

На правах рукописи

РУБИНА

Елена Владимировна

**СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ
С ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ**

14.01.01 – Акушерство и гинекология

Автореферат диссертации

на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

Москва – 2020

Диссертационная работа выполнена в федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет)

Научный руководитель:

Доктор медицинских наук, профессор **Давыдов Александр Ильгизирович**

Официальные оппоненты:

Козаченко Андрей Владимирович – доктор медицинских наук, профессор, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ведущий научный сотрудник

Попов Александр Анатольевич – доктор медицинских наук, профессор, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии» (ГБУЗ МО МОНИИАГ), руководитель отделения эндоскопической хирургии

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова»

Защита диссертации состоится «_ _» 2020 г. в _____ часов на заседании диссертационного совета Д 208.040.03 в ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) по адресу: 119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д.8, стр.2.

С диссертацией можно ознакомиться в ЦНМБ ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) по адресу: 119034, г. Москва, Зубовский бульвар, д. 37/1 и на сайте ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) <http://www.sechenov.ru>

Автореферат разослан « ___ » _____ 2019 г.

Ученый секретарь

диссертационного совета Д. 208.040.03

доктор медицинских наук, профессор

Шулутко Александр Михайлович

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования. Внематочная (эктопическая) беременность исследуется в течение нескольких столетий, однако ее медико-социальная значимость по-прежнему остается в центре внимания современного здравоохранения. Причины неугасаемой актуальности эктопической беременности заключаются как в неуклонном росте частоты этого грозного осложнения беременности, так и в прямой взаимосвязи с материнской смертностью (Адамян Л.В. и др., 2017; Стрижаков А.Н., 2017). Летальный исход от внематочной беременности обусловлен геморрагическим шоком вследствие разрыва плодместилища, встречающего, как правило, при внетубулярных формах эктопической nidации трофобласта, а также его локализации в интерстициальном отделе маточной трубы (Адамян Л.В. и др., 2012; 2015; Давыдов А.И. и др., 2014; 2016; 2018; Попов А.А. и др., 2016).

Ранее были предложены многочисленные подходы к диагностике и лечению внематочной беременности, разработаны и систематизированы различные алгоритмы, направленные на оптимизацию тактики ведения пациенток с подозрением на эктопическую nidацию трофобласта (Адамян Л.В. и др., 2012; 2017; Манухин И.Б. и др., 2018; Стрижаков А.Н. и др., 2000; 2001; Стрижаков А.Н., 2017). Однако появление новых данных и технологий диктует необходимость пересмотра и/или усовершенствования целого ряда известных положений. В частности, это касается некоторых экстратубулярных форм внематочной беременности, особенно шеечной беременности и беременности в рубце на матке после кесарева сечения, а также интерстициальной трубной беременности, органосберегающее лечение которых в последние годы ассоциируется с оперативной гистероскопией (Давыдов А.И. и др., 2016; 2019; Козаченко А.В. и др., 2017; Рубина Е.В. и др., 2016; Grindler N.M. et al., 2016; Procas Ramon B. et al., 2019).

Цель исследования: усовершенствовать и модифицировать известные системы обследования пациенток с различными формами внематочной беременности, что позволит оптимизировать диагностику эктопической

беременности и тактику лечения этих больных с учетом возможностей современных медицинских технологий.

Задачи исследования.

1. Обосновать применение комплексного ультразвукового исследования (режим серой шкалы + доплерография + эластография) для диагностики внематочной беременности и определить его прогностическую ценность.

2. Ретроспективно изучить динамику сывороточного ХГЧ при трубной беременности за менее чем 24 часовой интервал и сравнить показатели этого гормона с таковыми при физиологической беременности, что позволит ускорить принятие решений в условиях стационара.

3. Установить роль и клиническое значение высокочувствительного энергетического доплера в оценке глубины прорастания ворсин хориона в миометрий при шеечной локализации эктопического трофобласта.

4. Усовершенствовать методику и аргументировать условия для применения оперативной гистероскопии у больных с шеечной беременностью, а также разработать действующие меры профилактики патологической интраоперационной кровопотери.

5. Обосновать дифференцированный подход (абдоминальная метропластика или внутриматочная хирургия) к выбору метода лечения пациенток с беременностью в рубце на матке после кесарева сечения в зависимости от срока гестации и степени инвазии эктопического трофобласта.

6. Определить условия и противопоказания для гистероскопического лечения больных с интерстициальной (угловой) беременностью с целью минимизации хирургической травмы и улучшения последующих репродуктивных исходов.

