
МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

Кафедра акушерства и гинекологии им. С. Н. Давыдова

Е. Б. Троицк, О. С. Арнт

**ОСТРЫЙ ЖИВОТ В ГИНЕКОЛОГИИ.
ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ**

Учебное пособие

**Санкт-Петербург
СЗГМУ им. И. И. Мечникова
2014**

УДК 618.31-089(07)

ББК 57.16я7

Т70

Троик Е.Б, Арнт О. С. Острый живот в гинекологии. Внематочная беременность: Учебное пособие.— СПб.: Издательство ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2014.— 32 с.

Рецензент—д-р мед. наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии, Кулагина Наталия Владимировна.

В учебном пособии с современных позиций рассмотрены вопросы терминологии, диагностики, лечебной тактики при внематочной беременности, как одного из заболеваний, проявляющих себя симптомокомплексом «острый живот».

Учебное пособие предназначено для интернов, клинических ординаторов, аспирантов, врачей акушеров-гинекологов.

Утверждено
в качестве учебно-методического пособия
Методическим советом ГБОУ ВПО
СЗГМУ им. И.И.Мечникова.
Протокол № 2 от 6 декабря 2013 г.

© О. С. Арнт, Е.Б. Троик, 2014
© Издательство СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2014

Подписано в печать 7.04.2014. Формат бумаги 60×84¹/₁₆.
Бумага офсетная. Гарнитура Minion Pro.
Печать офсетная. Уч.-изд. л. 1,75. Усл. печ. л. 1,86.
Тираж 300 экз. Заказ № 332.

Санкт-Петербург, издательство СЗГМУ им. И.И.Мечникова
191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41.

Отпечатано в типографии СЗГМУ им. И.И.Мечникова .
191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41.

ВВЕДЕНИЕ

Острый живот — клинический симптомокомплекс, развивающийся при повреждениях и острых заболеваниях органов брюшной полости и/или забрюшинного пространства, угрожающий жизни и требующий неотложной помощи. Термин «острый живот» — собирательное понятие, объединяющее группу заболеваний, различных по этиологическому признаку и патогенезу.

Характеризуется следующей группой признаков:

- 1) внезапное появление боли среди полного здоровья;
- 2) боли внизу живота, с тенденцией к усилению и распространению;
- 3) тошнота, рвота;
- 4) нарушение отхождения кишечных газов и кала;
- 5) симптомы раздражения брюшины.

Жесткое соблюдение алгоритма диагностики и рациональное использование дополнительных методов исследования позволяют врачу своевременно поставить диагноз и начать лечение в необходимом объеме.

Группы заболеваний внутренних женских половых органов, при которых возникает клиника острого живота:

I. Острые кровотечения из внутренних половых органов:

- 1) внематочная беременность;
- 2) апоплексия яичника;
- 3) травматические повреждения матки.

II. Острые нарушения кровообращения в опухолях и опухолевидных образованиях внутренних половых органов:

- 1) перекрут ножки опухоли яичника;
- 2) нарушение питания миоматозного узла.

III. Острые гнойные заболевания внутренних половых органов с последующим развитием перитонита:

- 1) пиосальпинкс, пиовар;
- 2) гнойная tuboовариальная опухоль;
- 3) пельвиоперитонит, распространенный перитонит.

Дифференциальная диагностика

Кроме перечисленных выше состояний дифференциальная диагностика внематочной беременности должна быть проведена со следующими заболеваниями:

- *угрожающий, неполный или состоявшийся аборт;*
- *плацентарный полип;*
- *аномальные маточные кровотечения;*
- *острый сальпингоофорит;*
- *аппендицит;*
- *почечная колика;*
- *перфорация язвы желудка или двенадцатиперстной кишки;*
- *разрывы печени и селезёнки;*
- *аномалии развития матки (гематометра добавочного рога и другие).*

Целью написания этого пособия является более детальное изучение именно внематочной беременности, как заболевания с возможными проявлениями клинической картины «острого живота».

ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Внематочная беременность — это беременность, при которой плодное яйцо имплантируется и развивается вне полости матки.

Стоит особо обратить внимание на такое состояние, как гетеротопическая беременность, как частный случай внематочной беременности.

Это редкий случай одновременного сочетания маточной и эктопической беременности или же одновременного сочетания эктопической беременности разной локализации. Частота встречаемости этого патологического состояния увеличивается с развитием методов вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ).

Внематочная беременность — это основная причина внутреннего кровотечения у женщин детородного возраста, патология, имеющая чрезвычайно большое практическое значение.

В подавляющем большинстве случаев имплантация оплодотворенной яйцеклетки происходит в одном из отделов маточной трубы. Именно с трубной эктопической беременностью чаще всего сталкивается акушер-гинеколог в своей повседневной практике.

Лечение внематочной беременности связано преимущественно с оперативным вмешательством и операция должна быть выполнена неотложно. Ситуация требует тщательного анализа, поскольку врачу необходимо быстро и точно выделить это заболевание из большой группы «масок» острого живота.

Классификация

В МКБ-10 эктопическая беременность представлена очень широко.

Несмотря на некоторую громоздкость, весь список патологических состояний связанных с эктопической беременностью можно разделить на три блока:

- I. Внематочная беременность, с определением ее топики.
- II. Осложнения, вызванные в т.ч. внематочной беременностью.
- III. Состояния, связанные с рождением жизнеспособного плода при эктопической беременности.

Классификация (по МКБ-10).

- I. O00.1. Трубная беременность.
- O00.0. Абдоминальная (брюшная) беременность.
- O00.2. Яичниковая беременность.
- O00.8. Другие формы внематочной беременности.
- O00.9. Внематочная беременность неуточненная.
- II. O08.0. Инфекция половых путей и тазовых органов, вызванная абортom, внематочной и молярной беременностью.
- O08.1. Длительное или массивное кровотечение, вызванное абортom, внематочной и молярной беременностью.
- O08.2. Эмболия, вызванная абортom, внематочной и молярной беременностью.
- O08.3. Шок, вызванный абортom, внематочной и молярной беременностью.
- O08.4. Почечная недостаточность, вызванная абортom, внематочной и молярной беременностью.
- O08.5. Нарушения обмена веществ, вызванные абортom, внематочной и молярной беременностью.
- O08.6. Повреждения тазовых органов и тканей, вызванные абортom, внематочной и молярной беременностью.
- O08.7. Другие венозные осложнения, вызванные абортom, внематочной и молярной беременностью.
- O08.8. Другие осложнения, вызванные абортom, внематочной и молярной беременностью.
- O08.9. Осложнение, вызванное абортom, внематочной и молярной беременностью, неуточненное.
- III. P01.4. Поражения плода и новорожденного, обусловленные внематочной беременностью.
- O36.7. Жизнеспособный плод при абдоминальной беременности, требующей предоставления медицинской помощи матери.
- O83.3. Родоразрешение живым ребенком при абдоминальной беременности.

