

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»

Кафедра акушерства и гинекологии

**ЭКТОПИЧЕСКАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ:
СОВРЕМЕННАЯ КОНЦЕПЦИЯ**

Минск БелМАПО
2020

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»

Кафедра акушерства и гинекологии

ЭКТОПИЧЕСКАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ: СОВРЕМЕННАЯ КОНЦЕПЦИЯ

Учебно-методическое пособие

Рекомендовано учебно-методическим объединением в сфере
дополнительного образования взрослых по профилю образования
«Здравоохранение»

Минск БелМАПО
2020

УДК 618.31(075.9)

ББК 57.16я73

Э 42

Рекомендовано в качестве учебно-методического пособия
НМС Государственного учреждения образования
«Белорусская медицинская академия последипломного образования»
протокол № 6 от 29.09.2020

Рекомендовано учебно-методическим объединением в сфере дополнительного
образования взрослых по профилю образования «Здравоохранение»
от 07 октября 2020 года (протокол № 6)

Авторы:

Пересада О.А. профессор кафедры акушерства и гинекологии БелМАПО, доктор медицинских наук

Зновец Т.В. заместитель главного врача по родоразрешению УЗ «3-я городская клиническая больница им. Е.В. Клумова», кандидат медицинских наук

Милюк Н.С., доцент кафедры общей врачебной практики БелМАПО, кандидат медицинских наук

Верес И.А. доцент кафедры акушерства и гинекологии БелМАПО, кандидат медицинских наук

Котова Г.С., доцент кафедры общей врачебной практики БелМАПО, кандидат медицинских наук, доцент

Куликов А.А. заведующий гинекологическим отделением УЗ «3-я городская клиническая больница им. Е.В. Клумова», доцент, кандидат медицинских наук

Рецензенты:

Курлович И.В., заместитель директора по научной работе ГУ РНПЦ «Мать и дитя», кандидат медицинских наук

Кафедра акушерства и гинекологии УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Э 42 **Эктопическая беременность: современная концепция: учеб.-метод. пособие /О.А. Пересада [и др.]. – Минск: БелМАПО, 2020. – 42 с.**

ISBN 978-985-584-506-6

В учебно-методическом пособии отражены вопросы этиопатогенеза, дифференциальной диагностики и лечения внематочной беременности.

Учебно-методическое пособие предназначено для слушателей, осваивающих содержание образовательных программ переподготовки по специальности «Акушерство и гинекология», а также повышения квалификации врачей акушеров-гинекологов, врачей общей практики, врачей-терапевтов, врачей-анестезиологов-реаниматологов. Может быть полезно клиническим ординаторам и врачам-интернам.

УДК 618.31(075.9)

ББК 57.16я73

ISBN 978-985-584-506-6

© Пересада О.А. [и др.], 2020

© Оформление БелМАПО, 2020

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
КЛАССИФИКАЦИЯ. ТЕРМИНОЛОГИЯ	6
ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ	7
КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА И ДИАГНОСТИКА	13
ШЕЕЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ	21
БЕРЕМЕННОСТЬ В РУБЦЕ НА МАТКЕ	23
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА. ВНУТРИБРЮШНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ	24
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ	28
ВЕДЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА	35
РЕАБИЛИТАЦИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ	35
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	40

ВВЕДЕНИЕ

Внематочная беременность (далее – ВБ) является символом реальной опасности для многих тысяч пациенток, причиной большого числа организационных, диагностических и лечебно-тактических ошибок. Все случаи имплантации плодного яйца вне полости матки являются тяжелой патологией, которая представляет непосредственную угрозу не только здоровью, но и жизни женщины.

У каждого врача-специалиста есть яркие или необычные случаи в личной практике, которые научили его практическому осмыслению медицины, причем гораздо основательнее, чем книги и статьи. Прежде всего это относится к пациентам с внематочной беременностью. Такие конкретные случаи окрашиваются собственными переживаниями и размышлениями врача. Именно из таких встреч с пациентами один на один, из отдельных наблюдений, ошибок и неудач складывается индивидуальный опыт – главный капитал каждого врача. Так было и так будет всегда, и никакой самый головокружительный прогресс медицины не может изменить этого. И чем богаче собственный опыт, тем лучше врач использует коллективные знания в лечении конкретного пациента. Вот это сознательное индивидуализирование в каждом отдельном случае, а не слепое следование общим рекомендациям, и отличает настоящего врача от заурядного ремесленника (профессор Н.А. Магазаник). По книге Дамирова М.М. [и соавт.] «Внематочная беременность», 2019 [7]. Поэтому данное пособие призвано расширить клиническое мышление врача и укрепить его знания при оказании качественной медицинской помощи пациентам с внематочной беременностью.

Беременность называется эктопической (внематочной), если имплантация произошла вне полости матки. Наиболее частое место имплантации – фаллопиевы трубы (98%), реже – яичник, рудиментарный рог матки, рубец после кесарева сечения, брюшная полость. В редких случаях плодное яйцо имплантируется в брыжейке кишечника, широкой связке матки или других органах брюшной полости – возникает первичная брюшная беременность. Вторичная брюшная беременность возникает при выталкивании плодного яйца из трубы в брюшную полость. В некоторых случаях происходит донашивание брюшной беременности до срока родов.

Во второй половине XX столетия наметилась стойкая тенденция к возрастанию частоты внематочной беременности во всем мире, особенно среди подростков и молодых нерожавших женщин. Согласно данным эпидемиологических исследований, в индустриально развитых странах

средняя частота внематочной беременности составляет 1,2-1,4% по отношению к общему числу беременностей и 0,8-2,4% – по отношению к родам [11]. По данным Савельевой Г.М. (1997), частота внематочной беременности составляет 1 на 200 беременностей. В США частота внематочной беременности колеблется от 1:100 до 1:400 зачатий [22]. Материнская смертность при эктопической беременности занимает второе место в мире и обусловлена быстро развивающимся кровотечением и шоком. Ранняя диагностика и своевременное лечение больных с внематочной беременностью снижает показатель материнской смертности. В нашей республике в последние годы наблюдается уменьшение случаев смертельных исходов при данной патологии. Летальность при ВБ в последнее десятилетие несколько снизилась, в основном благодаря ее ранней диагностике, основанной на применении высокоинформативных методов клинко-лабораторно-инструментального исследования при их грамотном анализе. Установление диагноза в каждом конкретном случае является отражением современного состояния медицинской науки, показателем логического мышления и опыта конкретного врача, признаком технической оснащенности медицинского учреждения. Наконец, требуется известный уровень врачебного мышления, так как буквально в считанные минуты необходимо прежде всего разобраться в диагнозе, часто не имея современной аппаратуры. ВБ таит в себе не только непосредственную опасность для жизни больной, связанную с массивным внутрибрюшным кровотечением и шоком, но чревата и неблагоприятными отдаленными последствиями вторичным бесплодием, повторной внематочной беременностью, образованием спаечного процесса в малом тазу [7]. Особую актуальность представляет проблема «первой» внематочной беременности, поскольку более чем у 50% больных после хирургического лечения нарушается репродуктивная функция, а частота повторных эктопических нидаций составляет 7-17%. В связи с этим сохранение репродуктивной функции после эктопической беременности представляет важную медико-социальную проблему.

Учебно-методическое пособие предназначено для слушателей, осваивающих содержание образовательных программ переподготовки по специальности «Акушерство и гинекология», а также повышения квалификации врачей акушеров-гинекологов, врачей общей практики, врачей-терапевтов, врачей-анестезиологов-реаниматологов. Может быть полезно клиническим ординаторам и врачам-интернам.

КЛАССИФИКАЦИЯ. ТЕРМИНОЛОГИЯ

Увеличение частоты эктопической беременности определяется рядом **факторов**, среди которых необходимо выделить следующие:

а) неуклонный рост числа воспалительных заболеваний внутренних половых органов, чаще специфической этиологии (подобная тенденция, в свою очередь, объясняется возрастанием сексуальной активности, наличием нескольких половых партнеров, увеличением числа аборт);

б) широкое распространение оперативных методов в лечении трубного и трубно-перитонеального форм бесплодия и/или методов экстракорпорального оплодотворения;

в) увеличение числа женщин, применяющих внутриматочные средства контрацепции.

В разделе «Беременности с абортивным исходом» МКБ 10 пересмотрены зарегистрированы два термина, не исключают друг друга – внематочная и эктопическая беременность.

ВБ классифицируют по локализации и клиническому течению. В современной классификации (МКБ-10), основанной на локализации плодного яйца, выделяют следующие формы ВБ:

О00.0 Абдоминальная (брюшная) беременность.

О00.1 Трубная беременность

-беременность в маточной трубе

-разрыв маточной трубы вследствие беременности

-тубный аборт

О00.2 Яичниковая беременность.

О00.8 Другие формы внематочной беременности

-шеечная

-в роге матки

-интралигаментарная

--стеночная

О00.9 Внематочная беременность неуточненная.

Частые формы: трубная беременность: в ампулярном, истмическом или интерстициальном отделе.

Редкие формы: яичниковая беременность (развивающаяся на поверхности яичника или интрафолликулярно); брюшная беременность – первичная (имплантация в брюшной полости происходит первоначально) и вторичная; беременность в рудиментарном роге; межсвязочная беременность; шеечная беременность; многоплодная беременность

(развивающаяся в полости матки в сочетании с эктопической), беременность в рубце на матке.

К казуистике относят чрезвычайно редкие случаи многоплодной беременности с разнообразной локализацией: сочетание маточной и трубной, двусторонняя трубная и другие сочетания эктопической локализации плодного яйца. Частота спонтанной **гетеротопической беременности (сочетание маточной и эктопической беременности)** за последние десятилетия возросла с 1: 30000 до 16 4000, а в популяции женщин, забеременевших с помощью ЭКО – до 1:100 – 1:1000.

