Статья поступила в редакцию 6.03.2017 г.

Фетищева Л.Е., Ушакова Г.А.
Областная клиническая больница скорой медицинской помощи им. М.А. Подгорбунского,
Кемеровский государственный медицинский университет,
г. Кемерово

ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ: ФАКТОРЫ РИСКА, ДИАГНОСТИКА И ВОССТАНОВЛЕНИЕ ФЕРТИЛЬНОСТИ. ЛЕКЦИЯ

Внематочная беременность является наиболее распространенной патологией в гинекологической практике, приводящей к снижению, а также потере репродуктивной функции. Диагностика эктопической беременности в случаях ее прерывания и возникновения внутрибрюшного кровотечения не представляет значительных трудностей. Интерес представляет поиск эктопически расположенного плодного яйца при редких формах внематочной беременности. Несмотря на имеющийся прогресс в диагностике и лечении внематочной беременности, не удается достигнуть снижения связанных с ней осложнений.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: внематочная беременность; редкие формы; факторы риска; диагностика.

Fetishcheva L.E., Ushakova G.A.
Regional Clinical Hospital of Emergency Medical Care M.A Podgorbunsky,
Kemerovo State Medical University, Kemerovo

ECTOPIC PREGNANCY: RISK FACTORS, DIAGNOSIS AND FERTILITY RESTORATION. LECTURE

Ectopic pregnancy is the most common pathology in gynecologic practice, leading to the reduction and loss of reproductive function. Diagnosis of ectopic pregnancy in cases of its occurrence interrupts and intra-abdominal bleeding does not provide significant difficulties. Of interest is the search for ectopic gestational sac located in rare forms of ectopic pregnancy. Although progress has been made in the diagnosis and treatment of ectopic pregnancy is not possible to achieve reduction of complications associated with it.

KEY WORDS: ectopic pregnancy; rare forms; risk factors; diagnostics.

Внематочная беременность занимает одно из ведущих мест в структуре материнской смертности, стоит на первом месте как причина внутрибрюшного кровотечения и на втором месте в структуре острых гинекологических заболеваний.

Впервые внематочная беременность описана в XVII в., однако диагноз был установлен только после смерти пациентки. Случай прижизненной диагностики внематочной беременности зафиксирован в 1812 году. До 1870 года в мировой литературе описано всего 500 случаев внематочной беременности, причем применяемые методы лечения не давали положительного результата.

Смертность от внематочной беременности остается высокой и в XXI-м веке, занимая в структуре материнской смертности второе место в мире, третье-четвертое – в индустриально развитых странах мира и 5-е – в Российской Федерации. В 2012 году показатель материнской смертности от внематочной беременности в России составил 0,47, в 2013 году – 0,21, в 2014 году – 0,26 на 100000 родившихся живыми.

Корреспонденцию адресовать:
УШАКОВА Галина Александровна,
650029, г. Кемерово, ул. Ворошилова, д. 22а,
ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России.
Тел.: +7-906-976-15-40.
E-mail: petrichl@mail.ru

Внематочная беременность является одной из частых причин, приводящих к бесплодию. Эктопическая беременность не относится к учитываемым репродуктивным потерям, однако до настоящего времени продолжает оставаться одной из основных проблем репродуктологии, имеющей отношение к последующей фертильности женщины. После перенесенной внематочной беременности у многих развивается спаечный процесс в малом тазу, у 60-80 % больных — бесплодие, у 20-30 % пациенток — повторная внематочная беременность.

За последние годы отмечается тенденция к увеличению частоты внематочной беременности. Существует множество факторов, увеличивающих риск возникновения внематочной беременности: неуклонный рост числа воспалительных заболеваний внутренних половых органов, увеличение числа абортов, использование внутриматочной и гормональной контрацепции, применение индукторов овуляции и вспомогательных репродуктивных технологий, перенесенные ранее оперативные вмешательства на трубах, опухоли и опухолевидные образования матки и придатков, эндометриоз, генитальный инфантилизм, вегетативно-сосудистые и нейроэндокринные нарушения, повышенная активность трофобласта, стресс.

Воспалительные заболевания в этиологии внематочной беременности составляют 42-80 %. В последние годы среди факторов риска возникновения внематочной беременности особое внимание уделяют инфекции, передающейся половым путем. Это, в первую очередь, касается хламидийного сальпингита, который встречается у 50-60 % пациенток с внематочной беременностью. Воспалительные заболевания внутренних половых органов приводят к нарушению проходимости, повреждению нервно-мышечного аппарата маточной трубы и нейроэндокринным нарушениям. Не менее важным фактором риска внематочной беременности являются перенесенные аборты, их имеет в анамнезе почти каждая вторая женщина.

Частота эктопической беременности на фоне применения ВМК достигает 3-4 %, что почти в 20 раз больше, чем в общей популяции. При приеме оральных контрацептивов, содержащих прогестагены («мини-пили» или «чистые» прогестагены), частота внематочной беременности повышается до 2 на 100 женщин/лет, что, по-видимому, вызвано ингибирующим влиянием прогестагенов на слизистую оболочку матки и замедлением сократительной активности маточных труб на фоне сохраненной овуляции. Овуляция сохраняется у 50 % пациенток, принимающих мини-пили.

На фоне приема индукторов овуляции частота внематочной беременности увеличивается до 10 %, а при развитии синдрома гиперстимуляции яичников риск эктопической беременности возрастает в три раза в сравнении с общей популяцией.