Анатомическая классификация

В различных вариантах анатомической классификации учитывают расположение плодного яйца, в т.ч. в зависимости от частоты встречаемости различной локализации эту патологию разделяют на часто и редко встречающиеся формы.

Анатомическая классификация эктопической беременности

I. Трубная (98–99%):

1. Ампулярный отдел — 64%.
2. Истмический отдел — 25%.
3. Фимбриальный отдел — 9%.
4. Интерстициальный отдел — 2%.

II. Яичниковая (0,1–3%; (1 : 2100 – 1 : 7000)) беременностей:

1. Развивающаяся на поверхности яичника.
2. Развивающаяся интрафолликулярно.

III. Шеечная (0,1–0,4%; 1 на 9–12000 беременностей).

IV. Брюшная (0,3– 0,4%; 1 на 10–25000 живорожденных):

1. Первичная.
2. Вторичная.

V. Гетеротопическая беременность (1 : 30 000– 1 : 40 000).

VI. Развивающаяся в рудиментарном роге матки (0,19–0,09%).

VII. Эктопическая беременность в области рубца после кесарева сечения.

На рис. 1 представлена локализация эктопической беременности (Kamrava M., 2011).

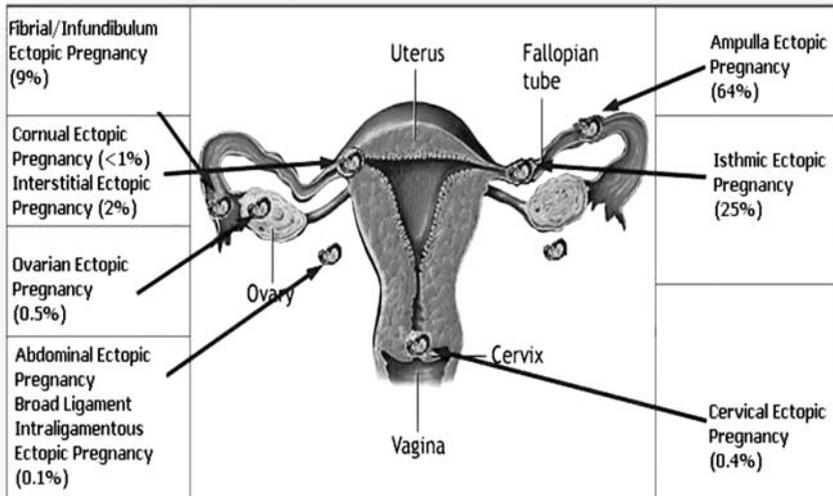


Рис. 1. Локализация эктопической беременности.

Классификация эктопической беременности по клиническому течению:

I. Прогрессирующая.

II. Нарушенная.

1) по типу разрыва наружного плодместилища;

2) по типу разрыва внутреннего плодместилища.

III. Регрессирующая.

Эпидемиология

Частота встречаемости эктопической беременности в мире составляет 1–2%.

Анализ работы гинекологического отделения Александровской больницы Санкт-Петербурга за 1996–2002 гг. показал, что 11–13% больных поступают в стационар с подозрением на внематочную беременность, при этом диагноз подтверждается в 25% случаев. Больные с эктопической беременностью составляют от 2,4 до 3,5% всех пациенток гинекологического стационара; от 3,9 до 5% всех производимых гинекологических оперативных вмешательств — операции при внематочной беременности.

По данным М.А.Репиной (1912) частота встречаемости эктопической беременности в Санкт-Петербурге составляет 2% среди гинекологических заболеваний; достигает 2,6% от общего числа беременностей, при этом число случаев этой патологии неуклонно растет.

Риск летальности при нарушенной эктопической беременности. Частота материнской смертности от внематочной беременности в разных регионах мира различна и составляет в Азии 0,1%, Африке 0,5%, Латинской Америке 0,5%. В экономически развитых странах смертность от нарушенной эктопической беременности занимает одно из первых мест среди причин гибели женщин и достигает 4,9%. В Великобритании смертность составляет 0,35 на 1000 женщин.

В Санкт-Петербурге за период с 1991 по 2012 гг., зарегистрировано 28 случаев материнской смертности от внематочной беременности. При этом в сроке до 28 недель беременности на долю внематочной беременности приходится от 3,3 до 4,6% случаев материнской смертности.

Известно, что если операция проведена через 30 минут после поступления в стационар, то летальность составляет 15,5%, а если через 60 минут после поступления в стационар, то уже возрастает до 37%.

В свете этих данных очень актуален вопрос диагностики вне-маточной беременности и своевременного осуществления оперативного лечения. Однако от 20% до 33% пациенток, обращающихся к врачу по поводу кровотечения из половых путей и болей в животе, отправляются домой без установки окончательного диагноза.

Этиология

Этиология внематочной беременности до сих пор точно не ясна. Встречается она только у людей и, возможно, у высших обезьян. Поэтому создать животную модель не представляется возможным. Предполагается, что трубная имплантация есть результат задержки эмбриона в маточной трубе с измененной микроэкологией.

Изменения маточной трубы, вызванные инфекцией, курением или какими-то другими факторами, могут влиять на эмбриотубарный транспорт путем нарушения сократительной активности гладкой мускулатуры маточной трубы и ритма цилиарной активности, и способствовать преждевременному появлению проимплантационных сигналов.

При наличии полового инфантилизма формируются длинные, извитые маточные трубы с неполноценной перистальтикой, через которые оплодотворенная яйцеклетка не успевает в положенный срок попасть в полость матки.

Молекулярные исследования маточных труб женщин с внематочной беременностью не позволили интерпретировать результаты, т. к. не было возможности сравнить их с трубами женщин с нормальной маточной беременностью. Единственное предположение, сделанное по результатам исследования, связывает причину наступления внематочной беременности с нарушением имплантации плодного яйца.

Значительное увеличение частоты внематочной беременности (за период с 1972 по 1992 гг. отмечено шестикратное повышение случаев внематочной беременности) объясняют увеличением числа курящих женщин, высокой частотой случаев воспалительных заболеваний органов малого таза и, вероятно, внедрением методов вспомогательных репродуктивных технологий.

Факторы риска развития эктопической беременности

(J. L. Kulp, K. T. Barnhart, 2008 г. с изменениями)

Высокий риск

- ▶ Хирургическое вмешательство на маточных трубах.
- ▶ Лигирование маточных труб.
- ▶ Эктопическая беременность в анамнезе.
- ▶ Использование внутриматочного контрацептива.
- ▶ Использование методов вспомогательных репродуктивных технологий.