Брюшная беременность может быть первичной, когда плодное яйцо сразу же начинает развиваться в брюшной полости, имплантируясь на брыжейке кишечника, на широкой маточной связке или в любом другом отделе. Однако чаще брюшная беременность является вторичной, т.е. после трубного аборта не погибшее плодное яйцо продолжает развиваться в брюшной полости, имплантируясь на вышеописанные образования. Казуистикой является донашивание брюшной беременности до срока родов. Обычно при этом могут иметь место аномалии развития плода. Третий, ятрогенный механизм, был предложен в описании случая абдоминальной беременности после экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) у пациентки без маточных труб из-за двух предыдущих сальпингэктомий [6]. Место беременности было связано с перфорацией матки катетером для переноса ЭКО.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Этиология внематочной беременности до конца не выяснена. Основу механизма формирования внематочной беременности составляют различные патологические процессы, нарушающие транспорт оплодотворенной яйцеклетки по маточной трубе и/или изменяющие свойства плодного яйца. Причинами, ведущими к развитию внематочной беременности, являются воспалительные заболевания придатков матки, нарушение сократительной деятельности маточных труб, половой инфантилизм, эндокринные расстройства. Повышенная активность трофобласта и многие другие. **Морфологическое исследование выявляет в половине всех случаев эктопической беременности острое воспаление в трубе [9].**

Целесообразно рассматривать не вопросы этиологии внематочной беременности, а факторы, потенциально способствующие ее развитию – т.е. **факторы риска**. В настоящее время известны более десятка факторов риска

эктопической беременности, которые принято компоновать по групповым признакам:

1) анатомические (связанные с нарушениями транспортной функции маточных труб): воспаление маточных труб; стерилизация маточных труб; использование внутриматочной контрацепции; операции на маточных трубах, в том числе предшествующее хирургическое лечение трубной беременности;

2) гормональные: индукция овуляции; экстракорпоральное оплодотворение; задержка овуляции; трансмиграция овоцита;

3) спорные: эндометриоз; врожденные аномалии матки; дивертикулез труб; аномалии уровня простагландинов в сперме; хромосомные нарушения.

Риск эктопической беременности значительно повышается при 2 и более искусственных абортах в анамнезе.

Ниже изложена клиническая концепция различных факторов риска развития внематочной беременности.

1. Воспалительные заболевания внутренних половых органов занимают первое место в структуре этиопатогенеза эктопической беременности (47-55%). Ведущая роль в возникновении трубной беременности отводится хроническому сальпингиту. В результате воспаления придатков матки нарушается проходимость маточных труб вследствие анатомических (органических) повреждений и в результате повреждения нервно-мышечного аппарата трубы; изменяется нейроэндокринный статус (происходит нарушение физиологической секреции РНК, гликогена и гликопротеидов), обеспечивающий нормальную жизнедеятельность яйцеклетки; нарушается стероидогенез в яичниках.

У 44 % больных аборт предшествовал наступлению внематочной беременности. стремление тщательно выскабливать трубные углы матки может приводить к травме глубоких слоев эндометрия, к последующим слипчивым процессам и частичному закрытию просвета интерстициальной части трубы [7].

Воспалительные процессы, возникающие после родов, особенно осложненных, также могут служить причиной возникновения в дальнейшем внематочной беременности.

2. Внутриматочная контрацепция (ВМК), которую в настоящее время используют более 70 миллионов женщин во всем мире. Частота эктопической беременности на фоне применения ВМК достигает 3-4%, что почти в 20 раз выше, чем в общей популяции. Степень риска внематочной беременности находится в прямо пропорциональной зависимости от длительности использования ВМК: до двух лет «ношения» ВМК риск

эктопической беременности возрастает в 2 раза и в 3-4 раза – при более продолжительном применении. Причина высокого риска эктопической имплантации бластоцисты на фоне длительного использования ВМК (**после 3 лет**) объясняется исчезновением реснитчатых клеток слизистой оболочки маточных труб.

3. Реконструктивно-пластические операции на маточных трубах.

Частота внематочной беременности после реконструктивно-пластических операций на маточных трубах (лечение трубно-перитонеального бесплодия, хирургическая стерилизация, органосохраняющее хирургическое лечение трубной беременности) варьирует в зависимости от техники (лапаротомия, микрохирургия, лапароскопия) и типа оперативного вмешательства (сальпингоовариолизис, фимбриопластика, неосальпингостомия, сальпинго-сальпинго-анастомоз, трубно-маточный анастомоз, сальпинготомия и др.).

Выбор типа хирургического вмешательства определяется не только заинтересованностью женщины в сохранении репродуктивной функции, но и конкретной клинической ситуацией, а также особенностями морфоструктурных изменений в маточных трубах (в первую очередь, состоянием эндосальпинкса) и степенью спаечного процесса в малом тазу:

- после сальпинго- и/или овариолизиса частота трубной беременности сравнительно невысока (как правило, отсутствуют выраженные нарушения структуры и функции трубы);

- после фимбриопластики частота трубной беременности достигает 12% (повреждение эндосальпинкса приводит к формированию непроходимости трубы в ее ампулярном отделе вследствие «слипания» фимбрий);

- после неосальпингостомии эктопическая беременность наблюдается почти у каждой четвертой пациентки, что обусловлено грубыми повреждениями дистальных отделов трубы с вовлечением в деструктивный процесс всех слоев ее стенки, вплоть до образования сактосальпинкса.

4. Индукторы овуляции (кломифен, менопаузальный гонадотропин, хорионический гонадотропин, агонисты гонадолиберина) являются обязательным компонентом программы экстракорпорального оплодотворения, а также достаточно широко применяются для лечения ряда форм эндокринного бесплодия. На фоне приема индукторов овуляции частота внематочной беременности увеличивается до 10%, а при развитии синдрома гиперстимуляции яичников риск эктопической беременности возрастает в 3 раза по сравнению с таковым в общей популяции. Кроме этого, стимуляторы овуляции повышают вероятность развития многоплодной беременности, в том числе и гетеротопической: частота сочетания маточной и внематочной беременностей при оплодотворении *in vitro* достигает 1:100. В

литературе описан уникальный случай имплантации шести эмбрионов в матке и одного в правой маточной трубе после индукции овуляции менопаузальным и хорионическим гонадотропинами [11].

5. Нарушение синтеза простагландинов. Основу механизма действия простагландинов на маточные трубы составляют процессы сокращения и расслабления мышечных волокон яйцеводов, регулирующие транспорт оплодотворенной яйцеклетки, а также объем ретроградной менструальной крови.

6. Гормональные контрацептивы. 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 изменением сократительной активности маточных труб на фоне сохраненной овуляции (последняя сохраняется у 50% пациенток, принимающих мини-пили). **При правильном использовании эстроген-гестагенных контрацептивов частота внематочной беременности сводится к нулю.**

7. Повышенная биологическая активность плодного яйца. Как известно, при физиологической беременности уже на 8-9 сутки после оплодотворения трофобласт дифференцируется на два слоя: внутренний – цитотрофобласт, обращенный к полости бластоцисты, и наружный – синцитиотрофобласт, прилежащий к слизистой оболочке матки. Первичный трофобласт выделяет протеолитические, гликолитические и другие ферменты, вызывающие лизис эндометрия и, тем самым, способствующие инвазии бластоцисты в подлежащие ткани. При ускоренном развитии и дифференцировке трофобласта (раньше физиологического срока) возрастает вероятность эктопической (преждевременной) имплантации бластоцисты до ее проникновения в полость матки.

8. Трансмиграция яйцеклетки и/или сперматозоидов. В настоящее время изучены несколько возможных вариантов трансмиграции яйцеклетки и/или сперматозоидов:

- *наружная трансабдоминальная миграция яйцеклетки* – переход яйцеклетки через брюшную полость в маточную трубу, противоположную от овулировавшего яичника; возникновение беременности в единственной маточной трубе при наличии у пациентки только контралатерального яичника;

- *трансабдоминальная миграция сперматозоидов* – имеет место при возникновении маточно-перитонеальной фистулы или реканализации труб после добровольной хирургической стерилизации;

- *внутренняя миграция зиготы в маточную трубу из полости матки* – предполагается, что ее причинами могут быть: «рефлюкс» зиготы в маточную трубу во время искусственной имплантации эмбриона вследствие повышения возбудимости миометрия; запоздалая овуляция, в результате которой в матку попадает незрелое и неспособное к имплантации плодное яйцо.

Таким образом, внематочную беременность необходимо рассматривать как **полиэтиологическое заболевание**, причем ни один из известных в настоящее время факторов непосредственно не объясняет сравнительно высокую частоту эктопической имплантации плодного яйца.

Основу **патогенеза** эктопической беременности составляют нарушения физиологического транспорта оплодотворенной яйцеклетки, обуславливающие ее имплантацию вне полости матки. Во многом развитие внематочной беременности определяется анатомо-гистологическими особенностями состояния маточных труб, к которым относятся малая толщина эндосальпинкса, отсутствие в нем желез и деления на функциональный и базальный слои, а также тонкий мышечный слой, неспособный выдержать агрессивное воздействие трофобласта [12]. При трубной беременности (наиболее распространенная форма заболевания) внедрение бластоцисты в эндосальпинкс завершается формированием плодместилища из оболочек маточной трубы: слизистая оболочка покрывает плодное яйцо со стороны просвета трубы, образуя внутреннюю капсулу плодместилища; мышечная и серозная оболочки составляют его наружную капсулу. Ввиду отсутствия защитных механизмов, свойственных децидуальной оболочке тела матки, стенка матки маточной труб и шейки матки довольно быстро разрушается развивающимся плодным яйцом [5]. Процесс формирования плодместилища полностью отражает ироничное высказывание: «плодное яйцо роет себе в стенке трубы не только гнездо, но и могилу». Неизбежный трагический финал – прерывание трубной беременности – обеспечивается двумя факторами:

- *во-первых*, неприспособленностью маточных труб к дальнейшему прогрессированию беременности, поскольку эндосальпинкс, в отличие от эндометрия, лишен трубчатых желез и дифференцировки на базальный и функциональный слои; достаточно тонкая мышечная оболочка маточных труб неспособна выдержать воздействие прогрессирующего трофобласта;

- *во-вторых*, разрушительным действием эктопического трофобласта, пролиферативная активность которого значительно выше, чем при маточной беременности.

