

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)



КАФЕДРА ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ
БАЗОВАЯ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ КЛИНИКА
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА, ГИНЕКОЛОГИИ И ПЕРИНАТОЛОГИИ
КАФЕДРА КЛИНИЧЕСКОЙ ИММУНОЛОГИИ, АЛЛЕРГОЛОГИИ И ЛАБОРАТОРНОЙ
ДИАГНОСТИКИ ФПК и ППС

**ВНЕМАТОЧНАЯ (ЭКТОПИЧЕСКАЯ)
СТЕНОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ**

**Учебно-методическое пособие для ординаторов и
практических врачей**

**Краснодар
2018 г.**

УДК 618.313/315:616-07:089:075.9

ББК 57.16

В 60

Составители:

заведующий кафедрой клинической иммунологии, аллергологии и лабораторной диагностики ФПК и ППС ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, д. м. н. **Е.Ф. Филиппов**

главный врач БАГК ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, профессор кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, д. м. н. **В. А. Крутова**

заведующий кафедрой лучевой диагностики ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, главный внештатный специалист МЗ Краснодарского края по ультразвуковой диагностике, д.м.н., профессор **А. В. Поморцев**

доцент кафедры лучевой диагностики ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, к.м.н., доцент **Т. Б. Макухина**

доцент кафедры лучевой диагностики ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, заведующая отделением лучевой диагностики БАГК ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, к.м.н. **Н.В. Наумова**

заведующая гинекологическим отделением МБУЗ ГКБ № 1 г. Краснодара **Н.А. Князева**

Рецензенты:

Лютая Елена Дмитриевна - заведующий кафедрой лучевой диагностики и лучевой терапии ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор

Михельсон Александр Феликсович - заведующий кафедрой акушерства и гинекологии №3 ФПК и ППС ФГБОУ ВО РостГМУ МЗ РФ, доктор медицинских наук, профессор

Методическое пособие составлено в соответствии с требованиями Федеральных государственных образовательных стандартов высшего образования по специальностям программ ординатуры, что обеспечивает преемственность с дополнительными профессиональными программами повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов. (Приказ Минобрнауки России от 25 августа 2014 N 1043, N 1053 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальностям: 31.08.01 Акушерство и гинекология; 31.08.11 Ультразвуковая диагностика (уровень подготовки кадров высшей квалификации)»).

Предназначено для ординаторов и практических врачей акушеров-гинекологов, врачей ультразвуковой диагностики.

Рекомендовано к изданию ЦМС ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, протокол № 6 от 06.02.2018 года

ПРЕДИСЛОВИЕ

В настоящем учебно-методическом пособии рассмотрены и систематизированы вопросы терминологии, факторов риска, диагностики, лечебной тактики при редких формах внематочной (эктопической) беременности (ВБ).

В связи с небольшой частотой редких форм ВБ данная патология часто пропускается в рутинной клинической практике. Недостаточный уровень знаний приводит к запоздалому распознаванию данной патологии и расширению объема оперативного лечения в интересах матери вплоть до гистерэктомии. В опубликованных в 2017 году «Клинических рекомендациях (протокол лечения) «Внематочная (эктопическая) беременность»» [1]. Не прописаны критерии диагностики, варианты органосохраняющего лечения и клинические исходы при ряде редких форм ВБ в стенке матки.

Целью данной работы является расширение знаний о факторах риска, особенностях клинического течения и стандартах диагностики редких форм внематочной беременности, формирование умений выбрать правильный лечебный алгоритм, соответствующий порядку оказания медицинской помощи. Пособие составлено на основе «Клинических рекомендаций (протокол лечения) «Внематочная (эктопическая) беременность»» [1], в соответствии с порядком оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2012 г. № 572н [2], а также с учетом Европейских руководств по диагностике и лечению ВБ [3,4].

В конце пособия приведены задания тестового контроля и ситуационные задачи.

Учебно-методическое пособие предназначено для ординаторов и практических врачей с целью улучшения отдаленных результатов лечения редких форм внематочной беременности.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ	3
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	5
ГЛАВА 1. КЛАССИФИКАЦИЯ. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. ФАКТОРЫ РИСКА.	6
1.1. Формы ВБ согласно МКБ-10 (2016)	6
1.2. Виды, условия, формы оказания медицинской помощи пациентке с данным заболеванием/состоянием	6
1.3. Анатомическая классификация и частота вариантов ЭСБ	7
1.4. Факторы риска ЭСБ	7
ГЛАВА 2. ДИАГНОСТИКА ЭКТОПИЧЕСКОЙ СТЕНОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ	8
2.1 Критерии, на основании которых врачу следует заподозрить эктопическую стеночную беременность	8
2.2 Клиническая картина	8
2.3 Идентификация эктопической имплантации с помощью методов визуализации	8
2.4 Оценка β-ХГЧ в сыворотке крови:	15
ГЛАВА 3. КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ЭКТОПИЧЕСКОЙ СТЕНОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ	16
ГЛАВА 4. МАРШРУТИЗАЦИЯ	17
ГЛАВА 5. ЛЕЧЕНИЕ ЭКТОПИЧЕСКОЙ СТЕНОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ	18
5.1 Общие рекомендации	18
5.2 Лечение эктопической беременности низкой имплантации	18
5.3 Лечение ангулярной беременности	26
5.4 Лечение интерстициальной беременности	26
5.5 Лечение интрамуральной беременности	29
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	31
КОНТРОЛЬНЫЕ ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ К МЕТОДИЧЕСКОМУ ПОСОБИЮ	32
СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ	38
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	43
Приложение 1	49
КЛАССИФИКАЦИЯ УРОВНЕЙ ДОКАЗАТЕЛЬНОСТИ И ГРАДАЦИЙ РЕКОМЕНДАЦИЙ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ [78]	49

ВВЕДЕНИЕ

Внетубарная внематочная беременность (ВБ) представляет собой имплантацию оплодотворенной яйцеклетки за пределами полости матки и маточной трубы [5,6]. При относительно небольшой частоте встречаемости (5,0% до 8,3% в структуре ВБ) эта патология отличается высоким риском массивных кровотечений, вплоть до фатального исхода [1,7-12]. Рост числа случаев внутетубарных ВБ в последние десятилетия связан как с изменением структуры факторов риска, так и с совершенствованием методов ранней диагностики, что требует пересмотра диагностических и лечебных протоколов [10,13].

В России отдается предпочтение хирургическому методу лечения ВБ. Этот подход считается радикальным и надежно обеспечивает ближайший результат. Медикаментозная терапия и выжидательная тактика при редких формах ВБ (стеночной беременности) сопряжены с более длительным периодом реабилитации, риском отсроченных кровотечений, однако обеспечивают лучший отдаленный результат, т.к. позволяют сохранить матку, а, следовательно, и все специфические функции органа, включая менструальную и детородную функции. Эти методы лечения менее инвазивны, легче переносятся, связаны с меньшими материальными затратами. Несмотря на преимущества медикаментозного лечения, многие акушеры-гинекологи не уделяют ему должного внимания.

Пособие включает в себя актуальную информацию о факторах риска, морфологических вариантах патологической имплантации плодного яйца в стенку матки, международных диагностических и лечебных алгоритмах. Большое внимание уделено ультразвуковым диагностическим критериям различных форм стеночной беременности. Описаны возможные исходы при прогрессировании стеночной беременности.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВБ – внематочная (эктопическая) беременность

МРТ – магнитно-резонансная томография

МТХ – метотрексат

ТВЭ – трансвагинальная эхография

УЗИ – ультразвуковое исследование

β-ХГЧ – хорионический гонадотропин человека

ЦДК – цветное доплеровское картирование

ЭБНИ – эктопическая беременность низкой имплантации

ЭМА – эмболизация маточных артерий

ЭСБ – эктопическая стеночная беременность

ГЛАВА 1. КЛАССИФИКАЦИЯ. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. ФАКТОРЫ РИСКА.

