

*На правах рукописи*

КАУШАНСКАЯ ЛЮДМИЛА ВЛАДИМИРОВНА



**ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ:  
ПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА,  
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ**

14.01.01 – акушерство и гинекология

Автореферат  
диссертации на соискание ученой степени  
доктора медицинских наук



Москва  
2010

Работа выполнена на кафедре акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины ФПК МР РУДН

**Научный консультант:** Гаспаров Александр Сергеевич  
доктор медицинских наук, профессор  
кафедры акушерства, гинекологии  
и репродуктивной медицины ФПК МР  
РУДН

**Официальные оппоненты:** Каппушева Лаура Магомедовна  
заведующая отделением оперативной  
гинекологии Московского Центра  
планирования семьи и репродукции,  
доктор медицинских наук, профессор

доктор медицинских наук, заслуженный  
деятель науки РФ, профессор, академик  
РАМН

доктор медицинских наук, профессор  
кафедры семейной медицины с курсом  
экстрагенитальной патологии в  
акушерстве и гинекологии факультета  
повышения постдипломного образования  
врачей Московской медицинской  
академии им. И. М. Сеченова, главный  
специалист медицинского центра РАН,

**Ведущее учреждение:** Серебренникова Клара Георгиевна  
Московский областной научно –  
исследовательский институт  
акушерства и гинекологии

Защита диссертации состоится «\_\_\_» 2010 года в \_\_\_ часов  
на заседании диссертационного совета Д 212.203.01 в Российском университете  
дружбы народов по адресу: 117333, г. Москва, ул. Фотиевой, д.6.

С диссертационной работой можно ознакомиться в Научной  
библиотеке Российского университета дружбы народов (117198, г. Москва,  
ул. Миклухо-Маклая, д.6).

Автореферат разослан «\_\_\_» 2010

Ученый секретарь диссертационного совета  
доктор медицинских наук, профессор

И.М. Ордиянц

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

### Актуальность проблемы

По данным 2007 года, в Российской Федерации диагностировано 48344 случаев внематочной беременности (ВБ) (Шарапова О.В. 2008). Материнская смертность от ВБ в 2007 году имело место в 13 случаях, что составило 3,4 % всех её причин.

ВБ стабильно занимает 3-4 места в структуре причин материнской смертности индустриально развитых стран мира, 5-е – в РФ (Радзинский В.Е., 2004; Серова О.Ф., 2006; Гаспаров А.С., 2007). Обсуждение проблемы на последнем, XIX Всемирном Конгрессе акушеров-гинекологов (FIGO, 2009), показало, что диагностика, выбор метода лечения, определение объема хирургического вмешательства требуют дальнейшего усовершенствования.

До настоящего времени ВБ занимает второе место в структуре острых гинекологических заболеваний и первое – среди нозологических форм, сопровождающихся внутрибрюшным кровотечением (Кулаков В.И., Гаспаров А.С., Косаченко А.Ж., 2005; Ререкин И.А., 2006).

В последние годы, в связи с ростом частоты воспалительных заболеваний и наружного генитального эндометриоза, отмечена отчетливая тенденция к увеличению случаев внематочной беременности – более чем в 2 раза по сравнению с данными исследований 70-х годов, нередко с атипичным клиническим течением (Гаспаров А.С., Косаченко А.Ж., 2005).

Среди срочных гинекологических операций оперативные вмешательства по поводу ВБ занимают одно из первых мест и составляют около 50 % (Манухин И.Б., 2002; Яковлева Н.В., 2009).

В современном мировом здравоохранении существует «золотой стандарт» диагностики ВБ: приоритетное значение имеет исследование сыворотки крови на наличие  $\beta$ -ХГЧ в сочетании с трансвагинальной эхографией ТВ для локации трофобласта – в матке или вне её. Но, несмотря на достижения последних лет, в диагностике ВБ, сохраняется высокая частота разрывов маточной трубы и внутрибрюшных кровотечений. В этих

условиях приходится выполнять радикальные операции (удаление маточной трубы), требуется длительная и дорогостоящая реабилитация. В последующем перенесенные осложнения ВБ оказывают отрицательное влияние на репродуктивную функцию женщин и их качество жизни.

Как несомненной, так и дискутабельной в настоящее время представляется информативная ценность лапароскопии. Лапароскопический доступ сокращает время дифференциальной диагностики, позволяет визуально оценить степень «катастрофы» в брюшной полости и выбрать адекватный метод лечения (Штыров С.В., 2005). Но это становится возможным не ранее определенного срока ВБ, прежде всего трубной локализации: до 2,5-3 недель прогрессирующая трубная беременность не деформирует маточную трубу, что резко увеличивает частоту ложно-отрицательных результатов. Иное дело – эндовидеохирургия как метод оперативного лечения ВБ с оптимальным положительным эффектом: меньше спайкообразования, больше возможностей выполнения органосохраняющих операций (Духин А.О., 2005; Ангабадзе И.В., 2008).

Несмотря на это, лапароскопическая хирургия так и не стала приоритетной при оказании экстренной медицинской помощи больным с ВБ, только 10% хирургических вмешательств в стране по поводу данной патологии выполняются эндоскопическим доступом.

На сегодняшний день малоизученными остаются следующие вопросы:

- медико-организационные мероприятия по ранней диагностике прогрессирующей ВБ на догоспитальном этапе;
- временные параметры и диагностические критерии лапароскопии при прогрессирующей внематочной беременности.
- состояние репродуктивной функции и качество жизни женщин, перенесших ВБ.

**Цель исследования:** оптимизация тактики, диагностики, лечения и реабилитации больных с внематочной беременностью на основе

использования современных лечебно-диагностических и организационных медицинских технологий.

**Задачи исследования:**

1. Выявить распространенность основных клинических форм ВБ.
2. Выявить особенности репродуктивного здоровья, характера экстрагенитальных и гинекологических заболеваний женщин с ВБ для определения ведущих клинических и патогенетических факторов риска развития заболевания.
3. Провести сравнительную оценку информативности стандартных лабораторных и инструментальных методов исследования в различные сроки беременности с целью доклинической диагностики ВБ.
4. Оценить возможности амбулаторного и стационарного обследования больных с ВБ, значимость дифференциально-диагностических критериев заболевания в выборе хирургической тактики и реабилитации репродуктивной системы.
5. Определить особенности ведения больных с осложненными формами ВБ на догоспитальном этапе (сроки, объем обследования, диагностические ошибки).
6. Изучить особенности послеоперационного периода, репродуктивной функции, качества жизни больных с ВБ в зависимости от длительности догоспитального и предоперационного обследования, оперативного доступа, объема хирургического лечения.
7. Оценить экономическую эффективность предложенных медико-организационных мероприятий по ведению пациенток с ВБ.

**Научная новизна исследования**

В результате исследования расширено представление о патогенезе, диагностике и лечении ВБ, сформулировано научно обоснованное заключение о возможностях и путях сохранения репродуктивной функции, повышения качества жизни больных с внематочной беременностью.

Анализ клинико-анамнестических данных позволил выявить факторы риска развития внематочной беременности. Определена значимость дифференциально-диагностических критериев внематочной беременности в различные сроки гестации в зависимости от клинического течения заболевания.

Разработана и внедрена научно обоснованная программа лечебно-диагностических мероприятий у больных с внематочной беременностью с учетом патогенеза заболевания. Применение современных медико-организационных технологий при оказании помощи больным с внематочной беременностью обеспечило условия для проведения органосохраняющих операций, и направлено на профилактику послеоперационных осложнений, реабилитацию репродуктивного здоровья, увеличение частоты наступления желанной беременности.

#### **Практическая значимость**

На основании проведенного исследования представлены особенности клинического течения внематочной беременности в современных условиях, выявлены приоритетные направления в диагностике и лечении больных с внематочной беременностью. Определены четкие критерии госпитализации, установлены регламентированные сроки обследования больных с ВБ на догоспитальном этапе.

Показана диагностическая значимость определения концентрации  $\beta$ -ХГЧ в сыворотке крови, ТВУЗИ и лапароскопии в зависимости от срока ВБ. Установлен оптимальный срок проведения лапароскопии при прогрессирующей беременности.

Определены показания к выполнению органосохраняющих операций при трубном аборте и разрыве трубы в зависимости от локализации плодного яйца, срока беременности и наличия сопутствующей гинекологической патологии.

Проведен сравнительный анализ отдаленных результатов лечения больных с внематочной беременностью (частота наступления маточной

беременности, качество жизни) в зависимости от клинического течения, оперативного доступа, объема хирургического лечения.

Своевременная диагностика, эндоскопические органосохраняющие операции и дифференцированный подход к реабилитационным мероприятиям улучшили показатели качества жизни пациенток после оперативного вмешательства по поводу внематочной беременности, направленные на сохранение и восстановление репродуктивного здоровья женщин реабилитационные мероприятия позволили увеличить частоту наступления и вынашивания последующих желанных беременностей.

Внедрение разработанной программы диагностики и лечения больных с ВБ оказало положительное влияние как на качество жизни женщин в целом, так и на восстановление репродуктивного здоровья, в частности, увеличило частоту наступления маточной беременности в 1,7 раза.

**Положения, выносимые на защиту:**

1. В основе патогенеза внематочной беременности лежат возникающие на фоне отягощенного соматического и акушерско-гинекологического анамнеза нарушения репродуктивного здоровья (оперативные вмешательства на органах брюшной полости; воспалительные заболевания внутренних гениталий; генитальный эндометриоз).