Риск средней степени

- ▶ Бесплодие в анамнезе.
- ▶ Генитальные инфекции в анамнезе.
- ▶ Промискуитет.
- ▶ Истмический нодозный сальпингит.

Низкая степень риска

- ▶ Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ).
- ▶ Курение.
- ▶ Спринцевание.
- ▶ Начало половой жизни до 18 лет.

Клиническая картина эктопической беременности

Имплантация плодного яйца происходит в том месте, где оно окажется к моменту ферментативной деятельности трофобласта.

При трубной беременности ворсины хориона внедряются в стенку маточной трубы, её мышечный слой гипертрофируется. В результате маточная труба принимает характерную веретенообразную форму. Прерывание трубной беременности происходит в основном на 4–6-й неделе, очень редко беременность продолжается свыше 8 недель.

Прерывание трубной беременности происходит вследствие нарушения целостности плодместилища. При разрыве стенки плодместилища, обращенного в просвет маточной трубы, погибшее плодное яйцо отслаивается от стенок и, вследствие перистальтики, постепенно выбрасывается в брюшную полость через ампулярный

отдел. Возникает трубный аборт, сопровождающийся кровотечением различной степени интенсивности. Чаще так прерывается беременность, развивающаяся в ампулярном отделе маточной трубы. Кровь может изливаться в брюшную полость, скапливаться в прямокишечно-маточном углублении (Дугласовом кармане) с образованием гематомы, или попадать через полость матки наружу, в виде кровянистых выделений.

В редких случаях вытолкнутое из ампулярного отдела, жизнеспособное плодное яйцо имплантируется в брюшной полости с формированием вторичной брюшной беременности.

При имплантации плодного яйца в истмическом или интерстициальном отделе происходит разрыв маточной трубы с обильным кровотечением в брюшную полость. По срокам это случается чаще на 7–8-й неделях беременности.

Беременность, развивающаяся в добавочном роге матки, обычно прерывается в более поздние сроки (4–5 месяцев), и также сопровождается обильным кровотечением. Исход беременности в добавочном роге матки значительно варьирует и зависит от размера пострадавшего рога и глубины прорастания трофобласта.

Яичниковая беременность представляет собой наиболее яркий пример атипичной локализации внематочной беременности. Оплодотворенная яйцеклетка либо сразу имплантируется в яичник, либо происходит вторичная имплантация эмбриона на поверхность яичника после трубного аборта. Яичниковую беременность крайне редко удается диагностировать на этапе прогрессирования. Нарушение яичниковой беременности сопровождается массивным кровотечением в брюшную полость и типичной клиникой «острого живота».

Для прерывания брюшной беременности также характерна картина «острого живота», кроме того, «необъяснимое» повышение α -фетопротеина сыворотки крови, необъяснимая транзиторная анемия.

Имплантация плодного яйца в области рубца на матке — необычная и редкая форма внематочной беременности — представляет собой опасное для жизни состояние. Легко предположить, что частота случаев этого состояния будет неуклонно увеличиваться в связи с увеличением процента кесарева сечения. Истинное количество случаев однако не определено из-за крайней редкости встречаемости такого варианта внематочной беременности (например, с 1978 по 2001 гг. описаны только 18 случаев). Течение эктопической беременности в

области рубца после кесарева сечения считается более агрессивным, чем при приращении плаценты в первом триместре, и отличается более высокой степенью риска разрыва матки.

Характерные симптомы шеечной беременности:

- значительное увеличение шейки матки при осмотре, так называемая «бочкообразная форма», с эксцентрично расположенным наружным зевом;
- при УЗИ органов малого таза выявление шеечных желёз напротив той стороны, где прикреплена плацента;
- интимное прикрепление плаценты к шейке матки;
- плацента или её часть должны располагаться ниже входа маточных сосудов в матку или ниже места контакта брюшины с задней и передней поверхностью матки.

Шеечная беременность подробно не рассматривается в пособии, т. к. не является заболеванием, проявляющим себя симптомокомплексом «острый живот».

Описывая клиническую картину эктопической беременности, можно смело заявить: **симптомы неспецифичны и крайне разнообразны!**

Можно выделить следующие симптомы:

- ▶ Все признаки маточной беременности (предположительные, вероятные), задержка менструации.
- ▶ Кровянистые выделения из половых путей, если они есть, ациклические, чаще с 6–10-й недели гестации.
- ▶ Боли, часто персистирующие, моностеральные. Возможна иррадиация болей в плечо, лопатку.
- ▶ Френикус-симптом, синкопальное состояние, шок — грозные признаки осложнения внематочной беременности. Такие проявления встречаются примерно в 20% случаев.
- ▶ Разлитая боль в животе (до 57% случаев).
- ▶ Болезненная девиация шейки матки, резкая болезненность заднего свода влагалища, так называемый «крик Дугласа» описывается примерно в 67% случаев.
- ▶ Пальпируемое образование в области придатков не более 50%.
- ▶ Уплотнение или выпячивание заднего свода.
- ▶ «Плавающая» матка, т. е. её большая подвижность, смещаемость.
- ▶ Клиническая картина «острого живота».
- ▶ Клиническая картина внутрибрюшного кровотечения.

До 9% случаев заболевания не имеет симптомов!!!

Так в «Центре материнства и детства» в Великобритании за 2006–2008 гг. четыре из шести женщин, умерших от внематочной беременности, жаловались на диарею, тошноту, рвоту, головокружение. Эти жалобы не позволили докторам даже заподозрить внематочную беременность.

Диагностика

Алгоритм диагностики внематочной беременности включает в себя:

- 1) тщательный сбор анамнеза;
- 2) оценка клинической картины;
- 3) ультразвуковая диагностика органов малого таза;
- 4) определения уровня β -субъединицы ХГЧ.

При сборе анамнеза оценивают жалобы, характер менструальной функции, факт задержки менструации, надежность используемых методов контрацепции, наличие факторов риска развития эктопической беременности.

В приёмном отделении проводят экстренное обследование и дополнительно выполняют клинический анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ, определяют группу крови и резус-фактор, оценивают гемодинамические показатели.

Среди обязательных исследований:

- трансвагинальное УЗИ малого таза;
- определение β -ХГЧ в сыворотке крови.

ТРАН ВАГИНАЛЬНОЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

В 2013 году опубликованы результаты мета-анализа за 1965–2012 гг., включивший в себя 14 работ, с общим числом участниц более 2 тысяч (2101) женщин, в котором оценивали эффективность различных диагностических методик для выявления внематочной беременности.

