

на беременность или β -ХГЧ в сыворотке крови, а также отсутствии плодного яйца в полости матки показана госпитализация. Указанные диагностические критерии госпитализации позволили диагностировать ВБ в сроке не более 3–4 недель, что в последующем позволило выполнить органосохраняющие операции в оптимальных условиях.

Таким образом, совершенствование медицинских технологий (β -ХГ-мониторинг, УЗИ-мониторинг) и организационных мероприятий на догоспитальном этапе – позволяет диагностировать ВБ в прогрессирующей стадии. Внедрение современных стандартов должно стать приоритетным при оказании помощи женщинам с ВБ на догоспитальном этапе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айламазян Э. К., Рябцева И. Т. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии. – М.: Медицинская книга, 2003. – 193 с.
2. Гаспаров А. С., Косаченко А. Г., Торгомян А. А., Меликян А. Г. Оптимизация тактики ведения больных с острыми гинекологическими заболеваниями // Акуш. гинекол. – 2003. – № 1. – С. 40–41.

3. Гаспаров А. С., Бабичева И. А., Косаченко А. Г. Экстренная хирургическая помощь в гинекологии. Органосохраняющие операции: Метод. рекомендации. – М., 2000. – 24 с.

4. Гаспаров А. С., Хубоншоева Л. Ю., Хилькевич Е. Г. и др. Эktopическая беременность: проблемы диагностики и лечения // Материалы IV Российского форума «Мать и дитя»: Тез. докл. – М., 2002. – С. 104–105.

5. Кулаков В. И., Гаспаров А. С., Косаченко А. Г. Ургентная гинекология: новый взгляд // Журн. акуш. и жен. Бол. – 2001. – Вып. III. – Т. 1. – С. 15–18.

6. Кулаков В. И., Гаспаров А. С., Косаченко А. Г. и др. Современная концепция оказания помощи больным с острыми гинекологическими заболеваниями // Акуш. и гин. – 2006. – № 2. – С. 45–49.

7. Кулаков В. И., Серов В. Н., Гаспаров А. С. Гинекология: учеб. для студентов мед. вузов. – М., 2005. – 616 с.

8. Некоторые показатели деятельности акушерско-гинекологической службы Российской Федерации, в разрезе федеральных округов (статистические материалы). – М., 2007. – 24 с.

9. Стрижаков А. Н., Давыдов А. И., Шахламова М. Н. и др. Внематочная беременность. – М.: Медицина, 2001. – 215 с.

Поступила 16.07.2009

Л. В. КАУШАНСКАЯ

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ

Федеральное государственное учреждение

«Ростовский научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии

Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи»,

Россия, 344012, г. Ростов-на-Дону, ул. Мечникова, 43. E-mail: kaushan60@mail.ru, тел. (863) 298-08-75

Сокращение сроков обследования больных с внематочной беременностью на догоспитальном этапе до 24–48 часов позволило госпитализировать 78,9% женщин с прогрессирующей беременностью, что в последующем при наличии круглосуточной эндоскопической службы ТВУЗИ мониторинга обеспечило условия для выполнения органосохраняющих операций у всех больных. Результаты проведенных исследований позволили установить, что 3–4 недели беременности являются оптимальным сроком для выполнения органосохраняющих операций.

Ключевые слова: внематочная беременность, органосохраняющие операции, лапароскопия, срок беременности.

L. V. KAUSHANSKY

THE TACTICS OF MANAGEMENT OF PATIENTS WITH ECTOPIC PREGNANCY

*Federal State Institution «Rostov Scientific Research Institute of Obstetrics and Pediatrics
of the Federal Agency of hi-tech medical care»,*

Russia, 344012, Rostov-on-Don, Mechnikova street, 43. E-mail: kaushan60@mail.ru, tel. (863) 298-08-75

Reductions in the examination of patients with ectopic pregnancy in the prehospital phase to 24–48 hours allowed to be hospitalized 78,9% of women with advanced pregnancies that subsequently in the presence of clock endoscopic TVUZI monitoring service provided facilities for the performance of organ-operation in all patients. Studies have revealed that 3–4 weeks of pregnancy is best to perform organ-preserving operations.

Key words: ectopic pregnancy, organ-preserving surgery, laparoscopy, pregnancy.

Введение

В структуре острых гинекологических заболеваний внематочная беременность (ВБ) занимает первое место. В Российской Федерации в 2007 году отмечено 43 800 случаев внематочной беременности [4].

Повторная ВБ встречается у 7,5–22% женщин. У 36–80% она является фактором, предрасполагающим к развитию вторичного бесплодия [3].