2. Применение современных медико-организационных технологий в диагностике и лечении больных с ВБ, а именно: своевременно проведенное на амбулаторном этапе полноценное обследование, выполнение органосохраняющего лапароскопического вмешательства уменьшает длительность госпитального предоперационного обследования и пребывания в стационаре, существенно снижает количество осложненных форм заболевания, повышает частоту последующих желанных беременностей.

3. Оптимизация работы амбулаторного звена, его оснащенность современным медицинским оборудованием позволяет снизить сроки догоспитального обследования в 3,5 раза, частоту диагностических ошибок –

в 4 раза; поступление пациенток с осложненными формами ВБ в стационар – в 2,3 раза.

4. Современная концепция оказания помощи больным с ВБ предполагает раннюю диагностику, исключающую вероятность развития осложненных форм заболевания; выполнение в условиях стационара эндоскопических органосохраняющих операций, направленных на сохранение репродуктивной функции и улучшение качества жизни женщин.

5. Реабилитация репродуктивного здоровья, основанная на выявлении и лечении сопутствующих ВБ гинекологических заболеваний и состояний (миома матки-7,8%, аденоамиоз-14,6%, хронический эндометрит-29,8%, хронический аднексит-71,9%, дисбиозы влагалища-30,6%, НЛФ-22,3%, ПМС-27,4%) позволяет восстановить fertильность и добиться наступления беременности у 32,7% женщин с сохраненными маточными трубами, её донашивания и родоразрешения у 21,2%.

#### **Апробация диссертационного материала**

Материалы диссертации доложены и обсуждены на VII Российском форуме «Мать и дитя» (Москва, 2005), на XVI Международной конференции РАРЧ «Вспомогательные репродуктивные технологии сегодня и завтра» (2006), на IV Международном конгрессе «Актуальные вопросы вспомогательных репродуктивных технологий – проблемы и решения» (2007), на Международном конгрессе «Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний» (Москва, 2007), на Втором Международном конгрессе по репродуктивной медицине «Репродуктивное здоровье семьи» (Москва, 2008), на IV Международном конгрессе по репродуктивной медицине (Москва, 2010)

Обсуждение диссертации состоялось на расширенной межклинической конференции и совместном заседании кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины ФПК МР РУДН, кафедры акушерства, гинекологии с курсом перинатологии медицинского факультета РУДН (2009).

## **Внедрение результатов исследования в практику**

Разработанная программа используется в повседневной работе акушерами-гинекологами в отделениях реконструктивно-пластической и экстренной гинекологии городских клинических больниц № 79, 64 г. Москвы, в гинекологическом отделении ФГУ «РНИИАП Росмедтехнологий» гинекологическом отделении НУЗ ДКБ ОАО РЖД на станции Ростов-Главный ОАО «РЖД». Результаты работы используются при чтении лекций, на семинарах и практических занятиях с курсантами ФПК МР РУДН из разных регионов России и стран ближнего и дальнего зарубежья, тематических семинарах для врачей ЮФО. По материалам диссертации опубликована 21 научная работа, в том числе 9 – в изданиях, рекомендованных ВАК РФ.

## **Объём и структура диссертации**

Работа изложена на 227 страницах машинописного текста, состоит из введения, обзора литературы, описания материалов и методов исследования, результатов собственных исследований, обсуждения полученных результатов, выводов, практических рекомендаций и указателя литературы. Указатель литературы содержит 405 источников, из них 90 отечественных и 315 иностранных источников. Работа иллюстрирована 68 таблицами, 11 рисунками.

## **СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

### **Материалы и методы исследования**

Работа основана на изучении результатов проспективного и ретроспективного исследования. Ретроспективный анализ историй болезни проведен по данным Городской клинической больницы №79 г. Москвы в период 1994-2000 гг. Ретроспективное исследование включало обследование и лечение 330 больных с внематочной беременностью традиционными методами (I группа). Проспективный анализ включал обследование и лечение 350 женщин с внематочной беременностью (II группа) с применением

современных медико-организационных технологий на клинической базе кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины ФПК МР РУДН в гинекологическом отделении городской клинической больницы №79 г. Москвы в 2001 – 2008 гг.

Изучены вопросы, касающиеся соматического, гинекологического, репродуктивного и контрацептивного анамнеза женщин.

Методы исследования: общеклинические, лабораторные, эхографические, морфологические, эндоскопические, статистические.

Количественное определение уровня  $\beta$ -ХГЧ в плазме крови осуществляли методом иммуноферментного анализа с использованием набора «бета-ХГч ИФА <ДИАплюс>» (Россия) на приборах «Roche» EIA концерна «Ф.Хоффман-Ла Рош и Компания» (Франция). Набор стандартизирован с помощью «1-го международного эталонного препарата ХГЧ для иммунологических исследований», одобренного ВОЗ.

В ходе уточнения диагноза у всех пациенток проводили эхографическое исследование органов малого таза. УЗ-исследование осуществляли на аппаратах «Aloka SSO-3500» (Япония) с использованием трансабдоминального датчика (3,5 МГц) при наполненном мочевом пузыре, и с использованием трансвагинального датчика (6 МГц).

Хирургические вмешательства проводились с применением общего обезболивания (эндотрахеальный наркоз). Лапароскопические операции были выполнены с помощью комплекса аппаратуры фирм «Karl Stors» (Германия) и «Olympus» (Япония).

Морфологические методы. Гистологическому исследованию подвергался операционный материал как после органосохраняющей, так и после радикальной операции. Удаленные ткани фиксировали в 10% нейтральном растворе формалина, заливали в парафин, срезы окрашивали гематоксилином-эозином по стандартной методике. При осмотре гистологических препаратов устанавливали наличие ворсин хориона,

характер изменений в маточной трубе и степень выраженности воспалительного процесса, деструктивных изменений.

Математическую обработку результатов проводили с использованием статистической компьютерной программы SPSS for Windows (версия 11.5.1). Достоверность различий оценивалась на основе непараметрических критериев Уилкоксона-Манна-Уитни для несвязанных совокупностей и методом вариационной статистики с использованием Т-критерия для парных независимых выборок. Различия между группами считались достоверными при значении  $p<0.05$ .

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Возраст обследованных пациенток варьировал от 18 до 43 лет. Анализ параметров обследования выявил отсутствие достоверных различий среднего возраста пациенток в исследуемых группах. Большинство женщин обеих групп были представлены в возрастном интервале от 26 до 30 лет (более 60 %). Абсолютное большинство пациенток как I, так и II группы отмечено нами в возрасте 18-35 лет (84,9 % и 85,2 %, соответственно), то есть в активном репродуктивном возрасте.

Первой характерной особенностью пациенток обеих групп явилось течение основного заболевания на фоне относительно низкого индекса здоровья (в среднем 1,71); при этом индекс здоровья женщин II группы, перенесших ВБ в начальные годы XXI века, оказался ниже аналогичного показателя у их сверстниц конца прошлого столетия ( $p>0,05$ ). Так, анализ инфекционного индекса, рассчитанного на основании частоты перенесенных инфекций, показал, что он превысил таковой в I группе (2,8) и составил в среднем по II группе  $3,56\pm0,3$ . На 1 пациентку в ретроспективной группе приходилось приблизительно 1,3 детских инфекционных заболевания, а в проспективной – 1,7 ( $p>0,05$ ).

Из экстрагенитальных заболеваний в обеих группах преобладали болезни желудочно-кишечного тракта (гастрит, холецистит, панкреатит) и заболевания мочевыделительной системы (пиелонефрит, мочекаменная

болезнь). Однако, во II группе чаще, хотя и без достоверных различий ( $p>0,05$ ), встречались заболевания органов дыхания, сердечно-сосудистой и нервной систем, эндокринопатии.

В целом, для пациенток проспективной группы было характерным снижение индекса здоровья, отражавшего увеличение числа перенесенных соматических заболеваний в 1,22 раза.

Практически у каждой десятой больной в анамнезе отмечалась тонзиллэктомия, у каждой пятнадцатой – аппендэктомия. Несколько реже отмечались такие оперативные вмешательства как холецистэктомия, герниопластика и т.д. По совокупности перенесенных оперативных вмешательств нами отмечалось их превалирование у обследованных из группы проспективного наблюдения ( $p>0,05$ ).

Средний возраст менархе в обеих группах составил около 13,6 лет и в большинстве случаев колебался в диапазоне от 12 до 14 лет (62% обследованных). Несмотря на отсутствие достоверных различий ( $p>0,05$ ), позднее менархе чаще отмечалось у пациенток II группы.

Средняя продолжительность менструального кровотечения во II группе была короче ( $p>0,05$ ) по сравнению с таковыми показателями у пациенток первой группы: общее количество женщин с длительностью менструального кровотечения более 5 дней было в 2,2 раза меньше, чем пациенток с продолжительностью менструации от 3 до 5 дней.

Средняя продолжительность менструального цикла в I группе оказалась больше ( $p>0,05$ ), чем во II. Практически половину обследованных из обеих групп составляли пациентки с продолжительностью менструального цикла от 26 до 30 дней.

Показатели среднего возраста начала половой жизни у обследованных женщин обеих групп достоверно не отличались ( $p>0,05$ ) и колебались от 19,3 до 20,2 лет. Характеризуя особенности половой жизни, необходимо подчеркнуть, что большинство пациенток указало на её начало в промежутке 18 – 21 год, в то же время более зрелый возраст и меньшее число половых

партнеров являлись характерной особенностью анамнеза пациенток I группы ( $p>0,05$ ).