Подавляющее большинство эктопических беременностей – это трубная беременность. Принято различать следующие **клинические формы** трубной беременности: **прогрессирующая, нарушенная по типу разрыва наружного плодместилища, нарушенная по типу разрыва внутреннего плодместилища, регрессирующая.**

Прерывание трубной беременности происходит либо по типу **трубного аборта**, либо по типу **разрыва трубы**. Рост плодного яйца приводит к растяжению просвета маточной трубы, локальному увеличению ее размеров и истончению и/или повреждению слизистой оболочки. Прогрессирование беременности сопровождается достаточно быстрым разрушением кровеносных сосудов трубы ворсинами эмбриона, в результате которого нарушается кровоснабжение зародыша и плодное яйцо погибает. Антиперистальтические сокращения миосальпинкса изгоняют плодное яйцо из просвета трубы в брюшную полость, что сопровождается кровотечением. По аналогии с маточной беременностью выделяют полный трубный аборт (плодное яйцо полностью отделяется от стенки маточной трубы и в дальнейшем целиком изгоняется в брюшную полость) и неполный трубный аборт (связь между плодным яйцом и плодместилищем или между плодным яйцом и фимбриями частично сохраняется). Разрыв маточной трубы происходит вследствие прорастания трофобластом, активно внедряющимся в стенку маточной трубы, всех трех ее оболочек (слизистой, мышечной, серозной); основным источником внутрибрюшного кровотечения в этой ситуации являются поврежденные сосуды маточной трубы.

Процесс формирования плодместилища, характер роста трофобласта, а также **патогенетические механизмы прерывания трубной беременности** в значительной степени определяются морфофункциональными особенностями того отдела маточной трубы, в котором произошла имплантация бластоцисты. Максимальная степень деструкции стенки маточной трубы, сопровождающейся разрушением ворсинами хориона всех оболочек, наблюдается, как правило, **в интерстициальном и истмическом отделах**. По направлению к дистальному концу трубы степень инвазии трофобласта в мышечную оболочку убывает, ограничиваясь в **ампулярном** отделе пределами эндосальпинкса.

При истмической локализации плодного яйца перфорация стенки трубы возникает достаточно быстро – через 4-6 недель после оплодотворения.

Интерстициальная беременность может существовать в течение более продолжительного времени (до 10-16 недель) благодаря мощной мышечной оболочке и богатому кровоснабжению этого отдела. Вместе с тем,

особенности васкуляризации интерстициального отдела, значительно усиленной при беременности, являются причиной массивного кровотечения при его разрыве, представляющего смертельную опасность для пациентки.

В ампулярном отделе трубы глубина инвазивного роста трофобласта ограничивается пределами слизистой оболочки, поэтому плодное яйцо располагается преимущественно в просвете маточной трубы и постепенно растягивает его. Разрыв стенки трубы в этом отделе нетипичен. Прерывание ампулярной трубной беременности происходит обычно через 4-8 недель по типу трубного аборта.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА И ДИАГНОСТИКА ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Особенности течения и клиническая картина внематочной беременности зависят от формы, локализации, срока беременности и стадии развития. С клинической точки зрения выделяют прогрессирующую трубную беременность и нарушенную трубную беременность (разрыв маточной трубы, трубный аборт).

В Национальном руководстве по гинекологии (РФ) [6] выделены наиболее часто встречающиеся жалобы, предъявляемые больными внематочной беременностью: задержка менструации (73%), кровянистые выделения из половых путей (71%), боли различного характера и интенсивности (68%), сочетание трех симптомов (52%), тошнота (48%), иррадиация боли в поясничную область, прямую кишку, внутреннюю поверхность бедра (32%).

Помимо особенностей клинической картины внематочной беременности, проявляющейся приведенными выше жалобам, имеется много черт, свойственных вообще беременности. Появляются сомнительные и вероятные признаки беременности: часто бывает задержка очередной менструации, нагрудяют молочные железы, возникают различные вкусовые нарушения. Могут наблюдаться ранние токсикозы беременности (тошнота, рвота, слюнотечение). Появляется цианоз слизистых оболочек влагилица и шейки матки (она начинает размягчаться и увеличиваться в размере). В слизистой оболочке матки также наступают изменения, свойственные беременности (образуется децидуальная оболочка). Отмечается возрастание в крови уровня бета-ХГЧ. Таким образом, ряд признаков, как маточной, так и внематочной беременности одинаково. В связи с этим возникает вопрос непростой клинической диагностики эктопической беременности, так как

этот диагноз ввиду выраженного полиморфизма клинической картины можно трактовать как наиболее легкий и наиболее сложный [3].

Диагностика. В ряде наблюдений диагностика нарушенной внематочной беременности не представляет затруднений, так как ее клиника соответствует представлениям о «классическом» течении этого заболевания: изменение менструального цикла, наличие гемодинамических нарушений, характерной иррадиацией болей (в прямую кишку, лопатку), выраженной болезненности при контралатеральных смещениях шейки матки, пастозности и выбухания заднего свода влагалища.

В то же время при задержке ожидаемой менструации на 7-20 дней при регулярном менструальном цикле крайне сложно диагностировать место точной локализации плодного яйца. То есть, имеется «диагностическое окно», когда ни клинические, ни дополнительные методы обследования не позволяют точно определить локализацию плодного яйца. Этим обусловлен высокий процент диагностических и тактических ошибок, особенно на начальных этапах развития заболевания. Правильный диагноз при первом обращении к врачу ставится только в 40% случаев, что обуславливает частые иски в суд со стороны пациенток во многих странах. Все женщины репродуктивного возраста с болями в животе, вагинальными кровотечениями или нарушениями менструального цикла должны быть проверены на беременность.

Применение в подобной ситуации рутинного кульдоцентеза позволяет достаточно ясно определить показания к хирургическому лечению (наличие в аспирате темной несворачивающейся крови). Подчеркиваем необходимость и важность детального изучения сведений **анамнеза, клиники заболевания**, особенно при «стертой» симптоматике эктопической беременности. **Настоятельно рекомендуем (прежде всего молодым врачам), попробовать определиться с диагнозом по клинико-анамнестическим данным, далее – по результатам объективного и специального гинекологического обследования и только затем свой сложившийся диагноз подтвердить результатами дополнительных методов диагностики (в том числе кульдоцентезом).**

Мировой «золотой» стандарт диагностики эктопической беременности:

1) Анализ крови на хорионический гонадотропин человека (бета-субъединицы) (ХГ), при котором выявляют несоответствие количества этого гормона должному при данном сроке маточной беременности;

2) УЗИ констатирует отсутствие в полости матки трофобласта и обнаруживает его вне полости.

Комбинация трансвагинального УЗИ и определение уровня бета-субъединицы ХГ позволяет диагностировать беременность у 98% больных с 5-й акушерской недели беременности [17].

Безусловно, наиболее информативным инструментальным методом диагностики внематочной беременности является *лапароскопия*, использование которой позволяет объективно (визуально) оценить состояние матки, яичников, маточных труб, объем кровопотери, локализацию эктопического плодного яйца. Эндоскопическое исследование **не входит в «золотой» стандарт**, так как этот метод не может обнаружить в трубе беременность раннего срока, потому что малые размеры плодного яйца не приводят к видимой деформации маточной трубы. Вместе с тем, лапароскопия – хирургическое вмешательство, потенциальными осложнениями которого могут быть газовая эмболия, повреждение органов и сосудов брюшной полости, эмфизема и другие. Поэтому применение лапароскопии с диагностической целью оправдано лишь в тех наблюдениях, когда результаты менее инвазивных исследований не позволяют установить окончательный диагноз.

Трансвагинальная эхография. Трансвагинальное ультразвуковое сканирование является первым и обязательным этапом в комплексе диагностических мероприятий при подозрении на эктопическую беременность. Высокая разрешающая способность трансвагинальных эхопреобразователей обеспечивает идентификацию патологического расширения маточных труб начиная с 8-10 мм; возможно обнаружить даже минимальное количество «свободной» жидкости в брюшной полости и при необходимости осуществить ее прицельную и безопасную аспирацию («визуальный» кульдоцентез). Идентификация плодного яйца или его элементов в полости матки позволяет с высокой вероятностью исключить эктопическую локализацию бластоцисты. В то же время врачу, производящему УЗИ, не стоит забывать о возможном **сочетании маточной и внематочной (гетеротопической) беременности**. Следует отметить, что с помощью высокочастотных трансвагинальных эхопреобразователей удается диагностировать прогрессирующую маточную беременность уже с 1,5 недель после оплодотворения.

Основными **ультразвуковыми критериями** внематочной беременности следует считать: неоднородные придатковые структуры с наличием или без свободной жидкости в брюшной полости; эктопически расположенное плодное яйцо с эмбрионом.

По результатам УЗИ выделяют три типа эхографической картины полости матки при внематочной беременности:

- 1) утолщенный от 11 до 25 мм эндометрий без признаков деструкции;
- 2) полость матки расширена, переднезадний размер от 10 до 26 мм, содержимое жидкостное, неоднородное за счет гематометры и отторгнутого в различной степени гравидарного эндометрия;
- 3) полость матки сомкнута, М-эхо в виде гиперэхогенной полоски от 1,6 до 3,2 мм.

Ультразвуковая картина маточных труб при трубном аборте отличается выраженным полиморфизмом, от округлой с ровными контурами до тубусовидной с «волнообразными» краями. Следует отметить, что информация, полученная в ходе трансвагинального ультразвукового сканирования, позволяет дополнить **детальное клиническое обследование** и определить рациональную тактику ведения больных с подозрением на внематочную беременность.

В качестве **юридических аспектов** обследования пациенток с внематочной беременностью следует иметь в виду, что даже при использовании трансвагинального сканирования, в том числе с доплерометрией, могут не выявляться убедительные данные, свидетельствующие о наличии эктопической беременности (20% наблюдений). В связи с этим, при сомнительных результатах ультразвукового обследования у пациенток с подозрением на внематочную беременность для протокола исследования может быть рекомендовано **письменное заключение** следующего характера: «Несмотря на отсутствие эхографических данных, полностью исключить наличие внематочной беременности не представляется возможным» [22].