Научная новизна

Впервые доработаны и усовершенствованы система обследования и тактика лечения пациенток с различными формами внематочной беременности, основанная на применении современных высокоэффективных технологий – комплексной трансвагинальной эхографии, включающей режим серой шкалы в

2D/3D измерениях, высокочувствительный энергетический доплер, соноэластографию; тестирование сывороточного ХГЧ; оперативную гистероскопию и оперативную лапароскопию. Изучена эффективность и прогностическая ценность комплексной трансвагинальной эхографии при различных формах эктопической nidации трофобласта. Выделены вариации цифровых значений сывороточного ХГЧ при трубной беременности за 18-20 часовой период. Разработаны принципиально новые подходы к лечению больных шеечной беременностью с использованием современных возможностей оперативной гистероскопии. С научных позиций обоснован выбор хирургического лечения больных с беременностью в рубце на матке после кесарева сечения, а также интерстициальной трубной беременностью.

Практическая значимость

Разработана и предложена для внедрения в практику система обследования и дифференцированная тактика лечения пациенток с редкими (внетубулярными) формами внематочной беременности в зависимости от исходной клинической ситуации, срока гестации и особенностей nidации эктопического трофобласта. Доказана практическая роль высокочувствительного энергетического доплера в диагностике и выборе метода лечения шеечной беременности. Сформулированы методы профилактики патологической интраоперационной кровопотери при использовании оперативной гистероскопии у больных шеечной беременностью. Обоснованы абсолютные и относительные противопоказания к оперативной лапароскопии при трубной беременности. Предложена методика внутриматочного эндохирургического лечения больных с интерстициальной трубной беременностью.

Практическое применение результатов работы

Результаты исследования, практические рекомендации используются в работе поликлиник, перинатального центра и гинекологического отделения ГKB имени С.С. Юдина ДЗМ. Материалы исследования применяются в учебном процессе в виде лекций и практических занятий для студентов,

клинических ординаторов ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет).

Личный вклад автора

Автором самостоятельно разработаны дизайн и программа исследования, выполнено более 70% диагностических манипуляций, включая ультразвуковые и эндоскопические методы. Автором обоснована система комплексной диагностики и дифференцированного лечения больных с различными формами внематочной беременности. Автор выполнил статистический анализ работы, описал полученные результаты, сформулировал выводы, практические рекомендации и основные положения, выносимые на защиту.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту

1. При подозрении на внематочную беременность нецелесообразно изучать результаты ультразвукового сканирования вне связи с клиникой заболевания и показателями уровней сывороточного ХГЧ. Трансвагинальную эхографию следует рассматривать непосредственно не как метод диагностики внематочной беременности, а как метод, позволяющий либо обосновать показания к хирургическому вмешательству, либо определить дальнейший диагностический поиск. Применение комплексной ультрасонографии в дополнении к клиническому исследованию и тестированию сывороточного ХГЧ позволяет в 55,2% наблюдений окончательно установить диагноз и, тем самым, завершить диагностический поиск.

2. Абсолютным противопоказанием к оперативной лапароскопии при трубной беременности является массивная кровопотеря (замена одного ОЦК в течение 24 часов; потеря более 50% ОЦК в течение 3 часов; кровотечение более 150 мл/мин и др.). Ряд других ситуаций (многократные вмешательства на органах брюшной полости, осложненное течение предшествующих послеоперационных периодов, недостаточная квалификация хирурга и др.) можно отнести к относительным противопоказаниям.

3. При решении вопроса о возможности применения оперативной гистероскопии для лечения больных шеечной беременностью необходимо оценить глубину прорастания ворсин эктопического хориона в миометрий. Для этого необходимо использовать высокочувствительный энергетический доплер, который позволяет обнаружить патологические цветовые локусы в толще мышечной ткани шейки матки, связанных общим кровотоком с эктопическим трофобластом и, тем самым, оценить насколько глубоко сосуды трофобласта проникают в толщу мышцы шейки матки.

Апробация материалов диссертации

Материалы и результаты исследований представлены и доложены на X Юбилейном Международном конгрессе по репродуктивной медицине (Москва, 2016), XXIX Международном конгрессе с курсом эндоскопии «Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний» (Москва, 2016), XXX Юбилейном Международном конгрессе с курсом эндоскопии «Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний» (Москва, 2017), XII Международном конгрессе по репродуктивной медицине (Москва, 2018).

Апробация диссертации состоялась на научной конференции сотрудников кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии института клинической медицины ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) 30.08.2019.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Научные положения диссертации соответствует формуле специальности 14.01.01 – «Акушерство и гинекология». Дифференцированный подход к выбору метода лечения больных внематочной беременностью позволяет минимизировать хирургическую травму и улучшить последующие репродуктивные исходы. Важной областью исследования следует считать оптимизацию диагностики и тактики лечения пациенток с внетубулярными формами эктопической беременности.

Публикация материалов исследования

По теме диссертации опубликовано 11 работ, из них 6 – в журнале, включенном в перечень ведущих периодических изданий ВАК и международную базу данных Scopus (Q3), 5 – в виде тезисов докладов на международных конгрессах.