Изучение способов контрацепции женщин показало, что больше половины женщин обеих групп не предохранялись от беременности.

Интересно отметить, что наиболее распространенным способом предохранения от нежелательной беременности являлась внутриматочная контрацепция, которая использовалась в среднем каждой пятой пациенткой. Обращает на себя внимание увеличение распространенности данного метода контрацепции среди обследованных II группы ( $p>0,05$ ) по сравнению с ретроспективной группой.

С одинаковой частотой в обеих группах (в среднем – около 10 %) с целью предотвращения наступления беременности, использовали презерватив и прерванный половой акт, что объясняло низкую эффективность проводившихся мероприятий по уменьшению числа нежелательных беременностей. Реже всего приходилось констатировать применение комбинированных оральных контрацептивов, особенно на фоне отмечавшегося снижения использования препаратов гормональной контрацепции во II группе ( $p>0,05$ ).

При изучении особенностей репродуктивной функции до наступления ВБ у данного контингента женщин отмечено, что среднее число беременностей не превышало двух. Около трети обследованных отмечало две беременности в анамнезе; во II группе практически на 30% снизилось число пациенток с тремя и более беременностями, в то время как количество пациенток, не отмечавших беременность вообще, незначительно выросло ( $p>0,05$ ).

Среднее число родов не превышало 1,0 на пациентку. Интересно, что наступление ВБ на фоне 3 и более родов в анамнезе отмечалось у пациенток I группы в 1,4 раза чаще, чем во II ( $p<0,05$ ).

Количество женщин с одним, двумя медицинскими абортами в анамнезе по группам достоверно не различалось ( $p>0,05$ ), тем не менее,

тенденция к увеличению с возрастом числа абортов в I группе прослеживалась достаточно четко, тогда как аналогичное соотношение у пациенток II группы оставалось без изменений. В целом, среднее число медицинских абортов и самопроизвольных выкидышей ( $1,3 \pm 0,1$ ) практически в два раза превышало среднее число родов у обследованных ( $0,7 \pm 0,1$ ).

Анализ исходов предыдущих беременностей у женщин обеих групп показал, что практически с равной степенью вероятности наступлению ВБ предшествовали как срочные роды, так и медицинские аборты. Однако, особенностью обследованных из проспективной группы явилось увеличение частоты наступления ВБ на фоне отсутствия показателей репродуктивного анамнеза ( $p < 0,05$ ).

В целом, почти для каждой десятой пациентки характерным оказалось отсутствие предшествовавшей беременности, поэтому данная ВБ оказалась первой в анамнезе.

Достаточно редко (чуть более 2% обследованных) отмечалось наступление данной ВБ на фоне предыдущей ВБ с аналогичной (во всех случаях трубной) локализацией. Характерно, что во II группе данный показатель встречался в 1,25 раза чаще ( $p > 0,05$ ).

Наступление ВБ на фоне использования различных методов контрацепции (барьерный, внутриматочный, гормональный и т.д.) происходило с равной частотой, как в ретроспективной, так и в проспективной группе (47,3% и 45,8% соответственно).

Общее количество беременностей у пациенток обеих групп, выявленное при анализе репродуктивной функции, составило 1232 (629 и 603 соответственно по группам). Таким образом, на пациентку ретроспективной группы приходилось 1,9 беременностей, а аналогичный показатель в группе проспективного наблюдения оказался равным 1,7.

Определение числа гинекологических заболеваний на одну пациентку характеризовалось превалированием их во II группе на фоне отсутствия статистических различий в обследованных группах ( $p > 0,05$ ). При этом,

общее число заболеваний (в среднем 2,0) характеризовало обследованных как женщин с низким уровнем гинекологического здоровья.

Проведенный детальный анализ выявил, что из гинекологических заболеваний у представленного контингента наиболее часто отмечались воспалительные заболевания придатков и матки (у двух из трех пациенток) и эндометриоз (каждая третья женщина). Но если незначительные различия по группам в случае с аднекситами не отличались значимой достоверностью ( $p>0,05$ ), то данные по эндометриозу и хроническому эндометриту обозначили более выраженную распространенность этих нозологических форм среди пациенток II группы ( $p<0,05$ ). У них отмечена прямая корреляционная зависимость количества воспалительных заболеваний гениталий от количества медицинских абортов ( $r=0,62$ ).

Заболевания шейки матки у обследованных обеих групп отмечались с равной частотой, а у каждой десятой женщины диагностировались опухолевидные образования яичников (достоверного различия по группам не выявлено,  $p>0,05$ ).

Также обращает на себя внимание достаточно высокая частота диагностированных форм бесплодия. При этом, на фоне относительной идентичности показателей, характеризовавших распространенность вторичного бесплодия среди обследованных обеих групп, во II группе отмечалось увеличение числа пациенток, страдавших первичной формой данной патологии ( $p>0,05$ ). Длительность бесплодия варьировала от 1 года до 15 лет. Наиболее часто в обеих группах выявлялась продолжительность бесплодия от 1 года до 5 лет, в два раза реже – от 6 до 15 лет. В среднем по поводу бесплодия пациентки ретроспективной группы наблюдались и лечились в течение  $5,9\pm0,4$  года, а проспективной –  $4,2\pm0,4$  года.

Внематочная беременность в анамнезе встречалась практически у каждой пятой пациентки в каждой группе, причем в подавляющем большинстве случаев её наступление отмечалось в спонтанном цикле (более 90% обследованных). В то же время, у пациентки II группы ВБ достоверно

чаще наступала после мероприятий, направленных на коррекцию диагностированного бесплодия: стимуляции овуляции, процедур ЭКО и ПЭ, ИСМ/ИСД ( $p<0,05$ ).

Диагноз «гиперплазия эндометрия» был отмечен реже всего из гинекологических заболеваний: только у 4,1% (3,0% - в I и 5,1% - во II группе) обследованных.

В обеих группах операции по поводу ВБ были наиболее распространены в структуре всех перенесенных хирургических вмешательств, обусловленных гинекологической патологией ( $p>0,05$ ). Интересно отметить, что в I группе при перенесенных внематочных беременностях реконструктивно-пластические операции на маточных трубах проводились в 4 раза реже, чем удаление маточной трубы. Главным клиническим отличием, таким образом, следует считать возможность достоверного увеличения возможностей эндовидеохирургического лечения ВБ в учреждениях, оснащенных медицинской аппаратурой при наличии круглосуточно дежурящего специалиста.

Диагностические лапароскопии, отмеченные в анамнезе, были обусловлены необходимостью дифференциальной диагностики между внематочной беременностью и острым воспалительным процессом, апоплексией яичника. Их количество, несмотря на некоторое преобладание в проспективной группе, достоверно не отличалось ( $p<0,05$ ) – в 3,0% и 3,4% случаев соответственно.

Проведенный анализ распространенности использовавшегося способа лечения доброкачественных болезней шейки матки выявил достоверные увеличения частоты применения радиоволнового метода в группе пациенток проспективного наблюдения ( $p<0,05$ ).

Учитывая высокие показатели частоты воспалительных заболеваний придатков матки, нами проанализированы выявлявшиеся в анамнезе инфекции, передаваемые половым путем (ИППП). Наиболее часто среди пациенток I и II групп выявлялась хламидийная (13,1%) и герпетическая

(22,4%) инфекции. Отсутствие ИППП выявлялось в 43,6% и 39,2% случаев соответственно ( $p>0,05$ ).

Проведенное исследование позволило подтвердить сопоставимость исследуемых групп по основным анализируемым клиническим параметрам, а также выявить некоторые особенности заболевания у обследованных контингентов больных. К общим закономерностям наступления ВБ относится возрастной диапазон – от 26 до 35 лет, а также практически в половине случаев наступление ВБ на фоне использования различных методов контрацепции (барьерный, внутриматочный, прерванный половой акт). Для каждой десятой данная беременность оказалась первой, а у каждой второй из пяти обследовавшихся в анамнезе не отмечались роды.

В то же время, обнаружена тенденция к ухудшению показателей репродуктивного здоровья обследованных женщин за последние 10 лет. Необходимо подчеркнуть, что на фоне отсутствия достоверных различий ( $p>0,05$ ), для женщин II группы было характерно снижение индекса здоровья в 1,22 раза, более раннее начало половой жизни и увеличение числа половых партнеров, уменьшение частоты применения комбинированных оральных контрацептивов за счет возрастания роли внутриматочных контрацептивов, снижение показателей репродуктивной активности наряду с ростом диагностируемых гинекологических заболеваний (эндометриоз, хронический эндометрит, первичное бесплодие).

На основании изучения клинико-анамнестических характеристик пациенток установлено, что факторами риска наступления ВБ следует считать: нарушенный менструальный цикл, перенесенные инфекции, передаваемые половым путем, оперативные вмешательства, а также гинекологические заболевания – воспалительные заболевания матки и придатков, доброкачественные болезни шейки матки, генитальный эндометриоз.

Анализ данных, отображавших место первичного обращения пациенток с ВБ, показал, что, несмотря на отсутствие достоверных различий

( $p>0,05$ ), во II группе отмечалось увеличение числа пациенток, первично обращавшихся в женскую консультацию, одновременно с уменьшением количества женщин, местом обращения избравших клиническую больницу.