1.1. Формы ВБ согласно МКБ-10 (2016)

О 00.0 – абдоминальная (брюшная) беременность

О 00.1 – трубная беременность: (1) беременность в маточной трубе, (2) разрыв маточной трубы вследствие беременности, (3) трубный аборт

О 00.2 – яичниковая беременность

О 00.8 - другие формы внематочной беременности (1) шеечная, (2) в роге матки, (3) интралигаментарная, (4) стеночная

О 00.9 – неуточненная внематочная беременность.

Особого внимания заслуживает «Внематочная (эктопическая) стеночная беременность» О 00.8(4), поскольку в настоящее время отсутствуют общепринятые диагностические критерии, единая терминология, а также общепринятая лечебная тактика при этой форме заболевания. К сожалению, не все специалисты имеют достаточный уровень подготовки для своевременной диагностики данной патологии. При первичном обращении правильный диагноз устанавливается лишь в 61-87% случаев [14-16].

1.2. Виды, условия, формы оказания медицинской помощи пациентке с данным заболеванием/состоянием

Вид медицинской помощи: **специализированная, высокотехнологичная специализированная, скорая специализированная медицинская помощь**

Условия оказания медицинской помощи: **стационарно, амбулаторно**

Формы оказания медицинской помощи, имеющая наибольшее влияние на тактику ведения пациентки: **плановая, экстренная**

1.3. Анатомическая классификация и частота вариантов ЭСБ

- **Интерстициальная** - частота в структуре ВБ от 2 до 11% [6-8,10,12,17-19];
- **Ангулярная** (эктопическая беременность в трубном углу) - редкая форма, частота в структуре ВБ неизвестна;
- **Интрамуральная** (частичная, полная) - частота - менее 1% [6, 20,21];
- **Эктопическая беременность низкой имплантации** - частота беременности в рубце после кесарева сечения от 1:1800 до 1:2216 всех беременностей, или 6,1 % от всех эктопических беременностей у женщин, имевших хотя бы одно кесарево сечение в анамнезе [22,23]; - частота **шеечно-перешеечной беременности** - 1:10 000 всех беременностей [24].

1.4. Факторы риска ЭСБ

1.	Интерстициальная	инфекции малого таза, ВБ в анамнезе, ипсилатеральная сальпингэктомия, вспомогательные репродуктивные технологии [19,20]
2.	Ангулярная	рубец на матке, вспомогательные репродуктивные технологии, предшествующие ВБ, медицинские вмешательства (сальпингэктомия, кюретаж), а также курение [16,25,26]
3.	Интрамуральная	травма миометрия вследствие гистероскопии, кюретажа, миомэктомии, либо кесарева сечения, вспомогательные репродуктивные технологии, аденомиоз [6,20,27,28]
4.	Беременность в рубце после кесарева сечения	кесарево сечение, при этом риск патологической имплантации не коррелирует с числом ранее выполненных кесаревых сечений [29]; техника кесарева сечения также не влияет на частоту формирования тканевого дефекта в области рубца и частоту осложнений при последующей беременности [30]
5.	Шеечно-перешеечная беременность	высокий паритет, возраст матери, выскабливания полости матки (включая аборты), миому матки, нарушения менструальной функции (абнормальное оплодотворение) вспомогательные репродуктивные технологии [31,32]

ГЛАВА 2. ДИАГНОСТИКА ЭКТОПИЧЕСКОЙ СТЕНОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

2.1 Критерии, на основании которых врачу следует заподозрить эктопическую стеночную беременность

для интерстициальной локализации:

содержание β -ХГЧ в сыворотке крови 1000-2000 МЕ/л + невизуализируемое в полости матки при трансвагинальной эхографии (ТВЭ) плодное яйцо; болевой абдоминальный синдром + положительный качественный анализ ХГЧ в моче

для ангулярной локализации:

болевой абдоминальный синдром при задержке менструации + асимметричная форма тела матки

для интрамуральной беременности, беременности низкой имплантации; факторы риска в анамнезе, положительный качественный анализ β -ХГЧ в моче при отсутствии клинических жалоб

2.2 Клиническая картина

для интерстициальной, ангулярной, интрамуральной беременности – боли внизу живота на фоне нарушений менструального цикла (кровомазания при задержке менструации); картина «острого живота»;

для беременности низкой имплантации (в рубце после кесарева сечения, шеечно-перешеечной) - кровомазания при задержке менструации; профузное кровотечение в любом сроке гестации, в случае прогрессирования беременности.

2.3 Идентификация эктопической имплантации с помощью методов визуализации

Ультразвуковое исследование (УЗИ) – приоритетный метод диагностики. ТВЭ при необходимости дополняется абдоминальной эхографией (степень доказательности D) [3]. Трехмерная эхография может быть полезна для дифференциальной диагностики с маточной и ангулярной беременностями (степень доказательности D) [3,33-37]. Магнитно-резонансная томография (МРТ) рассматривается как дополнительная опция в сложных случаях (уровень доказательности D) [3,6,28,34,38-43].

Диагностические критерии МРТ аналогичны таковым при ТВЭ, но эхография доступнее и дешевле (степень доказательности D) [3,44,45].

- **УЗ-критерии диагностики интерстициальной беременности:** «пустая» полость матки, визуализация интерстициальной линии, соединяющей плодное яйцо с латеральной частью полости матки, а также «мантия» миометрия во всех планах вокруг плодного яйца [46,46] толщиной менее 5 мм (степень доказательности D) [3,6] (см. рис. 1). Дифференциальная диагностика проводится с ангулярной беременностью, маточной беременностью, беременностью в добавочном роге матки, миомой матки со вторичными изменениями. Для уточнения диагноза можно использовать трехмерную эхографию и МРТ (степень доказательности D) [1,3].

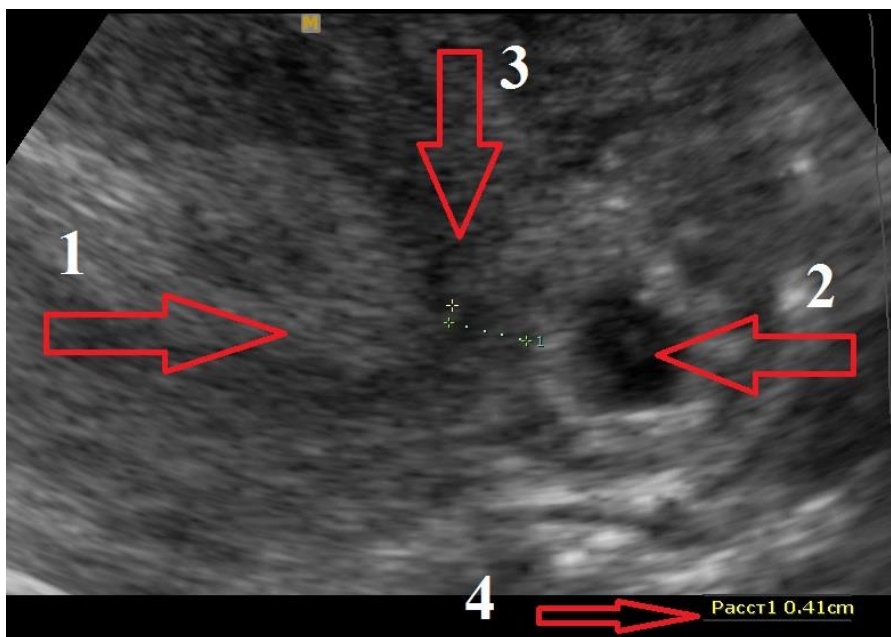


Рис.1. Интерстициальная беременность.

Условные обозначения: 1. «Пустая» полость матки; 2. Плодное яйцо; 3. Визуализация интерстициальной линии, соединяющей плодное яйцо с латеральной частью полости матки, «мантия» миометрия во всех планах вокруг плодного яйца; 4. Толщина «мантии» миометрия менее 5 мм.