Перенесенные ранее оперативные вмешательства на трубах также являются фактором риска развития внематочной беременности. Реконструктивно-пластические операции нередко сопровождаются нарушением анатомии. Этим объясняется очень высокая (до 25 %) частота внематочной беременности после проведения подобных операций. Операциями, которые сопровождаются высоким риском возникновения трубной беременности, являются сальпингостомия, неосальпингостомия, фимбриопластика, овариосальпинголизис и наложение анастомоза трубы.

Наличие опухолей или опухолевидных образований матки и придатков приводит к изменению топографических взаимоотношений органов малого таза, что ведет к нарушению транспортной функции труб и возможности имплантации в эктопических местах. Кроме того, может нарушаться гормональная функция яичников, что опосредованно приводит к изменению транспортной функции маточных труб.

При эндометриозе выявляются нарушения транспортной функции маточных труб, что связано с изменением взаимосвязей в системе гипоталамус-гипофиз-яичники-матка. Реже эндометриоз приводит к возникновению механических повреждений труб, сужению их просвета вследствие сдавления гетеротопиями или заращению.

Одной из причин внематочной беременности считается генитальный инфантилизм, это связано с увеличением длины маточных труб и замедленной перистальтикой.

Курение является фактором риска развития внематочной беременности. У курящих пациенток риск возникновения эктопической беременности в 1,5-3,5 раза выше, чем у некурящих. Механизм воздействия никотина заключается в отсроченной овуляции, изменении сократительной активности труб и матки, а также нарушении иммунитета.

Предполагается, что у части пациенток имеет место повышенная активность трофобласта, что изменяет нидационные свойства оплодотворенной яйцеклетки, которые проявляются раньше времени не в полости матке, а в маточной трубе.

В последние годы отмечается увеличение частоты внематочной беременности у рожавших женщин в позднем репродуктивном возрасте. Риск возникновения эктопической беременности у этих пациенток в 3-4 раза выше по сравнению с пациентками в возрасте до 24 лет.

Внематочная беременность встречается у женщин с совершенно нормальными маточными трубами, не имеющих известные факторы риска.

Самая частая форма эктопической беременности — трубная (96,5-98,5 %). Локализация плодного яйца в маточной трубе, по данным США и России, представлена следующим образом: интерстициальный от-

Сведения об авторах:

ФЕТИЩЕВА Лариса Егоровна, врач акушер-гинеколог, гинекологическое отделение № 1, ГАУЗ КО ОКБСМП им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово, Россия. E-mail: alex-nf2010@yandex.ru

УШАКОВА Галина Александровна, доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии № 1, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: petrichl@mail.ru

дел – соответственно 2-3 % и 2-3 %; истмический – 11-12 % и 10-40 %; ампулярный – 80 % и 30-60 %; фимбриальный – 4-5 % и 5-10 %.

Около 5 % внематочных беременностей имеют редкую локализацию: одновременно в обеих трубах, интерстициальной части трубы, яичнике, замкнутом рудиментарном роге, шейке матки, между листками широкой связки, брюшной полости, области рубца после кесарева сечения, переходная форма, сочетание маточной и внематочной беременности. Сведения о распространенности редких форм внематочной беременности ограничены и представлены следующим образом: яичниковая – 1 : 7000 родов, замкнутом рудиментарном роге – 1 : 100000 родов, шеечная – 1 : 8000-18000 родов, брюшная – 1 : 3000-10000 родов.

Редкие формы внематочной беременности часто не учитываются практикующими врачами, поздно диагностируются и являются причиной высокой материнской заболеваемости и смертности.

Одной из редчайших форм внематочной беременности является одновременная двухсторонняя трубная беременность – 5 случаев на 1 млн. исследований операционного материала. Возможно, эта форма является более распространённой, но во многих случаях она остается незамеченной или незарегистрированной.

Механизм одновременного возникновения беременности в обеих трубах объясняется по-разному: множественная овуляция, трансперитонеальная миграция трофобласта из одной трубы в другую, сверхоплодотворение. Клинические симптомы не отличаются от односторонней трубной беременности: задержка менструации, маточное кровотечение, абдоминальный болевой синдром. Исследование в сыворотке крови бета-ХГЧ не позволяет надежно дифференцировать одностороннюю трубную беременность от двухсторонней. Ультразвуковое исследование также не может быть использовано как стандарт этого заболевания, так как, если в трубах нет живых эмбрионов, диагноз ограничивается локализацией внематочной беременности в одной трубе. По мнению Фишбек, в обеих трубах должны быть не только ворсины хориона, но и части плода или весь плод. Позже Норрис заявил, что для диагноза достаточно микроскопической картины ворсин хориона в обеих трубах. Но в том и другом случае диагноз остается, по существу, хирургическим или послеоперационным. Возможно консервативное и хирургическое лечение двухсторонней внематочной беременности. При обосновании медикаментозного лечения используется метотрексат, который впрыскивается последовательно в каждую маточную трубу под трансвагинальным ультразвуковым контролем. Хирургическое лечение варьирует от сальпинготомии с одной стороны и сальпингоэктомии – с другой, до двухсторонней сальпингоэктомии. Многие авторы, касаясь тактики ведения больных с двухсторонней трубной беременностью, отмечают, что в большинстве случаев приходится прибегать к двухсторонней сальпингэктомии, однако в литературе имеются сообщения о трех наблюдениях маточной беременности и родов после консервативной операции с сохранением одной из маточных труб при двухсторонней трубной беременности.