На основании полученных данных исследователи пришли к выводу, что трансвагинальное ультразвуковое исследование органов малого таза является наилучшим методом для диагностики внематочной беременности.

Выделяют достоверные и относительные признаки эктопической беременности по данным ультразвукового исследования.

Единственным достоверным ультразвуковым признаком вне­маточной беременности можно считать эктопически расположенное плодное яйцо с живым эмбрионом!

Относительными признаками являются:

- 1) увеличение тела матки;
- 2) кистозное образование в проекции придатков (плодное яйцо) с эхопозитивным венчиком (ветвистый хорион);
- 3) свободная жидкость позади матки, в латеральных каналах живота;
- 4) аморфные эхосигналы (сгустки крови) в жидкости позади­маточного пространства;

Совокупность следующих (нескольких) относительных признаков в сумме дает картину эктопической беременности, специфичность которой составляет 99,9%:

- свободная жидкость в брюшной полости;
- образование без чётких контуров с гетерогенной внутренней структурой рядом с маткой;
- отсутствие плодного яйца в матке.

В 80% случаев вне­маточная беременность случается на стороне нахождения желтого тела, что может помочь в поиске патологического состояния.

Вне­маточная беременность визуализируется, как некая неоднородная, преимущественно повышенной эхогенности, масса, находящаяся рядом с яичником, которая «двигается» отдельно от него при аккуратном нажатии.

Плодное яйцо заключено в гиперэхогенное кольцо — «бублик».

При ультразвуковом исследовании важно уметь отличать **«ложное плодное яйцо»** в матке, которое имеет следующие особенности:

- 1) не соответствует сроку гестации;
- 2) отсутствует желточный мешок и эмбрион;
- 3) анэхогенное включение на стыке передней и задней стенок эндометрия имеет овальную форму;
- 4) характерна центральная локализация;
- 5) не имеет типичного гиперэхогенного венчика.

В практике описаны случаи, когда неопытные доктора расценивали «ложное плодное яйцо» как признак маточной беременности и не

ставили вопрос о госпитализации, через 1–3 дня пациентки поступали в стационар уже в состоянии геморрагического шока с большой кровопотерей.

Состояние эндометрия и полость матки при эктопической беременности:

- эндометрий однородный, повышенной эхогенности, передне-задний размер 10 и более миллиметров за счет децидуальной реакции, может визуализироваться «ложное» плодное яйцо;
- при длительных кровянистых выделениях толщина эндометрия 1–2 мм;
- содержимое полости матки может быть неоднородным (чаще на фоне кровянистых выделений).

При яичниковой беременности, на яичнике либо внутри него визуализируется плодное яйцо с широким экзогенным наружным кольцом.

Характерным признаком брюшной беременности является визуализация плодного яйца или живого плода отдельно от матки, поэтому при описании ультразвуковой картины очень важно обращать внимание на стенки матки и локализацию структур плодного яйца.

ХОРИОНИЧЕСКИЙ ГОНАДОТРОПИН ЧЕЛОВЕКА

Хорионический гонадотропин человека (ХГЧ) — гликопротеин, состоящий из двух субъединиц (α и β), продуцируется тканью трофобласта (рис. 2).

ХГЧ в крови определяют уже через 24 часа после имплантации оплодотворенной яйцеклетки при концентрации 5 МЕ/л (что и лежит в основе теста на подтверждение беременности).



Рис. 2. Схематическое изображение продуцирования ХГЧ тканью трофобласта.

Биологические эффекты хорионического гонадотропина:

1. Стимулирует синтез прогестерона желтым телом на ранних стадиях беременности.
2. Участвует в процессе ароматизации андрогенов плодового происхождения.
3. Стимулирует выработку тестостерона клетками Лейдига и инициирует развитие вторичных мужских половых признаков.
4. Способствует секреции ДГЭА-С в корковом веществе надпочечников плода.
5. Способствует торможению иммунологических реакций организма беременной путем индукции супрессорных Т-клеток, препятствуя отторжению плодного яйца.
6. Оказывает тиреоидстимулирующий эффект (в молекуле ХГЧ обнаружены участки, обеспечивающие взаимодействие с рецепторами тиреоидного гормона).

При физиологической беременности содержание β -ХГЧ в сыворотке крови возрастает более чем на 50% за 48 часов. Недостаточный прирост количества β -ХГЧ свидетельствует о вероятности внематочной или замершей маточной беременности.

Проведение трансвагинального ультразвукового исследования органов малого таза, количественный анализ β -субъединицы хорионического гонадотропина должны быть проведены всем женщинам репродуктивного возраста при обращении за медицинской помощью в связи с кровотечением из половых путей и болью в животе.

КУЛЬДОЦЕНТЕЗ

Ближайший и наиболее удобный доступ в полость малого таза — дугласово пространство, где скапливается экссудат при различных патологических процессах в брюшной полости.

Дифференциальная диагностика различных заболеваний (внематочная беременность, разрыв кисты яичника, апоплексия яичника, воспалительные заболевания, опухоли яичников, подозрение на малигнизацию и др.) проводится на основании характера жидкости, полученной из брюшной полости при аспирации.

При нарушенной эктопической беременности, в результате кульдоцентеза, получают темную с мелкими сгустками, не свертывающуюся кровь.

Кульдоцентез неинформативен:

- 1) при воспалительных заболеваниях органов малого таза;
 - 2) при распространенных формах наружного эндометриоза;
- т. е. в тех случаях, когда позадиматочное пространство может быть облитерировано.

Неудачная попытка аспирировать кровь из позадиматочного пространства не исключает диагноза гемоперитонеума в связи с разрывом трубы или развивающейся внематочной беременностью.

Если кульдоцентез выполняют перед трансвагинальным ультразвуковым исследованием, то в позадиматочное пространство может попасть воздух, который впоследствии может экранировать прохождение ультразвука и создаст помехи для адекватной эхографической оценки.

В свете этих данных роль кульдоцентеза в диагностике внематочной беременности отошла на второй план в связи с широким применением неинвазивных методик. Неоспорим тот факт, что трансвагинальное ультразвуковое исследование органов малого таза и определение уровня содержания β -ХГЧ в сыворотке крови, позволяют быстро и точно поставить диагноз, не прибегая к болезненной и зачастую неинформативной процедуре кульдоцентеза.

Однако исследования последних лет, касающиеся проведения этого мероприятия под контролем УЗИ малого таза, возможно, возобновят интерес практических врачей к кульдоцентезу. Как оказалось ценность кульдоцентеза под контролем УЗИ значительно возрастает при увеличении количества экссудата в Дугласовом пространстве, но даже при его незначительном количестве (менее 10 миллилитров) более 72% пункций удачны.