Основной жалобой обследованных на этапе первичного обращения явилась задержка менструации (практически 95% женщин).

Установлено, что при первичном обращении женщин обеих групп сроки задержки менструации были различны, достоверных отличий по группам при этом выявлено не было. Задержку менструации до 13 дней отмечало большинство пациенток ( $p>0,05$ ). Обращает на себя внимание тот факт, что в обеих группах количество пациенток, обратившихся с задержкой до 2 недель, в 3,7 раза превышало число женщин, отмечавших более чем двухнедельную задержку менструации.

Помимо задержки менструации при первичном обращении пациентки, основными жалобами являлись боли различной интенсивности и кровянистые выделения из половых путей.

Количество пациенток, предъявлявших жалобы при первичном обращении на резкие, схваткообразные различной интенсивности боли с иррадиацией в прямую кишку, было практически одинаковым (в среднем 6,2%), с некоторым превалированием их числа в ретроспективной группе ( $p>0,05$ ).

Жалобы на кровянистые выделения различной интенсивности регистрировались обследованными в 5 раз реже, чем задержка менструации, без достоверных различий по группам ( $p>0,05$ ).

Данные гинекологического исследования, проведенного при первичном обращении в лечебное учреждение женщинам обеих групп, отличались разнообразием и частотой.

Вероятные признаки беременности (цианоз слизистой влагалища и шейки матки, размягчение матки и ее некоторое увеличение) отмечались при осмотре у девяти из десяти пациенток, а увеличенные придатки с одной стороны – у каждой пятой пациентки без различий по группам ( $p>0,05$ ).

Резкая болезненность шейки матки при ее смещении, сглаженность и болезненность заднего, бокового сводов влагалища, кровянистые выделения из цервикального канала), диагностировались только у 6,2 % всех женщин в обеих группах.

Анализ объема проведенных исследований в обследованных группах показал достоверные различия применения «золотого стандарта» диагностики ВБ (экстренное определение концентрации  $\beta$ -ХГЧ в сыворотке крови и трансвагинальное эхографическое исследование органов малого таза) при первичном обращении в женскую консультацию. Так, если в I группе полноценный объем необходимого обследования был произведен только у 40,3% пациенток, то во II группе вышеуказанные стандартные диагностические исследования, выполненные у 81,7% женщин (286 случаев обращения в женскую консультацию), позволили 97,6% из них направить в стационар с диагнозом «подозрение на прогрессирующую внemаточную беременность» ( $p<0,05$ ).

Временной интервал с момента поступления в стационар до хирургического вмешательства, несмотря на большое количество пациенток ретроспективной группы, характеризовался незначительным удлинением в группе ретроспективного наблюдения и в среднем был равен  $1,3\pm0,3$  суток в I группе и  $0,8\pm0,2$  – во II ( $p>0,05$ ). Выявление жалоб на выраженные боли внизу живота, кровянистые выделения из половых путей, сопровождавшиеся резкой болезненностью при смещении шейки матки на фоне задержки менструации, определяло необходимость тщательного лабораторно-инструментального обследования с целью подтверждения (исключения) диагноза внemаточной беременности.

Характерной особенностью обследованных пациенток явились достоверные различия, выявленные между исследуемыми группами: у больных с ВБ длительность заболевания с момента появления болевых симптомов или кровянистых выделений из половых путей до момента

госпитализации в среднем составила в I группе  $8,3 \pm 0,6$  дня, а во II группе –  $1,6 \pm 0,5$  дня ( $p < 0,05$ ).

Большая длительность догоспитального периода у больных ретроспективной группы была обусловлена неполным объемом догоспитального обследования и, как следствие, постановкой неверного диагноза.

Так, сравнение диагнозов, установленных на этапе догоспитального обследования, с интраоперационной их верификацией показало, что частота диагностических ошибок в группе проспективного исследования оказалась в 4 раза ниже ( $p < 0,05$ ), чем в группе ретроспективного исследования (5,1 % и 20,3 % соответственно).

В качестве ошибочных диагнозов в обеих группах фигурировали: обострение хронического сальпингофорита с нарушением менструальной функции, дисфункция яичников, самопроизвольный аборт.

В структуре ошибочно выставляемых диагнозов отмечались характерные особенности. Так, в I группе из 66 женщин с ошибочным диагнозом чаще диагностировалось «обострение хронического сальпингофорита с нарушением менструальной функции» у 33 (10 %), «дисфункция яичников» – у 15 (4,5 %) и «самопроизвольный аборт» – у 18 (5,5 %). Во II группе ошибочный диагноз направившего учреждения выставлялся 18 пациенткам, из них 12 (3,4 %) – «самопроизвольный аборт», 4 (1,1%) – «обострение хронического сальпингофорита с нарушением менструальной функции» и 2 (0,6 %) женщинам – «дисфункция яичников».

Таким образом, в ретроспективной группе проведение дифференциальной диагностики сводилось в основном к сопоставлению возможной ВБ и обострения воспалительного процесса в придатках матки, что было обусловлено несоблюдением полноценного стандартного обследования с использованием ТВУЗИ и лабораторных критериев, подтверждающих наличие беременности.

В отличие от этого, при установлении диагноза пациенткам проспективной группы более характерными оказались трудности в выборе

между внематочной беременностью и прервавшейся маточной беременностью, что объяснялось как ранним проведением ТВУЗИ (отсутствие ультразвуковых признаков трофобласта как в полости матки, так и вне её), так и неинформативными показателями  $\beta$ -ХГЧ.

Минимальное время, прошедшее с момента консультации до операции, отмечалось у 6,2 % обследованных с выраженным симптомами «острого живота» (7,0% – в I и 5,4% – во II группах).

Проведенный анализ частоты использования традиционных каналов госпитализации в гинекологический стационар выявил интересную закономерность: более чем в половине случаев направление выдавалось врачом женской консультации или медицинского центра, при этом среди пациенток II группы этот канал госпитализации встречался практически в 1,3 раза чаще ( $p>0,05$ ), а главное – как это было указано ранее – в 4 раза чаще достоверно определял интраоперационный диагноз.

Канал «скорой помощи» был задействован в силу необходимости экстренной госпитализации только в каждом пятом случае (20,6%), с большей частотой был характерен для пациенток I группы ( $p>0,05$ ). В то же время поступление в отделение гинекологии самотеком, отмечавшееся практически в каждом десятом случае (9,4%), достоверно реже ( $p<0,05$ ) выявлялось в группе проспективного наблюдения (15,2% и 4,0% соответственно).

Результатом совместной работы врачей амбулаторного звена и хирургической клиники явилась возможность госпитализации в стационар 77,2 % женщин с прогрессирующей, ненарушенной трубной беременностью.

Этот факт доказывает целесообразность разработки и внедрения программ, позволяющих проводить раннюю диагностику внематочной беременности, госпитализацию в стационар соответствующего уровня для дифференциального выбора оптимального доступа и объема хирургического лечения.

На госпитальном этапе максимально проявились различия в стратегии амбулаторного обследования. В ретроспективной группе жалобы пациенток, поступивших в стационар, отличались от таковых при первичном обращении к врачу: у них чаще отмечались жалобы, характеризовавшие клинику прервавшейся внематочной беременности (боли внизу живота различной интенсивности, в том числе с иррадиацией в прямую кишку, кровянистые выделения из половых путей).

Пациентки II группы, наоборот, характеризовались практически полной идентичностью жалоб при первичном обращении и поступлении в стационар.

Типичные жалобы, отмечавшиеся обследованными женщинами при поступлении в стационар, отличались отсутствием достоверных различий по группам ( $p>0,05$ ) и были представлены: задержкой менструации (94,7% – в I, 96,2% – во II группе), кровянистыми выделениями из половых путей (36,1% и 21,1%), схваткообразными болями внизу живота различной интенсивности (19,4% и 12,3% соответственно).

Одновременно с этим необходимо отметить, что достоверные различия ( $p<0,05$ ), выявленные при сопоставлении предъявлявшихся пациентками обеих групп жалоб: на резкую болезненность внизу живота с иррадиацией в прямую кишку (чаще в I группе – 61,8% и 9,1% соответственно), а также на периодически возникающие тянувшего характера боли внизу живота, либо отсутствие болезненности (чаще во II группе – 23,9% и 78,9%).

Данные гинекологического исследования в обеих группах отличались разнообразием и частотой. В подавляющем большинстве случаев (более 95% в обеих группах) отмечался цианоз слизистой влагалища и шейки матки; болезненность в области придатков матки при пальпации в 1,5 раза чаще выявлялась среди пациенток I группы ( $p>0,05$ ). Такие симптомы, как резкая болезненность шейки матки при ее смещении (21,2% – в I группе, 7,3% – во II), сглаженность и болезненность заднего и бокового сводов влагалища

(18,4% и 6,6% соответственно) также были более характерными для ретроспективной группы ( $p<0,05$ ).

В обеих группах более половины пациенток были прооперированы в течение ближайших 2-х часов после поступления. Но если для пациенток I группы (66,4%) данная необходимость была обусловлена клиникой «острого живота», вызванной внутрибрюшным кровотечением, то для женщин II группы (57,4%) экстренное лапароскопическое вмешательство проводилось после подтверждения диагноза путем проведения эхографического исследования влагалищным доступом.

