

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

М.Ф. АМОНОВА, Г.Ш. ЭЛТАЗАРОВА, Д.И. ТУГИЗОВА

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ЭКТОПИК ҲОМИЛАДОРЛИКДАН КЕЙИНГИ РЕАБИЛИТАЦИЯГА ЯНГИЧА ЁНДАШУВ

М.Ф. АМОНОВА, Г.Ш. ЭЛТАЗАРОВА, Д.И. ТУГИЗОВА

Самарканд Давлат Тиббиёт Институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд

NEW APPROACHES TO REHABILITATION AFTER ECTOPIC PREGNANCY

M.F. AMONOVA, G.Sh. ELTAZAROVA, D.I. TUGIZOVA

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

Ушбу ишда бачадондан ташқари ҳомиладорликда найларнинг ёрилиши туфайли юзага келадиган геморрагик шокда аёллар ўлими билан якун топадиган ҳолат ва летал якун топмайдиган ҳолат-“near miss” билан солиштирма клиник анализ ўтказилиши олиб борилган. Бунда қон йўқотиши туфайли аденогипофизда юзага келган характерли морфологик ўзгаришлар ифодаланган. Бу эса критик ҳолатда яшаётган беморларни реабилитациясига қаратилган.

Калит сўзлар: *эктопик ҳомиладорлик, геморрагик шок, аденогипофиз, реабилитация.*

The work includes the clinical comparative analysis of ectopic pregnancy's mortality cases caused by hemorrhagic shock and near miss. Current results contain morphological changes in the adenohypophysis which depend on the amount of hemorrhage and determine the direction of rehabilitation measures in a group of patients who experienced hemorrhage shock.

Keywords: *ectopic pregnancy, hemorrhagic shock, adenohypophysis, rehabilitation.*

Внематочная беременность относится к медико-социальной проблеме настоящего времени и входит в пятерку наиболее часто встречающихся патологий в структуре материнской смертности (МС) в мире.

В последнее десятилетие отмечается тенденция к неуклонному росту частоты ВБ во всем мире за счет увеличения частоты воспалительных заболеваний органов малого таза, искусственных абортов и раннему началу половой жизни, внедрением программ вспомогательных репродуктивных технологий. Частота повторной внематочной беременности (ВБ) колеблется от 4 до 12%. Наиболее распространенной локализацией эктопической беременности является маточная труба (98,5%), нарушение целостности которой может привести к массивному кровотечению, угрожающему жизни женщины. Последствия геморрагического шока не ограничиваются нарушениями кровоснабжения, лимфооттока и иннервации органов периферического эндокриннозависимого звена репродуктивной системы (матка – яичники – трубы), но и лежат в основе изменений деятельности гипоталамуса, гипофиза, надпочечников и, в целом, определяют дезорганизацию иерархических принципов её функционирования.

Вышеизложенное определило цель исследования: обосновать необходимость патогенетических подходов к реабилитации у пациенток, едва не погибших от массивных кровотечений в связи с прервавшейся трубной беременностью, для достижения которой были определены следующие задачи:

1. провести клинический анализ материнских смертей и случаев, едва не завершившихся

летальным исходом («near miss») по причине массивных кровотечений при внематочной беременности;

2. дать морфометрическую и иммуногистохимическую характеристику поражения аденогипофиза при кровотечениях, связанных с прерыванием трубной беременности и определить их корреляционные связи с объемом кровопотери;

3. обосновать необходимость патогенетических подходов к реабилитационным мероприятиям для пациенток, едва не погибших от массивных кровотечений, связанных с внематочной беременностью.

Материал и методики исследования.

Проведен сравнительный клинический анализ материнских смертей (МС) (n=12) и случаев едва не завершившихся летальным исходом – «near miss» (n=29), произошедших по причине массивных кровотечений в результате прервавшейся трубной беременности. Анализировались результаты макро- и микроскопических исследований, данные морфологических, морфометрических и иммуногистохимических исследований. Гистологическое исследование проводилось бинокулярным микроскопом «Бимам Р-11» с последующей микрофото съемкой. Морфометрические расчеты проведены с помощью пакета прикладных программ Statistica 6.0 фирмы Statsoft.

