активлиги, стресс.

Эктопик ҳомиладорлик этиологиясида яллиғланиш касалликлари 42-80% ни ташкил қилади. Сўнгги йилларда эктопик ҳомиладорликнинг келиб чиқиш хавфи омиллари орасида асосий эътибор жинсий йуллар билан ўтувчи инфекцияларга қаратилмоқда. Бу, биринчи навбатда эктопик ҳомиладор пациентларнинг 50-60% да ўчрайдиган хламидияли сальпингитга тегишли. Ички жинсий аъзоларнинг яллиғланиш касалликлари ўтказувчанликнинг бузилишига, бочадон трубагининг асаб-мушак аппаратининг лат ейишига ва нейроэндокрин бузилишларга олиб келади. Эктопик ҳомиладорлик хавфининг аҳамиятли омилларининг бири бу ўтказилган абортлар булиб, уларни деярли ҳар бир аёлнинг иккинчиси бошидан ўтказган. Эктопик ҳомиладорлик – уруғланган тухум хужайра ёпишадиган ва бочадондан ташқари ривожлана бошлайдиган ҳолат. Энг аввало (тахминан 95-98% да) бу бочадон трубада юз беради, энг кўп локализациялар – тухумдон, бочадоннинг рудиментар шохчаси, қорин бушлиғи (4).

Эктопик ҳомиладорликда оналар ўлимчилиги жаҳонда иккинчи ўринни эгаллайди ва шиддат билан ривожланувчи қон кетиш ва шок билан ўтишига сабаб бўлади. Республикамизда сўнгги йилларда бу каби патологияда ўлим ҳолатларининг пасайганлиги кўзатилди (1,3).

«Дастлабки» эктопик ҳомиладорлик ўта актуаль муаммо ҳисобланади, чунки аёлларнинг 50% дан аксариятида хирургик эмлашдан сўнг репродуктив функция бузилади, такрорий

эктопик мидация частотаси эса 7-17% ни ташкил қилади. Шунга мувофиқ, эктопик ҳомиладорликдан сўнг репродуктив функцияни сақлаб қолиш тиббий-ижтимоий аҳамиятли муаммо ҳисобланади (2,6).

Тадқиқотнинг мақсади – эктопик ҳомиладорлик сабаб операцияни бошдан ўтказган аёллардаги яллиғланишларни ўрганиш.

Тадқиқот материаллари ва услублар

Ретроспектив гуруҳда клиник материалларни йиғиш 2013-2017 йй шаҳар туғриқхона комплексида ва Нукусдаги Республика Перинаталь Марказида ўтказилди. Операциядан сўнг дастурий комплекс эмланган, эктопик ҳомиладорлик сабабли операцияни бошдан ўтказган 95 аёлда эрта ва узоқ яллиғланишларни ўрганиш.

Тадқиқот натижалари ва уларнинг талқини

Юқорида келтирилган даврда 1-шаҳар туғриқхона комплексининг гинекология бўлимида эктопик ҳомиладорлик ташхиси билан 38(40,0%) аёллар ва Нукус шаҳри Республика Перинаталь Марказига 57(60,0%) аёллар келиб тушди. 95 аёлдан 30(31,5%) да эктопик ҳомиладорлик труба ёрилиш турида булиб, 16(16,8%) аёлда енгил даражадаги, 5(5,2%) да ўртача ва 2(2,1%) да оғир даражадаги геморрагик шок ҳолати кўзатилди, ўртача қон кетиш 1060+80,0 мл. ни ташкил этди.