Интерстициальная беременность составляет 2 % от внематочных беременностей. Больные с интерстициальной трубной беременностью в большинстве случаев обращаются к врачу позже, чем с ампулярной или истмической. Частота беременности в маточном углу возрастает до 27 % у пациенток, имеющих в анамнезе сальпингоэктомию, ЭКО и перенос эмбриона. С интерстициальной трубной беременностью связана большая часть смертей, обусловленных внематочной беременностью вообще, поскольку она часто осложняется практически разрывом матки.

Диагностика этой формы внематочной беременности, кроме общих для внематочных беременностей признаков (задержка менструации, маточное кровотечение, абдоминальный болевой синдром) представляет трудности. Faioli R. и соавт. представили опыт использования двух- и трехмерного ультразвукового исследования для диагностики интерстициальной внематочной беременности у трех пациенток. Хирургическое лечение считается наиболее эффективным методом при этой форме внематочной беременности. Эти же авторы представили технику органосохраняющей операции с резекцией угла матки с использованием петли Endoloop. Их метод дал отличные результаты с точки зрения эффективности, уменьшения кровопотери, продолжительности операции и восстановления последующей фертильности. Guven S. и Guven E.S. представили случай временного клипирования артерий матки и яичников для лечения интерстициальной внематочной беременности. Grindler N.M. и соавт. представили два случая интерстициальной беременности, которые успешно пролечены различными малоинвазивными хирургическими методами с использованием гистероскопии, урологических щипцов (для извлечения камней) для трансвагинального удаления плодного яйца после системной терапии метотрексатом. В первом случае, после лапароскопического подтверждения интерстициальной беременности, была проведена успешная мануальная вакуумная аспирация под ультразвуковым контролем. Во втором случае, после системного введения метотрексата, проведено гистероскопическое удаление плодного яйца урологическими щипцами.

Яичниковая беременность является одним из самых редких вариантов внематочной беременности. Из 200 внематочных беременностей одна является истинной яичниковой. Первое сообщение о яичниковой беременности относится к 1682 году (Сент-Морис).

Information about authors:

FETISHCHEVA Larisa Egorovna, the doctor obstetrician-gynecologist, gynecology section N 1, Regional Clinical Hospital of Emergency Medical Care M.A. Podgorbunsky, Kemerovo, Russia. E-mail: alex-nf2010@yandex.ru

USHAKOVA Galina Aleksandrovna, doctor of medical sciences, professor, head of the chair of obstetrics and gynecology N 1, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: petrichl@mail.ru

В последние годы отмечают увеличение ее частоты, что связывается с некоторыми видами внутриматочной и оральной гормональной контрацепции.

Яичниковая беременность развивается при оплодотворении яйцеклетки в полости фолликула. Хотя известно, что яйцеклетка готова к оплодотворению еще до овуляции, многие авторы считают, что при яичниковой беременности в яичник имплантируется уже оплодотворенная яйцеклетка. Плодное яйцо может локализоваться на поверхности яичника с тонкой и легко разрывающейся капсулой плодовместилища. Последняя может располагаться и внутри фолликула, если оплодотворение яйцеклетки произошло без ее выхода или при ее попадании в полость фолликула вторично. Чем глубже располагается фолликул, тем длительнее развивается яичниковая беременность ввиду богатой васкуляризации.

Первичная яичниковая беременность должна соответствовать четырем критериям Шпигельберга: фаллопиевые трубы с фимбриями не должны быть повреждены и отдельно определяться от яичника; плодное яйцо должно находиться в яичнике; плодное яйцо через собственную связку яичника должно прилежать к матке; в стенке плодного яйца должна находиться яичниковая ткань.

Разрыв плодовместилища при яичниковой беременности сопровождается симптомами внутреннего кровотечения, интенсивность которого будет тем больше, чем глубже оно находится.

Предоперационная диагностика яичниковой беременности представляет трудности, поскольку она во многом аналогична трубной беременности, функциональной кисте яичника, трубно-брюшному аборту. Наиболее частыми симптомами являются задержка менструации, боли в животе, повышенный уровень бета-ХГЧ. Важным диагностическим методом является ультразвуковое исследование, а золотым стандартом – лапароскопия. Окончательный диагноз может быть поставлен только во время операции. Перспективным методом лечения яичниковой беременности является использование метотрексата для лечения яичниковой беременности. Kudo M. и др. были первыми использовавшими метотрексат для лечения яичниковой беременности. Shamma F.N. и др. использовали однократную внутримышечную дозу метотрексата. Mittal S. был первым, сообщившим о введении метотрексата непосредственно в плодное яйцо.

Беременность в замкнутом рудиментарном роге возникает вследствие транперитонеальной миграции оплодотворенной яйцеклетки или сперматозоида. Анатомически эту беременность можно отнести к маточной, однако в связи с тем, что в большинстве случаев рудиментарный рог не имеет сообщения с влагалищем, клинически такая беременность протекает как эктопическая. Развитие беременности в замкнутом рудиментарном роге рано приводит к его разрыву в связи со значительным дефектом строения эндометрия и выраженной гипоплазией миометрия.