Хорионический гонадотропин (ХГ). Присутствует в крови беременных женщин с начала дробления оплодотворенной яйцеклетки вне зависимости от локализации беременности.

Роль ХГ в поддержании и развитии беременности очень велика: лютеотропный эффект, стимуляция продукции и секреции эстрогенов и прогестерона в желтом теле, стероидогенез в плаценте. Концентрация ХГ у здоровых мужчин и небеременных женщин не превышает 10 МЕ/л. Максимальная концентрация гормона обнаруживается на 6-8 неделе беременности (считая от зачатия), затем наблюдается постепенное снижение концентрации ХГ до 15 недели беременности; начиная с этого срока и до конца беременности концентрация ХГ практически не меняется, составляя в среднем 25 000-30 000 МЕ/л.

Внедрение в клиническую практику методики определения бета-ХГ с помощью радиоиммунологического анализа (РИА), объединяющего радиоизотопные и иммунологические пробы, считается прогрессивным шагом в ранней диагностике как маточной, так и эктопической беременностей. РИА основан на иммунологической реакции антиген-антитело, в которой гормон действует как антиген. РИА является более точным, чувствительным и специфичным методом в сравнении с иммунологическими тестами (самые чувствительные иммунологические тесты способны улавливать гормон в количестве 1 МЕ/мл, а радиоиммунологические – 1 мМЕ/мл). Концентрация ХГ в сыворотке крови выше 5 мМЕ/мл расценивается как положительная реакция, свидетельствующая о наличии беременности. Разновидностью РИА является иммунорадиометрический анализ (ИРМА), обладающий еще более высокой специфичностью и чувствительностью.

С появлением в лабораторной практике высокочувствительных и высокоспецифичных иммуноферментных тест-систем для определения ХГ в крови, основанных на выявлении с помощью моноклональных антител бета-субъединицы ХГ, стала возможной диагностика ранней беременности начиная с 7-9 дня после оплодотворения яйцеклетки. Как и физиологическая беременность, эктопическая беременность характеризуется наличием синтеза ХГ, начиная с первых дней после прикрепления оплодотворенной яйцеклетки. Однако динамика содержания ХГ при эктопической беременности имеет ряд отличий от таковой при физиологической беременности. Увеличение концентрации ХГ происходит значительно медленнее, чем при физиологической беременности. Установлено, что в 95% случаев **концентрация ХГ в крови пациенток с эктопической беременностью достоверно ниже соответствующих нормативных показателей для данного срока физиологической беременности** [21]. Следует отметить, что концентрация ХГ при эктопической беременности может варьировать в широких пределах – от 20 до 200 000 МЕ/л. Это обусловлено тем, что синтез ХГ трофобластом зависит от кровоснабжения. Поэтому, условия для развития яичниковой и брюшно-полостной беременности, можно считать более благоприятными по сравнению с таковыми для трубной беременности. В связи с этим, концентрация ХГ при яичниковой или брюшно-полостной беременности, как правило, не отличается от таковой при физиологической беременности. При трансвагинальном УЗ исследовании плодное яйцо в виде скопления жидкости с эхогенным кольцом в полости матки должно быть видно при уровне бета-ХГЧ между 1000—2000 мМЕ/м, при трансабдоминальном

исследовании маточная беременность должна визуализироваться при уровне бета-ХГЧ >6500 мМЕ/мл [7].

Алгоритм дифференциальной диагностики эктопической беременности [13] заключается в следующем:

1) Опрос пациентки. Любое нарушение менструального цикла – несвоевременное наступление менструации, межменструальные кровянистые выделения, болевой синдром – являются основаниями для назначения анализа на определение содержания ХГ в крови.

2) При наличии положительного анализа на ХГ концентрация этого гормона должна быть сопоставлена с соответствующим нормативным показателем для данного срока физиологической беременности.

3) Несоответствие концентрации ХГ сроку беременности является обоснованием назначения УЗИ для обнаружения плодного яйца.

4) Наличие тубоовариального образования или новообразования в брюшной полости при положительной реакции на ХГ с высокой степенью достоверности свидетельствует об эктопической беременности. Точность диагностики не менее 99%.

5) При отрицательном результате УЗИ и положительной реакции на ХГ целесообразно повторное количественное определение концентрации ХГ в крови пациентки с интервалом 2-3 дня. Увеличение ХГЧ определяется как рост более чем на 10% по двум последовательным измерениям и уменьшение – как снижение более чем на 10% по двум последовательным измерениям. Отсутствие динамики или незначительное увеличение концентрации этого гормона следует расценивать как дополнительное подтверждение наличия внематочной беременности. Целесообразно повторное проведение УЗИ с целью визуализации плодного яйца.

6) При наличии отрицательной реакции на ХГ (концентрация ХГ менее 10 МЕ/л) диагноз «беременность» поставлен быть не может. Концентрация ХГ от 10 до 20 МЕ/л должна расцениваться как «сомнительная реакция» и анализ целесообразно повторить через 5-7 дней.

Таким образом, при обследовании пациенток с подозрением на внематочную беременность необходимо учитывать **следующие положения**, касающиеся тестирования ХГ:

1) определение уровня ХГ является вспомогательным методом диагностики, результаты которого должны оцениваться в соответствии с анамнезом, клинической симптоматикой, данными объективного исследования, а также особенностями ультразвуковой картины органов малого таза;

2) при эктопической беременности содержание ХГ ниже, чем при маточной беременности такого же срока;

3) выбор метода определения ХГ (качественный или количественный) зависит от конкретной клинической ситуации: для диагностики маточной беременности малых сроков или дифференциации причин «острого живота» более приемлемы качественные методы, которые позволяют в кратчайшие сроки исключить или подтвердить факт наличия беременности; при подозрении на внематочную беременность предпочтение отдают более информативным (количественным) методам (РИА; ИРМА);

4) динамику роста ХГ целесообразно оценивать в сложных клинических ситуациях (подозрение на прогрессирующую трубную беременность, трудности в дифференциации между трубным и маточным абортom), а также после органосохраняющего лечения внематочной беременности: контроль над уровнем бета-ХГ позволяет выявить персистенцию трофобласта, характеризующуюся резким возрастанием титра гормона к 9 суткам послеоперационного периода;

5) титр бета-ХГ в сыворотке крови свыше 5 мМЕ/мл расценивается как положительная реакция, свидетельствующая о наличии беременности.

Кульдоцентез (пункция заднего свода влагалища) применяется с целью диагностики внутрибрюшного кровотечения, а также аспирации асцитической жидкости для последующего цитологического анализа. С появлением методики «инвазивной» эхографии был пересмотрен ряд позиций в отношении рутинного кульдоцентеза. Высокая разрешающая способность трансвагинальных датчиков позволяет не только обнаружить даже минимальное количество «свободной» жидкости в брюшной полости, но и оценить ее акустическое отражение и, тем самым уточнить показания для кульдоцентеза. Применение ультразвукового мониторинга обеспечивает возможность прицельной аспирации содержимого брюшной полости, что с одной стороны, повышает диагностическую ценность инвазивной методики (поскольку информативность рутинного кульдоцентеза не превышает 70%), с другой – сводит к минимуму риск потенциальных осложнений (повреждение кишечника, сосудов, мочевого пузыря).

Биопсия эндометрия. В настоящее время диагностическое выскабливание слизистой тела матки при подозрении на внематочную беременность применяется не так часто, как до «эры» лапароскопии и эхографии. Более того, эта процедура обоснована лишь в тех клинических ситуациях, когда диагноз «эктопическая беременность» дифференцируется с неполным самопроизвольным абортom и/или дисфункциональным маточным кровотечением.

При внематочной беременности эндометрий трансформируется в децидуальную оболочку, строение которой идентично слизистой оболочке, выстилающей полость «беременной» матки вне зоны имплантации бластоцисты. Формирование «гиперсекреторного» состояния завершается в те же сроки, что и при маточной локализации плодного яйца – к 3-4 недели беременности. Морфологическими изменениями в слизистой тела матки, типичными для трубного аборта, являются структуры первой, второй и третьей стадий обратного развития эндометрия (децидуальной оболочки), появление клубков спиральных артерий, атипическая трансформация маточного эпителия в виде феномена Ариас-Стеллы и «светлых желез» Овербека. Вышеописанные признаки могут встречаться либо в сочетании друг с другом, либо в отдельности. Вместе с тем, указанные изменения в эндометрии не являются патогномоничными для внематочной беременности. К несомненным признакам **маточной** беременности относится наличие в соскобе слизистой тела матки ворсин хориона и/или децидуальной ткани с инвазией хориального эпителия. Полное отторжение децидуальной оболочки в виде «децидуального слепка» может быть ошибочно интерпретировано как самопроизвольный (маточный) аборт (вследствие неверной макроскопической оценки «слепка»).

Обратное развитие эндометрия встречается как при трубном, так и маточном аборте и обусловлено замедленным и продолжительным снижением уровня гормонов желтого тела и плаценты.

Эндоскопические методы исследования, к которым относится **лапароскопическая диагностическая операция**, не входят в понятие «стандарта» при диагностике «внематочной» беременности на ранних сроках. Это объясняется тем, что плодное яйцо не может быть обнаружено в трубе при беременности маленького срока, так как его небольшие размеры нередко не вызывают деформации самой маточной трубы, поэтому труба будет выглядеть неизменной. Полагаем, что у пациенток с такой симптоматикой необходимо проводить динамическое наблюдение, через 24-48 часов провести определение уровня бета-ХГЧ в крови, выполнить трансвагинальную эхографию, а по результатам комплексного обследования наметить дальнейшую тактику ведения пациентки.

ШЕЕЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Несмотря на значительный прогресс, достигнутый за последние 20-30 лет, проблема диагностики и лечения такого тяжелейшего состояния каким является шеечная беременность остается особенно актуальной. Частота шеечной беременности колеблется от 1 на 2400 до 1 на 50000 беременностей, риск возникновения этой патологии повышают предшествовавший аборт или кесарево сечение, синдром Ашермана, миома матки и ЭКО.