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 153 страницах машинописного текста, состоит из введения, обзора литературы, клинической характеристики обследованных больных и методов исследования, результатов собственных исследований и их обсуждения отдельно по трубной беременности и экстраутробулярным формам эктопической nidации трофобласта. Работа иллюстрирована 5 таблицами и 39 рисунками.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Клиническая характеристика обследованных пациенток

Проведен про- и ретроспективный анализ свыше 400 историй болезней пациенток репродуктивного возраста, госпитализированных в ГКБ имени С.С. Юдина с подозрением на эктопическую беременность различной локализации. Возраст обследованных пациенток распределялся от 17 до 43 лет, составив в среднем $25,72 \pm 0,36$ лет. При изучении репродуктивной функции установлено, что 332 (83%) женщины имели в анамнезе одну и более беременностей, не имели беременностей 17% женщин. Родов не было у 23,75% пациенток. Эктопическая беременность в анамнезе имела место у 58 женщин. У 28 женщин в прошлом был установлен диагноз бесплодие, длительность которого достигала до 10 лет.

Время от появления первых клинических признаков заболевания до госпитализации пациентки в стационар составляло от 1 часа до 1,5 месяцев. Жалобы, предъявляемые пациентками, в основном были следующие: боль в нижних отделах живота (79,75%) с иррадиацией в поясничную область и/или в прямую кишку (18,25%); ациклические кровянистые выделения из половых

путей (66%); отсутствие наступления менструального кровотечения к ожидаемому сроку (60%).

В процессе исследования из анализа исключены пациентки, у которых диагноз «внематочная беременность» не подтвердился, а также больные с геморрагическим шоком различной тяжести. В итоге выполнен анализ 172 клинических наблюдений эктопической беременности различной локализации:

- 130 (75,58%) наблюдений трубной беременности, среди которых 6 (3,48%) – интерстициальной локализации с возможностью применения внутриматочной хирургии;
- 29 (16,86%) наблюдений шейечной беременности;
- 9 (5,23%) наблюдений яичниковой беременности;
- 4 (2,33%) наблюдения беременности в рубце на матке после кесарева сечения (рис. 1).

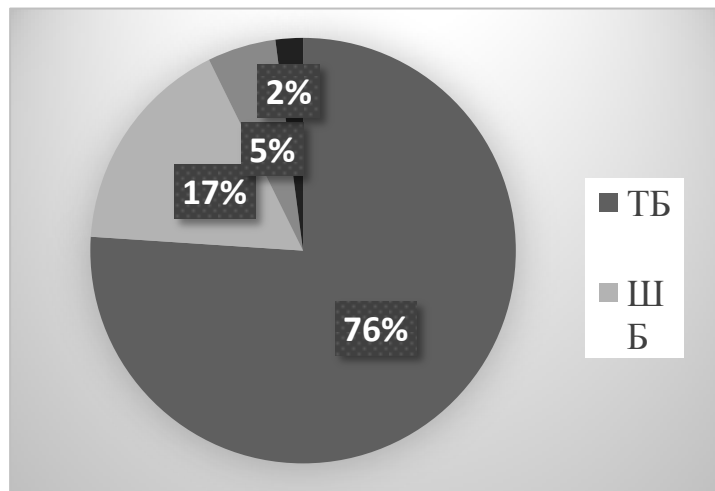


Рисунок 1.

Частота различных локализаций внематочной беременности

ТБ – трубная беременность

ШБ – шейечная беременность

ЯБ – яичниковая беременность

БР – беременность в рубце на матке после кесарева сечения

Методы исследования

Комплекс диагностических и лечебных мероприятий составили:

1. Сбор и анализ клинико-анамнестических данных.
2. Иммунологическое количественное определение сывороточного хорионического гонадотропина (ХГЧ).
3. Высокочастотная трансвагинальная эхография в режимах 2D/3D, в том числе с использованием энергетического доплеровского картирования.
4. Эхоластография.
5. Ультразвуковая мини-хирургия (для проведения «визуального» кульдоцентеза).
6. Оперативная гистероскопия.
7. Оперативная лапароскопия.
8. Морфологические исследование материала, удаленного в ходе оперативного лечения