Несмотря на значительный прогресс за последние 20–30 лет, проблема диагностики и лечения внематочной беременности остается по-прежнему актуальной. На смену уже решенным задачам приходят новые, более высокого уровня сложности. Необходима детализация показаний к тому или иному методу лечения с точки зрения будущей репродуктивной функции женщины [2].

Клиническое использование серийного β -ХГ для диагностики внематочной беременности ограничивается рядом факторов. Во-первых, его проведение не всегда возможно, т. к. требует дополнительного времени и откладывает диагностическое решение. Во-вторых, серийное определение не позволяет строго дифференцировать внематочную и нарушенную маточную беременность. В-третьих, у 17% больных с внематочной беременностью имеет место положительный тест удвоения концентрации β -ХГ, как при нормальной маточной беременности [10]. Однократное изолированное определение β -ХГ малоинформативно.

Следует подчеркнуть, что концентрация β -ХГ не имеет строгой корреляции с клиническими проявлениями заболевания. Разрыв маточной трубы может произойти и при низких значениях β -ХГ.

В отличие от β -ХГ концентрация прогестерона в ранние сроки беременности относительно постоянна, в результате чего отпадает необходимость его серийного определения. Концентрация прогестерона при внематочной и неразвивающейся маточной беременности достоверно ниже. Уровень прогестерона более 25 нг/мл позволяет исключить диагноз внематочной беременности и подтверждает нормально развивающуюся маточную беременность в 98% случаев. Концентрация прогестерона менее 5 нг/мл свидетельствует о неразвивающейся маточной беременности. Однако оставляет под сомнением ее локализацию [9]. Значения концентрации прогестерона между 5 и 25 нг/мл не имеют диагностического значения, но могут использоваться при выборе метода лечения больных с внематочной беременностью. По данным R. Buckley и соавторов [8], диагностический для маточной беременности уровень прогестерона выявлен только у 8% женщин с концентрацией β -ХГ ниже 1000 мМЕ/мл и сомнительными результатами ТВУЗИ. На недостаточную информативность определения прогестерона с целью дифференциальной диагностики внематочной и нарушенной [7].

По мнению большинства исследователей, ультразвуковое исследование является неинвазивным и достаточно информативным методом диагностики. Внедрение трансвагинального сканирования, использование цветового картирования позволило с высокой точностью обнаруживать ультразвуковые критерии диагностики внематочной беременности. Анализ литературы убеждает, что трансвагинальное сканирование является обязательным при подозрении на внематочную беременность. Преимущества метода: отсутствие подготовки к исследованию, возможность сочетания с гинекологическим исследованием, безвредность, простота, высокая разрешающая способность [3, 5, 6].

Тем не менее в клинике часты случаи ложно-отрицательных заключений специалистов ультразвуковой диагностики, причина тому – недостаточная подготовка врачей УЗИ, низкое качество ультразвуковой аппаратуры, неправильная интерпретация клинических проявлений заболевания и, конечно, атипичные клинические проявления заболевания [1, 5].

Наиболее специфичный критерий внематочной беременности (100%) – выявление эктопически расположенного плодного яйца, содержащего желточный мешок и эмбрион, – является наименее чувствительным (15–20%). При обнаружении образования в области придатков, не связанного с яичником, и концентрации β -ХГ выше разграничительного уровня точность диагностики приближается к 100% (чувствительность 97%,

специфичность 99%), прогностическая ценность положительного и отрицательного результатов 98% [1].

Не вызывает сомнений диагностическая ценность лапароскопии при ВБ. Но малоизученными остаются вопросы, касающиеся оптимального срока прогрессирующей беременности, при котором своевременно должна быть выполнена лапароскопия.

До настоящего времени сохраняется высокая частота выполнения радикальных операций в связи с отсутствием условий для проведения органосохраняющих операций [1, 2]. Вероятно, это связано с отсутствием современных стандартов оказания медицинской помощи при прогрессирующей ВБ.

Методика исследования

Целью исследования явилось определение тактики ведения больных с внематочной беременностью (ВБ) в зависимости от срока задержки менструации, предполагаемого срока беременности и клинических проявлений заболевания.

В I группу включено 330 женщин с ВБ, которым проведены радикальные операции. Во II группу включены 350 женщин с ВБ, которым выполнены органосохраняющие операции. Средний возраст обследуемых женщин составил $27 \pm 1,2$ года в обеих группах. Методы исследования включали: общеклинические, определение ХГ в сыворотке крови, ТВУЗИ, лапароскопию, морфологические, статистические.

