

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений и условных обозначений.	5
Введение.	6
ГЛАВА 1. ПРОБЛЕМЫ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ В ИСТОРИЧЕСКОМ АСПЕКТЕ. ЧАСТОТА ЗАБОЛЕВАНИЯ. КЛАССИФИКАЦИЯ	17
1.1. Историческая справка о подходах к диагностике и лечению внематочной беременности	17
1.2. Эпидемиология.	21
1.3. Классификация.	25
1.4. Профилактика.	30
ГЛАВА 2. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ	31
2.1. Нормальная анатомия и физиология маточных труб	44
ГЛАВА 3. КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ	52
3.1. Прогрессирующая трубная беременность	59
3.2. Нарушенная трубная беременность (разрыв трубы, трубный аборт).	64
3.3. Дифференциальная диагностика	82
3.4. Возможности и ограничения ультразвуковой диагностики эктопической беременности	90
<i>Л.Т. Хамидова, М.М. Дамиров, С.Г. Сержантова</i>	
3.5. Значение определения уровня хорионического гонадотропина в диагностике эктопической беременности	108
3.6. Лапароскопическая диагностика эктопической беременности	115

ГЛАВА 4. ОПЫТ КЛИНИКИ НЕОТЛОЖНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ НИИ СКОРОЙ ПОМОЩИ им. Н.В. СКЛИФОВСКОГО В ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ С ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ.....	117
<i>М.М. Дамиров, Г.П. Титова, И.В. Анчабадзе, А.А. Медведев</i>	
4.1. Клиническая характеристика больных и методы исследования больных с внематочной беременностью	117
4.2. Результаты диагностики и лечения внематочной беременности	128
4.3. Результаты эндохирургического лечения трубной беременности.....	130
4.4. Морфологические исследования маточных труб при трубной беременности.....	149
ГЛАВА 5. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ	166
Заключение	200
Сведения об авторе	204
Список литературы	205
Предметный указатель	217

Глава 1

Проблемы внематочной беременности в историческом аспекте. Частота заболевания. Классификация

1.1. ИСТОРИЧЕСКАЯ СПРАВКА О ПОДХОДАХ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Случаи внематочной беременности наблюдались и в древности, однако они не могли трактоваться правильно вследствие недостаточности знаний врачей по анатомии и физиологии, и их описывали как случаи «разрыва матки» или «плодных кист».

Описания локализации плодного яйца вне матки появились в литературе достаточно давно, однако диагностика внематочной беременности была случайной и являлась в основном уделом патологоанатомов. Первые сообщения о внематочной беременности принадлежат Riolani (1611), Mauricean (1637), Vassal (1669). С появлением этих сообщений была показана возможность развития беременности вне матки, однако диагноз устанавливался только после смерти пациенток.

Развитие медицинских знаний, в том числе в области акушерства и гинекологии, шло исключительно медленно, в связи с чем научные познания расширялись и углублялись постепенно, следуя за развитием человеческого общества, науки и техники.

В 1812 г. Гейм (Heim) впервые в истории акушерства и гинекологии установил прижизненный диагноз «внематочной беременности». Это дата перехода постановки диагноза «внематочной беременности» от патологоанатомов к клиницистам. В 1822 г. была защищена диссертация Купфера (Kupffer) «О яичниковой беременности», а в 1843 г. проф. анатомии Н.В. Буяльский систематизировал сведения о внематоч-

ной беременности в диссертационной работе «Анатомо-патологическое рассмотрение внематочной беременности». Он разделил внематочную беременность на 4 формы:

- 1) трубную;
- 2) яичниковую;
- 3) трубно-маточную;
- 4) брюшную.

Автор описал также случаи нагноившейся доношенной внематочной беременности, оперированной в 1839 г. лейб-медиком Н.Ф. Арендтом путем чревосечения (больная умерла на вторые сутки от перитонита), и два лично им наблюдавшихся случая самоизлечения внематочной беременности с выходением зародыша: у одной из больных через «нарыв в подвздошной правой стороне, у другой — через прямую кишку».

В 1854 г. П. Соболевский опубликовал работу «Беременность вне матки», в которой он описал наблюдавшийся им случай доношенной эктопической беременности.