В случае отсутствия клиники «острого живота» причиной длительного предоперационного периода у 30 (9,1%) больных I группы был неправильно выставленный первоначальный диагноз. Ошибочно были диагностированы: «обострение хронического сальпингоофорита» – у 15 (4,5 %) женщин, «дисфункция яичников» – у 10 (3,1 %) женщин, «угроза самопроизвольного выкидыша» – у 5 (1,5 %) женщин. Этим пациенткам назначалась консервативная противовоспалительная и симптоматическая терапия, проводилось обследование до получения данных за ВБ.

В группе проспективного исследования частота диагностических ошибок составила всего 0,9 % ( $p<0,05$  по сравнению с ретроспективной группой). Ошибочный диагноз «апоплексия яичника» был выставлен 3 (0,9%) женщинам, поступившим с признаками внутрибрюшного кровотечения. Пациентки были прооперированы эндоскопическим доступом в течение 1-го часа с момента поступления в стационар. Интраоперационно подтвержден гемоперитонеум и была диагностирована прервавшаяся по типу разрыва трубы ВБ.

Отсутствие четких критериев ВБ по данным лабораторно-инструментальных методов обследования обусловило отсроченное оперативное лечение в I группе в 27 (8,2%), а во II группе – в 77 (22,0 %) случаях (пациентки с прогрессирующей трубной беременностью малого срока). Проведенное в стационаре дообследование, включавшее в себя

проведение эхографического исследования, мониторирование лабораторных маркеров беременности, позволило уточнить диагноз и провести полноценное хирургическое лечение.

Следует особо подчеркнуть, что указанные пациентки находились в удовлетворительном состоянии при отсутствии признаков внутрибрюшного кровотечения, а средняя продолжительность периода дооперационного наблюдения в стационарных условиях варьировала в обеих группах от 2 до 6 суток и составила в среднем  $4,1 \pm 0,3$  суток.

Особое место в подтверждении клинического диагноза отводилось диагностической лапароскопии. Показанием к использованию данного метода диагностики в I группе (10,3% всех случаев) служила необходимость проведения экстренной дифференциальной диагностики между ВБ и различными гинекологическими и экстрагенитальными заболеваниями, причем в случае верификации ВБ хирургическое лечение осуществлялось лапаротомным доступом. Во II группе преимуществом проведения диагностического эндоскопического вмешательства (в том числе и планового) являлась возможность одномоментного хирургического лечения выявленной патологии (13,4%). Необходимо особо отметить, что в 17 случаях (5,2%) у пациенток ретроспективной и в 4 (1,1%) – проспективной группы проведение данной процедуры не способствовало уточнению клинической ситуации, а, наоборот, по сути только затрудняло постановку правильного диагноза. Таким образом, неинформативность данных, полученных после диагностической лапароскопии, отмечалась у обследованных I группы почти в 5 раз чаще, чем у пациенток II ( $p < 0,05$ ).

В целом опасность включения лапароскопии в алгоритм диагностики ранних сроков ВБ стала очевидной после анализа «стертых» диагнозов эктопической беременности и развившихся впоследствии внутрибрюшных кровотечений после разрыва трубы. Вероятно, отсутствие структурных изменений трубы с наличием в ней беременности, не нарушающей в силу малых размеров плодного яйца (до 5-7 мм) анатомических особенностей,

может послужить источником ложноотрицательных результатов диагностики ненарушенной трубной беременности в ранние (до 3 недель) сроки.

Как более выраженная длительность предоперационного обследования, так и большая частота диагностических ошибок у женщин ретроспективной группы объяснялись недостаточной обеспеченностью лечебно-профилактических учреждений современным оборудованием, неудовлетворительным взаимодействием между учреждениями догоспитальной помощи и стационаром, отсутствием современных диагностических возможностей при оказании помощи больным с ВБ.

Указанные причины оказали негативное влияние на состояние больных. Чаще происходило нарушение целостности маточной трубы, отмечалось увеличение объема кровопотери, ухудшение гемодинамических показателей.

Значительное сокращение времени обследования и повышение качества оказываемой медицинской помощи произошло за счет организованного взаимодействия учреждений догоспитальной помощи и стационара, наличия круглосуточной эндоскопической службы и УЗИ-мониторинга.

В отличие от представленной ранее картины, в группе проспективного исследования принципиально иной представлялась диагностика заболевания и методы его лечения.

Результаты проведенных исследований показали, что среди современных методов диагностики внематочной беременности наиболее информативны определение  $\beta$ -ХГЧ в сыворотке крови, ТВУЗИ и лапароскопия. Вместе с тем изолированное применение только одного из приведенных методов обследования редко способствовало правильной постановке диагноза. Диагностическая значимость каждого метода находилась в прямой зависимости от срока беременности.

При сроке ВБ до 3-4 недель наиболее информативен был мониторинг  $\beta$ -ХГЧ в сыворотке крови в сочетании с ТВУЗИ (98,3 %), а проведение

лапароскопии не давало высокую диагностическую ценность (65,4%). При сроке беременности более 4 недель сохранялась высокая диагностическая ценность сочетанного мониторинга  $\beta$ -ХГЧ и ТВУЗИ (99,5 %), увеличивалась значимость ТВУЗИ с 68,6% до 97,1% и лапароскопии с 65,3% до 97,4 %.

В группе проспективного исследования была проведена дооперационная диагностика (по результатам клинико-анамнестических данных, ультразвукового мониторинга и определения  $\beta$ -ХГЧ) у 350 женщин. При этом срок беременности в среднем составил  $4,3 \pm 0,2$  недели.

Таблица 1

**Информативность различных методов диагностики внематочной беременности**

Срок беременности	Методы диагностики ВБ			
	$\beta$ -ХГЧ	ТВУЗИ	$\beta$ -ХГЧ+ ТВУЗИ	Лапароскопия
До 4 недель	83,7%	68,6%	98,3%	65,3%
Более 4 недель	92,5%	97,1%	99,5%	97,4%

Сочетанное применение количественного исследования уровня  $\beta$ -ХГЧ в сыворотке крови и УЗИ (предпочтительно трансвагинального) позволяли не только выставлять диагноз, но и проводить динамический мониторинг за течением ВБ и эффективностью лечения.

Определение  $\beta$ -ХГЧ в сыворотке крови было проведено всем 350 пациенткам. Качественный анализ был положителен в 100 % случаев. Результаты исследований показали, что для постановки диагноза ВБ при наличии ультразвуковых признаков внематочной беременности достаточен был уровень  $\beta$ -ХГЧ не ниже 1500 МЕ/л.

Однократное трансвагинальное сканирование позволило диагностировать внематочную беременность у 247 (70,6 %) женщин. Остальным женщинам проводилось повторное ТВУЗИ. При постановке и уточнении диагноза ВБ руководствовались основными критериями ультразвуковой диагностики для данной патологии. При этом наиболее

информационной оказалось визуализация образования в области придатков неоднородной или повышенной эхогенности и свободной жидкости в брюшной полости – у 124 (35,4%), а также образования в области придатков неоднородной или повышенной эхогенности без свободной жидкости – у 90 (25,7%). По эктопически расположенному плодному яйцу с живым эмбрионом (с/б+) диагноз был выставлен у 78 (22,3%) пациенток, а по эктопически расположенному эмбриону (с/б–) – у 55 (15,7%). Наличие плодного яйца в канале шейки матки служило основанием для постановки диагноза шеечной беременности (3 случая - 0,9%) наряду с дополнительными ультразвуковыми признаками данной патологии: отсутствием плодного яйца в матке; гиперэхогенностью эндометрия; неоднородностью миометрия; матки в виде песочных часов, расширения канала шейки матки; плацентарной ткани в канале шейки матки; закрытого внутреннего зева.

Одним из наиболее достоверных критериев при ТВУЗИ являлась визуализация утолщенного от 11 до 25 мм эндометрия без признаков деструкции (отмечено у 311 пациентки – 88,9%). Гораздо менее информативными были: расширение полости матки за счет передне-заднего размера от 10 до 26 мм, наличия жидкостного содержимого (гематометры) и отторгнутого в различной степени гравидарного эндометрия (у 22 женщин – 6,3%), визуализация М-эха в виде гиперэхогенной полоски от 1,6 до 3,2 мм (в 17 случаях – 4,8%).

Существенные различия по локализации плодного яйца в зависимости от принадлежности к группе выявлены не были. Так, эктопическая локализация плодного яйца в ампулярном отделе обнаружена у 166 (50,3%) пациенток I группы и 194 (55,4%) – II-ой; в истмическом отделе – у 92 (27,9%) и 89 (25,4%); в фимбриальном отделе – у 47 (14,2%) и 39 (11,1%); в интерстициальном отделе – у 10 (3,0%) и 12 (3,4%) соответственно. Случаи шеечной беременности были представлены в каждой группе тремя (0,9%) примерами, а яичниковой – одним (0,3%) – в I и двумя (0,6%) – во II группах.

Интраоперационно у пациенток были выявлены следующие варианты эктопической беременности: трубная (прервавшаяся по типу наружного или внутреннего разрыва плодовместилища, прогрессирующая), яичниковая и шеечная. В зависимости от группы достоверно ( $p<0,05$ ) менялась и частота форм ВБ, что в немалой степени обусловливало возможности выбора объема оперативного вмешательства. Так, если среди пациенток I группы превалировала трубная беременность, прервавшаяся по типу разрыва маточной трубы (61,9%) или трубного аборта (20,6%), то во II группе – преобладали ( $p<0,05$ ) прогрессирующие формы ВБ (77,1%). И, наоборот, у женщин из I группы значительно реже диагностировались прогрессирующая ВБ (17,5%), а у пациенток из II – прервавшаяся ВБ (по типу разрыва маточной трубы – 13,5%, по типу трубного аборта – 9,3%).