Результаты исследования

Анализ анамнестических данных пациенток с ВБ показал, что факторами риска развития данного заболевания являются: возраст до 35 лет; оперативные вмешательства на органах брюшной полости (36,7% и 36,3%), в том числе тубэктомии по поводу ВБ и реконструктивно-пластические операции на маточных трубах; отсутствие контрацепции (53,0% и 52,9%) либо использование ВМК (23,1% и 22,8%), презерватива (10,6% и 10,6%), прерванного полового акта (10,0% и 10,0%); первичное и вторичное бесплодие (12,7% и 12,6%); искусственный и самопроизвольный аборт (89,7% и 90,3%); 100% гинекологическая заболеваемость; воспалительные заболевания внутренних гениталий (67,9% и 66,6%), в 47,9% и 47,1% случаев, обусловленных инфекцией, передаваемой половым путем; эндометриоз (36,7% и 38,3%).

Очевидно, что догоспитальный этап – важное звено в диагностике прогрессирующей внематочной беременности. Длительность догоспитального периода в обеих группах достоверно различалась ($p < 0,05$). У больных I группы догоспитальная длительность заболевания в среднем составила $7,3 \pm 0,6$ дня; во II группе – $36,0 \pm 0,5$ часа.

Большая длительность догоспитального периода у больных I группы связана с поздним обращением больной за медицинской помощью (39,4%); неполным объемом догоспитального обследования (88,8%); установлением неверного диагноза (20%).

Результаты проведенных исследований показали, что длительный догоспитальный период в I группе привел к прогрессированию заболевания: увеличилась частота разрыва маточной трубы с 17,3% при первичном обращении в женскую консультацию до 66,7% при поступлении в стационар.

Длительность догоспитального обследования у больных II группы ($n=350$) составила 24–48 часов. Это стало возможным благодаря проведенной активной работе с врачами женских консультаций Южного административного округа г. Москвы. Целью этой работы

Локализация плодного яйца при ВБ

Локализация плодного яйца		Группы больных	
		I группа, n=330	II группа, n=350
Ампулярный отдел маточной трубы	абс	162	197
	%	49,1*	56,3*
Истмический отдел маточной трубы	абс	95	85
	%	28,9**	24,3**
Фимбриальный отдел маточной трубы	абс	46	39
	%	13,9***	11,1***
Интерстициальный отдел маточной трубы	абс	10	12
	%	3*#	3,4*#
Яичниковая беременность	абс	3	3
	%	0,9#	0,9 #
Шеечная беременность	абс	3	3
	%	0,9###	0,9###
В культе маточной трубы	абс	11	11
	%	3,3####	3,1####

Примечание: * $p > 0,05$ – указанные параметры достоверно не отличались;
 ** $p > 0,05$ – указанные параметры достоверно не отличались;
 *** $p > 0,05$ – указанные параметры достоверно не отличались;
 *# $p > 0,05$ – указанные параметры достоверно не отличались;
 # $p > 0,05$ – указанные параметры достоверно не отличались;
 ## $p > 0,05$ – указанные параметры достоверно не отличались;
 ### $p > 0,05$ – указанные параметры достоверно не отличались;
 #### $p > 0,05$ – указанные параметры достоверно не отличались.

было показать руководителям и участковым врачам поликлинического звена их возможности в диагностике прогрессирующей ВБ, ответственность перед пациенткой, доказать целесообразность преемственности между поликлиникой и стационаром. В результате совместной работы врачей догоспитального звена и стационара, руководителей здравоохранения, подготовки квалифицированного медицинского персонала, оснащения современными аппаратами ультразвуковой диагностики, проведения срочной лабораторной диагностики ранних сроков беременности (концентрация β -ХГ в сыворотке крови, мочевого тест) стало возможным госпитализировать 78,9% женщин с прогрессирующей беременностью.

При лечении больных I группы основным оперативным доступом являлась лапаротомия. Она была проведена у 320 (96,9%) женщин с прервавшейся ВБ. У 10 (3,1%) выполнена лапароскопия. Напротив, во II группе у всех женщин была выполнена лапароскопия.

Во время оперативного вмешательства локализация плодного яйца при эктопической беременности статистически не отличалась в обеих группах (табл. 1).