На приведенной диаграмме (рис. 3) показано, как возрастает процент удачного кульдоцентеза под контролем УЗИ органов малого таза при увеличении количества экссудата в прямокишечно-маточном углублении.

Кроме того, по соотношению уровня содержания ХГЧ в крови, полученной при кульдоцентезе, и в венозной крови можно проводить дифференциальный диагноз внематочной и маточной беременности.

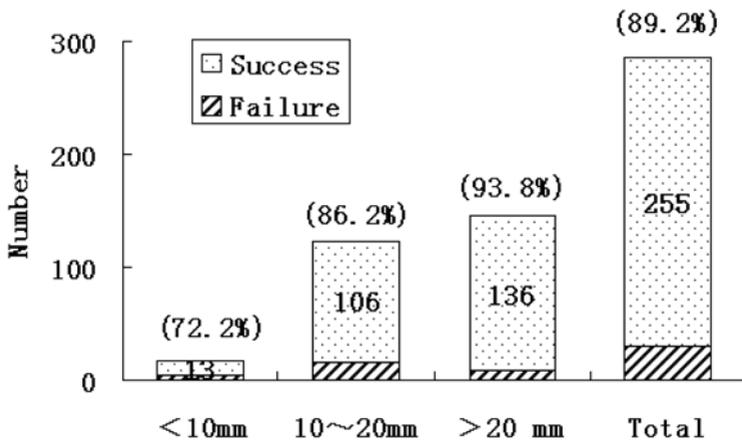


Рис. 3. Схема эффективности кульдоцентеза под контролем УЗИ малого таза. Number — количество кульдоцентезов; Success — пунктат получен; Failure — пунктат не получен.

Эктопическая беременность

Отношение уровня содержания β -ХГЧ крови, полученной при кульдоцентезе, к уровню содержания β -ХГЧ венозной крови $\geq 1,0$.

Маточная беременность

Отношение уровня содержания β -ХГЧ крови, полученной при кульдоцентезе, к уровню содержания β -ХГЧ венозной крови $< 1,0$.

Догоспитальный этап

Подозрение на внематочную беременность у врача должно возникать:

- при содержании β -ХГЧ 1000–2000 МЕ/л в сыворотке крови и отсутствии плодного яйца в матке по данным трансвагинального УЗ-сканирования;
- при абдоминальном болевом синдроме в сочетании с повышенным уровнем β -ХГЧ (в том числе положительный результат мочевого теста на беременность).

Подозрение на внематочную беременность — прямое показание для госпитализации пациентки в стационар бригадой скорой помощи. Категорически запрещается использование местного тепла на область живота, приём обезболивающих препаратов. В случае отказа больных от госпитализации они сами и родственники должны

быть предупреждены о возможных последствиях с соответствующей записью в медицинской документации.

На догоспитальном этапе при наличии симптома задержки менструации и (или) ациклических выделений из половых путей обязательно определение β -ХГЧ в крови и проведение трансвагинального УЗИ органов малого таза в день обращения. Для правильной диагностики необходимо сопоставление результатов вышеперечисленных обследований.

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Тактика лечения прогрессирующей и нарушенной эктопической беременности может быть различной. В зависимости от многих факторов существуют различные виды хирургического и консервативного лечения этой патологии. В нашей стране приоритетным является хирургический метод лечения

Хирургическое лечение

Объём и доступ операции зависит от того, где произошла имплантация плодного яйца.

Так, в зависимости от степени повреждения маточной трубы, существует множество вариантов хирургического лечения трубной беременности:

Выдавливание (milking).

- Сальпингостомия.
- Сегментарная резекция маточной трубы.
- Сальпинготомия.
- Сальпингэктомия.
- Сальпингоооариоэктомия.

При малом сроке яичниковой беременности показан максимально щадящий объём оперативного вмешательства. Операция выбора: лапароскопия, резекция яичника в пределах здоровых тканей. Лапаротомия про-



дится при невозможности выполнения лапароскопии или при значительной тяжести состояния.

При «брюшной» беременности операции нетипичны, нередко очень сложны, объём операции будет зависеть не только от срока беременности, но и от локализации плаценты. Важно помнить, что в 10–20% случаев брюшной беременности возможно рождение живого плода, но более 50% плодов имеют дефекты. В случае брюшной беременности значительного срока перед операцией с пациенткой обговаривают возможность сохранения плода.

При беременности в добавочном роге, наиболее часто объём операции — удаление рудиментарного рога вместе с прилегающей маточной трубой.

В нашей стране принят «Единый протокол оказания помощи больным с острыми гинекологическими заболеваниями, клиническая картина «острого живота».

При несомненном диагнозе внутрибрюшного кровотечения, связанного с прервавшейся трубной беременностью, показано проведение лечебно-диагностической лапароскопии или лапаротомии в течение часа после поступления больной в стационар.

Приказом МЗ РФ №676 от 25.12.06 «Протокол ведения больных с внематочной беременностью» определено, что пациентка должна быть прооперирована в течение 1 часа после подтверждения диагноза «внематочная беременность».

В случае геморрагического шока или невозможности выполнения операции лапароскопическим доступом — отсутствие технической оснащённости или достаточной подготовки хирургов, наличие у пациентки экстрагенитальных заболеваний (пороки сердца, заболевания органов дыхания и т. д.), являющиеся противопоказанием для наложения пневмоперитонеума и придания пациентке положения Тренделенбурга — показано выполнение лапаротомии.

Единственным вариантом обезболивания оперативных вмешательств при эктопической беременности является комбинированный эндотрахеальный наркоз.

Более подробно рассмотрим тактику лечения при трубной беременности, как наиболее распространённом варианте эктопической беременности.

Трубная беременность

Хирургическая тактика зависит от клинической формы трубной беременности. Отсутствие геморрагического шока позволяет выпол-

нить операцию лапароскопическим доступом. При наличии чрево-сечений в анамнезе лапароскопический доступ возможен при условии определённого опыта хирурга.

При прогрессирующей трубной беременности и размерах плодного яйца не более 2,5 см возможно выполнение туботомии лапароскопическим доступом. При этом сохраняется риск повторной внематочной беременности в оперированной маточной трубе, о чём пациентку необходимо информировать.

При трубной беременности, прервавшейся по типу трубного аборта, также возможно выполнение туботомии.

Этапы туботомии:

Маточную трубу дистальнее плодместилища захватывают атравматичным зажимом.

Гемостаз в месте предполагаемого разреза трубы (направление предполагаемого разреза продольное, длина определяется величиной эктопического плодного яйца).

Иглой-диссектором или микроножницами маточную трубу вскрывают по коагуляционной линии, бережно отсепаровывая края разреза.