Результаты исследования и их обсуждение

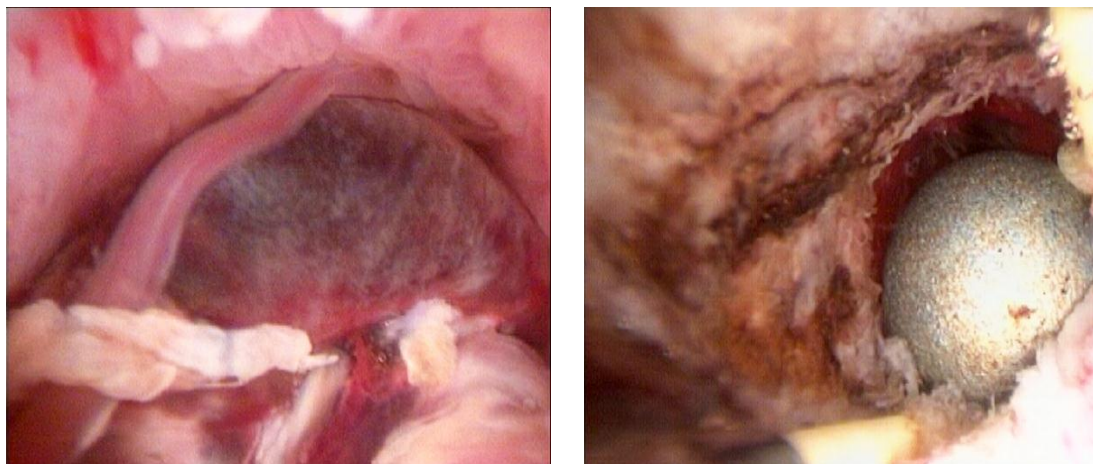
Сегодня экстраутробулярные («редкие») формы внематочной беременности – один из самых спорных аспектов акушерства и гинекологии, особенно касающиеся их лечения. Под нашим наблюдением находились 42 пациентки, у которых эктопический трофобласт локализовался за пределами маточных труб. В 29 из 48 (60,41%) наблюдениях имела место шеечная нидация, в 9 (18,75%) – яичниковая и в 4 (8,33%) – беременность диагностирована в рубце на матке после кесарева сечения (caesarean scar pregnancy, CSP). Также в группу больных с «редкими» формами внематочной беременности мы включили 6 (12,5%) пациенток с интерстициальной трубной беременностью малого срока, у которых имелись условия для эндохирургического внутриматочного лечения, что само по себе является редкой ситуацией (Давыдов А.И. и др., 2019).

Согласно литературным данным и собственным наблюдениям, в структуре внетубулярных беременностей по частоте встречаемости шеечная беременность занимает одно из первых мест. В наших исследованиях

высокочастотная трансвагинальная эхография выступала в качестве ведущего метода диагностики шеечной беременности, а оценка уровня сывороточного ХГЧ лишь констатировала факт беременности. В ходе эхографии особое внимание уделяли симптому «скольжения», который позволял провести дифференциальную диагностику шеечной беременности с неполным самопроизвольным абортom. Немаловажное значение придавали оценке глубины прорастания ворсин хориона в миометрий. Для этих целей использовали энергетический доплер, применение которого позволяет, во-первых, уточнить диагноз (идентификация цветковых локусов в толще мышечной ткани шейки матки, связанных общим кровотоком с эктопическим трофобластом), во-вторых, оценить риски малоинвазивного хирургического вмешательства, т.е. насколько глубоко сосуды трофобласта проникают в толщу мышцы шейки матки.

Безусловно, в современных условиях лечение больных шеечной беременностью должно быть минимизировано и носить органосберегающий характер. Медикаментозная терапия внематочной беременности не регламентирована в РФ ввиду отсутствия в структуре показаний к применению метотрексата такой нозологии как внематочная беременность. Поэтому лечение больных шеечной беременностью строго оперативное, а метотрексат может быть использован только в дополнении к хирургическому вмешательству в стационарах 3-го уровня после решения этического комитета и получения информированного согласия пациентки (Адамян Л.В. и др., 2017; 2018).

Во всех наших наблюдениях шеечной беременности для лечения использовалась оперативная гистероскопия – электрохирургическая резекция и деструкция (коагуляция) ложа эктопического плодoвместилища (рис. 2, 3). Длительность операции варьировала от 15 до 25 мин, составив в среднем $21,3 \pm 3,4$ мин. Все пациентки выписаны домой не позднее 3-х суток. Клинический эффект гистерорезектоскопии оценивали через 2, 30 и 90 дней после операции, а также в отдаленном периоде – спустя 1–15 лет (ретроспективный анализ).



Рисунки 2, 3. Шеечная беременность. Деструкция ложа эктопического плодного яйца

Ни в одном наблюдении не отмечена персистенция эктопического трофобласта, а спустя 30 дней после операции у всех пациенток восстановилась анатомия шейки матки. Ретроспективно (включая результаты 3-15-летнего периода) беременность наступила у 16 из 24 (66,7%) пациенток, доступных для анкетирования. У 9 (37,5%) из них она закончилась срочными родами, у 2 (8,33%) – преждевременными родами, у 5 (20,8%) – самопроизвольным прерыванием беременности в 1-м триместре.

Нами не отмечены такие серьезные интраоперационные осложнения гистерорезекции шеечной беременности, как кровотечение из шейки матки и перфорация матки (имели место только 2 наблюдения легкой гипонатриемии, легко купированной после инфузии 0,9% раствора NaCl). Однако эндохирургическое лечение шеечной беременности требует соблюдения определенных условий, а именно:

- срок гестации не более 7 недель;
- беременность прогрессирует или отсутствует активное кровотечение из шейки матки;
- по данным трансвагинальной эхографии с цветным доплеровским картированием кровотока эктопического трофобласта инвазия последнего не выходит за пределы шейки матки (Давыдов А.И. и др., 2014; 2015; 2019; Рубина Е.В. и др., 2018).