- **УЗ-критерии диагностики ангулярной беременности:** имплантация плодного яйца в углу полости матки (степень доказательности D) [3] медиально по отношению к устью маточной трубы и круглой связке [33]. Окружающая плодное яйцо ткань эндометрия продолжается в эндометрий полости матки [33]. Достоверные анатомические границы между ангулярной и маточной беременностью отсутствуют, но расположение плодного яйца близко к трубному углу полости матки может приводить к асимметрии контуров органа, манифестации клинических симптомов и неблагоприятным исходам при прогрессировании беременности [48]. Ангулярная беременность может быть диагностирована при ТВЭ в ранних сроках гестации (см. рис. 2). Для уточнения диагноза, снижения риск ошибок, уточнения аномалий прикрепления плаценты и прогнозирования риска разрыва матки можно использовать трехмерную эхографию и МРТ [18,33,48-50].

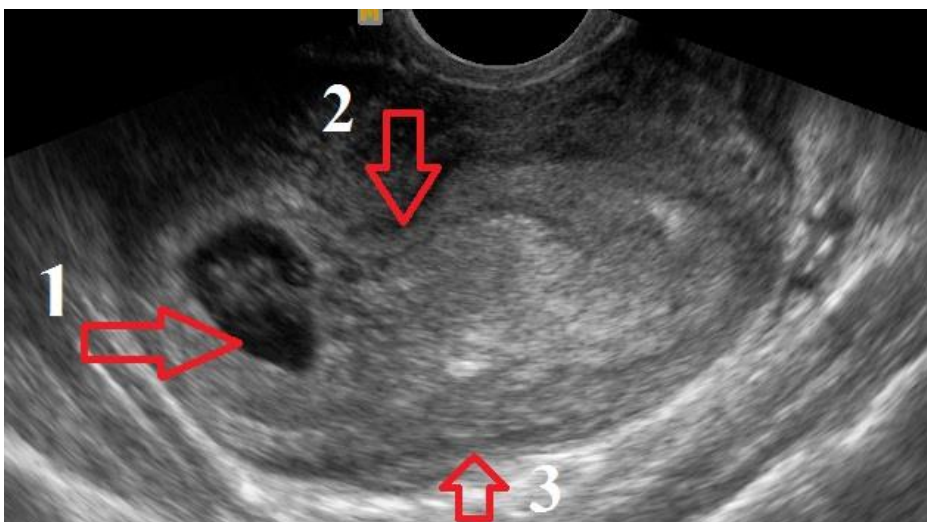


Рис.2. Ангулярная беременность.

Условные обозначения: 1. Плодное яйцо; 2. Связь эндометрия, окружающего плодное яйцо с полостью матки; 3. Асимметрия матки - деформация наружного контура матки в области тубного угла с плодным яйцом

- *УЗ-критерии диагностики интрамуральной беременности*: расположение плодного яйца/продукта зачатия выше внутреннего зева шейки матки, но медиальнее интерстициального отдела маточной трубы; локация трофобласта ниже (глубже) зоны эндо-миометрального перехода (полностью, либо частично); отсутствие децидуальной реакции вокруг трофобласта; повышенный перитрофобластический кровоток при цветовом доплеровском картировании (ЦДК) [51] (см. рис. 3). Дифференциальный диагноз проводится с маточной беременностью, интерстициальной беременностью, пузырным заносом, артерио-венозной мальформацией.

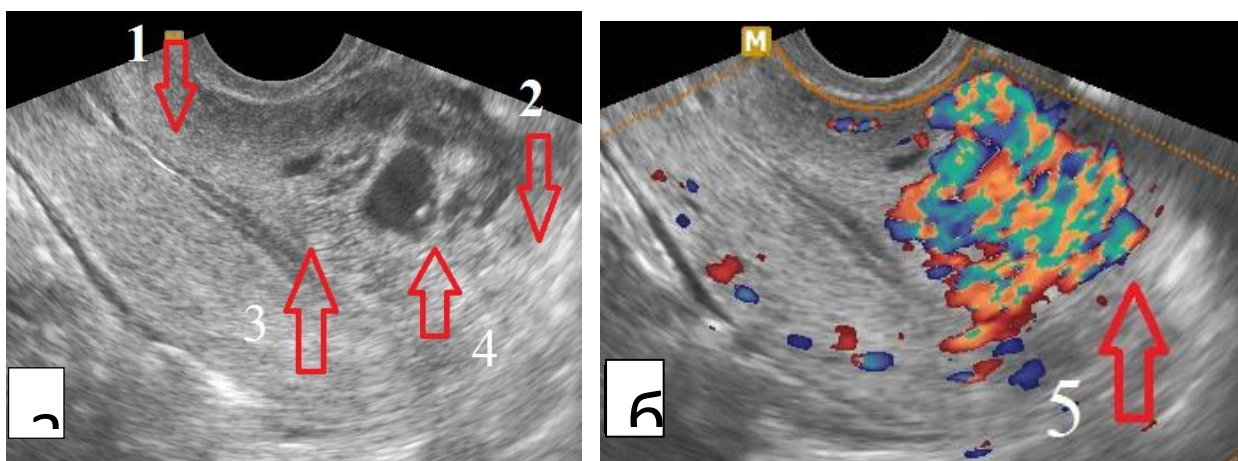


Рис. 3. Интрамуральная беременность:

а) в режиме «серой шкалы»;

б) в режиме ЦДК;

Условные обозначения: 1. Внутренний зев; 2. Область тубного угла; 3. Зона эндо-миометрального перехода; 4. Трофобласт без децидуальной реакции в прилежащих тканях; 5. Трофобластический и перитрофобластический кровоток

- *УЗ-критерии диагностики эктопической беременности низкой имплантации (ЭБНИ):*

для беременности в рубце после кесарева сечения (степень доказательности D) [3] – «пустая» полость матки; плодное яйцо/масса трофобласта располагается на уровне внутреннего зева, кпереди, погружившись в область рубца после кесарева сечения [52]; истончение/отсутствие слоя миометрия между плодным яйцом и мочевым пузырем [53,54]; наличие признаков активного трофобластического кровотока при доплерометрии [55], (пустой цервикальный канал [53]; (см. рис. 4). Дифференциальная диагностика проводится с маточной беременностью, абортom в ходу, шейчной беременностью. УЗИ может быть дополнено МРТ в случае, если врач имеет опыт подобной диагностики (степень доказательности D) [1,3].

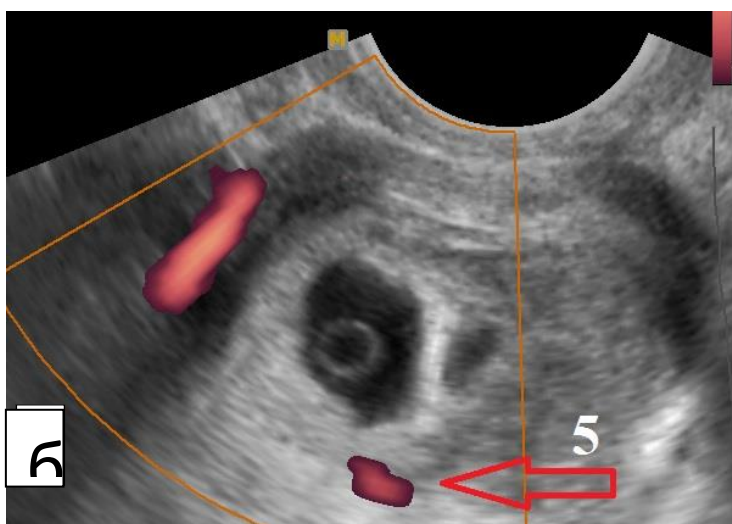
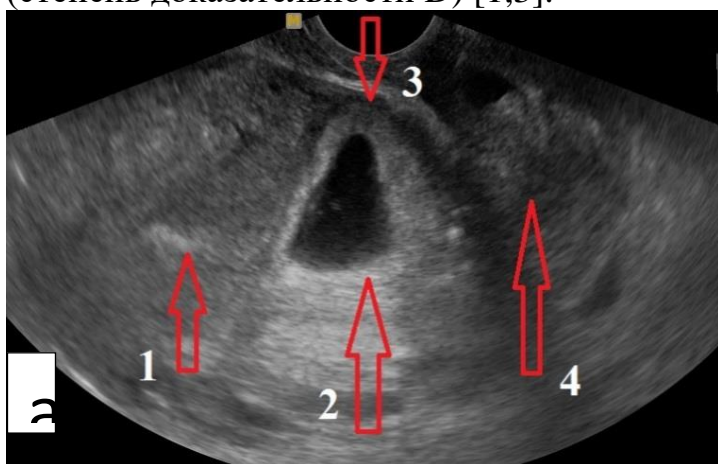


Рис. 4. Беременность в рубце после кесарева сечения:

а) в режиме «серой шкалы»;

б) в режиме энергетического доплеровского картирования;

Условные обозначения: 1. «Пустая» полость матки; 2. Плодное яйцо располагается на уровне внутреннего зева, кпереди, погружившись в область рубца после кесарева сечения; 3. Истончение миометрия между плодным яйцом и мочевым пузырем; 4. Пустой цервикальный канал; 5. Активный трофобластический кровоток.