По мере накопления сведений о внематочной беременности изучались вопросы о причинах ненормальной имплантации плодного яйца, о возможной локализации и исходах эктопической беременности, о патологоанатомических изменениях в половых органах при этой патологии. Много внимания уделяли изучению симптоматики и методам диагностики внематочной беременности.

Как самостоятельная дисциплина «акушерство и гинекология» определилась только в 80-х гг. XIX в. За сравнительно короткий период времени общими научными поисками многочисленных ученых в изучении ряда болезненных состояний женского организма и методов их лечения было сделано достаточно много.

Пионерами становления «гинекологии» как самостоятельной дисциплины в нашей стране были проф. В.Ф. Снегирев, Д.О. Отт, К.Ф. Славянский, А.И. Лебедев и др. В дальнейшем их учениками и последователями были разработаны различные разделы этой дисциплины с более современными для тех дней знаниями.

Это имело непосредственное отношение и к проблеме «внематочной беременности». На ее примере четко прослеживались этапы «драматической медицины», при которой очень долго дискуссионно стоял вопрос не только о методах диагностики, но и о принципах лечения этой патологии: консервативном или хирургическом.

В последней четверти XIX в. начались серьезные исследования данной проблемы: появились многочисленные публикации о внематочной беременности как отечественных, так и зарубежных авторов. Так, в 1873 г.

В.Ф. Снегирев защитил диссертацию на тему «К вопросу об определении и лечении позадиматочного кровоизлияния (*haematocoele s. apoplexia retrouterina intraperitonealis*)»; в 1883 г. А. Исполатов — диссертацию «К вопросу о значении патологических изменений яйцепроводов в этиологии бесплодия и внематочной беременности»; в 1886 г. К.И. Змигродский — диссертацию «К учению о внематочной беременности». В 1893 г. А.А. Муратов опубликовал работу «К лечению внематочной беременности в начальных стадиях ее развития», а в 1896 г. — монографию «Очерки клинических наблюдений над внематочной беременностью».

Эта сложная и трудная проблема акушерства и гинекологии во всех ее многогранных проявлениях была освещена в работах А.Д. Аловского (1945), Р.Р. Макарова (1958). Вместе с тем классической монографией по вопросам диагностики и лечения внематочной беременности является монография проф. М.С. Александрова и Л.Ф. Шинкаревой «Внематочная беременность» (1961), в которой они представили анализ большого клинического материала диагностики и лечения внематочной беременности, проведенный в гинекологической клинике нашего института (5064 случая больных с данной патологией) [7]. М.С. Александров и Л.Ф. Шинкарева отмечали, что за 25 лет в гинекологической клинике института проведено лечение 12 734 больным с внематочной беременностью [7].

Несмотря на многочисленные исследования, посвященные различным сторонам патогенеза, диагностики и лечения внематочной беременности, многие вопросы этой проблемы еще находятся в процессе дальнейшего изучения.

Вопросы лечения внематочной беременности исторически претерпели много изменений. Оперативное лечение этого заболевания как приоритетный метод лечения завоевал свои позиции далеко не сразу. Длительное время выжидательный метод был основным при ведении больных с внематочной беременностью, а хирургическое лечение применяли только для опорожнения заматочных гематом путем пункции их через задний свод влагалища.

В 1882 г. Н.Н. Феноменов опубликовал работу о клинических показаниях к чревосечению при внематочной беременности. Странниками оперативного лечения внематочной беременности были В.Ф. Снегирев (1873) и его ученики, однако в те времена летальность после хирургического вмешательства при этой патологии была очень высокой. Вопрос о методе лечения при внематочной беременности издавна был предметом широких дискуссий. Еще в конце XIX в. консервативный метод лечения внематочной беременности имел много сторонников. Даже

в конце XIX в. в клинической практике оперативный и консервативный методы лечения внематочной беременности были признаны врачами в равной степени. Было отмечено, что даже в тех случаях, когда самостоятельно, без лечения проходил острый период заболевания, кровотечение прекращалось и начиналось «так называемое самоизлечение», трудно было рассчитывать на полное восстановление здоровья женщины. Не исключалась возможность повторных кровоизлияний и ухудшения состояния больной.