С помощью вакуум-аппарата производится аквадиссекция, затем плодное яйцо «выдавливают» из маточной трубы (milking). При необходимости оставшиеся элементы плодного яйца удаляют широким атравматичным зажимом.

Потоком ирригируемой жидкости промывают просвет маточной трубы, удаляя остатки ткани трофобласта (неполное удаление ткани трофобласта — одна из основных причин нарушения репаративных процессов в послеоперационный период).

Коагуляционный гемостаз или ушивание разреза.

Санация брюшной полости, аспирация сгустков крови, жидкости.

При трубной беременности, прервавшейся по типу разрыва трубы, производится тубэктомия.

В случае повторной беременности в маточной трубе, подвергавшейся ранее органосохраняющей операции, при наличии рубцовых изменений в маточной трубе, при нежелании пациентки иметь беременность в дальнейшем, диаметре плодного яйца более 3 см, а также при расположении плодного яйца ближе 2,5 см к маточному углу показано проведение тубэктомии.

Этапы тубэктомии

1. Маточную трубу в области воронко-тазовой связки захватывают жёстким зажимом и приподнимают кверху, обнажая мезосальпинкс.
2. Промывают и аспирируют сгустки крови, окружающие маточную трубу.
3. Коагуляция мезосальпинкса.
4. Ножницами или иглой-диссектором в режиме «резание» пересекают мезосальпинкс выше области коагуляции.
5. Этапы 3 и 4 чередуют до полного удаления трубы.
6. Дополнительный гемостаз кровоточащих сосудов в мезосальпинксе, особое внимание — трубному углу матки, а также области воронко-тазовой связки.
7. Удалённую маточную трубу извлекают через дополнительный троакар с внутренним диаметром 10 мм, при необходимости её предварительно измельчают морцеллятором.
8. Санация брюшной полости, аспирация сгустков крови, жидкости.

В случае геморрагического шока или невозможности выполнения операции лапароскопическим доступом (отсутствие технической оснащённости или достаточной подготовки хирургов, наличие у пациентки экстрагенитальных заболеваний (пороки сердца, заболевания органов дыхания и т. д.), являющиеся противопоказанием для наложения пневмоперитонеума и придания пациентке положения Тренделенбурга) показано выполнение лапаротомии.

Этапы лапаротомии

1. Лапаротомия продольным или поперечным разрезом. В операционную рану выводят матку и отыскивают разорвавшуюся трубу.
2. Один зажим накладывают на трубу около угла матки, второй — на брыжейку трубы до угла матки.
3. Маточную трубу отсекают.
4. Зажимы на маточном конце трубы и её брыжейке заменяют лигатурами. Перитонизация осуществляется круглой маточной связкой.
6. Санация брюшной полости.
7. Послойное ушивание операционной раны.

При малом сроке яичниковой беременности показан максимально щадящий объём оперативного вмешательства. Операция выбора: лапароскопия, резекция яичника в пределах здоровых тканей. Лапаротомия проводится при невозможности выполнения лапароскопии или при значительной тяжести состояния.

При брюшной беременности операции нетипичны, нередко очень сложны, объём операции будет зависеть не только от срока беременности, но и от локализации плаценты. Важно помнить, что в 10–20% случаев брюшной беременности возможно рождение живого плода, но более 50% плодов имеют дефекты. В случае брюшной беременности значительного срока перед операцией с пациенткой обговаривают возможность сохранения плода.

При беременности в добавочном роге, наиболее часто объём операции — удаление рудиментарного рога вместе с прилегающей маточной трубой.

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Использование метотрексата

Метотрексат — высокотоксичный препарат, его применение связано с большим количеством побочных эффектов.

1. Является противоопухолевым средством из группы антиметаболитов-антагонистов фолиевой кислоты. Нарушает синтез ДНК, блокируя дегидрофолатредуктазу.
2. Обладает мутагенным и тератогенными эффектами.

До настоящего времени не разработаны корректные показания и противопоказания к его применению, не определены чёткие схемы его использования и эффективные дозы при внематочной беременности.

Таким образом, использование метотрексата возможно только врачом уже имеющим опыт консервативного лечения внематочной беременности, а также при возможности строжайшего контроля эффективности лечения и токсичности препарата. В зарубежной практике применение метотрексата входит в схему консервативного лечения и послеоперационного ведения после органосохраняющей операции (рис. 2, 3).

В нашей стране не разработаны конкретные показания и противопоказания для использования метотрексата в гинекологической практике. Тем не менее, в «Едином протоколе оказания помощи больным с острыми гинекологическими заболеваниями» приведен протокол консервативного лечения эктопической беременности.

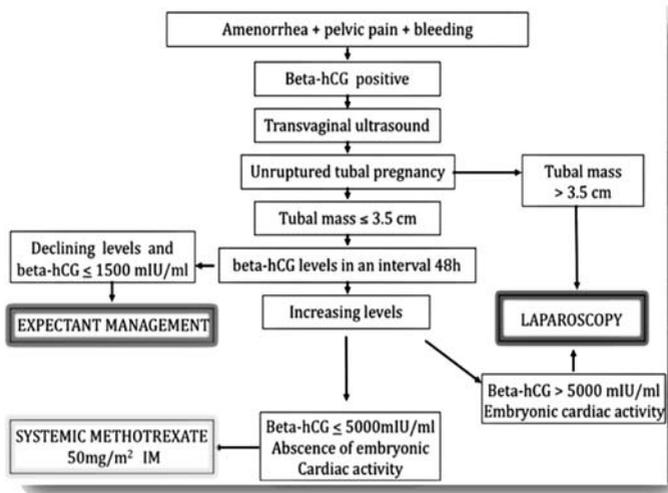


Рис. 2. Рекомендации по лечению нарушенной трубной беременности (Elito F. et al., 2008).

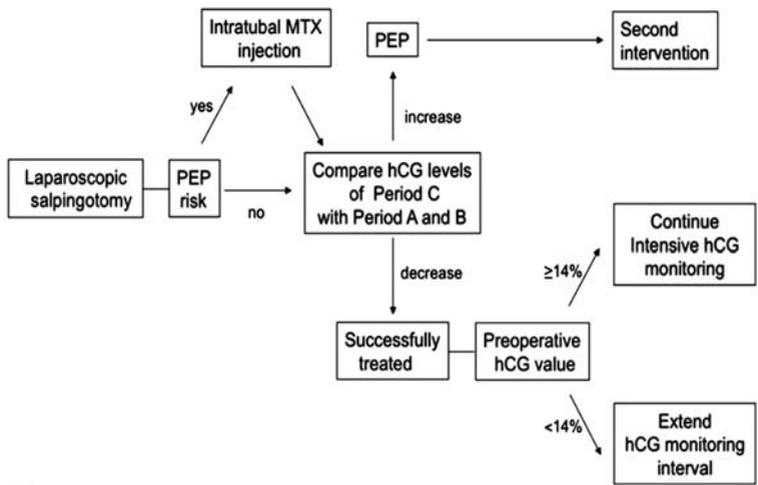


Рис. 3. Тактика ведения после органосохраняющей операции.

hCG — хорионический гонадотропин человека; MTX — метотрексат; PEP — прогрессирующая внематочная беременность.