Шеечная беременность встречается достаточно редко, однако является весьма опасной. Риск шеечной беременности повышают предшествующий аборт или кесарево сечение, синдром Ашермана, прием матерью во время беременности диэтилстильбэстрола, миома матки и ЭКО. При этом плодное яйцо имплантируется в цилиндрическом эпителии канала шейки матки. Ворсины трофобласта глубоко проникают в мышечную оболочку шейки, что приводит к разрушению ее тканей и сосудов и заканчивается массивным кровотечением.

Шеечная беременность обычно лечится хирургическим методом или при помощи метотрексата. Choi H.S. и соавт. представили 4 случая шеечной беременности, которые были успешно вылечены различными органосохраняющими методами. Сравнивая опыт 4-х случаев различными методами терапии в каждом из них, авторы пришли к выводу, что лапароскопическая окклюзия маточной артерии, предшествующая выскабливанию, как и при раке шейки матки, является наиболее эффективным методом профилактики массивного маточного кровотечения.

При интралигаментарной внематочной беременности плодное яйцо развивается между листками широкой связки матки, куда попадает вторично после разрыва стенки трубы в сторону брыжейки маточной трубы.

Брюшная беременность встречается примерно в 1,4 % случаев внематочной беременности. Первое распознавание брюшной беременности приписывают арабскому мусульманскому врачу Albucasis (936-1013). Первое подробное анатомическое описание брюшной беременности связано с именем итальянского врача Jacopo Berengario da Carpi (1460-1530). Брюшная беременность, по-видимому, была неизвестна греческим и римским врачам и не упоминается в трудах Гиппократа. Факторы риска аналогичны трубной беременности – венерические заболевания, операции на маточных трубах в анамнезе, курение табака. Однако около половины пациенток с брюшной беременностью не имеют известных факторов риска. Брюшная беременность, как первичная, так и вторичная, встречается чрезвычайно редко. Брюшная беременность является, как правило, результатом вторичной имплантации: трубный выкидыш, разрыв матки, разрыв элементарного рога матки, разрыв яичника. Плодное яйцо может прикрепляться к различным органам брюшной полости. Очень редко абдоминальная беременность достигает больших сроков. Как правило, она заканчивается разрывом капсулы плодовместилища на ранних сроках, обильным кровотечением и перитонеальным шоком.

Клинические проявления брюшной беременности разнообразны, зависят от локализации и срока гестации. Прогноз для матери и плода при брюшной беременности очень серьезный. Материнская смертность, обычно от массивной кровопотери, достигает 20 %, а перинатальная – 40-95 %. Врожденные аномалии развития и деформации наблюдаются у 21,4 % плодов. Описаны отдельные случаи брюшной беременности, манифестировавшей картиной острого живота и геморрагического шока.

Диагностика брюшной беременности представляет большие трудности. Информационную ценность

представляют рецидивирующие маточные кровотечения, болезненность при шевелении плода, легко пальпируемые части тела плода и его неправильное положение. В 1942 году Studdiford для диагностики первичной брюшной беременности предложил следующие критерии: трубы и яичники должны быть нормальными, отсутствие фистулы между маткой и брюшной полостью, а беременность связана только с перитонеальной поверхностью без признаков того, что там первой была трубная беременность. В 1968 году Фридрих и Ранкин предложили включить в критерии результаты микроскопических исследований, а Кихол – лапароскопические операции, которые также могут быть использованы для диагностики брюшной беременности. Классической находкой при УЗИ является отсутствие эхо-признаков миометрия между материнским мочевым пузырем и плодом, плохая визуализация плаценты. Для подтверждения диагноза могут быть полезны КТ и МРТ, позволяющие различить анатомические структуры, место прикрепления плаценты и вовлеченные сосудистые соединения. Дифференциальная диагностика брюшной беременности включает выкидыш, внутриутробную гибель плода, отслойку плаценты, острый живот при беременности, миому матки с внутриутробной беременностью.

Брюшная беременность на поздних сроках при живом плоде требует немедленного оперативного вмешательства. Противоречивым остается отношение врачей к отделению плаценты. Отделение во время операции может сопровождаться повреждением соседних органов, кровотечением. Осложнения при оставленной плаценте: кровотечение, инфекции, непроходимость кишечника, преэклампсия, отказ от кормления грудью из-за плацентарных гормонов.

Крайне редко (1 : 30000) наблюдается сочетание маточной и внематочной беременности (гетеротопическая беременность), когда в полости матки имеется нормально развивающаяся маточная в сочетании с трубной беременностью. В последние годы, в связи с использованием вспомогательных репродуктивных технологий при лечении бесплодия (стимуляция овуляции), частота гетеротопической беременности увеличилась до 1 : 100 беременностей.

В последние годы, с увеличением распространенности родоразрешения операцией кесарева сечения, появилась новая форма внематочной беременности – в области рубца на матке. Kanat-Pektas M. и соавт. представили систематический обзор клинических исследований женщин с внематочной беременностью в области рубца после кесарева сечения. Тщательный поиск баз электронных данных показал, что в период с января 1978 года по апрель 2014 года было опубликовано 274 статьи. Рассматриваются методы лечения и восстановления фертильности при этой форме внематочной беременности. Наиболее часто применяемыми методами явились системное введение метотрексата, эмболизация маточной артерии, дилятации и кюретаж, гистеротомия и гистероскопия. По данным обзора, гистероскопия и лапароскопическая гистеротомия являются безопасными и эффективными хирургическими методами. Эмболизация маточных артерий должна быть резервной для случаев массивного кровотечения или при подозрении на артериовенозную мальформацию. Системное введение метотрексата, дилятация и кюретаж не рекомендуются как лечение первой линии. Эти процедуры связаны с высоким риском осложнений и гистерэктомии.