Клиническая диагностика шеечной беременности представляет определенные трудности, особенно на малых сроках беременности и при имплантации плодного яйца в верхней части цервикального канала [1]. Осмотр шейки матки в зеркалах и бимануальное влагалищное исследование в этих случаях практически не информативны, а пациентки могут не предъявлять никаких жалоб. Поэтому в современных условиях основным методом диагностики данной патологии следует считать ультразвуковое исследование.

Ультразвуковые признаки шеечной беременности: отсутствие плодного яйца в матке или ложное плодное яйцо; гиперэхогенность эндометрия (децидуальная ткань); неоднородность миометрия; матка в виде песочных часов; увеличение ширины шейки матки и расширение канала; визуализация плодного яйца или ткани хориона в просвете цервикального канала ниже уровня внутреннего зева; закрытый внутренний зев; отрицательный симптом «скольжения»: отсутствие смещения ткани плодного яйца относительно стенок цервикального канала при оказании дозированного давления трансвагинальным датчиком на шейку матки; высокая васкуляризация перитрофобластической области, обнаруживаемая при доплеровском исследовании (максимальная систолическая скорость более 20 см/с, ПИ менее 1,0).

Наличие прогрессирующей шеечной беременности угрожает жизни женщины в связи с риском возникновения профузного кровотечения. Именно поэтому до недавнего времени единственным методом лечения шеечной беременности считалась экстренная гистерэктомия. Летальность достигала 40-45%. Благодаря современным методам диагностики и лечения данной патологии возросли шансы проведения органосохраняющих операций у женщин с нереализованной репродуктивной функцией.

Органосохраняющие методы лечения можно разделить на две большие группы: **консервативное (медикаментозное) лечение и минимально инвазивное хирургическое вмешательство.** Методы консервативного

лечения, применяемые в настоящее время, содержат механические способы остановки кровотечения, мероприятия, направленные на уменьшение кровоснабжения шейки матки, химиотерапию, включающую введение цитостатических и эмбриотоксических препаратов (метотрексат, актиномицин Д, хлористый кальций, гиперосмолярный раствор глюкозы, простагландины), которые вводят парентерально или непосредственно в полость плодного яйца [2]. Медикаментозное лечение шеечной беременности метотрексатом на современном этапе является реальной альтернативой хирургическому лечению у определенной группы пациенток. Описано два случая подтвержденной шеечной беременности с проведением конусовидной ампутации шейки матки в пределах неизмененных тканей с ушиванием по технике Штурмдорфа и с последующим послеоперационным введением метотрексата в суммарной дозе 100 мг. Через месяц у женщин прошла менструация и упал до нормы уровень бета-ХГ [13].

Современные органосберегающие хирургические методы лечения шеечной беременности включают наложение кругового шва на шейку матки с одновременной тампонадой цервикального канала, гистероскопическую резекцию ложа плодного яйца, селективную эмболизацию маточных артерий, лазерную вапоризацию хориального ложа с последующей тампонадой цервикального канала катетером Фолея [23]. Однако эти способы несовершенны, могут приводить к осложнениям (кровотечение из сосудов ложа удаленного плодного яйца или прогрессирование шеечной беременности).

В отделении оперативной гинекологии клиники акушерства и гинекологии ММА им. И.М. Сеченова проведено оперативное лечение 14 пациенток с шеечной беременностью способом **малоинвазивного хирургического лечения** с хорошим результатом [2]. Предложенный способ, включающий лапароскопическое временное клипирование внутренних подвздошных артерий, вакуум-аспирацию плодного яйца без расширения цервикального канала и тампонаду цервикального канала катетером Фолея, может применяться, по мнению авторов, практически в любом гинекологическом стационаре, оснащенном лапароскопическим оборудованием. Он позволяет свести к минимуму риск возникновения кровотечения и необходимость проведения экстирпации матки.

БЕРЕМЕННОСТЬ В РУБЦЕ НА МАТКЕ (БРМ) ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Эктопическая беременность в результате предыдущего кесарева сечения встречается примерно у 1 из 2000 беременностей. Плодное яйцо имплантируется в рубце и окружено миометрием и соединительной тканью. Механизм имплантации, как полагают, заключается в миграции эмбриона через клиновидный дефект в нижнем сегменте матки или микроскопический свищ рубца.

Факторами риска являются аденомиоз, ЭКО, внутриматочные вмешательства, ручное удаление плаценты. БРМ формируется значительно чаще, когда предшествующее КС было выполнено по поводу ягодичного предлежания. Имеет значение состояние нижнего сегмента матки в момент проведения операции. Влияет и значительная толщина стенки матки в месте проведения гистеротомии, которая бывает при неразвёрнутом нижнем сегменте в случае тазового предлежания или незрелой шейки матки. Это не позволяет выполнить качественное восстановление стенки матки однорядным швом, поскольку при этом методе ушивания, по сравнению с классическим двухрядным, наблюдается худшее сопоставление и заживление. Так возникают условия для формирования «ниши», через которую в последующем возможна имплантация бластоцисты и развитие плодного яйца (Сидоренко В.Н. и соавт., 2017).

Клинические проявления варьируют от вагинального кровотечения с болью или без нее до разрыва матки и гиповолемического шока.

Диагноз ставится с помощью сонографической визуализации. Следует обратить внимание на определение степени инвазии в прилегающие структуры таза, такие как мочевого пузыря.

Дифференциальный диагноз включает шеечную беременность и приращение плаценты.

Лечение следует подбирать индивидуально для каждой пациентки. При определении плана лечения следует учитывать желание последующей беременности, гестационный срок, а также стабильность гемодинамики. Хирургическое лечение обычно предполагает иссечение рубца с плодом и метропластику.

Варианты лечения включают клиновидную резекцию внематочной беременности при лапаротомическом или лапароскопическом доступе, гистероскопическое иссечение, местное или системное введение метотрексата (местное введение предпочтительнее, если присутствует сердечная деятельность плода). Недостатками медикаментозной терапии

являются медленное разрешение беременности (что может занять несколько месяцев) с риском разрыва и кровотечения; может потребоваться гистерэктомия. Преимущества хирургической резекции заключаются в том, что она дает возможность как удалить беременность, так и исправить дефект, позволяет избежать риска кровотечения из-за разрыва в случае неудачной медикаментозной терапии.

Эмболизация маточных артерий (ЭМА) используется для снижения риска последующего кровотечения у пациенток, которым предстоит консервативная операция или инъекции метотрексата. Применение ЭМА связано со значительным снижением кровопотери и длительности госпитализации. Относительно новый подход - использование гистероскопии для удаления рубцов после кесарева сечения при прямой визуализации. Описано гистероскопическое ведение под ультразвуковым и лапароскопическим контролем.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ и ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА. ВНУТРИБРЮШНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ

Кроме «студенческой» клинической картины внематочной беременности все чаще встречаются атипичные или стертые, трудные для диагностики формы этой патологии. Общеизвестно, что **именно внематочная беременность нередко сопровождается болевым синдромом и внутрибрюшным кровотечением. Поэтому врачу необходимо вспомнить семиотику и дифференциальную диагностику острой тазовой и абдоминальной боли и кровотечения [15].**

Состояние кожного покрова больной – важный момент, которому врач должен уделить внимание. Выраженная бледность, холодная влажная кожа – возможные признаки **внутрибрюшного кровотечения**, пациентке тяжело находиться в горизонтальном положении, поскольку боли при этом становятся более распространенными, интенсивно иррадиируют в надплечье, может появиться затруднение дыхания, и в то же время попытка изменить положение тела, например, сесть, вызывает головокружение и даже потерю сознания.

При **острой кровопотере** вследствие разрыва трубы при внематочной беременности, травмы селезенки, разрыва стенки кисты яичника или других причин постепенно по мере увеличения объема гемоперитонеума **увеличивается частота пульса и снижается артериальное давление**, тогда как при таких заболеваниях, как нарушение питания узла (до момента

развития некроза), острый гастрит, апоплексия яичника (болевая форма), альгодисменорея, значительного изменения частоты пульса не происходит.

Температура тела при внутрибрюшном кровотечении остается нормальной. При перитубарной гематоме в случае внематочной беременности может наблюдаться повышение температуры тела до субфебрильных значений, в случае вторичного инфицирования или так называемой резорбтивной лихорадки.

Язык всегда сухой при массивном внутрибрюшном кровотечении, при перитоните также сухой и обложенный, при почечной колике – влажный. Согласно канонам классической медицины, пальпацию живота следует выполнять после его аускультации и начинать с наименее болезненных участков. Уже в ранней стадии тромбоза сосудов брыжейки перистальтические шумы не слышны, практически полностью прекращается перистальтика при прогрессировании перитонита любого генеза. Усиление перистальтики характерно для кишечной непроходимости. Наличие жидкости в отлогих местах определяют путем перкуссии: при внутрибрюшном кровотечении возможно изменение границы тупости при изменении положения тела.

При внутрибрюшном кровотечении вздутие живота может быть равномерным в отличие от асимметричного при кишечной непроходимости. Подкожные кровоизлияния в области пупка (*симптом Куллена*) впервые были описаны у пациенток с нарушенной внематочной беременностью, но могут возникать при внутрибрюшном кровотечении из любого другого источника.

Живот, как правило, при внутрибрюшном кровотечении остается мягким, но при этом отмечается резкая болезненность при пальпации и признаки раздражения брюшины (*симптом Куленкампа*) [15].

Гинекологический осмотр больной при наличии у нее острой абдоминальной или тазовой боли, предоставляет врачу обширную информацию о наличии гинекологической или экстрагенитальной патологии. При остром животе гинекологический осмотр затруднен из-за чрезвычайной болезненности и ригидности мышц передней брюшной стенки, пальпация внутренних половых органов часто оказывается малоинформативной, вследствие чего необходимо особенно скрупулезно изучать доступные определению признаки. Например, при кровотечении в брюшную полость смещение шейки матки вызывает резкую боль. Задний свод становится болезненным при наличии гноя и особенно крови в брюшной полости («крик Дугласа»).

При атипичных формах заболевания или когда в начале заболевания клиническая картина лишена специфических признаков, на начальном этапе возможно сделать только общее заключение о характере патологического процесса. Это особенно справедливо в отношении ситуации, когда картина острого живота соответствует катастрофе в брюшной полости. В этих случаях на основании общих признаков можно сделать **заключение** о наличии:

- внутрибрюшного кровотечения;
- локального или распространенного перитонита;
- синдрома перфорации стенки полого органа;
- синдрома нарушения кровообращения во внутренних органах.