Результаты и их обсуждение. Возрастной состав больных, составивших случаи МС и «near miss», отличался и характеризовался преобладанием в случаях с летальным исходом женщин в возрасте старше 30 лет – 9 (75,0%).

В группе «near miss» пациенток в возрастном диапазоне до 30 лет и от 31 года и старше

оказалось равное количество – соответственно 14(48,4%) и 15(51,7%). У каждой погибшей пациентки от кровотечения, развившегося в результате разрыва маточной трубы с формированием гемоперитонеума, в анамнезе были беременности, из них роды отмечались лишь у двух (16,7%), а у остальных 10-ти женщин (83,3%) беременности завершались искусственными (80%) и самопроизвольными абортами (20%). В группе «near miss» (n=29) геморрагический шок был также обусловлен прервавшейся трубной беременностью с развитием внутрибрюшного кровотечения. Первобеременными являлись 6 пациенток (20,7%). Предшествующие беременности отмечались у 23-х женщин (79,3%). У 4-х пациенток (17,4%) в анамнезе не было родов, а предыдущие завершались искусственными абортами. Рожавшие пациентки в данной группе, в отличие от случаев МС, составляли большинство – 19 из 29-ти (82,6%), при этом одни и двое родов в анамнезе встречались у равного количества больных (у 9-ти из 23-х – 39,1%), трое родов выявлено лишь у одной пациентки – (4,3%).

Сроки прерывания трубной беременности соответствовали I триместру и в среднем составляли в группе МС $7,4 \pm 1,8$, а в группе «near miss» $6,8 \pm 0,9$ недель гестации. Более чем у 2/3 пациенток (у 8-ми из 12-ти, 66,7%) группы МС заболевание началось остро в виде внезапного приступа боли внизу живота и потери сознания. Среди едва не погибших пациенток («near miss») госпитализация в стационар позднее 24 часов от момента развития клинических симптомов отмечалась с достоверно меньшей частотой (6 из 29-ти – 20,7%, $p < 0,05$).

Суммарный объем кровопотери в обеих группах варьировал от 1000 до 3000 мл. Тяжелыми осложнениями, которые в группе МС определили летальный исход, а в группе «near miss» развитие критических состояний, явились геморрагический шок и синдром ДВС. В группе МС суточная летальность имела место в 9 случаях (75,0%), остальные 3 женщины (25,0%) находились в стационаре более 4-х суток. Микроскопически в стенке маточной трубы отмечалась инвазия интерстициального цитотрофобласта. В случаях неполного трубного аборта в маточных трубах отмечалось резкое полнокровие, кровяные свертки и темная жидкая кровь в просвете; среди кровяных свертков часто встречались ворсины хориона с дистрофическими изменениями.

В случаях полного трубного аборта в брюшной полости среди кровяных свертков обнаруживались ворсины хориона. В маточной трубе отмечались фрагментация мышечного слоя с очаговыми, обширными кровоизлияниями по межмышечным пространствам, обострение хронического воспаления. Во внутренних органах, как

правило, выявлялись признаки геморрагического шока и синдрома ДВС. Массивные кровотечения приводили к нарушению важнейшего звена гомеостаза – гемостаза, в которой дисбаланс коагуляции, фибринолиза, эндотелиальных клеток сосудистого русла и тромбоцитов сопровождался прогрессированием кровотечения и развитием синдрома ДВС.

Убедительным доказательством синдрома ДВС, развившимся на фоне различного объема кровопотери оказалась сопоставимая частота тромбоза микрососудов. При этом заслуживало внимания двукратное увеличение удельного процента микроист, которые встречались чаще и были больше по объему в случаях МС от кровопотери в объеме от 2200 до 3000 мл.

Вероятно, количество микроист находится в прямой зависимости от гипертрофии базофильных клеток.

Важной дополнительной характеристикой выявленной гипертрофии базофилов аденогипофиза послужили иммуногистохимические данные, которые позволили конкретизировать продукцию гормонов этими клетками в зависимости от объема кровопотери. Так, у женщин с кровопотерей до 2000 мл с помощью антител против адренокортикотропного гормона (АКТГ) в большинстве гипертрофированных базофилов была выявлена умеренная иммуноположительная реакция. Гранулы иммуноположительного материала равномерно распределились в их цитоплазме, с некоторой их концентрацией в краевой зоне плазмолеммы.

