

УДК 618.31-071.616-079.3

© О. М. Маланчук, Б. Р. Темех, 2012.

ДОСЛІДЖЕННЯ ЧИННИКІВ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ ПОЗАМАТКОВОЇ ВАГІТНОСТІ

О. М. Маланчук¹, Б. Р. Темех²¹Державна установа «Інститут спадкової патології НАМН України» (директор – професор О. З. Гнатейко);²Львівський міжобласний медико-генетичний центр, м. Львів.

RISK FACTORS OF THE ECTOPIC PREGNANCY DEVELOPMENT RESEARCHED

O. M. Malanchuk, B. R. Temeh

SUMMARY

We were formed two groups of women: group I – with ectopic pregnancy, the second group (control) – with small physiological pregnancy period. The study of reproductive and gynecological history of women of the two groups. To establish the risk factors of ectopic pregnancy, all women were tested for carriage of urogenital infections by polymerase chain reaction. The vast majority of women with ectopic pregnancy (76,0%) detected carriage of urogenital infections. In 57,9% of them found a combination of infection: often met ureaplasmosis combined with mycoplasmosis – 8 (21,1%) and ureoplasmosis of chlamydia – 7 (18,%).

Set in each case a factor of ectopic pregnancy and of appropriate treatment will reduce the incidence of repeated ectopic pregnancy and prevent the possibility of secondary infertility.

ИССЛЕДОВАНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

О. М. Маланчук, Б. Р. Темех

РЕЗЮМЕ

Нами были сформированы 2 группы женщин: I группа – с внематочной беременностью, II группа (контрольная) – с физиологической беременностью маленького срока. Проведено изучение репродуктивного и гинекологического анамнеза женщин обеих групп. С целью установления факторов риска возникновения внематочной беременности все женщины прошли обследование на носительство уrogenитальных инфекций методом полимеразно-цепной реакции.

У большинства женщин с внематочной беременностью (76,0%) выявлено носительство уrogenитальной инфекции. В 57,9% из них выявлено сочетание инфекции: чаще встречался уреоплазмоз в сочетании с микоплазмозом – 8 (21,1%) и уреоплазмоз с хламидиозом – 7 (18,4%).

Установление в каждом конкретном случае фактора возникновения внематочной беременности и проведение соответственного лечения снизит частоту возникновения повторной внематочной беременности и предотвратит возможность развития вторичного бесплодия.

Ключові слова: мікоплазмоз, позаматкова вагітність, уреоплазмоз, хламідіоз.

Позаматкова вагітність (ПВ) відноситься до патології, яка визначає материнські та репродукційні втрати і по даний час залишається однією з основних проблем акушерства та гінекології. 2,0% від всіх зареєстрованих вагітностей – позаматкові [8, 11, 12]. Частота ПВ на 1000 вагітностей складає в Європі 18,8, у Великобританії – 11,5, в США – 20,0, а в Україні – 15,4 [13, 15, 17]. Частота розвитку ектопічної вагітності після лікування непліддя методом екстракорпорального запліднення складає 2,0-12,4% [5, 6, 14].

Показник материнської смертності при позаматковій вагітності складає 0,9-1,3%. [16]. Відносний ризик летального наслідку при позаматковій вагітності в 10 разів вищий, ніж при пологах, і в 50 разів – ніж при артифіційному аборті [10].

Особливу актуальність представляє те, що після перенесеної ПВ в 17,0-50,0% випадків розвивається репродукційна недостатність у вигляді

трубно-перитонеальної безплідності та повторних ектопічних нівацій плодового яйця [2, 9]. У зв'язку з цим, збереження репродукційної функції після позаматкової вагітності представляє важливу медико-соціальну проблему [3].

Ризик ектопічної вагітності значно зростає зі збільшенням віку матері, кількістю статевих партнерів, при використанні внутрішньоматкових контрацептивів, після запальних захворювань статевих органів (гонореї, хламідіозу) та після оперативних втручань на органах малого тазу. Різноманітні чинники ризику тісно взаємопов'язані. Ризик повторної позаматкової вагітності складає близько 10,0%, він збільшується після самовільного викидня і при ураженні маткових труб. Куріння, за показниками ВОЗ, збільшує ризик розвитку позаматкової вагітності до 2,2-4,0% [6].