Такое деление условно так как между группами не может быть абсолютно четких различий. Так, резорбтивная лихорадка при внутрибрюшном кровотечении может послужить причиной ошибочного заключения о воспалительном процессе; наличие локальной ригидности мышц, болей в правой паховой области у больной апоплексией правого яичника при увеличении содержания лейкоцитов в периферической крови нередко приводит к ошибочной диагностике острого аппендицита. И тем не менее любой опытный клиницист в ситуации, когда он не имеет возможности установить нозологический и внутриназологический диагноз обращается к такой обобщенной диагностике, сделав заключение о характере заболевания, проще выбрать тактику дальнейшего диагностического поиска [15].

Наибольшая оперативность в проведении диагностических и лечебных мероприятий требуется от врача при выявлении у больной признаков внутрибрюшного кровотечения.

Основные причины внутрибрюшного кровотечения

Гинекологические заболевания

- нарушенная эктопическая беременность;
- гемодинамическая форма апоплексии яичника;
- разрыв стенки кист и опухолей яичника;
- перфорация матки при внутриматочных манипуляциях.

Экстрагенитальные заболевания

- разрыв капсулы печени;
- разрыв селезенки;
- кровотечения вследствие травм из других органов брюшной полости.

Клиническая картина внутрибрюшного кровотечения складывается из болевого синдрома и прогрессирующих признаков острой анемии вплоть до развития геморрагического шока.

Резкая боль в животе и положительный симптом Щеткина-Блюмберга чаще отмечаются при так называемом «мягком» животе. Появление френикус-симптома обычно свидетельствует о массивной кровопотере, степень выраженности гемодинамических нарушений зависит как от объема гемоперитонеума, так и от скорости его нарастания.

Хорошо известно, что *при трубном аборте*, когда кровь небольшими порциями поступает в брюшную полость в течение нескольких часов или дней, даже при значительной кровопотере обычно долго не происходит снижения АД. Именно вследствие гемодилюции у таких больных понижается концентрация гемоглобина в периферической крови и уменьшается гематокритное число при уменьшении диуреза, поскольку дефицит ОЦК восполняется путем гемодилюции.

Если же внутрибрюшное кровотечение развивается быстро, например, при в случае *разрыва маточной трубы*, к моменту обращения больной за помощью содержание гемоглобина и гематокритное число уменьшаются незначительно, но на первый план выходят снижение артериального давления, учащение пульса, уменьшение диуреза, микроциркуляторные и дыхательные расстройства.

При массивной кровопотере развивается ДВС-синдром с характерной клинической картиной генерализованной кровоточивости, разнонаправленными изменениями коагулограммы, появлением в крови продуктов деградации фибрина.

Тактика врача-гинеколога при внутрибрюшном кровотечении

Действия врача при подозрении на внутрибрюшное кровотечение должны быть решительными.

При удовлетворительном состоянии больной врач располагает временем для дополнительных исследований с целью подтверждения диагноза: УЗИ органов малого таза, при котором визуализируется свободная жидкость. Затем возможно выполнение пункции брюшной полости через задний свод влагалища. Обнаружив алую или темную с микросгустками кровь в пунктате, больную транспортируют в операционную. Из возможных доступов следует предпочесть лапароскопию. Однако не следует забывать, что геморрагический выпот содержится в брюшной полости при перекруте ножки яичника, панкреатите, кишечной непроходимости. Подчеркиваем, что **наличие геморрагического шока является противопоказанием к выполнению кульдоцентеза.**

При средней тяжести состояния больной при подозрении на внутрибрюшное кровотечение в современных условиях операцией выбора следует считать лапароскопию, которая в случае трубной беременности или разрыва кисты яичника превращается из диагностического мероприятия в лечебное.

При развернутой картине геморрагического шока и тяжелом состоянии больной необходимо выполнить лапаротомию. При легком шоке в случае уверенности в гинекологической природе кровотечения большинство гинекологов считают возможным выполнение лапаротомии поперечным разрезом. При малейших сомнениях в источнике кровотечения, например, при подозрении на разрыв паренхиматозного органа, единственно возможным доступом является срединное чревосечение.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

В настоящее время у врачей акушеров-гинекологов всего мира существует единая точка зрения на терапию трубной беременности: как только диагноз установлен, больная должна быть подвергнута хирургическому лечению.

В Клинических рекомендациях «Внематочная (эктопическая) беременность» отмечено, что существует несколько методов лечения больных с данной патологией [4]. Среди современных методов *лечения* трубной беременности выделяют **хирургический** и **медикаментозный**. В настоящее время оперативное лечение является общепринятым, при этом эндохирургия представляет преимущественный метод лечения трубной беременности.

1. Хирургическое лечение – основной метод лечения при любой форме нарушенной внематочной беременности, а также при прогрессирующе абдоминальной и яичниковой беременности, при эктопической беременности в интерстициальном отделе маточной трубы и рудиментарном роге матки. Предоперационная селективная артериальная эмболизация может помочь предотвратить кровотечение во время попыток удаления плаценты.

Радикальное (удаление плодного яйца вместе с плодовместилищем)

Органосохраняющее (удаление плодного яйца с оставлением плодовместилища)

2. Консервативное – медикаментозная терапия метотрексатом или метотрексатом в сочетании с фолиевой кислотой.

Для консервативного лечения применяется метотрексат. Существуют разноречивые точки зрения на применение этого препарата. В соответствии с

распоряжением МЗ РФ (1999) от применения метотрексата с целью лечения внематочной беременности следует отказаться, поскольку в официальной инструкции к его назначению такое показание не значится. Вместе с тем, в «Клинических рекомендациях (Протокол лечения) внематочной беременности, разработанный под ред. Академика РАН, проф. Л.В. Адамян [4] уточнено, что использование метотрексата может рассматриваться как альтернатива органосохраняющей операции при необходимости сохранения репродуктивной функции после решения этического комитета (использование (of label) и получения информированного согласия пациентки. Назначение данного препарата используется в соответствии с рекомендациями ASRM (2006), ACOG, POAG (2014), RCOG (2016) [4]. Уточнено, что метотрексат не следует назначать при первом посещении, за исключением случаев, когда диагноз внематочной беременности является абсолютно четким и исключена жизнеспособная маточная беременность [4]. В клинических протоколах РБ КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ НЕ ПРЕДУСМОТРЕНО.

Медикаментозное лечение трубной беременности. При внематочной беременности используют «инвазивную» эхографию для обеспечения визуального контроля над локальными инъекциями метотрексата. Метотрексат (аметоптерин) относится к группе химических антиметаболитов и является структурным аналогом и антагонистом фолиевой кислоты. Препарат вводят в просвет плодного яйца после предварительной аспирации амниотической жидкости. Разовая доза варьирует от 5 до 50 мг и определяется гестационным сроком (в то же время учитывают выраженное побочное действие метотрексата, эффект которого усиливается при его передозировке). Абсолютным условием к применению препарата является прогрессирующая трубная беременность, удельная частота которой не превышает 5-8% всех эктопических локализаций.

Рекомендации RCOG (2016) [4] по применению метотрексата. Обследование пациентки в 1-ый день: бета-ХГЧ сыворотки крови, трансвагинальное сканирование, печеночные пробы, общий анализ крови, группа крови, мочевины, электролиты. Введение метотрексата внутримышечно в дозе 50 мг/м² на 4-ый и 7 ой день анализ на бета-ХГЧ. Дальнейшая тактика предполагает строгий динамический клинический контроль за пациенткой, применяя наиболее информативные эхографические (трансвагинальное сканирование) и лабораторные (определение в крови уровня бета-ХГ) методы обследования.

Определена тактика ведения больных после применения метотрексата [4], Кириченко А.К. [и соавт.], 2004.

Если после приема препарата уровень бета-ХГЧ снизится менее, чем на 15% за 4-7 дней, повторно – трансвагинально УЗИ и назначение метотрексата 50мг\м², если есть признаки внематочной беременности. если бета- ХГЧ уменьшится более чем на 15%, длительнее чем за 4-7 дней, повторяют исследования бета-ХГЧ 1 раз в неделю до уровня менее 15 МЕ/ л.

Показания для лечения метотрексатом (Diagnosis and Management of Ectopic Pregnancy (Green-top Guideline No.21) / C.J. Elson, R. Salim, N. Potdar [et al.] // DJOG, 2016. – Vol. 123. – P. 15–55.):

- гемодинамическая стабильность;
- низкий сывороточный бета-ХГЧ, в идеале менее 1500 МЕ /л, допустимо до 5000 МЕ/ л;
- отсутствие у эмбриона сердечной деятельности по УЗИ;
- уверенность в отсутствии маточной беременности;
- готовность пациентки к последующему наблюдению;
- отсутствие повышенной чувствительности к метотрексату;
- противопоказания к назначению метотрексата [4,7];
- нестабильность гемодинамики, наличие маточной беременности, грудное вскармливание, отсутствие возможности наблюдения, повышенная чувствительность к метотрексату, хронические заболевания печени, предшествующая дискразия крови, заболевания легких, иммунодефицит, язвенная болезнь.

Назначение метотрексата рекомендуется при комбинированном лечении (хирургическое, консервативное) при внематочной беременности шеечной локализации, интерстициальной, брюшной беременности.

Лечение должно быть комплексным и складываться из следующих этапов:

1. Операция.
2. Борьба с кровотечением, шоком и кровопотерей.
3. Адекватное ведение послеоперационного периода.
4. Реабилитация репродуктивной функции.