При кровопотере от 2200 до 3000 мл, отмечалась выраженная гиперпродукция АКТГ в базофилах аденогипофиза, поскольку иммуноположительные гранулы были более выражены в периферийных отделах цитоплазмы, что свидетельствовало о повышенной продукции АКТГ.

Антитела против ФСГ и ЛГ не выявили существенных отличий в зависимости от величины кровопотери, что свидетельствует об отсутствии их гиперпродукции в базофилах.

Установлено, что развитие некротических изменений аденогипофиза зависит не только от объема кровопотери, но также и от её продолжительности, поскольку при досуточной летальности некроз аденогипофиза отмечен в 25% случаев, а при наступлении смерти спустя 4 суток после начала кровотечения – в 75%. Сопоставление морфометрических показателей объективно свидетельствовало о более значимых структурных изменениях аденогипофиза при кровотечениях превышающих 2000 мл.

Таким образом, достоверная причинная зависимость патоморфологических изменений аденогипофиза от объема кровопотери характеризует компенсаторный механизм в условиях острой

надпочечниковой недостаточности, свойственной любому шоку, в том числе и постгеморрагическому. Полученные результаты в группе МС позволяют экстраполировать выявленные изменения и прогнозировать их высокую вероятность развития у больных, едва не погибших от массивных кровотечений в связи с прервавшейся трубной беременностью.

Характерные морфометрические изменения гипофиза представляют собой инициальные стадии синдрома Шихана, который в полной мере развивается при длительном прогрессировании гипопитуитаризма, что обосновывает направленность реабилитационных мероприятий для пациентов, едва не погибших от массивных кровотечений, связанных с внематочной беременностью.

Литература:

1. Давыдов А.И. Роль трансвагинальной эхографии в системе диагностики внематочной беременности / А.И. Давыдов, В.С. Попова // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2011. – Т. 10, №3. С. 34-38.
2. Истомина Н.Г. Современные медицинские технологии, применяемые в диагностике и лечении эктопической беременности / Н.Г. Истомина, А.Н. Баранов // Журнал акушерства и женских болезней. – 2008. – Т. LVII, № 1. – С. 109-115.
3. Махотин А.А. Оптимизация протокола ранней неинвазивной диагностики эктопической беременности / А.А. Махотин, Н.Е. Махотина, А.И. Шевела // Вестник Новосибирского государственного университета. Серия: Биология, клиническая медицина. 2011. Т. 9, № 2. С. 82-86.
4. Семёнова О.К. Состояние репродуктивной функции у женщин с внематочной беременностью / О.К. Семёнова, Л.А. Егорова // Проблемы женского здоровья. – 2008. – Т. 3, № 1. – С. 67-69.
5. Чернова И.С. Современные аспекты этиологии и патогенеза эктопической беременности (обзор

- литературы) / И.С. Чернова, А.В. Козаченко // Проблемы репродукции. 2009. № 5. С. 28-32.
6. Chen Z.Y., Liu J.H., Liang K., et al. The diagnostic value of a multivariate logistic regression analysis model with transvaginal power Doppler ultrasonography for the prediction of ectopic pregnancy // J Int. Med. Res. – 2012. – Vol. 40(1). – P.184-193.
 7. Crochet P., Agostini A. Prognostic value of human chorionic gonadotropin levels 4 days after a single dose of methotrexate for ectopic pregnancy // Clin Evid (Online). – 2012. – 10; 1406-09.
 8. Molina Sosa A. Conservative, laparoscopic and medical treatment of ectopic pregnancy / Source // Ginecol Obstet Mex. – 2007. – 75(9):539-48.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

М.Ф. АМОНОВА, Г.Ш. ЭЛЬТАЗАРОВА,
Д.И. ТУГИЗОВА

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

В работе проведен сравнительный клинический анализ материнских смертей и случаев, едва не завершившихся летальным исходом – «near taiss», по причине геморрагического шока, развившегося в результате разрыва маточной трубы при эктопической беременности. Представлены данные характерных морфологических изменений аденогипофиза в зависимости от объема кровопотери, определяющие направленность реабилитационных мероприятий в группе пациентов, переживших критические состояния.

Ключевые слова: эктопическая беременность, геморрагический шок, аденогипофиз, реабилитация.