Показания:

- содержание β -ХГЧ менее 5000 МЕ/л;
- стабильная гемодинамика;
- нормальные показатели гемограммы, функции печени и почек;
- размер плодного яйца не более 3,5 см;
- отсутствие сердцебиения у эмбриона.

Абсолютные противопоказания:

- грудное вскармливание;
- иммунодефицит;
- алкоголизм, алкогольные заболевания печени;
- заболевания крови (гипоплазия костного мозга, лейкопения, тромбоцитопения или анемия);
- непереносимость метотрексата;
- активные легочные заболевания;
- пептические язвенные заболевания;
- наличие печёночной, почечной или гематологической дисфункции.

Относительные противопоказания:

- размеры плодного яйца более 3,5 см;
- наличие сердцебиения у эмбриона.

Пациентки, у которых содержание β -ХГЧ не превышает 5 000 МЕ/л, размеры плодного яйца не более 3,5 см и сердцебиения у эмбриона нет, имеют одинаковые показания как для хирургического, так и для консервативного лечения.

Выбор вида лечения (консервативное или хирургическое) определяется медицинскими показаниями, опытом учреждения, в котором оно проводится а также предпочтениями пациентки.

Мониторинг токсичности терапии необходим для своевременного обнаружения показаний к прекращению лечения (повышение активности печёночных ферментов или креатинина, супрессия костного мозга, дерматит, стоматит, гастрит или плеврит).

Контроль эффективности лечения предусматривает следующие этапы:

- Контроль содержания β -ХГЧ в крови на четвертые и седьмые сутки после введения метотрексата. В течение первых четырех суток данный показатель может продолжать повышаться.
- Сравнение показателей, полученных на 4-е и 7-е сутки. При снижении β -ХГЧ более 15% следует продолжать еженедельный контроль β -ХГЧ до момента его «исчезновения» из крови.

- Если положительного эффекта от введения метотрексата (адекватного снижения β -ХГЧ) не наступает, то либо проводят хирургическое лечение, либо вводят повторную дозу препарата.
- Дополнительное введение метотрексата используется, если β -ХГЧ не снижается и остаётся в состоянии плато, либо повышается через семь дней.
- Хирургическое лечение показано пациенткам резистентным к проводимой терапии, а также при разрыве маточной трубы.

Использование мифепристона

Обсуждая возможности консервативного лечения, необходимо упомянуть еще один препарат, используемый в мировой практике.

Мифепристон – синтетическое стероидное антигестагенное средство.

В одном небольшом исследовании было показано, что комбинация мифепристона и метотрексата привело к улучшению результатов в лечении ненарушенной эктопической беременности в сравнении с изолированным использованием метотрексата, в то время как в другом исследовании было показано, что подавляющее большинство (37 из 38) пациенток с внематочной беременностью были успешно пролечены только мифепристоном.

Никаких различий не было обнаружено в восстановлении проходимости маточных труб при сравнении данных схем лечения. В настоящее время нет данных о влиянии такого лечения на будущую фертильность.

Необходимы дополнительные исследования, чтобы полностью оценить необходимость и обоснованность добавления мифепристона в схему лечения метотрексатом.

По данным FDA (food and drug administration — Агентство министерства здравоохранения и социальных служб США, которое занимается контролем качества пищевых продуктов, лекарственных препаратов и некоторых других

категорий товаров) «мифепристон не является эффективным для лечения внематочной беременности». В нашей стране этот препарат для лечения эктопической беременности применяется в отдельных клиниках, имеющих разрешение этического комитета.

Согласно приведенной схеме (см. схему 2) при задержке менструации, болях внизу живота, кровянистых выделениях из половых путей необходимо провести тест на β -ХГЧ. При положительном результате следует выполнить УЗИ органов малого таза трансвагинальным датчиком.

При признаках ненарушенной внематочной беременности с размером образования в области придатков более 3,5 см показано хирургическое лечение лапароскопическим доступом.

При признаках ненарушенной внематочной беременности с размером образования в области придатков менее или равным 3,5 см показан контроль β -ХГЧ через 48 часов, при снижении до 1500 МЕ/л и ниже возможно наблюдение в динамике.

Если β -ХГЧ более 5000 МЕ/л, тем более при регистрации сердцебиения плода, то показано хирургическое лечение лапароскопическим доступом.

Если β -ХГЧ менее или равное 5000 МЕ/л, при отсутствии регистрации сердцебиения плода, то возможно консервативное лечение, системное назначение метотрексата.

Тактика ведения после органосохраняющей операции (см. схему 3)

В случае сохранения риска прогрессирования трубной беременности после лапароскопической сальпинготомии показано интратубарное введение метотрексата с последующей оценкой уровня β -ХГЧ в динамике, его нарастание — показание для повторной операции; его снижение (менее 14% от исходного уровня) — критерий успешного лечения. Недостаточное снижение β -ХГЧ (уровень содержания исследуемого гормона равен или превышает 14% от исходного уровня) является показанием для дальнейшего наблюдения за пациенткой.

В зарубежных протоколах показания к тубэктомии и к органосохраняющим операциям отличаются от протоколов РФ, рассмотренных выше.

Показания к удалению маточной трубы:

- Реализованная репродуктивная функция.
- Интерстициальная локализация плодного яйца.
- Распространенный спаечный процесс в полости малого таза и/или вовлечение в него маточной трубы.
- Макроскопические признаки хронического сальпингита.
- Разрыв маточной трубы.
- Беременность в ранее оперированной трубе.
- Большие размеры плодовоэстилица (более 35 мм).
- Перитубарная гематома.
- Инфицированная внематочная беременность.

Органосохраняющие операции при трубной беременности показаны:

- при локализации плодного яйца в ампулярном или истмическом отделе маточной трубы;

- при сохранности стенки маточной трубы;
- при поперечном размере плодовместилища не более 35 мм;
- при отсутствии распространенного спаечного процесса в малом тазу и (или) признаков хронического воспаления маточной трубы;
- при отсутствии в анамнезе вмешательства на маточной трубе.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ВЕДЕНИЕ

При условии отсутствия геморрагического шока на момент оперативного вмешательства в послеоперационном периоде пациентам назначается стандартная антибактериальная, инфузионная и противоанемическая терапия (по показаниям).