Хирургическое лечение внематочной беременности. В последние годы для оперативного лечения прогрессирующей трубной беременности и трубного аборта используют **лапароскопию**. Необходимое условие для проведения лапароскопических операций – удовлетворительное состояние больной при стабильной гемодинамике. **Абсолютным противопоказанием** к эндохирургическому лечению больных внематочной беременностью следует считать геморрагический шок. При развитии последнего необходим

быстрый и широкий доступ в брюшную полость и противопоказано наложение пневмоперитонеума [18]. **При разрыве маточной трубы или трубном аборте со значительной кровопотерей показана экстренная лапаротомия, удаление маточной трубы, проведение мероприятий, направленных на борьбу с шоком, кровопотерей.** Лапаротомический доступ рекомендуется, если абдоминальная беременность имплантирована на сосудистую поверхность, из-за риска неконтролируемого кровотечения во время операции.

С помощью лапароскопии выполняют как радикальные (сальпингэктомия), так и органосохраняющие операции (сальпинготомия, резекция фрагмента маточной трубы). Единственное показание к сохранению маточной трубы – заинтересованность женщины в продолжении репродуктивной функции (особое внимание уделяют отсутствию в анамнезе родов). Однако органосберегающее лечение оправданно только при наличии **условий к сохранению «беременной» маточной трубы:** локализация плодного яйца в ампулярном или истмическом отделах, сохранность стенки маточной трубы, отсутствие распространенного спаечного процесса в малом тазу и/или признаков хронического воспаления «беременной» трубы, поперечный размер плодместилища не более 35 мм, отсутствие в анамнезе вмешательства на оперируемой маточной трубе.

Кроме оперативного вмешательства по поводу внематочной беременности при наличии бесплодия в анамнезе проводится хирургическая коррекция сопутствующей патологии органов малого таза (сальпингооовариолизис, коагуляция очагов эндометриоза, удаление кист яичников и др.). В послеоперационном периоде комплексная терапия состоит из методов экстракорпоральной гемокоррекции, включающих дискретный плазмаферез, инкубацию клеточной массы с антибиотиком и глюкокортикоидом и ультрафиолетовое облучение крови. Основным методом лечения поздней абдоминальной беременности является хирургическое вмешательство, но оптимальный подход не определен. Ключевой вопрос – что делать с плацентой. Удаление плаценты может привести к опасному для жизни материнскому кровотечению. Если плаценту нельзя легко отделить, можно перевязать пуповину и оставить плаценту. Затем за пациенткой можно наблюдать без дальнейшего вмешательства, или прибегают к активной тактике с использованием артериальной эмболизации или метотрексата для ускорения инволюции. Долгосрочные осложнения, связанные с воспалительными изменениями, вызванными некротической плацентой, включают образование абсцесса, сепсис, кровотечение,

кишечную непроходимость, фистулу, затрагивающую органы брюшной полости, и расхождение раны.

Высокая вероятность повторной эктопической nidации 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 [19]. Сегодня в мире вновь наметилась тенденция «возврата» к **микрохирургии** в лечении трубно-перитонеального бесплодия как более результативного по сравнению с другими методами. При этом последовательное использование хирургических методов и вспомогательных репродуктивных технологий в несколько раз увеличивает восстановление фертильности [10].



Прогрессирующая трубная беременность в сроке 18-19 недель



Прогрессирующая трубная беременность в сроке 18-19 недель



Плод после операции по поводу прогрессирующей трубной беременности в сроке 18-19 недель



После операции при прогрессирующей внематочной беременности в сроке 18-19 недель

ВЕДЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА

Ведение послеоперационного периода при внематочной беременности отличается некоторыми особенностями. Необходимо тщательно следить за гемодинамикой и продолжать инфузионную терапию, поскольку больная до операции находилась в состоянии шока. После операции в течение 3-4 дней сохраняется выраженная гиповолемия, анемия, поэтому приходится прибегать к повторным гемотрансфузиям.

Для профилактики тромбоэмболических осложнений показано активное ведение больных и раннее вставание (если нет противопоказаний). У больных внематочной беременностью в сочетании с воспалительными заболеваниями органов малого таза отмечается повышение коагуляционного потенциала и снижение фибринолитической активности крови с развитием хронической формы ДВС-синдрома [20]. В группах риска необходимо проводить профилактику тромбоэмболических нарушений низкомолекулярным гепарином ежедневно в течение 10 дней под контролем гемостазиограммы.

Важно профилактическое применение антибактериальной терапии, чтобы предотвратить осложнения инфекционного характера, поскольку организм больной ослаблен перенесенной кровопотерей и анемией. Инъекцию антибиотика можно произвести однократно во время вводного наркоза и при необходимости (наличие 2-х и более факторов риска) повторно через 4 часа в той же дозе. При сопутствующем воспалительном процессе необходимо продолжить антибактериальную терапию в течение 5-7 дней.

РЕАБИЛИТАЦИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ПОСЛЕ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Реабилитация должна осуществляться на всех этапах оказания лечебной помощи: в предоперационном периоде, во время операции и в раннем послеоперационном периоде. Начинать ее необходимо как можно раньше. **В предоперационном периоде она заключается в ранней диагностике заболевания.** При разрыве маточной трубы или трубном аборте со значительной кровопотерей состояние больной требует проведения мероприятий, направленных на борьбу с шоком, кровопотерей. Следует учесть, что **оперативное вмешательство с применением обезболивающих и наркотических средств в данной ситуации непременно входит в реанимационный (реабилитационный) комплекс.** Необходимо помнить, что на фоне массивной кровопотери и шока состояние больной может быстро

ухудшаться. Поэтому при внематочной беременности больную нужно обследовать как можно быстрее и бережнее и также быстро готовить к оперативному вмешательству. Необходима четкая организация работы персонала приемного отделения и операционной, чтобы избежать потери времени, которая может оказаться роковой для больной в состоянии шока. Следует произвести катетеризацию центральной вены и немедленно начать трансфузию кровезаменителей, а после подготовки – гемотрансфузию одновременно с другими реанимационными мероприятиями. Производится немедленное чревосечение и реинфузия крови больной из брюшной полости. Откладывание операции из-за необходимости проведения противошоковых мероприятий недопустимо. После наложения зажимов и остановки кровотечения можно увеличить скорость трансфузии. Остановка кровотечения, удаление разорванной трубы и излившейся крови, осушение брюшной полости на фоне обезболивания и адекватного восполнения кровопотери обычно благоприятно сказываются на состоянии больной и гемодинамических показателях.

Следует еще раз подчеркнуть, что **реанимационные мероприятия проводятся комплексно (обезболивание, операция, гемотрансфузия), почти одновременно, и залогом успеха (реабилитации) является срочность и правильная последовательность их применения [18].**

При трубном аборте, когда состояние больной вполне удовлетворительное, нет выраженной анемии и шока, также показано оперативное лечение, но его можно осуществлять не столь экстренно. При этом в истории болезни запись диагноза «внематочная беременность» требует операции в течение 30 минут независимо от доступа. Необходимо учитывать, что при медленном прерывании трубной беременности возможен повторный приступ изгнания плодного яйца, вплоть до разрыва трубы или капсулы гематомы, что сопровождается обильным кровотечением и может ухудшить состояние больной. Это же положение распространяется и на прогрессирующую эктопическую беременность, поскольку внезапно среди полного здоровья может произойти разрыв плодместилища с обильным кровотечением.

Следует остановиться на так называемых «попутных» оперативных вмешательствах, осуществляемых одновременно с операцией по поводу внематочной беременности. Например, в случае обнаружения кисты яичника или миомы матки. К подобным операциям прибегают только в том случае, если позволяет состояние больной. Если же оно тяжелое и кровопотеря велика, никаких сопутствующих операций производить не стоит, так как это

удлиняет время операции и может отрицательно отразиться на состоянии больной.

В литературе рекомендуется система **послеоперационного восстановительного лечения пациенток с внематочной беременностью**, построенная по следующей схеме: физические факторы – контрацепция – МСГ- повторная отдаленная лапароскопия – лечебная гидротубация – физические факторы – контрацепция. Ведущими условиями послеоперационной физиотерапии, направленной на восстановление репродуктивной функции, являются: раннее начало лечения (первые 12 часов) после хирургического вмешательства, так как именно в эти сроки начинают формироваться фибринозно-спаечные процессы в полости малого таза; использование методик, предусматривающих возможность внутривлагалищного воздействия (низкоинтенсивное лазерное излучение, переменное магнитное поле).

Контрацепция является обязательным компонентом восстановительного лечения пациенток после внематочной беременности. Методом выбора считается прием комбинированных оральных контрацептивов (КОК), содержащих прогестаген третьего поколения (гестоден, дезогестрел). Продолжительность контрацепции определяют с учетом возраста пациентки, состояния ее репродуктивной функции, объема хирургического вмешательства, желаемого интервала между беременностями. Основные эффекты КОК: регуляция менструального цикла, уменьшение кровопотери и снижение частоты железодефицитной анемии (что часто встречается после операции по поводу внематочной беременности), снижение частоты дисменореи, формирования овуляторных кист. Наиболее важное качество КОК – снижение частоты эктопической беременности до 90% у женщин, принимающих эстроген-гестагенные контрацептивы, а также серьезное влияние на последующую репродуктивную функцию. В целом женщины, применяющие гормональную контрацепцию, реже страдают от анемии и имеют более высокие запасы железа в организме, что позволяет считать использование КОК одной из стратегий снижения риска железодефицитной анемии и тем самым способствовать рождению здоровых детей. Контрацепция важна после операции для четкого планирования наступления последующей после внематочной беременности и профилактики (и в ряде случаев лечения) гинекологической и даже соматической патологии.

Женщины, перенесшие внематочную беременность, нуждаются в реабилитации и диспансерном наблюдении по месту жительства.

Реабилитация должна включать следующие направления [17]:

- антианемическая терапия;
- физиотерапия (улучшение кровотока и метаболизма клеток, усиление фагоцитоза и ферментативной активности, улучшение процессов репарации);
- восстановление двухфазного менструального цикла (гормональная терапия), восстановление нарушений в системе гипоталамус-гипофиз-яичники;
- поддержка нормобиоценоза влагалища;
- иммуномодуляция;
- репродуктивное планирование (контрацепция, запланированная беременность).

Пациентам с нереализованной репродуктивной функцией показана контрольная лапароскопия с целью уточнения состояния маточных труб через 3-6 месяцев после органосохраняющих операций [17]. Авторы рекомендуют **метросальпингографию** как более бережный метод исследования, особенно после односторонней сальпингэктомии.