Характеризуя интраоперационную кровопотерю, отмечавшуюся у обследованных больных, необходимо отметить, что у большинства (78,9 %) больных II группы объем кровопотери был минимальным. Наибольшая частота кровопотери в объеме 500 мл и более встречалась в I группе (42,4 %), что объяснялось высокой частотой разрыва маточной трубы (во II группе кровопотеря в объеме более 500 мл не отмечалась).

В группе ретроспективного исследования предпочтение при выборе хирургического доступа отдавалось лапаротомному вмешательству (93,0%). Напротив, у большинства (96,3%) больных II группы были выполнены эндоскопические операции: туботомия (70%), тубэктомия (13,7%), выдавливание плодного яйца (11,1%), рассечение маточного угла (2,2%), резекция яичника (0,6%). Необходимо отметить, что радикальные операции выполнялись у 14,6% женщин: тубэктомия – у 13,7%, тубэктомия с иссечением маточного угла – у 0,9%.

Таким образом, у пациенток проспективной группы органосохраняющие операции были выполнены: из 345 случаев трубной локализации ВБ – в 277 (79,1%), из 3 случаев шеечной локализации ВБ – во всех 3 случаях (на фоне применения метотрексата), 2 случая яичниковой

беременности завершились овариоэктомией. Аналогичные показатели по ретроспективной группе характеризовались достоверным отличием ( $p<0,05$ ): количество произведенных тубэктомий соответствовало 238 (73,0%) из 326 ВБ, локализованных в маточных трубах, все 3 случая шеечной беременности завершились гистерэктомией, 1 случай яичниковой беременности – овариоэктомией.

Длительность пребывания больных с внематочной беременностью в стационаре была различной в исследуемых группах. Сокращение сроков дооперационного обследования и высокая частота эндоскопических операций в группе проспективного исследования привела к снижению длительности пребывания больных в стационаре по сравнению с группой ретроспективного исследования с  $9,5\pm0,3$  суток до  $3,1\pm0,6$  суток ( $p<0,05$ ).

Проведенное гистологическое исследование маточных труб позволило определить, что их состояние зависело от срока беременности, размеров плодного яйца, наличия или отсутствия сопутствующей гинекологической патологии (эндометриоз, хронический сальпингит).

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.

При интерстициальной локализации ВБ ввиду значительного мышечного слоя, окружающего данный отдел трубы, прерывание беременности происходило позднее. Отмечалось разрушение эндосальпинкса, отек, истончение, начальная локальная пенетрация якорными ворсинами в мышечной оболочке. При сроке беременности 5-6 недель и более мышечная и серозная оболочки представлялись резко растянутыми и истонченными, наблюдались нарушения микроциркуляции (варикозное расширение вен, снижение плотности микрососудов).

Структурные изменения в маточной трубе (отек стромы, лимфатическая инфильтрация собственной пластиинки 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 была 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 (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 4 недель беременности, что и было с успехом осуществлено в 32 случаях (9,1%) при аналогичной ситуации у женщин проспективной группы. Таким образом, при трубном аборте, ампулярной или фимбриальной локализации плодного яйца диаметром не более 10 мм было возможно проведение органосохраняющей операции.

Помимо срока беременности и размера плодного яйца на степень повреждения маточной 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. 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 крайне нецелесообразно. Данное обстоятельство оказалось решающим при выполнении тубэктомии у 47 (13,4%) пациенток II группы.

При локализации плодного яйца в культе маточной трубы, а также в случае разрыва трубы в интерстициальном отделе вопрос её сохранения не дискутировался, производилась тубэктомия.

Данный объем хирургического вмешательства был абсолютно адекватным при имевших место значительных анатомических изменениях в самом тонком отделе маточной трубы: практически отсутствие эндосальпинкса, резкое истончение, отек мышечной и серозной оболочек.

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) мы считали целесообразным проводить тубэктомию. Данное оперативное вмешательство в обеих группах было произведено у 181 пациентки (26,6%) при истмической локализации плодного яйца ( $p>0,05$ ).

При локализации ВБ в ампулярном отделе у 104 (15,3%) женщин при разрыве маточной трубы проводилось её удаление; у 256 (37,6%) пациенток при прогрессирующей ВБ – органосохраняющие операции, достоверно чаще выполнявшиеся у пациенток II группы ( $p<0,05$ ).

Таким образом, степень деструкции маточной трубы при ВБ находится в прямо пропорциональной зависимости от топографии плодного яйца и гестационного срока. Определяющим фактором при решении вопроса о сохранении органа может быть оценка типа и величины разрыва, характера и степени повреждений маточной трубы.

Изучены основные показатели течения послеоперационного периода у пациенток обеих групп, включавшие в себя характеристику послеоперационного болевого синдрома, температуры, и т.д.

Длительность болевого синдрома у больных в I группе была в 3,4 раза ( $p<0,05$ ) дольше, чем во II группе ( $7,1\pm0,3$  и  $2,1\pm0,7$  суток, соответственно). Максимальная температура тела не превышала субфебрильные показатели в обеих группах, но её нормализация отмечалась в 1,5 раза ( $p>0,05$ ) быстрее во II группе ( $2,7\pm0,5$  и  $4,1\pm0,3$  суток соответственно).

Частота послеоперационных осложнений была в 4,5 раз ( $p<0,05$ ) ниже во II группе, а средние показатели продолжительности пребывания в стационаре оказались в I группе в 3 раза больше ( $p<0,05$ ).

Особого внимания заслуживали пациентки с кровопотерей 500 мл и более, относившиеся исключительно к I группе. Изучены особенности течения послеоперационного периода и лабораторные показатели у 85 больных с ВБ с объемом кровопотери 500 мл и более. Из них в послеоперационном периоде 25 больным проводилось традиционное лечение, 60 больным наряду с традиционным лечением проводились плазмаферез и плазмаферез в сочетании с ЭЛОК (эндоваскулярное лазерное облучение крови).

Проведен сравнительный анализ течения послеоперационного периода у больных в зависимости от использования дополнительных методов лечения.

Следует подчеркнуть, что ранняя диагностика и своевременное преимущественно эндоскопическое лечение больных II группы исключало возможность дополнительного использования таких дорогостоящих методов, как плазмаферез, ЭЛОК и позволяло добиться при этом адекватных результатов.

Анализ полученных данных показал, что для пациенток I группы характерным оказалось более длительное сохранение болевого синдрома в послеоперационном периоде ( $7,1\pm0,3$  суток), продолжительный фебрилитет –

нормализация температуры лишь на  $4,1\pm0,3$  сутки, высокая частота послеоперационных осложнений (31,7%), гемотрансфузий (33,3%) и, как следствие, увеличение длительности пребывания больной в стационаре ( $9,5\pm0,3$  суток).

Результаты исследования состояния больных II группы показали, что в послеоперационном периоде купирование болевого синдрома происходило в среднем на  $2,1\pm0,2$  сутки, нормализация температуры тела на  $2,9\pm0,3$  сутки после хирургического вмешательства; у пациенток данной группы до 1,4 % снизилась частота послеоперационных осложнений, а длительность пребывания больной в стационаре при этом была ограничена  $3,1\pm0,4$  сутками ( $p<0,05$ ).

Наблюдение после проведенного хирургического лечения пациенток I группы заключалось в проведении спустя 1-2 месяца обязательного осмотра врачом женской консультации, назначении лабораторных анализов и УЗИ. Принципиальное различие в ведении пациенток II группы отмечалось в разработанной программе реабилитации, включавшей в себя диагностику всех гинекологических заболеваний, применение КОК в течение 4-6 месяцев, курс физиотерапевтических процедур, обследование на ИППП и обязательную санацию совместно с половым партнером (анти микробные препараты, анти микотики, эубиотики, иммунотропные лекарственные средства).

Отдаленные результаты лечения больных с внематочной беременностью оценивались по характеру менструальной функции, параметрам качества жизни, показателям репродуктивного здоровья обследованных пациенток.

Анализ методов контрацепции, применявшимся у женщин в послеоперационном периоде, выявил существенные различия между пациентками двух групп. В частности, в группе ретроспективного исследования женщины предпочитали распространенные, но недостаточно надежные средства контрацепции: презерватив и прерванный половой акт (до

89,4% от всех обследованных). Кроме того, в 3% случаев использовалась ВМК. Иная ситуация складывалась в группе проспективного исследования, где 91,4% женщин принимали КОК, рекомендованные им в первые 6 месяцев после операции. По истечению данного срока продолжили прием КОК 32 % женщин, при этом случаев использования ВМК отмечено не было.

С целью оценки анатомо-функционального состояния маточных труб контрольная лапароскопия была проведена через 3 месяца 100 женщинам (II группа), перенесшим эндоскопические органосохраняющие операции по поводу внематочной беременности и заинтересованных в наступлении маточной беременности в будущем. Проходимость оперированной маточной трубы оказалась сохранена у 79 (79%), состояние эндотелия маточной трубы расценено как удовлетворительное у 55 (55%) женщин. Периампулярные спайки выявлены у 42 (42%) женщин. Наличие рубцовой ткани в зоне операции после туботомии выявлено у 16 (16%) женщин. Таким образом, анатомо-функциональное состояние маточных труб после эндоскопических органосохраняющих операций у подавляющего большинства женщин было удовлетворительным.