для **шеечно-перешеечной беременности** - укороченная шейка матки и низкая нидация плодного яйца [56]. Важным дифференциальным признаком с шеечной беременностью является отсутствие сомкнутого цервикального канала выше плодного яйца [56,57]. (см. рис. 5)

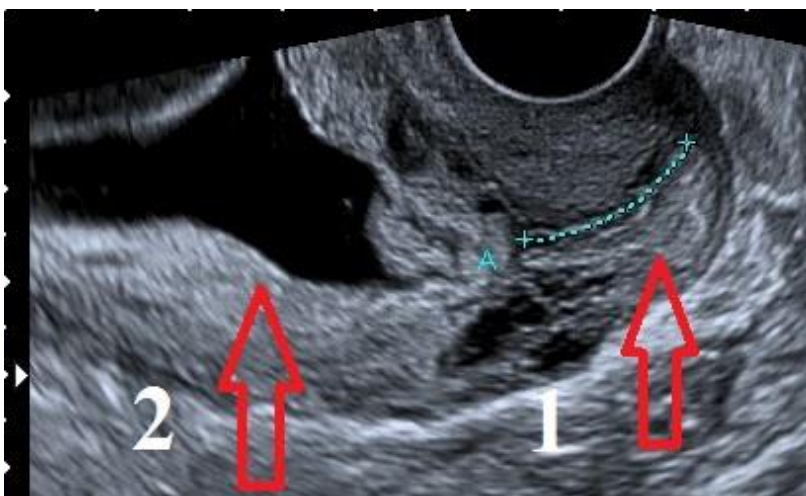
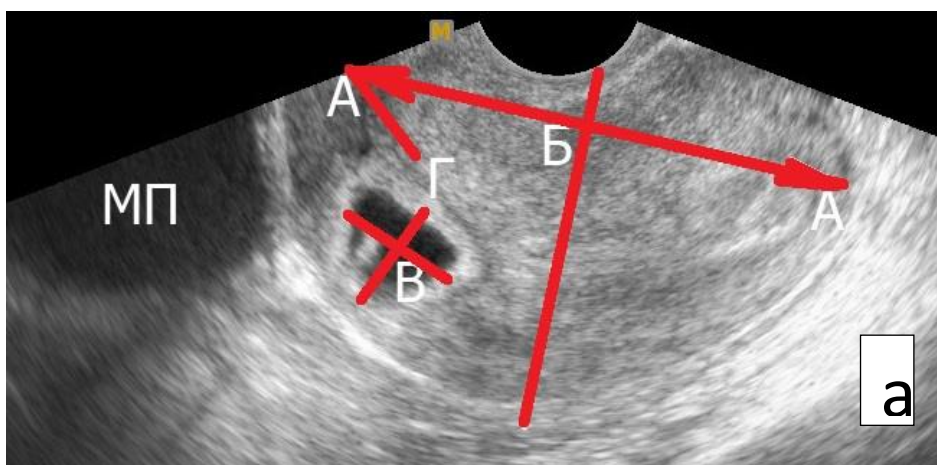


Рис.5. Шеечно-перешеечная беременность.

Условные обозначения: 1. Укороченная шейка матки; 2. Низкая нидация плодного яйца

Для ранней диагностики беременности в рубце после кесарева сечения оценивается положение центра плодного яйца относительно середины длины матки [58], для ЭБНИ - положение нижнего полюса плодного яйца относительно внутреннего зева шейки матки, либо уровня бифуркации маточных артерий в случае затруднения определения внутреннего зева [59]. (см. рис. 6,7).



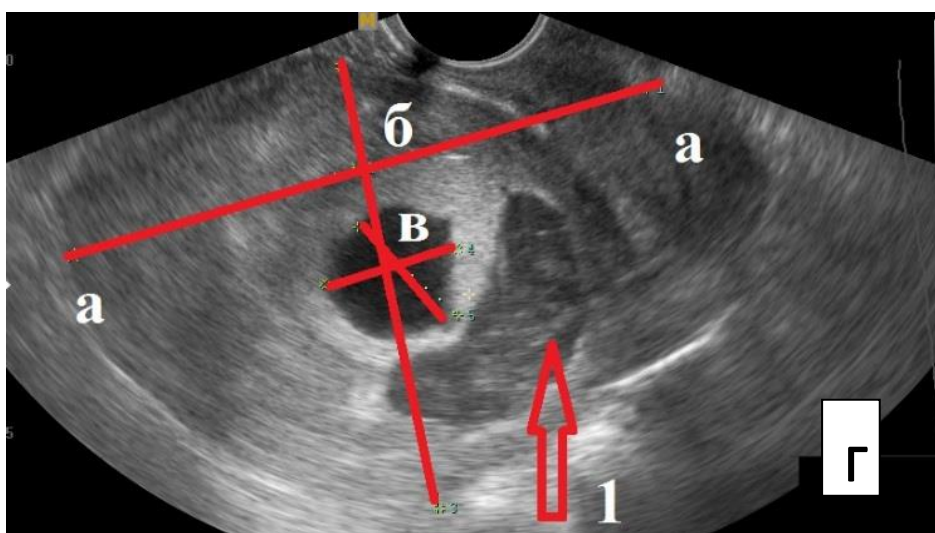
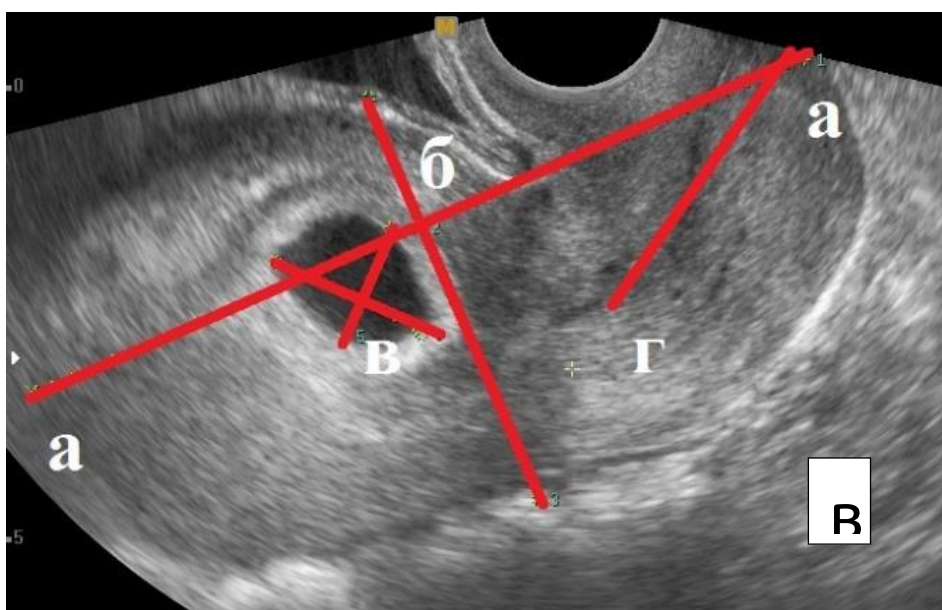
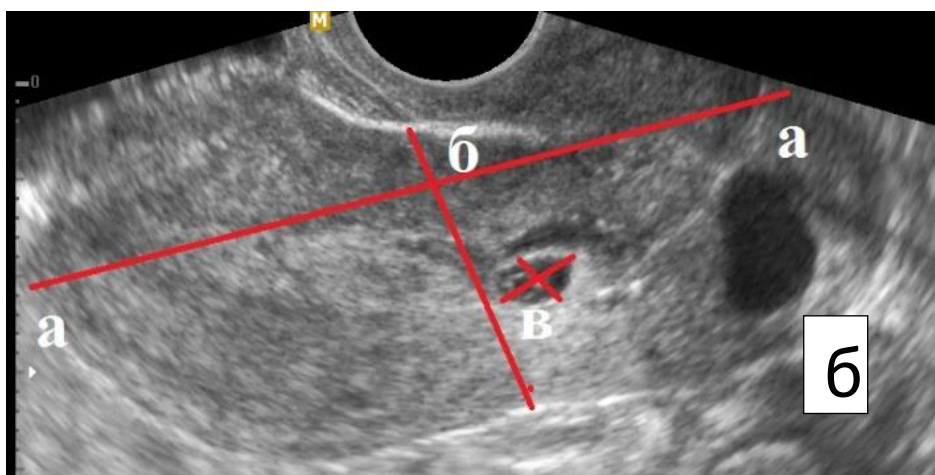