Некоторые исследователи предлагают выделять так называемые переходные формы трубной беременности, при которых плодное яйцо одновременно располагается в соседних отделах трубы или в рядом расположенных органах брюшной полости: трубно-брюшную, трубно-яичниковую, фимбриальную и др.

В целом диагностика внематочной беременности достаточно трудна. Это связано с разнообразием клинических проявлений – от незначительной боли внизу живота со скудными кровянистыми выделениями из половых путей до геморрагического шока.

Боли в животе наблюдаются в 95 % случаев внематочной беременности. Задержка менструации от нескольких суток до нескольких недель имеет место в 90 % случаев. Кровянистые выделения из половых путей встречаются в 50-80 % случаев. Болезненность придатков матки при бимануальном исследовании – постоянный симптом, который нередко сочетается с болезненностью шейки матки при ее смещении. Увеличение матки наблюдается в 25 % случаев внематочной беременности. Размеры матки, как правило, меньше предполагаемого срока беременности.

Большое значение для диагностики внематочной беременности имеют дополнительные методы исследования: УЗИ, определение уровня в-субъединицы ХГЧ в крови, а также лапароскопия.

Трансвагинальное ультразвуковое сканирование имеет высокую разрешающую способность. Прогрессирующая маточная беременность может быть диагностирована уже с 1,5-3 недельного срока, при этом диаметр плодного яйца составляет 4 мм. Сердечная деятельность эмбриона определяется после 3,5-недельного срока беременности. Трансвагинальная методика УЗИ позволяет визуализировать плодное яйцо примерно на 1 неделю раньше, чем при трансабдоминальной методике. Цветовое допплеровское картирование (ЦДК) позволяет визуализировать повышенную васкуляризацию в зоне эктопического трофобласта. Это увеличивает диагностическую чувствительность при внематочной беременности с 71 до 87 % по сравнению с трансвагинальным УЗИ.

Соноэластография позволила в 100 % случаев точно диагностировать внематочную беременность при умеренном повышении уровня в-ХГЧ, когда визуализация плодного яйца с применением стандартных режимов визуализации была еще недоступна. Соноэластография является новым многообещающим методом в ранней диагностике внематочной беременности.

Большое значение в диагностике внематочной беременности имеет выявление уровня хорионического гонадотропина человека, который определяется начиная с 7-8-го дня после оплодотворения. в-субъединица ХГЧ отличается по углеводному и аминокис-

лотному составу, поэтому количественное определение ее повышает специфичность и значительно увеличивает точность диагностики. Скорость повышения уровня ХГЧ в крови помогает дифференцировать нормальную и эктопическую или неразвивающуюся беременность. При нормальной беременности содержание ХГЧ в крови удваивается каждые 2 дня.

В настоящее время возможность радиоиммунологического тестирования ХГЧ в сыворотке крови позволяет установить диагноз внематочной беременности в 98,8 % наблюдений. Если иммунологическими пробами улавливаются количества ХГЧ около 1 МЕ/мл, то радиоиммунологическое тестирование выявляет значительно меньшие количества ХГЧ – 1 мМЕ/мл. Преимуществами радиоиммунологического метода определения ХГЧ являются его высокая чувствительность и специфичность, отсутствие перекрестных реакций с другими гормонами и белками, идентичными по структуре, а также возможность точного определения суточного количества секретируемого гормона. Разновидностью радиоиммунологического контроля является иммунорадиометрический метод – определение антигена с помощью меченых антител, что позволяет обнаруживать ХГЧ в сыворотке за неделю до предполагаемой менструации.

Лапароскопия является наиболее точным, надежным и информативным методом выявления внематочной беременности, почти в 100 % случаев позволяет установить правильный диагноз. Диагностическую лапароскопию производят при недостаточной информативности клинического и УЗ-методов исследования, причем чаще всего в случаях, когда не удается уточнить характер имеющейся в брюшной полости жидкости. Этот метод дает возможность визуально определить состояние матки, яичников, труб, объем кровопотери, локализацию эктопического плодного яйца, оценить характер течения беременности (прогрессирующая или нарушенная), а во многих случаях – провести оперативное лечение. Лапароскопия имеет и известные недостатки. Обычно при подозрении на наличие у пациентки внематочной беременности лапароскопия должна производиться на завершающем этапе, когда использование других, менее инвазивных методов исследования, не позволяют врачу установить точный диагноз.

Пункция брюшной полости через задний свод сохраняет свою актуальность и значимость, позволяет диагностировать прервавшуюся и прерывающуюся эктопическую беременность в различных условиях и при отсутствии возможности использования ультразвукового исследования. Достоинства кульдоцентеза заключаются в быстроте и относительной безопасности процедуры. К недостаткам относятся болезненность и частые сомнительные результаты.

Выскабливание полости матки с целью диагностики внематочной беременности производится в настоящее время значительно реже, чем в прежние годы, когда лапароскопия и УЗИ не применялись в гинекологической практике. Выскабливание эндометрия – довольно простой метод, однако далеко не всегда обнаружение в соскобе ворсин хориона исключает наличие внематочной беременности. Метод выскабливания матки можно использовать в случаях, когда пролонгирование беременности нежелательно, даже если это была маточная беременность. Поэтому этот метод целесообразен при проведении дифференциального диагноза внематочной с нарушенной маточной беременностью (неполный аборт), а также с дисфункциональным маточным кровотечением. Один из наиболее достоверных признаков внематочной беременности – децидуальная реакция стромы эндометрия при отсутствии в соскобе элементов хориона.