Оперативное лечение применяли только при угрожающем жизни больной кровотечении или при нагноении заматочной гематомы. При стертых симптомах нарушенной внематочной беременности в большинстве наблюдений проводили консервативное лечение.

Отправной точкой, определившей тактику ведения больных с внематочной беременностью, были результаты Международного конгресса гинекологов, проходившего в 1892 г., на котором были представлены сравнительные данные о результатах консервативного и оперативного лечения больных с данной патологией. Анализ полученных результатов показал, что при консервативном ведении больных с внематочной беременностью летальность составила 63,1%, тогда как при хирургическом лечении — только 23,3%. Поскольку сравнение результатов обоих методов лечения выявило преимущество оперативного вмешательства, у него появилось много сторонников, и постепенно этот метод стал ведущим в лечении внематочной беременности. В результате длительного накопления клинического опыта необходимость оперативного вмешательства при внематочной беременности ни у кого не вызывает сомнений.

В XX в. был накоплен большой опыт в диагностике и лечении внематочной беременности. В литературе дискутировались вопросы о преимуществах того или иного оперативного доступа при внематочной беременности, об объеме и технике операции, об отношении к оставшейся трубе и скопившейся крови в брюшной полости, о методах обезболивания при этой операции. Много внимания уделялось изучению возможности консервативно-пластических операций для сохранения детородной функции женщины. За последнее время все больше внимания уделяется вопросам реабилитации детородной функции женщин, перенесших внематочную беременность.

Современный врач по сравнению со специалистами прошлого находится в более выгодных условиях. Как и в других медицинских специальностях, диагноз заболевания в практической гинекологии устанавливается на основании определенных методов исследования больной,

которые по мере расширения и углубления специальных познаний с каждым годом совершенствуются.

Если раньше врач ограничивался скромными возможностями в диагностике и лечении гинекологических заболеваний (осмотр, анамнез, физикальное и гинекологическое обследование, пункция заднего свода влагалища), то теперь большинство больниц оснащено современными методами диагностики (УЗИ, компьютерная томография, лапароскопия и т.д.), позволяющими врачу своевременно поставить клинический диагноз и разработать оптимальную лечебную тактику.

1.2. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Если раньше клинический диагноз внематочной беременности считался редкостью в связи с несовершенством методов диагностики, то в настоящее время это заболевание диагностируется достаточно часто в различных структурных подразделениях акушерско-гинекологической службы. Так, по данным Parry (1876), в мировой литературе имелись сведения только о 500 случаях внематочной беременности, описанных до 1871 г. По мере улучшения диагностики внематочной беременности возрастает и число опубликованных в литературе случаев. Так, К.И. Змигродский собрал такое же число случаев внематочной беременности всего лишь за одно десятилетие (1876–1886).

С.Д. Михнов в 1901 г. насчитал уже 2% случаев эктопической беременности среди всех больных, обратившихся за помощью в руководимую им клинику.

О.С. Парсамов отмечал, что если с 1919 по 1921 г. в его клинике было пролечено только 13 больных с внематочной беременностью, то в период с 1922 по 1925 г. число случаев внематочной беременности возросло втрое и составило 38 больных.

В 1945 г. А.Д. Аловский опубликовал данные по диагностике внематочной беременности по материалам больницы «Имени 25 октября» в г. Ленинграде (1203 случая эктопической беременности за период с 1923 по 1937 г.).

В работе Р.Р. Макарова (1958) приводятся данные о 181 больной с внематочной беременностью, находившейся под наблюдением в гинекологическом отделении Военно-медицинской академии г. Ленинграда в период с 1947 по 1955 г., что составило в среднем по 20 больных ежегодно.

Особого внимания заслуживают данные, приведенные в монографии проф. М.С. Александрова и Л.Ф. Шинкаревой, в которой были детально проанализированы и обобщены данные работы гинекологической кли-

ники Института скорой помощи имени Н.В. Склифосовского, являвшегося головным учреждением по оказанию неотложной хирургической и гинекологической помощи в г. Москве [7].