При анализе I группы больных интраоперационно выявлено: прервавшаяся ВБ по типу разрыва трубы – у 220 (66,7%), прервавшаяся ВБ по типу трубного аборта – у 104 (31,5%), прервавшаяся яичниковая беременность – у 3 (0,9%), шеечная беременность – у 3 (0,9%) женщин. По данным лапароскопии, во II группе прогрессирующая трубная беременность была установлена у 270 (77,1%) женщин, трубный аборт – у 42 (12,0%) женщин и разрыв маточной трубы – у 32 (9,1%) женщин, яичниковая беременность – у 3 (0,9%); шеечная беременность – у 3 (0,9%) женщин.

Кровотерия в различном объеме выявлена у 320 (96,9%) женщин I группы. Кровотерия составила до

299 мл у 80 (24,2%) женщин; кровопотеря в объеме 300–499 мл выявлена у 100 (30,3%) женщин; кровопотеря 500 и более диагностирована у 140 (42,4%) женщин. Таким образом, кровопотеря свыше 300 мл наблюдалась у 72,7% больных этой группы.

Во II группе кровопотеря отсутствовала у большинства больных (78,9%). Кровопотеря составила до 299 мл у 42 (12%) женщин; в объеме 300–499 мл диагностирована у 32 (9,1%) женщин. Кровопотеря 500 мл и более не наблюдалась в данной группе.

Во II группе применение традиционной тактики ведения при ВБ не обеспечило условий для проведения органосохраняющих операций. У всех больных были проведены радикальные операции, из них у 307 (93,1%) – тубэктомия, у 10 (3%) – тубэктомия с иссечением маточного угла; у 7 (2,1%) – тубэктомия и резекция яичника, у 3 (0,9%) – удаление яичника по поводу яичниковой беременности, у 3 (0,9%) – экстирпация матки по поводу шеечной беременности.

Во время лапароскопии (n=350) выполнены органосохраняющие операции у всех женщин (туботомия – у 293 (83,8%), выдавливание – у 39 (11,1%), рассечение маточного угла – у 12 (3,3%), резекция яичника – у 3 (0,9%), внутримышечное введение метотрексата с последующим выскабливанием полости матки и шеечного канала – у 3 (0,9%) женщин).

Обсуждение

Проведен анализ гистологического исследования удаленных маточных труб у 304 женщин I группы. Гистологическое исследование маточных труб при трубном аборте и локализации плодного яйца в фимбриальном в 41 (12,4%) случае и ампулярном отделе в 53 (16,1%) случаях было различным. Состояние маточных труб

зависело от срока беременности, размеров плодного яйца, наличия или отсутствия сопутствующей патологии. При трубном аборте в сроке 4–5 недель и локализации плодного яйца в ампулярном и фимбриальном отделах наблюдались незначительные структурные изменения в маточных трубах. Макроскопически наблюдалось локальное утолщение маточной трубы округлой или овальной формы размером от 10,0 до 20,0 мм, гиперемия серозной оболочки трубы с цианотичным оттенком над местом прикрепления плодного яйца. Структурные изменения стенки маточной трубы в месте прикрепления плодного яйца наблюдались во всех слоях. Эндосальпинкс разрушен, в мышечной оболочке отмечался отек, истончение, начальная локальная пенетрация якорными ворсинками. При сроке беременности 6–7 недель и более мышечная и серозная оболочки резко растянуты и истончены, наблюдались нарушения микроциркуляции (варикозное расширение вен, снижение плотности микрососудов). Структурные изменения в маточной трубе (отек стромы, лимфатическая инфильтрация собственной пластинки эндосальпинкса, расширение лимфатических сосудов, пролиферация мезотелиальных клеток) наблюдались на протяжении 5 мм от ложа плодного яйца. При ампулярной и фимбриальной локализации плодного яйца глубина инвазивного роста трофобласта ограничена пределами слизистой оболочки. Плодное яйцо располагалось преимущественно в просвете трубы, постепенно растягивая его. Поэтому степень растяжения стенки трубы и начало отслойки зависели от размеров плодного яйца и срока гестации. Результаты проведенных исследований показали, что при диаметре плодного яйца не более 8–10 мм, т. е. сроке беременности не более 4–5 недель, наблюдались минимальные повреждения в маточной трубе. Это свидетельствовало в пользу возможности сохранения маточной трубы при трубном аборте и локализации в ампулярном или фимбриальном отделе маточной трубы в сроке беременности до 6 недель.