Особую трудность представляет диагностика редких форм внематочной беременности. Крайне сложна клинически дооперационная диагностика яичниковой беременности, особенно прогрессирующей. Патогномоничные клинические симптомы отсутствуют. Большинство пациенток обращаются в медицинские учреждения уже на стадии прерывания беременности, поскольку задержка менструации наблюдается у 16 % женщин, причем продолжительность ее незначительна. Субъективные жалобы обычно расцениваются как симптомы маточной беременности. Яичниковая беременность обычно прерывается в ранние сроки. Диагностические признаки яичниковой беременности: маточная труба на пораженной стороне не изменена, плодное яйцо располагается в проекции яичника и соединено с маткой собственной связкой яичника, среди плодных оболочек обнаруживается ткань яичника.

Шеечная беременность на ранних сроках обычно сопровождается кровотечением, что связано с разрушающим действием хориона на сосуды шейки матки. Появление кровянистых выделений или кровотечения ошибочно расценивается врачом как проявление начавшегося аборта при нормальной маточной беременности, и только бочкообразная форма шейки матки может служить признаком шеечной локализации плодного яйца. Гипертрофия шейки матки, а также миома матки в сочетании с беременностью, весьма осложняют дифференциальную диагностику. Иногда диагноз шеечной беременности ставят во время искусственного прерывания предполагаемой маточной беременности, во время которого развивается профузное кровотечение, а удаление плодного яйца не приводит к его остановке. УЗ-признаки шеечной беременности: отсутствие плодного яйца в матке или ложное плодное яйцо, гиперэхогенность эндометрия (децидуальная ткань), неоднородность миометрия; матка в виде песочных часов, расширение канала шейки матки, плодное яйцо и плацентарная ткань в канале шейки матки, закрытый внутренний зев.

Брюшную беременность можно заподозрить, если на ранних сроках женщину беспокоили боли внизу живота и кровянистые выделения из половых путей. При физикальном исследовании легко пальпируются мелкие части плода и расположенная отдельно матка небольших размеров. Для диагностики используют УЗИ. Если последнее неинформативно, диагноз подтверждают с помощью рентгенографии, КТ и МРТ. На рентгенограмме брюшной полости, снятой в бо-

ковой проекции, видно, как тень скелета плода накладывается на тень позвоночника матери. В связи с риском массивного кровотечения показано немедленное оперативное лечение. При сохранении беременности плод оказывается жизнеспособным только в 20 % случаев.

Своевременная диагностика редких форм эктопической беременности играет важную роль в предотвращении серьезных осложнений, представляющих угрозу как для жизни, так и для репродуктивной функции женщины. До недавнего времени редкие нетипичные локализации трофобласта диагностировались только интраоперационно. В настоящее время в зарубежной литературе появились сообщения о возможности дооперационной диагностики с использованием трехмерного ультразвукового исследования. В диагностике редких форм внематочной беременности – интерстициальной, шеечной, шеечно-перешеечной, яичниковой, наряду с традиционными методами обследования, большое значение имеет 3D/4D-сканирование с определением показателей объемного кровотока.

Особую трудность в диагностике эктопической беременности представляет сочетание маточной и внематочной беременности. В подобных ситуациях ультразвуковой мониторинг и использование диагностической лапароскопии позволяют вовремя установить диагноз эктопической беременности, улучшить результаты лечения и снизить частоту развития осложнений.

На современном этапе существует несколько различных подходов к лечению трубной беременности: хирургическое, медикаментозное и выжидательная тактика ведения больных.

Общепринятым методом лечения эктопической беременности является хирургический метод. В течение последних двух десятилетий применяются преимущественно методики минимально инвазивной хирургии. Лапароскопический доступ при лечении больных с внематочной беременностью во всем мире в большинстве случаев стал методом выбора. Лапароскопия обладает неоспоримыми преимуществами перед лапаротомией: малый разрез, меньшая продолжительность операции, незначительная частота осложнений, возможность осуществления органосохраняющих принципов, сокращение сроков пребывания пациентки в стационаре, ранняя физическая и социальная реабилитация. Динамическая лапароскопия особо показана в случае подозрения на персистенцию хориона: визуальный контроль за маточной трубой, ее санация, а по показаниям – локальное введение метотрексата.

При лапароскопии осуществляют как радикальные (сальпингоэктомия), так и консервативно-пластические операции. Органосохраняющие операции на маточной трубе возможны в виде сальпинготомии с последующим ушиванием стенки маточной трубы после удаления плодного яйца или сальпингостомии, когда разрез стенки маточной трубы не ушивается после удаления плодного яйца, и рана заживает вторичным натяжением. После любой из этих методик лечения внематочной беременности маточная труба может сохранять свою нормальную функцию.

Характер пластической операции зависит от локализации плодного яйца. При локализации в фимбриальном отделе производят выдавливание плодного яйца (довольно травматичная манипуляция) или аспирацию его при помощи аквапуратора. При локализации плодного яйца в ампуле трубы также чаще производят сальпинготомию. При истмической локализации плодного яйца производят сальпинготомию или резекцию сегмента трубы с плодным яйцом с наложением анастомоза конец в конец. При интерстициальной локализации плодного яйца целесообразны лапаротомия и сальпингоэктомия с иссечением трубного угла матки. При этой локализации использовать лапароскопический доступ обычно не представляется возможным.