В сравнительном аспекте изучены отдаленные результаты репродуктивного здоровья женщин, заинтересованных в реализации репродуктивной функции: 100 женщин (I группа) и 130 женщин (II группа). Наступление беременности у пациенток II группы, перенесших лапароскопические вмешательства, отмечено у 76 (58,5 %). Следует подчеркнуть, что наступление маточной беременности отмечено чаще у женщин, перенесших эндоскопические органосохраняющие (туботомия, милкинг) операции по поводу прогрессирующей внематочной беременности при локализации плодного яйца в ампулярном и фимбриальном отделах – 49 (64,5%), реже при локализации в интерстициальном и истмическом отделе – 12 (15,8%) женщин, значительно реже после трубного аборта – у 10 (13,2%) и после разрыва маточной трубы – у 5 (6,6%).

Получены данные об отдаленных результатах лечения 35 больных, которым была произведена пластика единственной маточной трубы на стадии прогрессирующей внематочной беременности (II группа). Через 12 месяцев маточная беременность наступила у 15 женщин, а в дальнейшем, через 24 месяца, еще у 6 пациенток, что составило 60% и достоверно не отличалось от результатов восстановления fertильности при прогрессирующей внематочной беременности (64,5%) у женщин с обеими маточными трубами.

Значительно реже отмечено наступление маточной беременности у пациенток I группы (38,6%).

Изучение качества жизни 245 пациенток (70 – из I и 175 – из II группы), перенесших оперативное лечение по поводу ВБ, включало в себя характеристику основных параметров, определявших эту величину: физической активности, психического состояния, социального и ролевого функционирования, сексуальной удовлетворенности.

На снижение физической активности в раннем послеоперационном периоде указывали пациентки обеих групп, но более выраженные симптомы отмечали пациентки в I группе, что, вероятно было связано с доступом оперативного вмешательства.

Психическое состояние пациенток обеих групп следовало считать благополучным ( $p>0,05$ ). Такие показатели, как ощущение подавленности, унылого и депрессивного состояния; случаи ослабления памяти; ощущение неудовлетворенности своей личной жизнью; чувство рассеянности, невозможность сконцентрировать внимание и ощущение эмоциональной нестабильности находились на средних значениях (1,5 балла в I группе и 1,5 – 1,2 балла во II группе).

Во II группе пациенток отмечалось некоторое улучшение социальных контактов в обществе в сравнении с женщинами I группы (1,1 против 1,5 балла), за исключением параметра «отношения с родственниками», где у опрошенных женщин обеих групп достоверных изменений не возникало.

Анализ балльной оценки социального признака «нетерпимость по отношению к другим людям» не выявил существенных различий в сравниваемых группах женщин, что может быть объяснено личностными особенностями пациенток.

Роль женщины в трудовом коллективе и дома выглядела предпочтительнее во II группе пациенток в сравнении с I-ой.

Анализ полученных результатов показал, что пациентки II группы в меньшей степени отмечали изменение сексуальных желаний (1,1 балла), реже испытывали чувство дискомфорта при половом акте (1,3 балла), чем женщины I группы (соответственно 1,2 и 1,6 балла), что, по-видимому, связано со страхом повторной операции ( $p>0,05$ ).

Характерные изменения сексуальной неудовлетворенности и оценки привлекательности также реже испытывали пациентки II группы (1,0 и 1,2 балла) в сравнении с женщинами I группы (1,5 – 1,3 балла). Пациентки данной группы связывали это в том числе и с наличием у них на передней брюшной стенке послеоперационного рубца, что вызывало чувство стеснения при сексуальном контакте.

Субъективная оценка женской состояния своего здоровья производилась самой респонденткой на основании ее собственной оценки сна, изменения функции мочеиспускания и кишечника, наличия или отсутствия болей внизу живота и итоговой оценки состояния здоровья.

Анализ полученных данных позволил выявить отсутствие нарушений сна, дизурических расстройств у большинства обследованных обеих групп (61,1 % и 75,9 %, 72,1 % и 75,7 % соответственно).

Боли внизу живота не возникали и не беспокоили 20,2 % опрошенных пациенток I группы и 81,8 % – II-ой. При этом постоянные боли были характерны для 9,1% женщин I группы, и не отмечались вовсе среди опрошенных пациенток II группы.

На основании проведенного исследования в I группе большинство обследованных (57,1%) оценили текущее состояние здоровья как

удовлетворительное; 28,4 % чувствовали себя хорошо, а 14,5 % опрошенных женщин – плохо. В II группе больных данные процентные соотношения субъективной оценки своего здоровья распределились следующим образом: удовлетворительное – 45,5 %, хорошее – 52,7 %, плохое – 1,8 %.

Таким образом, результаты проведенного исследования наглядно продемонстрировали на примере пациенток II группы преимущества применения медико-организационных технологий с целью ранней диагностики ВБ, оказания современной высокотехнологичной помощи больным с данной патологией, и доказали их не только медицинскую, но и социально-экономическую значимость, позволяя рекомендовать к широкому клиническому использованию.

Изучение особенностей течения послеоперационного периода у больных, перенесших ВБ, в зависимости от объема кровопотери, оперативного доступа и объема хирургического лечения показало, что при анализе ретроспективных данных в послеоперационном периоде у женщин, оперированных по поводу внематочной беременности, отмечалась сравнительно с проспективными показателями большая частота послеоперационных осложнений. При этом своевременная диагностика и рациональное лечение приводили к 4-кратному снижению частоты осложнений ( $p<0,05$ ) в условиях современного подхода к ведению пациенток с ВБ.

Применение современных медико-организационных технологий способствовало выявлению прогрессирующей формы внематочной беременности в проспективном наблюдении в 3 раза чаще по сравнению с данными ретроспективного исследования (78,8 % и 24,3 % соответственно); преимущественному выполнению во время оперативного вмешательства органосохраняющего объема операции (в 3,2 раза чаще); большей частоте наступления в послеоперационном периоде маточной беременности (в 2,5 раза чаще).

## Выводы

1. Наиболее частой клинической формой ВБ является трубная беременность различной локализации, отмечавшаяся более чем у 96% женщин с данным диагнозом. Наименее распространенными формами ВБ являются шеечная (0,8%) и яичниковая (0,4%) беременности.
2. Факторами риска ВБ следует считать: воспалительные заболевания матки и придатков (67,4%), нарушенный менструальный цикл (51,3%), инфекции, передаваемые половым путем (47,5%), а также оперативные вмешательства на органах брюшной полости (36,5 %).
3. Наиболее информативным для диагностики ВБ при сроке до 4 недель является определение  $\beta$ -ХГЧ в сыворотке крови в сочетании с ТВУЗИ (99,5%); тогда как при сроке более 4 недель при сохранении высокой диагностической ценности комбинированного ( $\beta$ -ХГЧ+ТВУЗИ) исследования увеличивается значимость лапароскопии с 65,3% до 97,4% в 5-6 недель ( $p>0,05$ ).
4. Возможность выбора оптимальной хирургической тактики в пользу органосохраняющей операции (туботомия, milking) предопределены соблюдением алгоритма диагностики ВБ и ведения пациентки на амбулаторном этапе. Своевременная постановка диагноза ВБ (на сроке беременности 3-4 недели) достоверно чаще позволяет сохранять маточные трубы, ограничиваясь выполнением реконструктивно-пластических операций.
5. Осложненные формы ВБ (разрыв маточной трубы, кровопотеря более 500 мл, анемия, геморрагический шок) являются, как правило, следствием недостатков ведения амбулаторного этапа: позднего обращения к врачу (46,4%), отсутствия возможности проведения экстренного обследования (59,7%), диагностических ошибок (20%).
6. Отдаленные результаты лечения больных с внематочной беременностью показывают, что применение современных медико-организационных технологий позволяет улучшить показатели качества жизни у подавляющего большинства (98,2%) пациенток, снизить частоту

послеоперационных осложнений (до 1,4%), уменьшая при этом длительность пребывания больной в стационаре до 3 суток; увеличивая частоту последующего наступления маточной беременности в 3 раза.

7. Экономический эффект от внедрения современных медико-организационных мероприятий по ведению пациенток с ВБ предполагает уменьшение времени пребывания в стационаре (за счет укорочения пред-послеоперационного периода) и снижение затрат на лечение осложненных форм ВБ.

#### **Практические рекомендации**

1. Информативная ранняя диагностика и своевременно проведенное лечение больных с внemаточной беременностью основаны на преемственности между амбулаторным и стационарным звеньями оказания медицинской помощи. На этапе женской консультации или поликлиники - сбор анамнеза, общее объективное и специальное гинекологическое исследование, клиническое обследование, УЗИ-мониторинг, определение  $\beta$ -ХГЧ в динамике; при подозрении на внemаточную беременность – немедленная госпитализация в стационар.

2. Стационарное обследование больных с внemаточной беременностью включает в себя: сбор анамнеза, общее и специальное гинекологическое исследование, клиническое обследование, определение  $\beta$ -субъединицы ХГЧ, ТВУЗИ.

3. Неотложные оперативные вмешательства у женщин с внemаточной беременностью должны проводиться в гинекологических отделениях с круглосуточно организованной эндовидеохирургической помощью.