Туғриқхонага қон кетиш билан 16(16,8%) ҳомиладор келган бўлса, шундан 9(56,2%) ҳомиладор кечки ва тунгги вақтларга ётқизилди. Соматик анамнезни ўрганиш жараёнида эктопик ҳомиладор аёлларда ҳомиладор булганга қадар турли экстрагениталь касалликлари борлигини кўрсатди. Тўғиш тарихини кўздан кечириш бўйича клиник статистик тадқиқотлар ушбу патологиянинг ривожланишига кўмаклашувчи энг аҳамиятли ҳавфли омиллар сифатида ҳомиладорларда ВЗОМТ ажратиб чиқариш имконини беради. ВЗОМТ 79(83,1%) аёлларда учраб, шундан 51(53,6%) да бир томонлама ўтқир сальпингоофарит ва 28(29,4%) да икки томонлама сальпингоофарит учради, ЦМВ, хламидия ва ВПГ ўрганилаётган гуруҳдаги аёлларнинг 46(43,8%) да кузатилиб, шундан 39(41,0%) да уюшган турида аниқланди ва текширилганларнинг ўртача ёши 24,2+0,4 ёшни ташкил этти.

Эктопик ҳомиладорлиги бор аёлларнинг 39(41,0%) нинг анамнезида артифициаль абортлар булган, шундан 33,6% да битта абортдан, 6,3% да икки абортдан ва 1,1% уч абортдан иборат, ўзидан-ўзи выкидиш 4,4% аёлда кузатилди.

Ёркин полиморфизмнинг клиник кўринишига қараб, «эктопик ҳомиладорлик» ташхисини ҳам енгил, ҳам оғир ҳолида талқин қилиш мумкин, айниқса ривожланиб боровчи трубади ҳомиладорликда ва трубади аборт тури бўйича. Трубади ёрилиш тури бўйича бузилган эктопик ҳомиладорлик диагностикаси қийинчилик туғдирмайдилар, чунки унинг клиникаси ушбу касалликнинг «классик» ўтиши ҳақида тушунчага мос келади. 8(8,4%) аёлда трубади аборт тури бўйича 6 ҳафтадан 8 ҳафтагача муддатда эктопик ҳомиладорликни эмлашнинг жаҳон «олтин» стандартидан, қондаги хорион гонадотропин (ХГ) ни аниқлашдан фойдаланилди, бунда ушбу гармоннинг микдори эктопик ҳомиладорлик муддатига туғри келмаслиги аниқланди. УЗИ диагностикаси бочадон бушлиғида трофобластнинг булмаслигини кўрсатди ва у бочадон трубасида аниқланди.

Эктопик ҳомиладорликни эмлаш операция йули билан, яъни бочадон трубасини олиб ташлаш орқали олиб борилди. Барча беморлар операциядан кейинги даврда 5-7 кунгача бактерияга қарши терапия ва 4 ой мобайнида гидротубация тўла курсини олди. Аммо операциядан кейинги даврда 34(35,7%) аёлда дастлабки кундан бошлаб тана ҳарорати 38,0 градусгача кўтарилиб, бу ярмидан кўпида 3-4 кунгача сақланиб қолиши маълум бўлди. Бир беморда 5 кун мобайнида операциядан сўнг пельвиоперитоний ҳодисаси аниқланди. Тана ҳароратининг кўтарилиши жами интоксикация, тахикардия ва қорин пастиди, операциядан кейинги жойда оғриқ билан бирга юради. Қолган кушимчаларда ўтқир яллиғланиш жараёнларининг зўриқиши 21 аёлда кузатилиб, бу 22,1% ни ташкил қилди. 54(56,8%) беморда ОНС томонидан ўзгариш интоксикация фонида бош оғриғи орқали намаён бўлди, аммо бунда ҳис-туйғу барча текширилувчиларда сақланиб қолди.

Операциядан сўнг жами қон анализи натижаларининг ёмонлашуви, аниқ кўринарли лейкоцитоз, гемоглобин, эритроцитлар даражасининг пасайиши, СОЭ, жигар намуналари кўрсаткичлари (билирубин, ферментлар) нинг ортиши ва қон тизимини ўзгарттирувчи оксил таркиби кўрсаткичларининг (фибриноген, тромбоцитлар даражаси ва Ли-Уайт буйича қоннинг ўзгариши вақти) пасайиши аниқланди.