Рисунок 4. Алгоритм лечения пациенток с шеечной беременностью

Про- и ретроспективный анализ результатов обследования пациенток с шеечной беременностью позволил нам разработать алгоритм их лечения (рис. 4). Гистерэктомия обоснована при наличии ряда факторов или их совокупности:

- 1) геморрагический шок 2–3-й степени при продолжающемся маточном кровотечении;
- 2) проращение хориона в параметральное пространство;
- 3) отсутствие условий для органосохраняющего лечения (как технических условий – отсутствие специальной аппаратуры и инструментария, так и врачебной квалификации).

Беременность в рубце на матке после кесарева сечения (CSP) нами диагностирована у 4 пациенток. Ультразвуковая картина CSP достаточно типична, ее интерпретация не вызывает особых трудностей, поскольку плодное яйцо всегда локализуется в патологической нише после кесарева сечения, и всегда у этих больных наблюдается истончение рубца на матке (Рубина Е.В. и др., 2018). При CSP на эхограммах в проекции внутреннего зева на уровне послеоперационного рубца визуализируется плодное яйцо, диаметр которого варьирует в зависимости от срока гестации. Также от срока гестации зависит степень инвазии трофобласта в матку. Крайне важно оценить глубину

прорастания трофобласта, учитывая, что на основании этого признака определяется тактика лечения пациентки. Для оценки глубины инвазии эктопического трофобласта мы традиционно использовали цветное доплеровское картирование (энергетический доплер) при максимальных разрешении и глубине ультразвукового изображения. Комплексное ультразвуковое исследование позволило нам скорректировать метод и объем хирургического вмешательства (рис. 5).

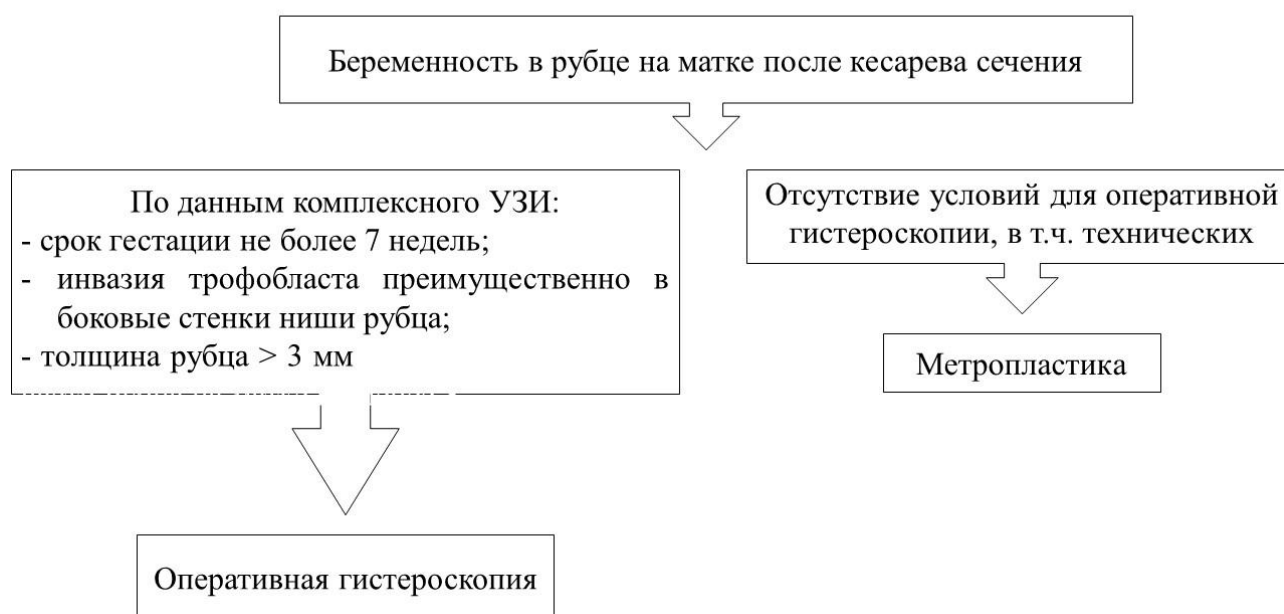


Рисунок 5. Алгоритм лечения пациенток с беременностью в рубце на матке после кесарева сечения

Безусловно, независимо от клинической ситуации тактика лечения больных с CSP не вызывает сомнений – выполняется метропластика либо абдоминальным (лапароскопическим или лапаротомическим), либо внутриматочным доступом (оперативная гистероскопия).