Теоретично різноманітні механічні та функціональні чинники, які заважають пересуванню

заплідненого ооцита в порожнину матки, можуть привести до розвитку ектопічної вагітності. Вважається, що головною причиною імплантації плідного яйця в матковій трубці є латентна інфекція, так як близько половини жінок, оперованих по причині ектопічної вагітності, мають ознаки хронічних запальних захворювань статевих органів. Трубно вагітність в багатьох випадках закінчується самовільним викиднем в ранні терміни. Залишки плідного яйця можуть деякий час знаходитися в матковій трубці (хронічна ектопічна вагітність) або поступово розсмоктуються.

Якщо імплантація виникла в тому відділі труби, в якому достатньо місця для плацентації, розвиток проходить, як і при нормальній матковій вагітності: плідне яйце пенетрує слизову оболонку і втілюється в стінку труби. Позаворсинчатий трофобласт може пенетрувати всю товщу м'язової оболонки труби, досягаючи субсерозного слою і матково-яйникових кров'яних судин. Зазвичай при розриві труби ембріон гине, однак в рідкісних випадках зберігається достатнє кровопостачання зародка, і він залишається живим. В цьому випадку розвивається вторинна черевна вагітність. При ектопічній вагітності ендометрій відповідає на гормональні зміни, пов'язані з вагітністю. В ньому проходять місцеві децидуальні зміни (феномен Аріас-Стелли). Коли ектопічна вагітність переривається, децидуальна оболонка матки може відторгнутися вся, але частіше відходять її частини разом зі згустками крові [4].

В регуляції репродукційної функції маткових труб беруть участь ендокринні, аутокринні і паракринні механізми, ворсинчатий секреторний епітелій слизової оболонки, м'язова тканина стінки труби і її трансформуючий фактор росту, а також ЕФР/ТФР-а рецептори. Співвідношенню ЕФР/ТФР-а відводиться роль потенційного регулятора руху ворсинки епітелію, його секреції, перистальтики, кровообігу і проліферації епітеліальних клітин. Стимуляція рецепторів ЕФР і ЕФР/ТФР-а у матковій трубці жінки здійснюється під впливом естрогенів і простагландинів, дисбаланс яких негативно впливає на функціонування маткових труб. У пацієток з позаматковою вагітністю відмічається дисбаланс у клітинній ланці імунітету, підвищення рівня активованих Т-лімфоцитів, підвищення вмісту у сироватці крові ІЛ-1а, ІЛ-10, ФНО-а і зниження ІЛ-4, а також збільшення вмісту фібронектина [1].

Актуальність роботи полягає у високій частоті виникнення позаматкової вагітності, часто повторної. Встановлення в кожному конкретному випадку чинника виникнення позаматкової вагітності та проведення відповідного лікування знизить частоту виникнення повторної позаматкової вагітності і попередить можливість розвитку вторинної неплідності.

Мета роботи: дослідити чинники ризику виникнення позаматкової вагітності у жінок Львівської популяції.

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ

Нами було сформовано 2 групи жінок: I група – з позаматковою вагітністю, II група (контрольна) – з фізіологічною вагітністю малого терміну. Проведене вивчення репродукційного та гінекологічного анамнезу жінок двох груп. З метою встановлення чинників ризику виникнення позаматкової вагітності всі жінки пройшли обстеження на наявність носійства урогенітальних інфекцій. Діагностика урогенітальних інфекцій проводилась методом полімеразно-ланцюгової реакції в лабораторії Інституту спадкової патології АМН України.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

При поглибленому вивченні анамнезу ми встановили, що у 50 (66,7%) жінок I та II груп спостерігалась гінекологічна патологія. Серед спектру гінекологічної патології у жінок обох груп найчастіше спостерігались запальні захворювання жіночих статевих органів – у 18 (36,0%) жінок з позаматковою вагітністю та у 8 (32,0%) жінок з фізіологічною вагітністю малого терміну. Відсутність гінекологічної патології в анамнезі спостерігалась у значної частини жінок обох обстежених груп – у 16 (32,0%) жінок з позаматковою вагітністю та у 9 (36,0) жінок з фізіологічною вагітністю малого терміну.