В случае развития геморрагического шока консервативное послеоперационное лечение включает в себя интенсивную гемостатическую и корригирующую терапию. Инфузионная терапия направлена на быстрое восстановление объёма крови, нормализацию коллоидно-осмотического давления, кислородной ёмкости крови, а также её реологических и коагуляционных свойств. Проводится также коррекция сопутствующих заболеваний с учётом обнаруженных изменений по синдромальному и нозологическому принципу.

В послеоперационный период рекомендуется исследование динамики содержания β -ХГЧ каждые 2 дня, начиная со 2-го дня после лапароскопии.

При адекватном хирургическом лечении содержание ХГЧ через 2 дня в крови должно быть менее 50% значения до операции.

Если адекватного снижения содержания β -ХГЧ на 2-е сутки после операции не происходит, то рекомендовано назначение 40–50 мг метотрексата внутримышечно.

Уровень содержания ХГЧ в крови через 2 дня после инъекции, превышающий 25% от первоначального уровня, требует повторного назначения препарата в той же дозе.

Проведение в послеоперационном периоде УЗИ с доплерометрией в динамике.

После операции для реабилитации необходим комплекс лечебных мероприятий:

1. Общее воздействие на организм с целью повышения иммунитета.
2. Проведение курса физиотерапии: ультрафиолетовое облучение крови, магнитотерапия.
3. Гормональная контрацепция в течение 2–6 месяцев.

СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Гинекология*. Национальное руководство / под ред. В.И. Кулакова, Г.М. Савельевой, И.Б. Манухина.— М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.— 1218 с.

2. *Кириченко Л.К.* Сравнительная характеристика ранних этапов развития эктопической и маточной беременности / Л.К. Кириченко, М.И. Базина, Л.Д. Зыкова, А.Э. Али-Риза // *Сибирский медицинский журнал*.— 2003.— № 5.— С. 10–14.

3. *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. Цивьян, Р. В. Уракова // *Журн. акушерства и женских болезней*.— 2003.— Т. 52, № 3.— С. 28–33.

4. *Пилотный* проект единого протокола ведения больных с вне-маточной беременностью для обсуждения в рамках семинара «Ургентная гинекология» 5 сентября 2011 года /Общероссийский научно-практический семинар «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии».— Сочи, 2011.

5. *Ectopic Pregnancy — Modern Diagnosis and Management* / Ed. by M. Kamrava, West Coast IVF Clinic, Inc., LA Center for Embryo Implantation (SEED/ HEED).— USA, 2011.

ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ

1. Частота встречаемости внематочной беременности в мире составляет:

- а) 4–5 %;
- б) значительно варьирует в разных странах;
- в) 0,1–0,5%;
- г) 1–2%;
- д) частота встречаемости этой патологии увеличивается.

2. Гетеротопическая беременность — это:

- а) беременность;
- б) беременность в рудиментарном маточном роге;
- в) редкий случай одновременного сочетания маточной и эктопической беременности;
- г) редкий случай одновременного сочетания эктопической беременности разной локализации;
- д) беременность в области рубца после кесарева сечения.

3. Факторами, относящимися к группе высокого риска являются:

- а) хирургическое вмешательство на маточных трубах;
- б) лигирование маточных труб;
- в) начало половой жизни до 18 лет;
- г) промискуитет;
- д) воспалительные заболевания органов малого таза,

4. При отношении ХГЧ, полученной при кульдоцентезе к уровню ХГЧ, полученному из венозной крови равному 2,3 ожидается наличие:

- а) маточной беременности;
- б) внематочной беременности;

- в) аборта в ходу;
- г) начавшегося выкидыша;
- д) результат исследования сомнительный, требуется наблюдение в динамике, повторный контроль через три дня.

5. Достоверным ультразвуковым признаком внематочной беременности можно считать:

- а) кистозное образование в проекции придатков с эхопозитивным венчиком;
- б) свободная жидкость позади матки, в латеральных каналах живота;
- в) эктопически расположенное плодное яйцо;
- г) эктопически расположенное плодное яйцо с живым эмбрионом;
- д) кистозное образование в проекции придатков на стороне нахождения желтого тела.

6. Варианты хирургического лечения в зависимости от степени повреждения маточной трубы:

- а) сальпингостомия;
- б) сегментарная резекция маточной трубы;
- в) сальпинготомия;
- г) сальпингэктомия;
- д) сальпингоовариоэктомия.

7. Органосохраняющее лечение маточной трубы согласно «Единому протоколу оказания помощи больным с острыми гинекологическими заболеваниями, клиническая картина «острого живота» возможно:

- а) при эктопической беременности, прервавшейся по типу трубного аборта;
- б) при прогрессирующей трубной беременности;
- в) при расположении плодного яйца не более 1,0 см к маточному углу;
- г) при нереализованной репродуктивной функции;
- д) при размере плодного яйца не более 2,5 см.

8. При подозрении на внематочную беременность:

- а) врач может наблюдать пациентку амбулаторно не более 3 суток;
- б) врач может наблюдать пациентку амбулаторно не более 1 суток;

- в) пациентка должна быть госпитализирована в экстренном порядке;
- г) пациентка должна быть госпитализирована в течение суток;
- д) при отказе от госпитализации пациентка и родственники должны быть предупреждены о возможных последствиях с соответствующей записью в медицинской документации.

9. При эктопической беременности лапаротомия проводится:

- а) при отсутствии технической оснащённости или достаточной подготовки хирургов для проведения лапароскопии;
- б) при наличии у пациентки экстрагенитальных заболеваний, являющиеся противопоказанием для наложения пневмоперитонеума;
- в) при нарушенной эктопической беременности;
- г) при наличии у пациентки экстрагенитальных заболеваний, являющиеся противопоказанием для придания пациентке положения Тренделенбурга;
- д) при геморрагическом шоке.

10. После подтверждения диагноза «внематочная беременность»:

- а) возможна выжидательная тактика не более 12 часов;
- б) тактика ведения согласно приказу МЗ РФ № 676 от 25.12.06.;
- в) тактика ведения согласно приказу МЗ РФ № 572н от 01.11.12.;
- г) пациентка должна быть прооперирована в течение часа;
- д) тактика ведения определяется технической оснащённостью отделения и подготовкой врача.

ОТВЕТЫ К ТЕСТОВОМУ ЗАДАНИЮ:

- 1. г, д
- 2. в, г
- 3. а, б
- 4. б
- 5. г
- 6. Все ответы правильные
- 7. а, б, д
- 8. в, д
- 9. а, б, г, д
- 10. б, г