Абдоминальная метропластика позволяет полностью иссечь ткани эктопического трофобласта, измененный рубец на матке и, тем самым, не только обеспечить адекватное лечение CSP, но и одновременно осуществить

коррекцию несостоятельного рубца на матке после кесарева сечения. С другой – такая операция сопряжена с риском грозных интра- и послеоперационных осложнений (ранение мочевых путей, патологическая кровопотеря), обусловленных величиной и локализацией плодместилища, состоянием рубца на матке. Поэтому оперативная гистероскопия (гистерорезектоскопия, иссечение и деструкция патологического трофобласта) имеет определенные преимущества перед традиционной метропластикой в лечении больных с CSP, так как позволяет удалить эктопическое плодное яйцо, не нарушая целостность матки. Однако при CSP внутриматочный метод имеет как свои преимущества, так и ограничения. Риски и ограничения метода включают:

- 1) риск перфорации матки и мочевого пузыря;
- 2) сохраняется неполноценный рубец на матке.

Риски интраоперационных осложнений требуют неукоснительного соблюдения ряда важных условий:

- 1) срок гестации не более 7 недель;
- 2) по данным высокочастотной трансвагинальной эхографии с цветным доплеровским картированием инвазия трофобласта наблюдается преимущественно в боковые стенки ниши, составляющий рубец;
- 3) толщина истонченной части рубца на матке не менее 3 мм (Давыдов А.И. и др., 2019; Рубина Е.В. и др., 2018; Стрижаков А.Н. и др., 2016) (рис. 6, 7).



Рисунки 6,7. Беременность в рубце на матке после кесарева сечения.
Гистероскопическое иссечение и деструкция эктопического трофобласта

Международный классификатор болезней (МКБ-10, 11) не подразумевает отдельные формы трубной беременности в зависимости от места nidации бластоцисты. Интерстициальная беременность (в некоторых источниках литературы – угловая) не относится к редким формам внематочной беременности и, тем более, внетубарным локализациям трофобласта. В большинстве случаев интерстициальной беременности объем хирургического вмешательства заключается в удалении поврежденной маточной трубы с иссечением трубного угла. В то же время, интерстициальная беременность – единственная форма трубной беременности, когда имеется возможность применить оперативную гистероскопию в качестве самостоятельного метода лечения, используя специальные инструменты для экстракции тканей эктопического трофобласта через устье маточной трубы (Grindler N.M. et al., 2016; Procas Ramon B. et al., 2016).

Под нашим наблюдением находились 6 пациенток с интерстициальной беременностью, у которых в качестве самостоятельного метода использована оперативная гистероскопия. Ультразвуковая диагностика интерстициальной не вызывала каких-либо сложностей и основывалась на обнаружении следующих признаков: (1) отсутствие плодного яйца в основной части полости матки; (2) появление эхогенной линии между внутренней поверхностью полости матки и плодным яйцом, отражающей интерстициальный отдел маточной трубы; (3) плодное яйцо, окруженное тонким слоем миометрия (рис. 8).

Мы использовали оригинальную методику лечения пациенток с интерстициальной беременностью, включающую несколько этапов:

1 этап диагностический – выполняется гистероскопия, в ходе которой уточняется локализация плодного яйца и с помощью вакуум-аспирации удаляется децидуальная слизистая тела матки;

2 этап – локальная гидродиссекция эктопического трофобласта постоянным давлением среды растяжения полости матки (0,9%-й раствор NaCl); цель данного этапа – добиться наибольшего отслоения элементов плодного яйца;

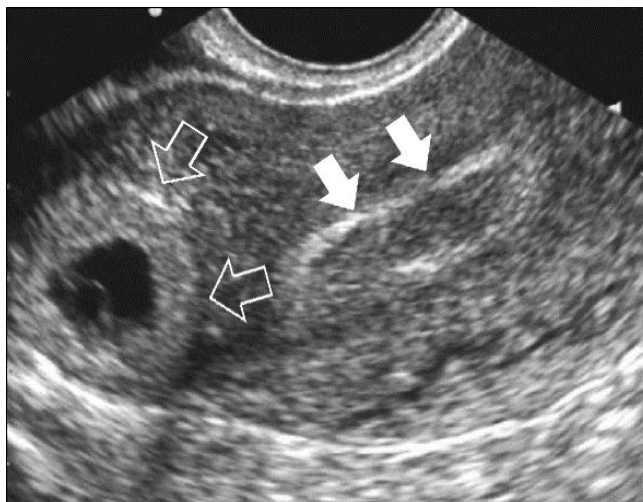


Рисунок 8. Эхограмма прогрессирующей интерстициальной беременности (прозрачными стрелками выделено эктопическое плодное яйцо, сплошной стрелкой – эндометрий)

3 этап – электродом-крючком трофобласт отделяют от окружающих тканей (механическая диссекция), а электродом-петлей выполняют своеобразный кюретаж плодовместилища; все описанные действия с электродами осуществляют при неактивированном электрохирургическом комплексе – т.е. в «холодном» режиме;

4 – этап – после максимального удаления эктопического трофобласта активируют электрод-петлю, используя биполярную электрохирургию; при этом электродом-петлей «дочищают» элементы плодного яйца, а с помощью электрода-шара добиваются его окончательной деструкции (Давыдов А.И. и др., 2019).