Рис. 6. Ранняя диагностика беременности в рубце после кесарева сечения:
 а) середина матки выше центра плодного яйца - низкая имплантация, матка в retroflexio;

- б) середина матки выше центра плодного яйца - низкая имплантация, матка в *anteflexio*.
 в) середина матки ниже центра плодного яйца - нормальная имплантация;
 г) середина матки и центр плодного яйца расположены на одной линии - сомнительный результат,

Условные обозначения:

линия А-А – длина матки (тело+шейка); Точка Б – середина длины матки;
 точка В – центр плодного яйца; линия А-Г – длина шейки матки; МП – мочевого пузыря; 1 - гематома

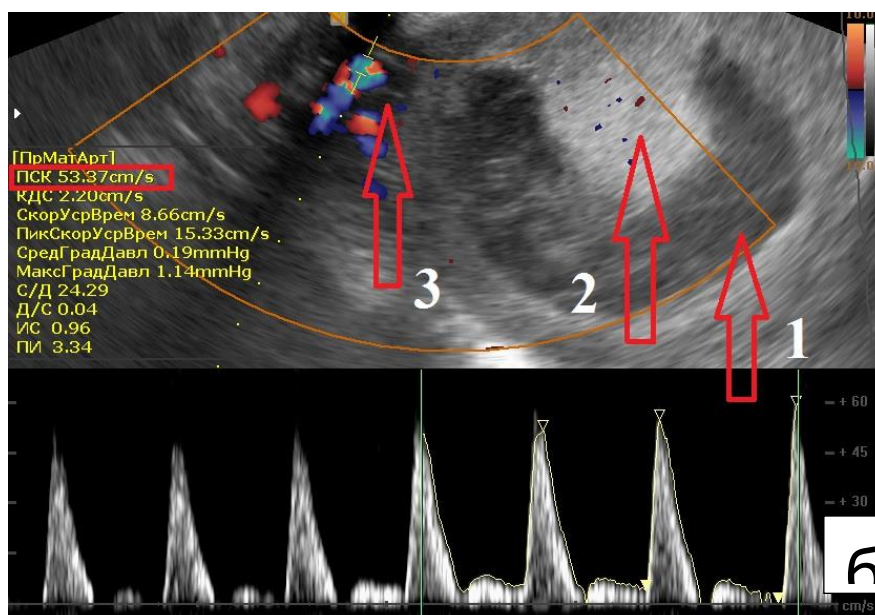
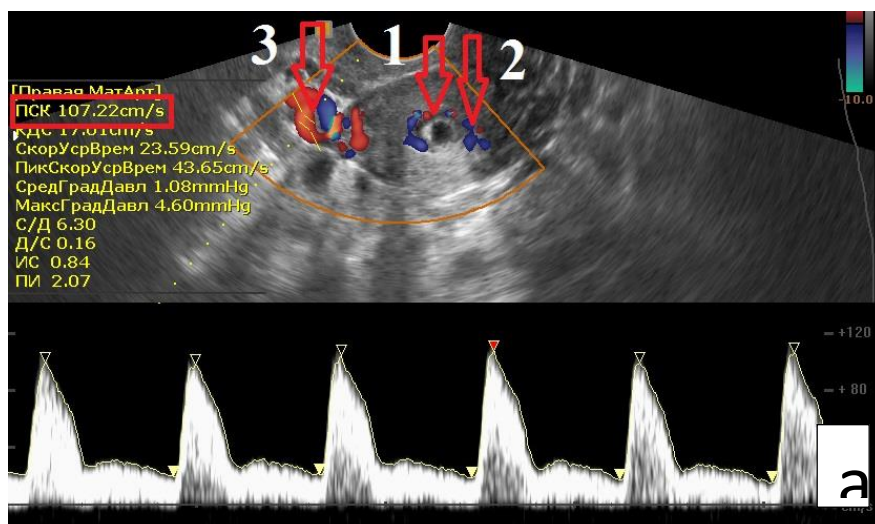


Рис. 7. Оценка положения нижнего полюса плодного яйца относительно бифуркации основного ствола маточной артерии при затруднении в определении области внутреннего зева шейки матки (см. рис.6 б,г):

а) плодное яйцо и бифуркация основного ствола маточной артерии –на одном уровне - низкая имплантация.

Условные обозначения: 1. плодное яйцо; 2. перихориальный кровоток; 3. основной ствол маточной артерии (пиковая скорость кровотока 107,2 см/сек)

б) На уровне бифуркации основного ствола маточной артерии плодное яйцо не лоцируется - нормальная имплантация.

Условные обозначения: 1. гематома; 2. плодное яйцо с перихориальным кровотоком не определяется; 3. основной ствол маточной артерии (пиковая скорость кровотока 53,4 см/сек)

2.4 Оценка β -ХГЧ в сыворотке крови:

В рутинной практике биохимические исследования не требуются [3], поскольку, при большинстве форм ЭСБ динамика уровня β -ХГЧ в сыворотке крови аналогична изменениям при маточной беременности. Для интерстициальной беременности однократное, а иногда и двукратное определение сывороточного уровня β -ХГЧ не имеет диагностического значения, но влияет на выбор метода лечения [3]. Для беременности в рубце после кесарева сечения уровень ХГЧ имеет значение для мониторинга эффективности консервативной терапии, но не для диагностики [3].

ГЛАВА 3. КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ЭКТОПИЧЕСКОЙ СТЕНОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Интерстициальная беременность чаще проявляется болевым синдромом, реже выделениями крови из влагалища [4].

Интрамуральная беременность манифестирует обильными кровотечениями из влагалища и болями в нижних отделах живота, симптомы варьируют в зависимости от локализации, глубины инвазии в миометрий и срока гестации [51].

Ангулярная беременность потенциально опасна и может осложняться как хронической тазовой болью и кровотечениями, так и спонтанным абортom, разрывом матки, задержкой плаценты в матке, а также врастанием плаценты в стенку матки и профузным кровотечением, требующим гистерэктомии. [33,60]. В тоже время ангулярная беременность может прогрессировать до срока родов [33].

Беременность низкой имплантации (в рубце после кесарева сечения, шеечно-перешеечная беременность). В зависимости от локализации проявляется профузным кровотечением в случае роста в полость матки, либо сильной болью и разрывом матки при росте по направлению брюшной полости [4], при прорастании параметрия, мочевого пузыря – кровотечением и болью в нижних отделах живота в сочетании с дизурией.

Имеется значительный риск катастрофического кровотечения в случае пролонгирования ЭБНИ далее первого триместра. Риск материнской смерти составляет 1 на 500 случаев, и он в 10 раз выше, чем для всех форм ВБ [8]. Истинное число беременностей в рубце после кесарева сечения вероятно выше, чем оцененное на основании литературных данных, поскольку часть таких беременностей прервана, либо прервалась самопроизвольно, в первом триместре, и не была диагностирована верно, а расценена как самопроизвольный, либо искусственный аборт [3].