Найбільшу частку серед репродукційних втрат, у жінок двох груп, склали артифіційні аборти – 30,6% та 25,0% відповідно. Серед групи жінок з позаматковою вагітністю у 14,3% випадках репродукційна функція була ускладнена позаматковою вагітністю в анамнезі повторно. Це свідчить про те, що дана група жінок потребує надзвичайної уваги.

З метою встановлення чинників ризику виникнення позаматкової вагітності всі жінки пройшли обстеження на наявність носійства урогенітальних інфекцій.

У переважної більшості жінок з позаматковою вагітністю (76,0%) виявлено носійство урогенітальної інфекції. У 12 (24,0%) жінок з позаматковою вагітністю не було виявлено носійство урогенітальних інфекцій. Серед жінок з фізіологічною вагітністю малого терміну урогенітальні інфекції виявлено у 32,0% випадках.

Спектр виявлених інфекцій був різноманітним, у 16 (42,1%) жінок виявлено по одному інфекційному агенту. У переважної більшості жінок (57,9%) з позаматковою вагітністю виявлено поєднання інфекцій: частіше зустрічався уреоплазмоз у поєднанні з мікоплазмозом – 8 (21,1%) та уреоплазмоз з хламідіозом – 7 (18,4%). Лише у 4 (10,5%) жінок виявлено поєднання хламідіозу та мікоплазмозу та у 3 (7,9%) жінок – уреоплазмозу з мікоплазмозом та хламідіозом.

Проведення обстеження жінок з позаматковою вагітністю на наявність урогенітальних інфекцій методом полімеразно-ланцюгової реакції виявило у значної кількості жінок наявність уреоплазмозу,

хламідіозу, мікоплазмозу, що могло бути чинником виникнення позаматкової вагітності.

ВИСНОВКИ

1. При поглибленому вивченні анамнезу встановлено, що у 50 (66,7%) жінок I та II груп спостерігалась гінекологічна патологія.

2. Серед спектру гінекологічної патології у жінок обох груп найчастіше спостерігались запальні захворювання жіночих статевих органів – у 18 (36,0%) жінок з позаматковою вагітністю та у 8 (32,0%) жінок з фізіологічною вагітністю малого терміну.

3. У переважній більшості жінок з позаматковою вагітністю (76,0%) виявлено носійство урогенітальної інфекції. У 12 (24,0%) жінок з позаматковою вагітністю не було виявлено носійство урогенітальних інфекцій.

4. У переважній більшості жінок (57,9%) з позаматковою вагітністю виявлено поєднання інфекцій: частіше зустрічався уреоплазмоз у поєднанні з мікоплазмозом – 8 (21,1%) та уреоплазмоз з хламідіозом – 7 (18,4%).

5. Встановлення в кожному конкретному випадку чинника виникнення позаматкової вагітності та проведення відповідного лікування знизить частоту виникнення повторної позаматкової вагітності і попередить можливість розвитку вторинної неплідності.