Длительность эндохирургического вмешательства колебалась в пределах 20-40 мин, составив в среднем $29,6 \pm 8,8$ минут. Сравнительно длительная продолжительность оперативной гистероскопии объясняется сложностями в извлечении патологического плодовместилища вследствие плотного прикрепления структур эктопического плодного яйца к окружающим тканям.

Однако осложнений хирургического вмешательства, в том числе отсроченных в виде персистенции трофобласта, не отмечено.

Справедливо отметить, что нами производился тщательный отбор пациенток с интерстициальной беременностью для внутриматочной хирургии по следующим критериям:

1) средний диаметр эктопического плодместилища не превышает 25 мм;

2) отсутствуют эхографические маркеры внутрибрюшного кровотечения («свободная» жидкость, эхоплотные массы неправильной формы, локализованные в углублениях малого таза);

3) преимущественно интерстициальная локализация трофобласта – т.е. в патологический процесс не вовлечен перешеек маточной трубы; наблюдения со значительным повреждением истмической части исключались (Давыдов А.И. и др., 2019; Рубина Е.В. и др., 2018).

Тактика лечения пациенток с яичниковой беременностью очевидна: выполняется резекция яичников (реже овариоэктомия) предпочтительно лапароскопическим доступом. В наших исследованиях во всех 9 наблюдениях яичниковой беременности произведена резекция яичника. Догистологическая диагностика оказалась успешной у 6 из 9 пациенток (33,7%): у 3 больных с прогрессирующей и у 3 – с нарушенной яичниковой беременностью. Причем при нарушенной яичниковой беременности в ходе ультразвукового сканирования сделано лишь предположение о яичниковой локализации трофобласта из-за более «плотной» картины внутреннего кровоизлияния в яичник.

Несмотря на сохраняющуюся невысокую частоту внетубулярных форм эктопической беременности, они не только не утратили своей актуальности, но и, напротив, приобретают все большую остроту. Актуальность этих форм объясняется двумя факторами: с одной стороны, они остаются главными причинами материнской смертности от внематочной беременности (главным образом, вследствие разрыва плодместилища, локализованного в интерстициальном отделе маточной трубы), с другой – их удельная частота

характеризуется стабильным ростом. Поэтому первоочередная задача, которая сегодня ставится перед акушерами-гинекологами – это своевременно обнаружить «опасные» формы эктопической беременности.

ВЫВОДЫ

1. Разработанная нами модифицированная система обследования и лечения пациенток с различными формами внематочной беременности, основанная на применении комплексной ультразвукографии, тестирования сывороточного ХГЧ, оперативной лапароскопии и оперативной гистероскопии позволяет оптимизировать диагностику эктопической беременности и обосновать дифференцированный подход к хирургическому лечению этих больных с учетом конкретной клинической ситуации.

2. Комплексное ультразвуковое исследование (режим серой шкалы + доплерография + эластография) в сложных клинических ситуациях позволяет повысить общую чувствительность трансвагинальной эхографии с 85,4% до 100%, специфичность – с 63,7% до 86,3%, общую точность – с 73,3% до 96,3%, прогностическую ценность положительного результата – с 81,2% до 95,2%, прогностическую ценность отрицательного – с 40,2% до 100%.

3. При трубной беременности концентрации сывороточного ХГЧ за 18-20 часовой период увеличиваются в среднем на 32,4% (21-42%) в 59,8% наблюдениях или остаются на прежнем уровне в 41,2%. В то время как, при физиологической беременности за этот же период содержание ХГЧ возрастает на 60-74% (в среднем – 64,4%).

4. Даже при глубокой инвазии эктопического трофобласта в толщу мышечной стенки шейки матки комплексное решение (гистерорезектоскопия с иссечением и деструкцией эктопического трофобласта + перевязка нисходящих ветвей маточных артерий) позволяет в 100% добиться положительных результатов. Вместе с тем, изолированная перевязка нисходящих ветвей маточных артерий не способна остановить кровотечение из «беременной»

шейки матки и должна использоваться лишь в качестве дополняющего метода гемостаза.

5. При беременности в рубце на матке после кесарева сечения (CSP) оперативная гистероскопия имеет как свои преимущества, так и ограничения. Главное достоинство внутриматочной хирургии – отсутствие нарушения целостности матки в сочетании полной инактивацией эктопического хориона. Ограничение – наличие конкретизированных условий, среди которых первостепенная роль принадлежит неглубокой инвазии трофобласта при толщине истонченной части рубца на матке не менее 3 мм.

6. Интерстициальная (угловая) беременность – единственная форма трубной беременности, когда имеется возможность применить оперативную гистероскопию в качестве самостоятельного метода лечения при условии преимущественно интерстициальной локализации трофобласта (в патологический процесс не вовлечен перешеек маточной трубы), а также отсутствии выраженного повреждения истмической части.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

При сложности интерпретации эхограмм, «подозрительных» в отношении трубной беременности рекомендуется использовать высокочувствительный энергетический доплер, применение которого позволяет решить ряд важных задач:

1) обнаружить кровоток эктопического трофобласта – зоны повышенной васкуляризации по периферии патологического («подозрительного») образования;

2) идентифицировать внутрисердечный кровоток у эмбриона при прогрессирующей трубной беременности.