ГЛАВА 4. МАРШРУТИЗАЦИЯ

1. Пациентки с диагнозом «подозрение на ВБ интерстициальную» должны быть госпитализированы в гинекологический стационар бригадой скорой помощи. Не допускается самостоятельная транспортировка [1].
2. Асимптомные пациентки с диагнозом «подозрение на эктопическую беременность низкой имплантации», «подозрение на эктопическую ангулярную беременность», «подозрение на эктопическую интрамуральную беременность» должны быть направлены в консультативно-диагностическое отделение медицинской организации третьего уровня (перинатального центра) для экспертного консультирования (степень доказательности D) [3]. Допускается самостоятельная транспортировка.
3. При наличии клинических жалоб пациентки с диагнозом «подозрение на эктопическую стеночную беременность» при стабильном состоянии должны быть госпитализированы бригадой скорой помощи в стационар 3-й группы. Не допускается самостоятельная транспортировка. [1].
4. При наличии геморрагического шока во время транспортировки пациентка должна быть госпитализирована в ближайший стационар хирургического профиля, медицинский персонал стационара должен быть уведомлен заранее о поступлении больной. Пациентка транспортируется в операционный блок, минуя приемное отделение. [1].
5. При поступлении в стационар обязательный алгоритм обследования в экстренном порядке согласно приказу Минздрава России от 1 ноября 2012 г. №572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» [1,2].

ГЛАВА 5. ЛЕЧЕНИЕ ЭКТОПИЧЕСКОЙ СТЕНОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

5.1 Общие рекомендации

Выбор метода лечения зависит от локализации плодного яйца и стабильности состояния пациентки [6].

У пациенток с резус-отрицательной кровью и прервавшейся внематочной беременностью высок риск аллоимунизации – в 25% в материнской крови обнаруживаются фетальные клетки [1,3]. Резус-отрицательным пациенткам с подтвержденной ВБ необходимо ввести анти RhD иммуноглобулин согласно инструкции по применению препарата (уровень доказательности 2) [1,3].

В Российской Федерации инструкцией по применению метотрексата (МТХ) не предусмотрены показания и схемы лечения ВБ, хотя такие методики многократно описаны и входят в национальные руководства по лечению ВБ в других странах. Согласно Клиническим Рекомендациям (протоколу лечения) ВБ 2017 г. [1] применение МТХ допустимо как альтернатива органосохраняющим операциям при необходимости сохранения детородной функции в гинекологических отделениях медицинских организаций 3-й группы после получения информированного добровольного согласия пациентки. Назначение препарата допустимо только после исключения жизнеспособной маточной беременности [1,3].

5.2 Лечение эктопической беременности низкой имплантации

Пациентки с ЭБНИ нуждаются в консультировании, поскольку прогрессирование связано с высоким риском осложнений и материнской смертности (степень доказательности D) [3]. Консервативные и хирургические методы лечения самостоятельно, либо в сочетании с дополнительными процедурами по обеспечению гемостаза, должны быть рассмотрены при диагностике ЭБНИ в первом триместре беременности (степень доказательности D) [3]. Ни один из методов лечения не является приоритетным, но все же хирургические методы имеют преимущества в сравнении с консервативным лечением (степень доказательности D) [3].

Хирургическое лечение состоит из удаления плодного яйца (методом вакуум-аспирации, либо гистерорезектоскопии) [3,63], либо иссечения плодместилища как открытым доступом [3,64], лапароскопическим [65] или трансвагинально [3,66,67]. «Слепой» кюретаж, при котором невозможно удалить плодное яйцо, ввиду его расположения за пределами полости матки

(в «нише») может привести к обильному кровотечению и не должно быть рекомендовано. Вакуум-аспирация - наиболее часто используемая процедура. [3,22, 68-71] (см. рис. 8). Она может сочетаться со швами на шейку матки, установкой Фолеевского катетера, либо эмболизацией маточных артерий (ЭМА) в качестве дополнительных процедур для обеспечения гемостаза (уровень доказательности 3) [3,22,68-71].

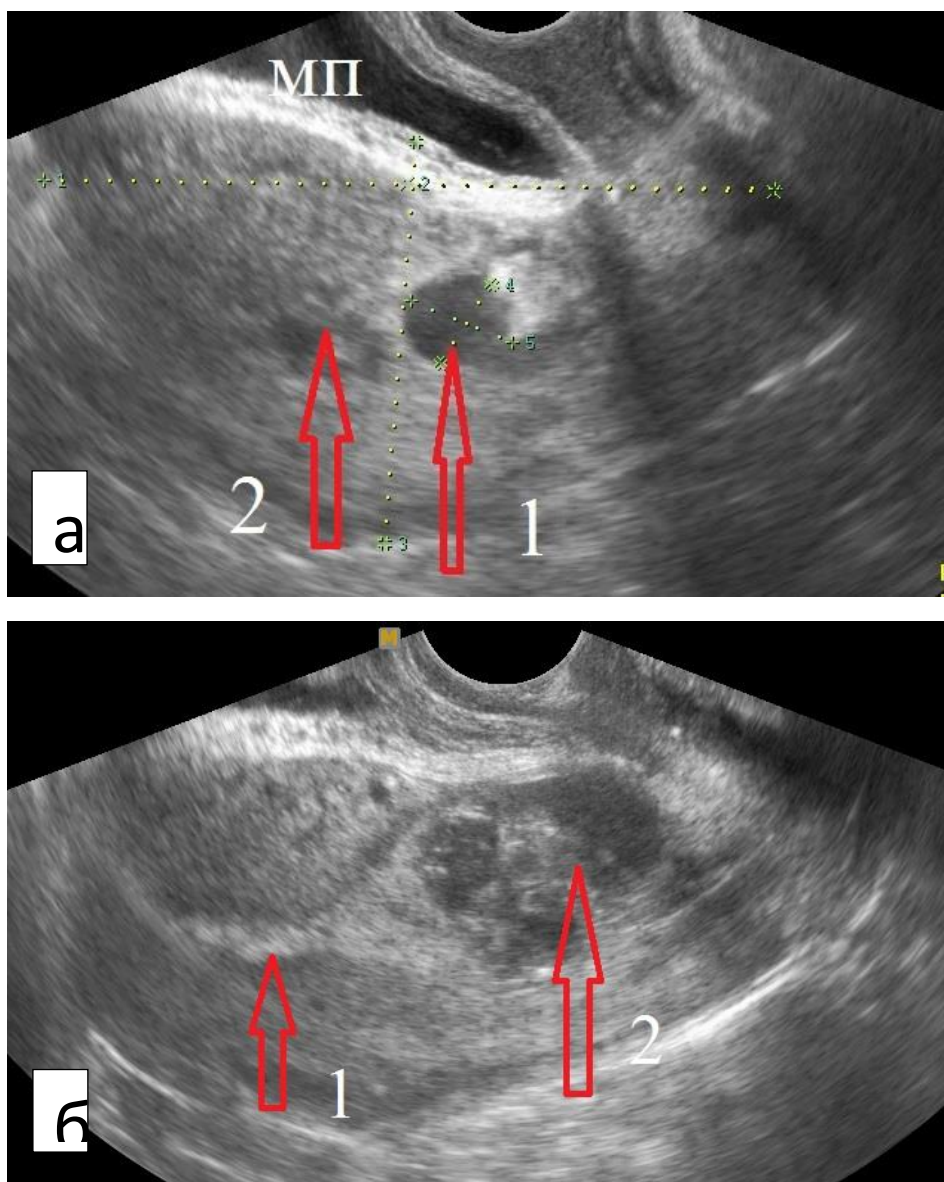


Рис. 8. Беременность низкой имплантации:

а) определение низкой имплантации (зеленые пунктирные линии)

Условные обозначения: 1 – плодное яйцо; 2 – гематома выше плодного яйца;

б) исследование спустя сутки после вакуум-аспирации,

Условные обозначения: 1 – гематома в области ложа плодного яйца, 2 – «пустая» полость матки

Процедуры с иссечением плодовместилища имеют преимущества по восстановлению дефекта в области рубца, но технически сложнее.