Ўтказилган қайта тикловчи эмлаш курси фонида операциядан кейинги даврда, гидротубация ёрдамида, фақат 20(21,0%) пациентда дастлабки йил мобайнида, 13(13,6%) да – 2 йилдан сўнг ва 6(6,3%) да – уч йилдан сўнг ҳомиладорлик бошланди. Гидротубациянинг ўтказилган дастлабки сеансидан сўнг 24(25,2%) аёлдан 16(66,6%) да қорин тагида кўчли оғриқ бўлиб, 3(12,5%) да тана ҳарорати 38 градусгача кўтарилган, шунга мувофиқ ушбу процедура бекор қилинди.

Шундай қилиб, 3 йил мобайнида комплекс эмлаш ўтказилганидан сўнг, фақат 39(41,0%) аёлда репродуктив функция қайта тикланди, 56(58,9%) да эса бепуштлиқ аниқланди. Такрорий эктопик ҳомиладорлик 19(20,0%) аёлда учраб, бу иккиламчи абсолют бепуштлиқга олиб келди.

Хулоса:

1. Эктопик ҳомиладорлик операциядан сўнг эрта яллиғланиш ушбу организмнинг ТЯРС (tizimli яллиғланиш реакцияси синдроми) бўлиб, у 34 (35,7%) аёлларда аниқланди ва бочадон қушимчаларининг яллиғланиш жараёнларининг кучайиши 21 (22,1%) аёлларда аниқланди.
2. Узоқ яллиғланишлардан такрор эктопик ҳомиладорлик 19(20,0%) аёлда ретроспектив гуруҳда ва иккиламчи бепуштлиқ 56 (58,9%) аёлларда аниқланди.

Адабиётлар:

1. Айламазян Э.К., Рябцева И.Т. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии. — 2-е изд., доп. — М.: Мед.книга; Н.Новгород: НГМА, 2003. (№-64)
2. Алексеева М.А., Екимова Е.В., Колодько В.Г. и др. Внематочная беременность. Проблемы репродукции. 2015;3:7-14.
3. Аюпова Ф.М., Джаббарова Ю.К., Гинекология. Учебник. Ташкент. 2010;206.
4. Кира Е.Ф. Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. Под ред. В.И. Кулакова, Л.В. Адамян. — М.: ПАНТОРИ. 2015:29-31.
5. Пересада О.А. Внематочная беременность //Медицинские новости. 2016;1(2):7-17.
6. Садуакасова Ш.М., со авторами., Клинический случай сочетания маточной и трубной беременности/ Жур. Вестник КазНМУ. 2017;(1):31-35.
7. Фетищева Л.Е., Ушакова Г.А., Внематочная беременность: факторы риска, диагностика и восстановление фертильности/ Жур. «Клиническая медицина» Кемеровский Мед.Унвер. 2017:8-10.
8. Эгамбердиева Л.Д., со авторами., Современные методы диагностики и лечения эктопической беременности. Клиническое наблюдение. Жур. практическая медицина. 2015;5:90.
9. Faioli R., Berretta R., Dall'Asta A., Di Serio M., Galli L., Monica M., Frusca T. Endoloop technique for laparoscopic cornuectomy: a safe and effective approach for the treatment of interstitial pregnancy. J. Obstet. Gynaecol. Res. 2016;42(8):1034-1037. doi: 10.1111/jog.13005.
10. Grindler N.M., Ng J., Tocce K., Alvero R. Considerations for management of interstitial ectopic pregnancies: two case reports. J. Med. Case Rep. 2016;10:106. doi: 10.1186/s13256-016-0892-9.
11. Gudu W., Bekele D.A pre-operatively diagnosed advanced abdominal pregnancy with a surviving neonate: a case report. J. Med. Case Rep. 2015;9:228. doi: 10.1186/s13256-015-0712-7.

12. Beer, M. Surgical techniques for vault prolapse: a review of literature M. Beer, A. Kuhn // Eur. J. Obst. Gynec.Reprod. Biol. 2005;119:144-155.
13. Biller, D.H., Daliva G.W. Vaginal vault prolapse: identification and surgical options, Cleve Clin. J. Med. 2005;72(4):1-8.
14. Das, R.K. Optimizing pelvic surgery outcomes, Cleve Clin. J. Med. 2005;72(4):28-32.