Помимо срока беременности и размера плодного яйца на степень повреждения беременной трубы оказывали влияние сопутствующие факторы: хронический сальпингит и наружный генитальный эндометриоз. Наружный генитальный эндометриоз выявлен у 10 (3%) больных с локализацией плодного яйца в ампулярном отделе диаметром не более 10 мм. «Заживающие» имплантаты визуализировались на всем протяжении маточной трубы, гистологически были представлены в виде кистозно-расширенных желез, окружены рубцовой тканью при отсутствии функционирующей стромы. С учетом рубцовых изменений маточной трубы, несмотря на размеры плодного яйца менее 10 мм, рациональным решением было удаление этой трубы. Гистологическое исследование удаленных маточных труб у 30 (9%) женщин при трубном аборте и ампулярной и фимбриальной локализации плодного яйца выявило признаки хронического сальпингита. Микроскопически было характерно наличие инфильтрации, развитие соединительной ткани, склероз артериол и венул, атрофия гладко-мышечных клеток. Макроскопически стенка маточных труб была утолщена, фиброзирована, с наличием соединительно-тканых перегородок. Очевидно, что сохранение маточной трубы с признаками хронического сальпингита и повреждением эндосальпинкса на всем протяжении было нецелесообразно.

Таким образом, при трубном аборте и ампулярной и фимбриальной локализации плодного яйца диаметром не более 10 мм и отсутствии признаков хронического

сальпингита и/или очагов эндометриоза возможно проведение органосохраняющей операции.

При локализации плодного яйца в культе маточной трубы вопрос об ее удалении не обсуждался. В 11 (3,3%) случаях при расположении плодного яйца в культе трубы произведена тубэктомия.

При истмической локализации плодного яйца и разрыве маточной трубы с учетом анатомических особенностей данного отдела трубы (длина 20 мм и диаметр от 2 до 4 мм) и степени ее повреждения целесообразней провести тубэктомию. Это произведено у 95 (28,9%) больных при истмической локализации плодного яйца.

При разрыве трубы в интерстициальном отделе маточной трубы очевидным является иссечение маточного угла и тубэктомия, что и было выполнено у 10 (3,0%) больных. Это связано с большим сроком беременности, при котором происходят прерывание беременности и значительные анатомические изменения в самом тонком интерстициальном отделе трубы.

При разрыве маточной трубы и ее локализации в ампулярном отделе в 104 (31,5%) случаях проведено удаление трубы. Но возможность сохранения маточной трубы при подобной ситуации возможна и зависит от типа и величины разрыва, характера и степени повреждения в маточной трубе.

Таким образом, степень деструкции маточной трубы при ВБ находится в прямо пропорциональной зависимости от топографии плодного яйца и гестационного срока беременности. Особое значение приобретает совершенствование методов диагностики эктопической имплантации бластоцисты, способных обнаружить ее до формирования необратимых изменений в стенке трубы.

Результаты проведенных исследований позволили определить, что при обращении пациентки с жалобами на задержку менструации до 21 дня – длительности догоспитального периода не более 24–48 часов возможно проведение органосохраняющих операций в сроке 3–4 недели, который является оптимальным при прогрессирующей беременности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айламазян Э. К., Рябцева И. Т. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии. – М.: Медицинская книга. – 2003. – 193 с.
2. Кулаков В. И., Гаспаров А. С., Косаченко А. Г. и др. Современная концепция оказания помощи больным с острыми гинекологическими заболеваниями // *Акуш. и гин.* – 2006. – № 2. – С. 45–49.
3. Кулаков В. И., Серов В. Н., Гаспаров А. С. Гинекология: учеб. для студентов мед. вузов. – М., 2005. – 616 с.
4. Некоторые показатели деятельности акушерско-гинекологической службы Российской Федерации, в разрезе федеральных округов (статистические материалы). – М., 2007. – 24 с.
5. Радзинский В. Е. Гинекология: практикум. – М., 2003. – 577 с.
6. Стрижаков А. Н., Давыдов А. И., Шахламова М. Н. и др. Внематочная беременность. – М.: Медицина, 2001. – 215 с.
7. Georgilis K. Conservative management of PI // *Ann. N. Y. Acad. Sci.* – 2000. – Vol. 900. – P. 309–315.
8. Erslev A. J. Clinical erythrokinetics: a critical review // *Blood Rev.* – 1998. – Vol. 11. – P. 160–167.
9. Guerriero S., Ajossa S., Lai M. P. Transvaginal ultrasonography associated with colour Doppler energy in the diagnosis of hydrosalpinx // *Hum. Reprod.* – 2000. – Vol. 15. – P. 1568–1572.
10. Henry-Suchet J. PID: clinical and laparoscopic aspects // *Ann. N. Y. Acad. Sci.* – 2000. – Vol. 900. – P. 301–308.