Необходимыми условиями для лапароскопических операций являются удовлетворительное состояние больной и стабильная гемодинамика. Абсолютное противопоказание для лапароскопии при внематочной беременности – геморрагический шок 3-4-й степени, который чаще имеет место при кровопотере, превышающей 1500 мл. Относительными противопоказаниями являются: нестабильная гемодинамика (геморрагический шок 1-2-й степени) с кровопотерей, не превышающей 1500 мл; интерстициальная локализация плодного яйца; расположение плодного яйца в добавочном роге матки; разрыв стенки маточной трубы. Общие противопоказания к лапароскопии: ожирение, выраженный спаечный процесс, сердечно-сосудистая и легочная недостаточность. Однако есть сообщения об успешном использовании лапароскопических операций при значительной кровопотере, разрыве трубы, интерстициальной и «старой» трубной беременности.

Лапаротомия применяется для лечения тех пациенток, у которых имеют место гемодинамические нарушения, а также при локализации плодного яйца в области рудиментарного рога матки. Лапаротомический доступ является предпочтительным для хирургов, не владеющих лапароскопией, у больных, где лапароскопический доступ заведомо труден: при выраженном ожирении, наличии в брюшной полости значительного количества крови, при выраженном спаечном процессе в брюшной полости.

Для медикаментозного лечения наиболее часто применяют противоопухолевый препарат метотрексат, являющийся структурным аналогом фолиевой кислоты. Метотрексат препятствует переходу фолиевой кислоты в активную форму. Это приводит к нарушению процесса синтеза аминокислот, которые необходимы для образования ДНК у эмбриона. В 1982 г. впервые Tanaka сообщил об успешном лечении интерстициальной беременности метотрексатом у 19-летней женщины. Диагноз больной был установлен при лапаротомии, брюшная стенка зашита наглухо и парентерально назначен метотрексат. По результатам гистеросальпингографии, произведенной после лечения, обе трубы оказались проходимы. Способы введения метотрексата различны: системное введение пе-

рорально и парентерально; локальное введение при лапароскопии, под УЗ-контролем или трансцервикально; сочетанное введение (комбинация системного и локального способов). Дозировка метотрексата — индивидуальная.

В последние годы в клиническую практику вошел относительно новый метод — эндоваскулярная эмболизация маточных артерий (ЭМА). По мнению ряда исследователей, ЭМА, лишённая ряда серьёзных ограничений хирургического и консервативного лечения, может стать методом выбора у пациенток с шеечной беременностью.

Был предложен метод комбинированного лечения шеечной беременности, состоящий из проведения суперселективной эмболизации маточных артерий в сочетании с внутриартериальным введением метотрексата и применением мифепристона (600 мг) перорально. Этот метод позволил сохранить репродуктивную функцию женщин.

Техника операции при брюшной беременности зависит от локализации плодного яйца. Обычно операция сводится к удалению плодного яйца и последующему гемостазу. Имплантация плодного яйца в брюшной полости (в сальнике, кишечнике, париетальной или висцеральной брюшине) происходит редко, но, если это случается, беременность может быть доношена до срока. В таких случаях при лапаротомии основные технические трудности состоят в отделении плаценты. В большинстве случаев плаценту лучше не трогать, особенно во II или III триместре беременности, надеясь на ее спонтанное рассасывание. Для ускорения и усиления этого процесса можно вводить метотрексат.

Лечение при яичниковой беременности включает удаление плодного яйца или клиновидную резекцию яичника и сохранение максимального объема здоровой ткани яичника. Овариэктомия требуется редко.

Лечение беременности в рудиментарном роге заключается в удалении рудиментарного рога с прилегающей маточной трубой.

При интралигаментарной локализации беременности вначале рассекается брюшина широкой связки над гематомой, которая удаляется вместе с плодным яйцом, затем производится сальпингоэктомия.

Эктопическая беременность увеличивает риск повторной внематочной беременности и нарушений фертильности в будущем. По данным одного из исследований, частота возникновения беременности после консервативного или оперативного лечения эктопической беременности составила 80 %, а средний промежуток времени до момента зачатия — 9-12 месяцев, причем фертильность после выжидательной тактики и хирургического лечения одинакова. Эктопическая беременность увеличивает риск развития подобного состояния в будущем в 7-13 раз. Это значит, что в 50-80 % следующая беременность будет маточной и в 10-25 % — эктопической. Всех пациенток с эктопической беременностью следует информировать об увеличенном риске ее возникновения в дальнейшем.