При оценке результатов тестирования сывороточного ХГЧ у пациенток с подозрением на внематочную беременность необходимо учитывать:

1) на ранних сроках гестации (до 2 недель) концентрации сывороточного

ХГЧ при физиологической и внематочной беременностях достоверно не отличаются ($p > 0,05$);

2) свыше 3 недель беременности более чем у 90% больных с трубной беременностью (114/91,4%) концентрации сывороточного ХГЧ ниже, чем в те же сроки гестации у пациенток с нормальной маточной беременностью;

3) начальные значения сывороточного ХГЧ у больных с внематочной беременностью и пациенток с нарушенной маточной беременностью трубной беременностью не имеют достоверной вероятности отличий ($p > 0,05$);

4) не существует значений сывороточного ХГЧ, прогностических для эктопической беременности: сравнительно низкие концентрации гормона могут обнаруживаться с одинаковой частотой как при эктопической, так и нарушенной маточной беременности.

Для предупреждения неуправляемого кровотечения из шейки матки при гистероскопическом лечении шеечной беременности следует придерживаться следующих рекомендаций:

1) удаление «свободных» элементов плодного яйца выполняют с помощью «холодной» петли резектоскопа;

2) при необходимости иссечения трофобласта на глубину более 2 мм с помощью электрода-петли используют режим «резка + коагуляция» с максимальными значениями электрохирургического гемостаза (эффект 4);

3) для дополнительной деструкции трофобласта применяют электрод-шар в режимах «резка + коагуляция», «чистая коагуляция»;

4) при сравнительно больших сроках гестации, наличии обширной хориальной площадки и/или бочкообразной шейке матки на заключительном этапе операции выполняют перевязку нисходящих ветвей маточных артерий.

При выборе метода лечения пациенток с рубцом на матке после кесарева сечения рекомендуется придерживаться разработанного нами алгоритма (рис. 5).

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Давыдов А.И., **Рубина Е.В.**, Шахламова М.Н. Эндохирургическое лечение больных шеечной беременностью: методология и отдаленные результаты / **Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии** - 2015. – Т. 14, №5. – С. 16-21.
2. Давыдов А.И., Кузьмина Т.Е., **Рубина Е.В.**, Шахламова М.Н. Возможности современной эхографии в диагностике внематочной беременности различной локализации / **Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии** - 2015. – Т. 14, №6. – С. 69-78.
3. Давыдов А.И., **Рубина Е.В.**, Пашков В.М. Оценка биохимических маркеров гестации в сыворотке крови больных с эктопической беременностью / X Юбилейный Международный конгрессе по репродуктивной медицине - Москва, 2016. – С. 88-89.
4. **Рубина Е.В.**, Давыдов А.И., Шахламова М.Н. Оперативная гистероскопия в диагностике и лечении шеечной беременности / X Юбилейный Международный конгрессе по репродуктивной медицине - Москва, 2016. – С. 347-348.
5. **Рубина Е.В.**, Давыдов А.И., Пашков В.М. Отдаленные результаты оперативной гистероскопии при шеечной беременности / XXIX Международный конгресс с курсом эндоскопии «Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний» - Москва, 2016. – С. 166-167.
6. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., **Рубина Е.В.** Беременность в рубце на матке после кесарева сечения / **Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии** - 2016. – Т. 15, №5. – С. 67-72.
7. Давыдов А.И., **Рубина Е.В.**, Шахламова М.Н. Эктопическая беременность после экстракорпорального оплодотворения: факторы риска и патофизиологические механизмы / **Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии** - 2017. – Т. 16, №2. – С. 50-58.

8. **Рубина Е.В.**, Давыдов А.И., Шахламова М.Н. Факторы риска эктопической беременности после экстракорпорального оплодотворения / XXX Международный конгресс с курсом эндоскопии «Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний» - Москва, 2017. – С. 202-203.
9. Давыдов А.И., **Рубина Е.В.** Беременность в рубце на матке после кесарева сечения: диагностика и тактика лечения / XII Международный конгресс по репродуктивной медицине - Москва, 2018. – С. 508-509.
10. **Рубина Е.В.**, Давыдов А.И., Стрижаков А.Н., Шахламова М.Н. Редкие формы эктопической беременности: системный подход к диагностике и лечению / **Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии** - 2018. – Т. 17, №2. – С. 5-10.
11. Давыдов А.И., **Рубина Е.В.**, Пашков В.М., Шахламова М.Н. Редкие формы внематочной беременности: методология и отдаленные результаты лечения / **Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии** - 2019. – Т. 18, №2. – С. 69-75.