Проф. М.С. Александров и Л.Ф. Шинкарева отмечали, что в гинекологической клинике института с 1932 по 1956 г. проведено лечение 49 203 больным с различными гинекологическими заболеваниями. Пациенток с внематочной беременностью в этот период было 12 734, что составило в среднем около 26% от общего числа пролеченных гинекологических больных. В монографии авторы отметили: «Такой высокий процент больных с внематочной беременностью, по сравнению с данными других авторов, нас не удивляет: не следует забывать, что Институт имени Н.В. Склифосовского является центральным звеном по оказанию неотложной хирургической помощи г. Москвы, и вполне естественно, что в нем сосредотачивается наибольшее количество больных, требующих применения экстренных оперативных вмешательств. Эта специфика работы гинекологической клиники и обуславливает более высокий процент поступления больных с внематочной беременностью. Об этом также свидетельствовали следующие данные: в 1951 г. в клинике института находилось 28% от числа всех больных с внематочной беременностью в г. Москве; в 1952 г. — 31,6%, тогда как в 1955 г. — 37,5%» [7].

Проф. М.С. Александров и Л.Ф. Шинкарева констатировали, что «... общее число пролеченных в клинике больных увеличилось в период с 1952 по 1956 г., по сравнению с 1932–1936 гг., примерно вдвое, тогда как число больных с внематочной беременностью в этот же период возросло почти в 3 раза. Число больных, поступивших в клинику института с внематочной беременностью, неуклонно возрастало: в период с 1932–1936 гг. оно увеличилось с 22,9 до 30,9%, тогда как в 1957 г. оно уже составило 38,6%» [7].

Проф. М.С. Александров и Л.Ф. Шинкарева заметили, что «... если в 1932–1936 гг. в клинику ежегодно поступало в среднем по 300 больных с внематочной беременностью, то за 1957 г. число больных с данной патологией уже составило 1199» [7].

Рост числа больных с внематочной беременностью, поступивших в клинику института, проф. М.С. Александров и Л.Ф. Шинкарева объяснили следующими причинами [7]:

- 1) увеличение прироста населения г. Москвы (94,1% пролеченных больных — жительницы г. Москвы, и только 4,7% — жительницы Московской области; на иногородних пациенток приходилось всего 1,2%);

- 2) неуклонное увеличение общего числа больных, поступающих в клинику, что связано с некоторым расширением ее коечного фонда;
- 3) улучшение диагностики внематочной беременности, так как нельзя исключить, что раньше это заболевание проходило под другим диагнозом;
- 4) некоторое возрастание случаев внематочной беременности, что вызвано ростом таких этиологических ее факторов, как воспалительные заболевания женских половых органов.

Определить истинную частоту эктопической беременности достаточно сложно, поскольку она рассматривается по отношению к различным показателям — гинекологическим заболеваниям, числу беременностей, родов и др., а сами показатели характеризуются широким диапазоном цифровых значений и существенно отличаются друг от друга в разных странах. Поэтому данные, касающиеся этого вопроса, достаточно противоречивы. Вместе с тем необходимо отметить, что за последние годы частота внематочной беременности увеличилась во всех странах мира. Этот факт отмечают почти все исследователи, несмотря на различные подходы к расчету данного показателя по отношению к общему числу беременностей или родов, к 10 000 или 100 000 женщин репродуктивного возраста [19].

Согласно данным мировой статистики, в настоящее время около 1,2–2% всех беременностей — внематочные [52]. Однако до настоящего времени нет ни одного абсолютно достоверного метода диагностики этой патологии, особенно в ранние сроки беременности. По данным эпидемиологических исследований, в экономически развитых странах мира частота внематочной беременности составляет 1,2–2,2% по отношению к общему числу беременностей и 1,6–4,7% по отношению к родам [19]. Пациентки с данной патологией составляют 2–12,6% к общему числу женщин, госпитализируемых в гинекологические стационары [24, 25, 108].

Возрастание частоты эктопической беременности объясняется рядом объективных факторов [19, 52]:

- неуклонный рост числа воспалительных заболеваний внутренних половых органов, в первую очередь специфической этиологии, объясняют возрастанием сексуальной активности, ранним началом половой жизни, наличием нескольких половых партнеров, увеличением числа аборт;
- широкое распространение оперативных методов и/или методов экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) в лечении трубной и трубно-перитонеальной форм бесплодия;

- увеличение числа женщин, применяющих внутриматочные средства контрацепции.