4. Методом выбора хирургического лечения больных с внemаточной беременностью является эндоскопическая органосохраняющая операция в оптимальном объеме. При прогрессирующей беременности – туботомия, удаление плодного яйца.

5. У пациенток, прооперированных по поводу ВБ, реабилитация репродуктивного здоровья основана на выявлении и лечении сопутствующих ВБ гинекологических заболеваний и состояний.

### Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Гаспаров А.С., Косаченко А.Г., Тер-Овакимян А.Э., Бабичева И.А., Барабанова О.Э., Каушанская Л.В., Стрекалова Е.Л. Современные технологии в лечении острых гинекологических заболеваний // Здравоохранение и медицинская техника.- Москва, 2005.-Т.9, № 23.-С.24-26.
2. Гаспаров А.С., Тер-Овакимян А.Э., Бабичева И.А., Барабанова О.Э., Перекин И.А., Каушанская Л.В., др. Новая концепция оказания помощи при ОГЗ // Ремедиум.- Москва, 2006.-№ 5.-С.23-27.
3. Гаспаров А.С., Каушанская Л.В., Дубинская Е.Д., Довлетханова Э.Р. Осложнения при применении вспомогательных репродуктивных технологий, требующие стационарного лечения // Тезисы XVI международной конференции РАРЧ «Вспомогательные репродуктивные технологии сегодня и завтра». Ростов-на-Дону,7-9 сентября 2006г.- Ростов-на-Дону,2006.- С.72-73.
4. Гаспаров А.С., Бабичева И.А., Каушанская Л.В., Хилькевич Е. Г., Торгомян А.А. Концепция оказания экстренной помощи в гинекологии // Тезисы XVI международной конференции РАРЧ «Вспомогательные репродуктивные технологии сегодня и завтра». Ростов-на-Дону,7-9 сентября 2006г.- Ростов-на-Дону,2006.- С.87-88.
5. Гаспаров А.С., Каушанская Л.В., Дубинская Е.Д., Колесников Д.И., Бабичева И.А., Барабанова О.Э., Тер-Овакимян А.Э. Современная концепция оказания помощи больным с внематочной беременностью //Известия ВУЗов Северо-Кавказского региона. Актуальные вопросы акушерства и педиатрии. Естественные науки. Спецвыпуск. -2006.-С.70-73
6. Гаспаров А.С., Дубинская Е.Д., Векилян О.М., Каушанская Л.В. Отдаленные результаты лечения больных с внематочной беременностью в единственной маточной трубе // IV Международный конгресс «Актуальные вопросы вспомогательных репродуктивных технологий» (проблемы и решения). Москва, 17-19 мая 2007г.- Москва,2007.- С.16.
7. Каушанская Л.В., Довлетханова Э.Р., Перекин И.А., Колесников Д.И. Отдаленные результаты восстановления репродуктивной функции у

женщин с внематочной беременностью // IV Международный конгресс «Актуальные вопросы вспомогательных репродуктивных технологий» (проблемы и решения). Москва, 17-19 мая 2007 г.- Москва, 2007.- С.26.

8. Гаспаров А.С., Хилькевич Е. Г., Каушанская Л.В., Векилян О.М., Хачатрян А.Н., Дегтярева Е.В. Дифференциально-диагностические критерии различных форм внематочной беременности // Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний.- Москва, 2007. – С.390 – 392.

9. Каушанская Л.В. Прогностические критерии эффективности лечения больных с внематочной беременностью // Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний.- Москва, 2007. – С.392 – 393.

10. Гаспаров А.С., Каушанская Л.В., Хилькевич Е.Г., Довлетханова Э.Р., др. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии // Краткое руководство для врачей акушеров – гинекологов, анестезиологов – реаниматологов, ординаторов, студентов медицинских вузов, врачей скорой медицинской помощи, фельдшеров и акушерок / Под редакцией акад. РАМН В. А. Серова.- «ГЭОТАР-МЕДИА», 2007.- 245с.

11. Гаспаров А.С., Каушанская Л.В., др. Руководство по амбулаторно – поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии // Руководство для врачей женских консультаций, поликлиник, работников фельдшерско – акушерских пунктов / Под редакцией Акад. РАМН В.И. Кулакова, проф В.Н. Прилепской, проф В. Е. Радзинского.- «ГЭОТАР-МЕДИА», 2007.- 1037с.

12. Гаспаров А.С., Хилькевич Е.Г., Каушанская Л.В. Оптимизация тактики ведения больных с внематочной беременностью // Проблемы репродукции. Спецвыпуск. Второй международный конгресс по репродуктивной медицине «Репродуктивное здоровье семьи».- МедиаСфера, 2008. – С. 269 – 270.

13. Каушанская Л.В. Особенности клинического течения внематочной беременности //Российский вестник акушера – гинеколога. - МедиаСфера, 2008. – № 4, Т.8. – С.59 – 61.

14. Каушанская Л.В. Основы патогенетической терапии массивной кровопотери при внематочной беременности // Естественные и технические науки.- Москва, 2008. - №5 (37). – С.95-96.
15. Каушанская Л.В. Терапия острой массивной кровопотери при внематочной беременности // Естественные и технические науки.- Москва, 2008. - №5 (37). – С.97-98
16. Каушанская Л.В. Эффективность хирургического лечения больных с внематочной беременностью // Естественные и технические науки.- Москва, 2008. - №5 (37). – С.99-100
17. Салов И.А., Каушанская Л.В. Параметры качества жизни женщин, перенесших внематочную беременность // Саратовский научно – медицинский журнал. – 2009. - № 4, Том 5. – С.531-533.
18. Каушанская Л.В., Салов И.А. Современные технологии в диагностике внематочной беременности на госпитальном этапе // Саратовский научно – медицинский журнал. – 2009. - № 4, Том 5. – С.537-540.
19. Каушанская Л.В. Медицинские и организаторские аспекты диагностики внематочной беременности на догоспитальном этапе // Кубанский научный медицинский вестник. – 2009. - № 7 (112). – С.88 – 92.
20. Каушанская Л. В. Тактика ведения больных с внематочной беременностью // Кубанский научный медицинский вестник. – 2009. - № 7 (112). – С.92 – 95.
21. Гаспаров А.С., Хилькевич Е.Г., Каушанская Л.В., Векилян О.М. Современная тактика ведения больных с внематочной беременностью - «Лапароскопия до разрыва маточной трубы» (медико – организационные аспекты) // Проблемы репродукции. Спецвыпуск IV международный конгресс по репродуктивной медицине.- МедиаСфера, 2010. – С. 233 -234.

**Внематочная беременность: патогенез, клиника, диагностика,  
отдаленные результаты лечения**  
Каушанская Людмила Владимировна

В работе расширено представление о патогенезе, диагностике и лечении ВБ. Особенности клинического течения ВБ в современных условиях позволили определить значимость дифференциально-диагностических критериев заболевания в различные сроки гестации. Выявлены приоритетные направления в диагностике и лечения больных с внематочной беременностью.

Разработанная и внедренная программа лечебно-диагностических мероприятий с учетом патогенеза заболевания обеспечила условия для проведения эндосургических операций, направленных на профилактику послеоперационных осложнений, реабилитацию репродуктивного здоровья.

Проведенный сравнительный анализ отдаленных результатов лечения больных с ВБ (частота наступления маточной беременности, качество жизни) в зависимости от клинического течения, вида доступа, объема хирургического лечения подтвердил преимущества органосохраняющих оперативных методик, способствующих увеличению частоты наступления и вынашивания последующих желанных беременностей.

**Ectopic pregnancy: pathogenesis, clinic, diagnostics, the remote results  
of treatment**

Kaushanskaya Ludmila Vladimirovna

In work representation about pathogenesis, diagnostics and treatment of ectopic pregnancy is expanded. Features of clinical current of ectopic pregnancy in modern conditions have allowed to define the importance of diagnostic criteria of disease in various terms of gestation. Priority directions in diagnostics and treatments of patients with ectopic pregnancy are revealed.

The developed and introduced program of medical-diagnostic actions has provided conditions for carrying out videosurgical operations directed on preventive maintenance of postoperative complications, rehabilitation of reproductive health.

The carried out comparative analysis of the remote results of treatment of patients with ectopic pregnancy (frequency of approach uterine pregnancy, quality of life) depending on a clinical current, a kind of access, volume of surgical treatment has confirmed advantages the operative techniques promoting increase of frequency of approach desired pregnancy.

### Список сокращений

ВБ	внематочная беременность
$\beta$ -ХГЧ	хорионический гонадотропин человека
ТВУЗИ	трансвагинальное ультразвуковое исследование
УЗИ	ультразвуковое исследование
НЛФ	недостаточность лuteиновой фазы
ПМС	предменструальный синдром
ЭКО и ПЭ	экстракорпоральное оплодотворение и перенос эмбриона
ИСМ	искусственное осеменение спермой мужа
ИСД	искусственное осеменение спермой донора
ИППП	инфекции передаваемые половым путем
ЭЛОК	эндоваскулярное лазерное облучение крови
КОК	комбинированные оральные контрацептивы
ВМК	внутриматочная контрацепция

Печать цифровая. Бумага офсетная. Гарнитура «Таймс».

Формат 60x84/16. Объем 1,7 уч.-изд. Л.

Заказ № 300. Тираж 100 экз.

Отпечатано в ООО типография «Альтаир».

344000, г. Ростов-на-Дону, пер. Ахтарский, 6. Тел.: 234-19-67

---