Высокая вероятность повторной эктопической нидации плодного яйца после органосохраняющих операций по поводу трубной беременности диктует необходимость совершенствования методов органосберегающего лечения и послеоперационной реабилитации, а также отсроченного исследования состояния маточных труб после органосохраняющего лечения для выделения группы больных высокого риска по возникновению повторной внематочной беременности.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES:

1. Andrade AG, Rocha S, Marques CO, Simxes M, Martins I, Biscaia I, Barros CF. Ovarian ectopic pregnancy in adolescence. *Clin. Case Rep.* 2015; 3(11): 912-915.
2. Barnhart KT. Ectopic pregnancy. N. Engl. J. Med. 2009; 361(4): 379-387. doi: 10.1056/NEJMcp0810384.
3. Berezovskaya EP. Hormone therapy in obstetrics and gynecology: illusions and reality. Kharkov: Clinicom, 2014. 600 p. Chapter 11.12. Progesterone and ectopic pregnancy. Russian (Березовская Е.П. Гормонотерапия в акушерстве и гинекологии: иллюзии и реальность. Харьков: Клиником, 2014. 600 с. Глава 11.12. Прогестерон и внематочная беременность.)
4. Choi HS, Kim NY, Ji YI. Laparoscopic uterine artery occlusion before cervical curettage in cervicalectopic pregnancy: safe and effective for preventing massive bleeding. *Obstet. Gynecol. Sci.* 2015; 58(5): 431-434. doi: 10.5468/ogs.2015.58.5.431.
5. Dahab AA, Aburass R, Shawkat W, Babgi R, Essa O, Mujallid RH. Full-term extrauterine abdominal pregnancy: a case report. *J. Med. Case Rep.* 2011; 5: 531.
6. 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.
7. Grindler NM, 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.
8. 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.
9. Guven S, Guven ES. Laparoscopic temporary clipping of uterine and ovarian arteries for the treatment of interstitial ectopic pregnancy. *Clin. Exp. Obstet. Gynecol.* 2016; 43(1): 128-130.
10. Huang K, Song L, Wang L, Gao Z, Meng Y, Lu Y. Advanced abdominal pregnancy: an increasingly challenging clinical concern for obstetricians. *Int. J. Clin. Exp. Pathol.* 2014; 7(9): 5461-5472.
11. Jena SK, Singh S, Nayak M, Das L, Senapati S. Bilateral simultaneous tubal ectopic pregnancy: a case report, review of literature and a proposed management algorithm. *J. Clin. Diagn. Res.* 2016; 10(3): 1-3. doi: 10.7860/JCDR/2016/16521.7416.
12. Kanat-Pektas M, Bodur S, Dundar O, Bakэr VL. Systematic review: What is the best first-line approach for cesarean section ectopic pregnancy? *Taiwan J. Obstet. Gynecol.* 2016; 55(2): 263-269. doi: 10.1016/j.tjog.2015.03.009.
13. Khandaker S, Chitkara P, Cochran E, Cutler J. An ovarian pregnancy in a patient with a history of bilateral salpingectomies: a rare case. *Case Rep. Obstet. Gynecol.* 2015; 17: 740376. doi: 10.1155/2015/740376.
14. Masukume G. Live births resulting from advanced abdominal extrauterine pregnancy, a review of cases reported from 2008 to 2013. *Webmed. Central Obstet. Gynaecol.* 2014; 5: 1: WMC004510. doi: 10.9754/journal.wmc.2014.004510.
15. Masukume G, Sengurayi E, Muchara A, Mucheni E, Ndebele W, Ngwenya S. Full-term abdominal extrauterine pregnancy complicated by postoperative ascites with successful outcome: a case report. *J. Med. Case Rep.* 2013; 7: 10. doi: 10.1186/1752-1947-7-10.

16. Mayorov MV, Zhuchenko SI, Chernyak OL. Ectopic pregnancy: modern methods of diagnosis and treatment. *Medical aspects of women's health*. 2013; 3: 35-43. Russian (Майоров М.В., Жученко С.И., Черняк О.Л. Внематочная беременность: современные методы диагностики и лечения //Медицинские аспекты здоровья женщины. 2013. № 3. С. 35-43.)
17. Obstetrics and gynecology: clinical guidelines. Ed. by VN Serov, GT Sukhikh. M.: GEOTAR-Media, 2014. 1024 p. Russian (Акушерство и гинекология: клинические рекомендации /под ред. В.Н. Серова, Г.Т. Сухих. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. 1024 с.)
18. Parker VL, Srinivas M. Non-tubal ectopic pregnancy. *Arch. Gynecol. Obstet*. 2016; 294(1): 19-27. doi: 10.1007/s00404-016-4069-y.
19. Pieh-Holder KL, Scardo JA, Costello DH. Lactogenesis failure following successful delivery of advanced abdominal pregnancy. *Breastfeed. Med*. 2012; 7(6): 543-546. doi:10.1089/bfm.2011.0131.
20. The results of a confidential audit of maternal mortality in the Russian Federation in 2014 (methodological letter): Ministry of health of the Russian Federation. October 9, 2015 N 15-4/10/2-5993. Russian (Результаты конфиденциального аудита материнской смертности в Российской Федерации в 2014 году (методическое письмо): Минздрав РФ. 9 октября 2015 г. № 15-4/10/2-5993.)
21. Torriente MC, Steinberg WJ. Abdominal pregnancy: a report of two cases. *Int. J. Med. Pharmaceut. Case Rep*. 2015; 2(4): 101-105. doi: 10.9734/IJMPCR/2015/13995.
22. Tverdikova MA, Gavisova AA. Modern principles of contraception. The risk or benefit of postcoital contraception Modern principles of contraception. Risk or use the morning-after pill. *RMJ*. 2012; 20(21): 1090-1093. Russian (Твердикова М.А., Гависова А.А. Современные принципы контрацепции. Риск или польза посткоитальной контрацепции //РМЖ. 2012. № 21. С. 1090-1093.)

❖ ❖ ❖