Различие сведений о частоте внематочной беременности объясняется в основном спецификой работы тех клинических учреждений, куда поступают такие больные. Однако в настоящее время повсеместно наблюдается тенденция к возрастанию частоты внематочной беременности. Рост числа таких больных, поступающих в стационар, отчасти объясняется улучшением диагностики этого заболевания.

Внематочная беременность занимает второе место в структуре острых гинекологических заболеваний и первое — среди нозологических форм, сопровождающихся внутрибрюшным кровотечением [58, 65, 67, 90, 92, 93, 121, 127]. Кроме того, оперативные вмешательства по поводу внематочной беременности занимают одно из первых мест среди срочных гинекологических операций и составляют около 50% [106, 131]. В России в 2006 г. выполнено 45 673 операции по поводу внематочной беременности. В последние годы наиболее выраженный рост числа случаев эктопической беременности был отмечен среди подростков, женщин моложе 30 лет, а также среди женщин старше 35 лет [50, 106].

Возрастание частоты эктопической беременности среди молодых женщин, не реализовавших репродуктивную функцию, определяет актуальность совершенствования методов ранней диагностики, органосохраняющего и восстановительного лечения при трубной беременности.

Несмотря на успехи медицинской науки и практики, эктопическая беременность продолжает занимать одно из лидирующих мест в структуре причин материнской смертности, связанной с беременностью в течение первого триместра, и составляет 0,11% [68, 126]. Риск смерти матери при внематочной беременности в 10 раз выше, чем при спонтанных родах, и в 50 раз выше, чем при индуцированном аборте [68, 126].

Летальность при внематочной беременности в последнее десятилетие несколько снизилась, главным образом благодаря ее ранней диагностике, основанной на применении высокоинформативных методов клиничко-лабораторно-инструментального исследования и их грамотном анализе [24, 65]. Эта патология занимает 3–4-е место в структуре причин материнской смертности в индустриально развитых странах мира, тогда как в нашей стране 5–6-е место и составляет 4–5% (уступая летальности от абортов, кровотечений при беременности, гестоза беременных и экстрагенитальных заболеваний) [24, 44, 60, 65]. В нашей стране в 2014 г. смертность от внематочной беременности составила 1%, тогда как в 2015 г. она возросла в 3,6 раза, составив 3,6% [85].

В Великобритании отмечают 11,5 случаев внематочных беременностей на 1000 беременных, а частота материнской смертности составляет 0,4 случая на 1000 наблюдений эктопической беременности [138, 170, 184, 185]. Материнская смертность при внематочной беременности в России несколько выше, чем в странах Европы и в США [25]. В развивающихся странах показатели заболеваемости эктопической беременности сопоставимы с развитыми странами, но показатели смертности значительно выше — приблизительно в 10 раз [13].

К началу XXI в. появились новые методы диагностики, хирургического лечения и реабилитации, успешно применяются лапароскопические технологии, однако не следует забывать, что внематочная беременность по-прежнему опасна и чревата многими осложнениями в случае не оказанной вовремя квалифицированной хирургической помощи. Все случаи развития плодного яйца вне полости матки являются тяжелой патологией, которая, несмотря на все достижения современной практической гинекологии, представляет непосредственную угрозу не только для здоровья, но и для жизни пациентки.

Ранняя диагностика и своевременное лечение больных с внематочной беременностью снижает показатель материнской смертности [20]. Кроме того, ранняя диагностика данной патологии позволяет применять малоинвазивные методы лечения [5, 24, 27].

Несмотря на повышенный интерес ученых, практикующих врачей к различным сторонам проблемы эктопической беременности и наличие современных дополнительных высокоинформативных методов исследования, до настоящего времени ранняя диагностика этой патологии, особенно на этапе ее прогрессирования, представляет большие трудности.

1.3. КЛАССИФИКАЦИЯ

В Международном классификаторе болезней Всемирной организации здравоохранения 10 пересмотра в разделе «Беременности с абортивным исходом» зарегистрированы два термина, не исключающие друг друга, — «внематочная беременность» и «эктопическая беременность».

Внематочную беременность классифицируют по локализации и клиническому течению.

В современной классификации (МКБ-10), основанной на локализации плодного яйца, выделяют следующие формы внематочной беременности.