Хирургическое удаление плодного яйца следует производить в рамках оперативной гистероскопии, либо лапароскопии. Выбор метода зависит от локализации плодместилища. В тоже время отсутствуют доказательства, что процедуры по восстановлению дефекта в области рубца снижают риск рецидива эктопической беременности в рубце и риск разрыва рубца при последующей маточной беременности (уровень доказательности 3) [3]. «Открытая» операция с иссечением ложа должна быть обсуждена с пациенткой при неэффективности ранее выполненных методов лечения, а также в случае предшествующего разрыва матки, либо при недоступности эндоскопического оборудования (степень доказательности D) [3]

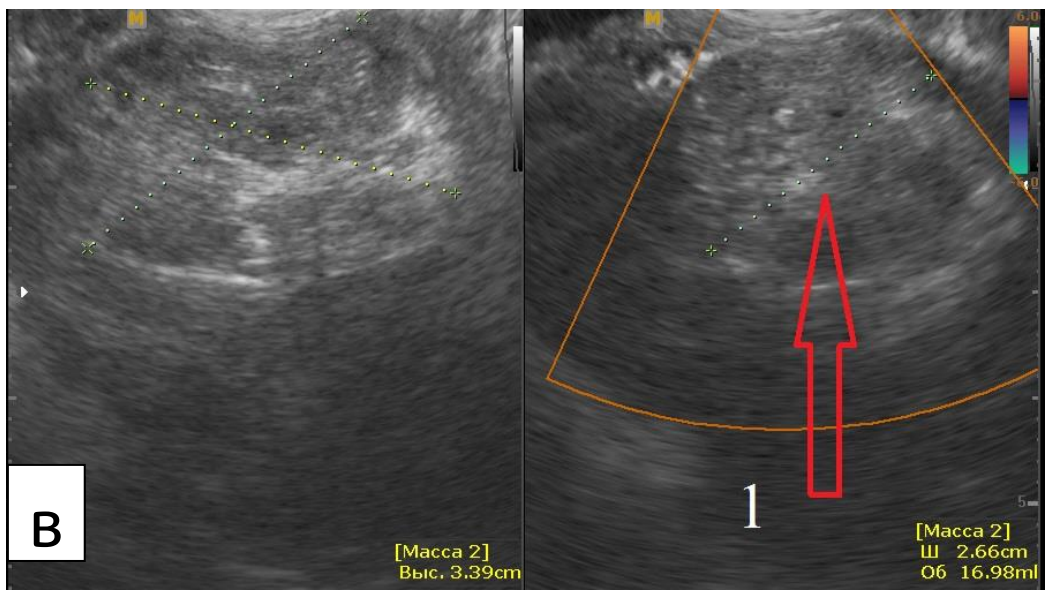
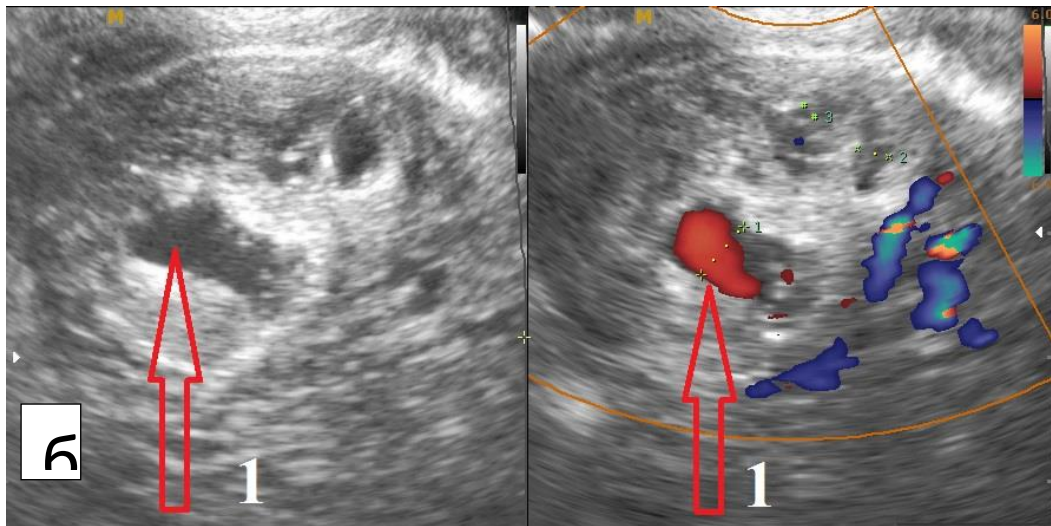
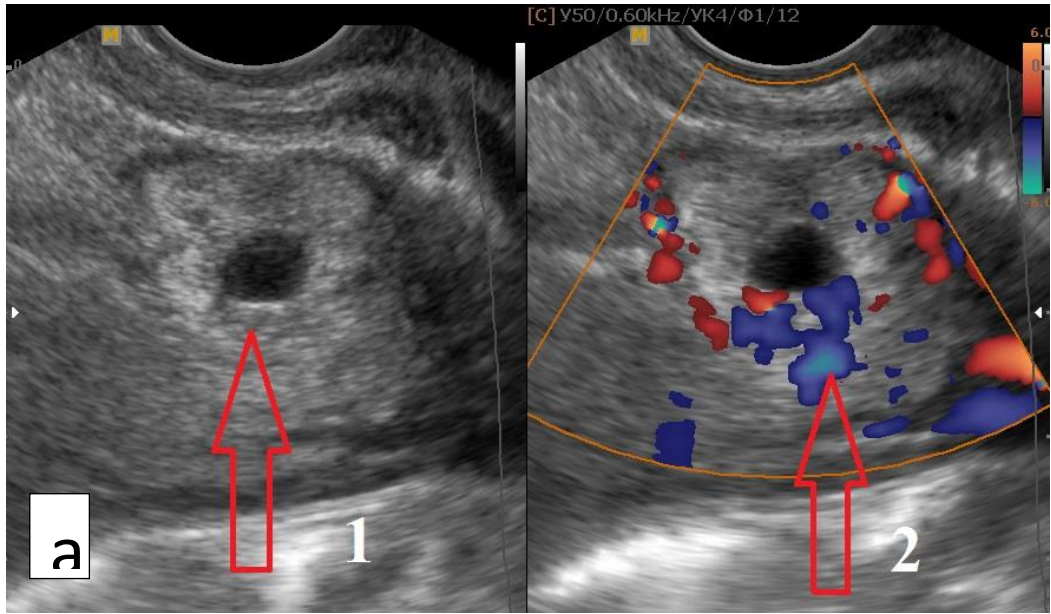
Первичная медицинская помощь при беременности низкой имплантации включает также применение МТХ (системно внутримышечно, либо местно в плодное яйцо под УЗ-контролем). Местное введение может быть более эффективно [61].

Схема применения метотрексата [1,3,61].

День терапии	Обследование	Доза МТХ
1	β -ХГЧ в сыворотке крови; ТВЭ; печеночные пробы; общий анализ крови; группа крови и резус принадлежность; мочевины крови; электролиты крови	50 мг/кв.м. площади поверхности тела в/мышечно или 50 мг в плодное яйцо + 25 мг внутримышечно
4	β -ХГЧ в сыворотке крови	
7	β -ХГЧ в сыворотке крови	

При снижении β -ХГЧ в сыворотке крови более чем на 15% на 4-7 дни от начала лечения и стабильном состоянии пациентки повторная ТВЭ не проводится. Показан еженедельный контроль снижения β -ХГЧ в сыворотке крови до уровня менее 15 мМЕ/мл. При отсутствии достаточного снижения β -ХГЧ в сыворотке крови на 4-7 дни повторяется ТВЭ и повторно вводится МТХ в той же дозе [1,3,61].