ЛІТЕРАТУРА

1. Кемпелл С. Гінекологія : підруч. для студ. мед. закл. / С. Кемпелл, Е. Монг. – Москва. – 2003. – 309 с.
2. Комличенко Э. В. Внематочная беременность – современные аспекты диагностики и лечения. Клинико-экономический эффект использования современных медицинских технологий в лечении трубной беременности / Э. В. Комличенко, Б. Л. Цвян, Р. В. Уракова // Журнал акушерства и женских болезней. – 2003. – Т. 52. – С. 28–33.
3. Кравченко О. В. Клінічна оцінка ефективності комплексної диференційно-реабілітаційної терапії у жінок з позаматковою вагітністю / О. В. Кравченко, А. В. Співак // Вісник наукових досліджень. – 2004. – № 2 (35). – С. 69–70.
4. Кравченко О. В. Фактори ризику виникнення ектопічної вагітності в різних відділах маткової труби / О. В. Кравченко, А. В. Співак // Стан репродуктивного здоров'я в Україні та шляхи його покращення : зб. статей. – К., 2002. – С. 110–112.
5. Лапароскопия при гетеротопической беременности, наступившей после лечения бесплодия методом экстракорпорального оплодотворения. Современные подходы к диагностике и лечению внематочной беременности / А. В. Чайка, Е. Н. Носенко, Э. М. Айзятупова [и др.] // Лапароскопия и гистероскопия в гинекологии и акушерстве. – М. : ПАНТОРИ, 2002. – С. 221–222.
6. Лялина Е. А. Результаты лапароскопической линейной сальпинготомии при трубной эктопической

беременности / Е. А. Лялина, Ш. Б. Баранов // Проблемы репродукции : материалы III международного конгресса по репродуктивной медицине, 19–22 января 2009 г., Москва, Россия / ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии Росмедтехнологий». – М.: МедиаСфера, 2009. – С. 243–244.

7. Носенко Е. Н. Особенности иммунологической и цитокиновой функции у пациенток с трубной беременностью. Реабилитация репродуктивной функции после органосохраняющих операций по поводу трубной беременности / Е. Н. Носенко, О. Л. Гарсали // Проблемы, достижения и перспективы развития медико-биологических наук и практического здравоохранения: сб. трудов / Крым. гос. мед. университета им. С. И. Георгиевского. – Симферополь, 2008. – Т. 144, Ч. III. – С. 422–425.

8. Співак А. В. Клініко-патогенетичне обґрунтування диференційно-реабілітаційної терапії у жінок після тубектомії : автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.01 / Співак А. В. / Львівський нац. мед. університет ім. Д. Галицького. – Л., 2005. – 22 с.

9. Співак А. В. Особливості акушерсько-гінекологічного анамнезу жінок з позаматковою вагітністю залежно від локалізації / А. В. Співак // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2004. – № 1. – С. 104–106.

10. Юсупова А. Н. Материнская смертность после внематочной беременности / А. Н. Юсупова, О. Г. Фролова, Е. Г. Фардзинова // Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. – М., 2010. – С. 226–227.

11. Dilbaz S. Predictors of methotrexate treatment failure in ectopic pregnancy / S. Dilbaz, E. Caliskan, B. Dilbaz [et al.] // J. Reprod. Med. – 2006. – Vol. 51 (2). – P. 87–93.

12. Elito Junior J. Tubal patency following surgical / J. Elito Junior, K. Han, L. Camano // Sao Paulo Med. J. – 2006. – Vol. 124 (5). – P. 264–266.

13. Jager C. Surgical management of ovarian ectopic pregnancy / C. Jager, R. Kreienberg, G. Sauer // Zentralbl. Gynakol. – 2006. – Vol. 128 (6). – P. 362–365.

14. Laparoscopic management of an unrecognized spontaneous bilateral tubal pregnancy / E. M. Sommer, K. Reisenberger, G. Bogner [et al.] // Acta Obstet. Gynecol. Scand. – 2002. – Vol. 81, № 4. – P. 366–368.

15. Lipscomb G. H. Medical therapy for ectopic pregnancy / G. H. Lipscomb // Semin. Reprod. Med. – 2007. – Vol. 25 (2). – P. 93–98.

16. Raja M. Unilateral twin ectopic pregnancy with laparoscopic salpingectomy // M. Raja, B. Donepudi, B. Whitlow. – Gynecoil. Surg. – 2008. – Vol. 5, № 1. – P. 53–54.

17. Wicherek L. Analysis of metallothionein, RCAS1 immunoreactivity regarding immune cell concentration in the endometrium and tubal mucosa in ectopic pregnancy during the course of tubal rupture / L. Wicherek, K. Galazka, A. Lazar // Gynecol. Obstet. Invest. – 2008. – Vol. 65 (1). – P. 5261.