Отличной реабилитацией после внематочной беременности у подростков и молодых женщин является назначение мастодиона и новинета курсом 3-6 месяцев для нормализации системы гипоталамус – гипофиз – яичники – матка [9]. Наиболее оптимальным методом профилактики внематочной беременности является использование гормональных низко- и микродозированных контрацептивов. У подростков и молодежи более приемлемы белара, димиа и линдинет 30. У женщин репродуктивного возраста, особенно при имеющейся гинекологической нейроэндокринной патологии, предпочтение отдается регулону как препарату, нормализующему метаболический гомеостаз [14].

Современным подходом является применение антиоксидантов и метаболически эффективных средств для восстановления (улучшения репарации) обеих маточных труб или сохраненной маточной трубы, а также подготовка эндометрия к последующей имплантации плодного яйца после нормализации в нем клеточных ассоциаций [8,16]. Для этой цели в лечебно-профилактическом комплексе может быть применен хофитол, который представляет собой препарат артишока в виде таблеток и капель, обладающий системным действием, с преимущественным прямым влиянием на печень и почки, применяемый в современной медицинской практике врачами многих специальностей.

Учитывая неблагоприятную экологическую ситуацию, сложившуюся в последние годы, можно уверенно сказать, что даже здоровая женщина, готовящаяся к беременности, нуждается в коррекции деятельности тех или

иных органов и систем, подвергающихся неблагоприятным воздействиям окружающей среды. Этому способствуют витаминные комплексы (элевит). Наиболее ответственный период беременности — I триместр. Это связано с большой опасностью влияния тератогенных и эмбриотоксических факторов на эмбрион и плод в период закладки и дифференцировки его органов и систем, поэтому в первую очередь рекомендуется фолиевая кислота. I триместр последующей беременности после предшествующей внематочной беременности является периодом возможной патологической дифференцировки трофобласта, становления и васкуляризации хориона, формирования плаценты. Нарушения обменных процессов в организме беременной могут привести к развитию первичной ПН. Нарушения липидного и белкового обмена существенно изменяют иммунные реакции, синтез гормонов и простагландинов. Прием витаминов при подготовке к беременности и в 1-ом триместре является важным фактором [16], Пересада О.А, 2017.

Восстановление локального и системного кровотока эндометрия и маточных труб в послеоперационном периоде наилучшим образом способствует благоприятной имплантации, а также является отличной профилактикой развития и прогрессирования как эндометриоза, так и эндометрита, и сальпингита. Нами с этой целью предложен профилактически-лечебный комплекс. Его составляющие: хофитол по 2 таблетке (200 мг) 2-3 раза в день перед едой внутрь 14 дней, пентоксифиллин 100 мг 3 раза в день 7-10 дней, затем флебодиа 600 мг ежедневно курсом 2-3 недели и КОК. В это же время рекомендуется проведение магнитотерапии области малого таза (№7-10) или другие методы физиотерапии. Достаточно эффективно внутривенное лазерное облучение крови (ВЛОК) или лазеротерапия. Причем чем раньше после операции начато проведение комплекса, тем лучше эффект.

В заключение следует отметить, что **современная репродуктивная хирургия** включает не только саму технику выполнения операции, но целый комплекс предоперационной подготовки, современное анестезиологическое пособие и грамотное ведение послеоперационного периода [10], включающее последующую реабилитацию. Только при интеграции достижений медицинской науки в области анестезиологии, интенсивной терапии, при рациональном использовании антибактериальных средств и совершенствовании оперативной техники, можно ожидать улучшения результатов комплексного лечения внематочной беременности и **реабилитации репродуктивной функции женщины.**

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Айламазян, Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии ; 2-е изд., доп. / Э.К. Айламазян, И.Т. Рябцева– М. : Медицинская книга ; Н.Новгород : НГМА, 2003.
2. Возможности малоинвазивной хирургии в лечении больных шеечной беременностью / А.И. Ищенко, А.Д. Липман, А.А. Бахвалова, А.А. Ищенко // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии, 2004. – Т. 3. – № 3. – С. 16–20.
3. Внематочная беременность / А.Н. Стрижаков, А.И. Давыдов, М.Н. Шахламова, Л.Д. Белоцерковцева. – М. : Медицина, 2001. – 221с.
4. Внематочная (эктопическая) беременность : клинические рекомендации (Протокол лечения) / под.ред. Л.В. Адамян. – М., 2017. – 35 с.
5. Гинекология от пубертата до менопаузы : практ. руководство для врачей ; 3-е изд., доп. / под. ред. Э.К. Айламазяна. – М. : МЕДпресс-информ, 2007. – 500 с.
6. Гинекология : национальное руководство / под. ред. В.И. Кулакова, И.Б. Манухина, Г.М. Савельевой. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 1088 с.
7. Внематочная беременность / М.М. Дамиров, Г.П. Титова, И.В. Анчабадзе, А.А. Медведев. – М. : Издательский дом БИНОМ, 2019 – 240 с. : ил.
8. Диагностические критерии эффективности комплексной терапии пациенток с послеродовым эндометритом при включении антигипоксантов и антиоксидантов / Ф. Марзуги, О.А. Пересада, Ж.В. Пешняк, О.Н. Бондарук, А.С. Юрлевич, Н.С. Милюк, М.Н. Соколовская // Репродуктив. здоровье. Вост. Европа, 2019. – № 1. – С. 19–28.
9. Дивакова, Т.С. Коррекция нарушений эндокринной системы у больных после хирургического лечения эктопической беременности / Т.С. Дивакова, Ю.А. Сачек, Л.В. Тихонова // Вестник ВГМУ, – 2006. – Т. 5. – № 2. – С. 49–54.
10. Кира, Е.Ф. Репродуктивная хирургия в гинекологии / Е.Ф. Кира; под ред. В.И. Кулакова, Л.В. Адамян // Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. – М. : ПАНТОРИ, 2005. – С. 29–31.
11. Клинические лекции по акушерству и гинекологии / под ред. А.Н.Стрижакова, А.И. Давыдова, Л.Д. Белоцерковцевой. – М. : Медицина, 2000. – 379 с. : ил.
12. Клинические лекции по акушерству и гинекологии ; в 2-х т. ; Т.2 Гинекология : учебное пособие / под ред. А.Н. Стрижакова, А.И. Давыдова. – М. : Медицина, 2010. – 440 с.
13. Наш опыт проведения органосохраняющих операций при шеечной беременности / В.В Пономарев, О.В. Безрукова, С.Г. Уманская,

Н.В. Наумова ; под ред. В.И. Кулакова, Л.В. Адамян // Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. – М. : ПАНТОРИ, 2005. – С. 275–276.

14. Пересада, О.А. Применение эстроген-гестагенных препаратов для улучшения репродуктивного здоровья женщин / О.А. Пересада. – Мн. : ДД, 2004. – 42 с.

15. Подзолкова, Н.М. Симптом. Синдром. Диагноз. Дифференциальная диагностика в гинекологии ; 2-е изд., испр. и доп. / Н.М. Подзолкова, О.Л. Глазкова– М. : ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 520 с.

16. Прогнозирование эффективности комплексной терапии с включением антигипоксантов и антиоксидантов пациентов с послеродовым эндометритом на основании функционально-метаболического состояния эритроцитов и тромбоцитов / Ф. Марзуги, О. А. Пересада, Ж. В. Пешняк, О. Н. Бондарук, А. С. Юрлевич, Н. С. Милюк, М. Н. Соколовская // Мед. новости, 2019. – № 2. – С. 66–71.

17. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии / под ред. В.И. Кулакова, В.Н. Прилепской, В.Е. Радзинского. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 1056 с.

18. Современные принципы ведения больных с внематочной беременностью : учебное пособие для студентов. – М. : ГОУ ВПО МГМСУ, 2006. – 72 с.

19. Сулайманов, С.Б. Состояние репродуктивной функции женщин после органосохраняющих хирургических методов лечения трубной беременности / Сулайманов С.Б. ; под ред. В.И. Кулакова, Л.В. Адамян // Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний, 2005. – М. : ПАНТОРИ – С. 279–280.

20. Хаертдинова, Л.С. Роль D-димера в диагностике нарушений системы гемостаза у больных с воспалительными заболеваниями внутренних гениталий / Л.С. Хаертдинова, И.А. Салов ; под ред. В.И. Кулакова, Л.В. Адамян // Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний, 2005. – М. : ПАНТОРИ. – С. 296–297.

21. Хорионический гонадотропин. Структура, функция, диагностическая значимость (обзор литературы) / М.А. Алексеева, Е.В. Екимова, В.Г. Колодько, Н.Д. Фанченко, Т.С. Понкратова // Проблемы репродукции, 2006. – № 3. – С. 7–14.

22. Эхография в акушерстве и гинекологии. Теория и практика / А. Флейшер, Ф. Мэннинг, Ф. Дженти, Р. Ромэро ; 6-е изд. ; пер. с англ. – М., 2005.

23. Cervical pregnancy: assessment with three-dimensional power Doppler imaging and successful management with selective uterine artery embolization / Su Y.N., Shih J.C., Chiu W.H. [et al.] // Ultrasound. Obstet. Gynecol., 1999. – Vol. 14. – P. 284–287.

Учебное издание

Пересада Ольга Анатольевна
Зновец Татьяна Владимировна
Милюк Наталья Сергеевна
Верес Ирина Анатольевна
Котова Галина Сергеевна
Куликов Алексей Анатольевич

ЭКТОПИЧЕСКАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ: СОВРЕМЕННАЯ КОНЦЕПЦИЯ

Учебно-методическое пособие

В авторской редакции

Подписано в печать 07.10.2020. Формат 60x84/16. Бумага «Discovery».

Печать ризография. Гарнитура «Times New Roman».

Печ. л. 2,56. Уч.- изд. л. 2,23. Тираж 100 экз. Заказ 157.

Издатель и полиграфическое исполнение –
государственное учреждение образования «Белорусская медицинская
академия последипломного образования».

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/136 от 08.01.2014.

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 3/1275 от 23.05.2016.

220013, г. Минск, ул. П. Бровки, 3, кор.3.