Недостатком медикаментозного лечения является персистенция хориона с риском кровотечения при активной васкуляризации дегенерирующей плацентарной ткани. Дополнительная вакуум-аспирация снижает риск кровотечения в периоде последующего наблюдения [3,62]. (см. рис. 9,10). Метод может быть использован в гинекологическом отделении медицинской организации 2-го уровня при условии наличия опыта ведения пациенток с этой патологией и условий для расширения объема оперативного вмешательства в случае профузного кровотечения.



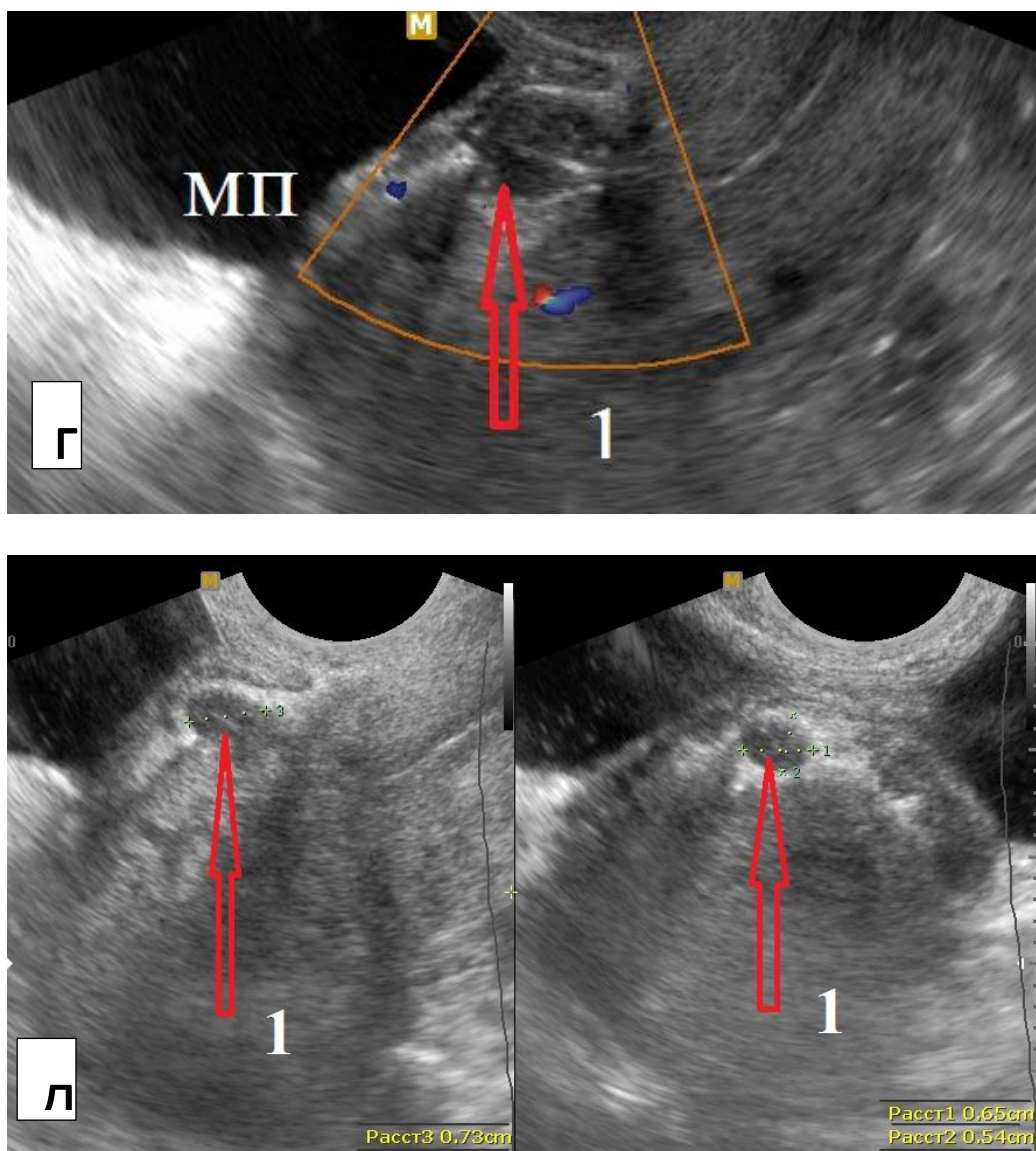


Рис. 9. Медикаментозная терапия беременности в рубце после кесарева сечения (МТХ локально, отсроченная ЭМА в связи с обильным кровотечением):

а) 26.10.2015 – до лечения: Условные обозначения: 1. – плодное яйцо: 2 – перихориальный кровоток

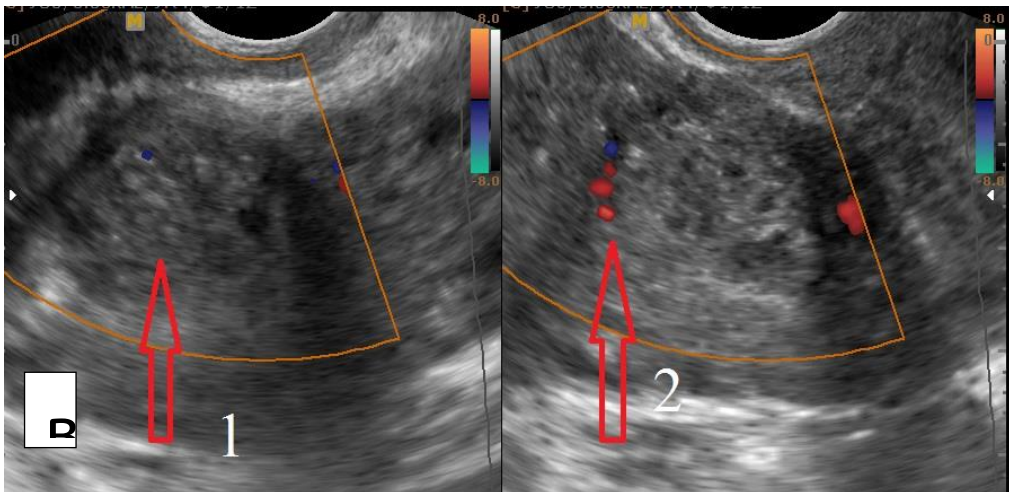
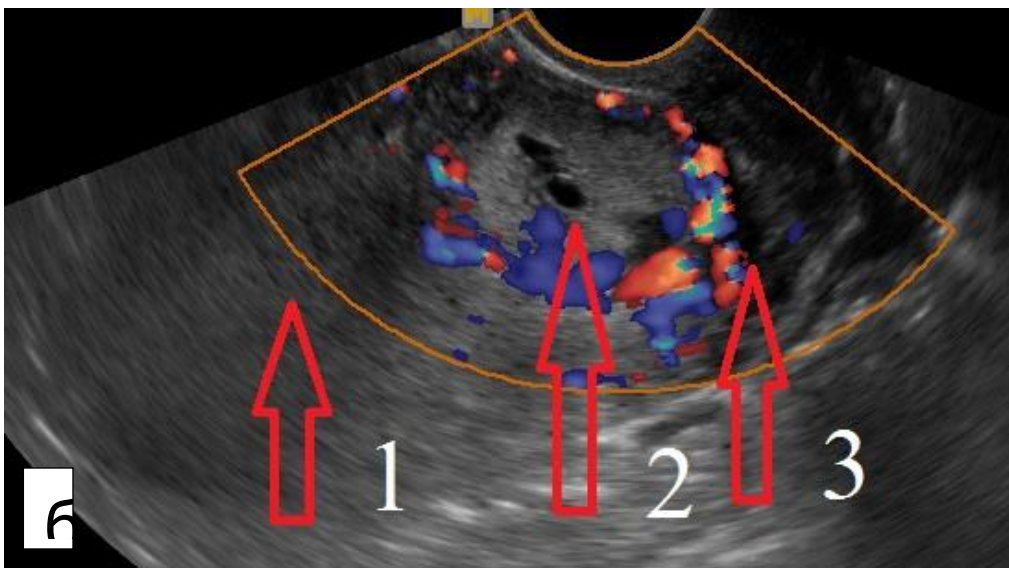
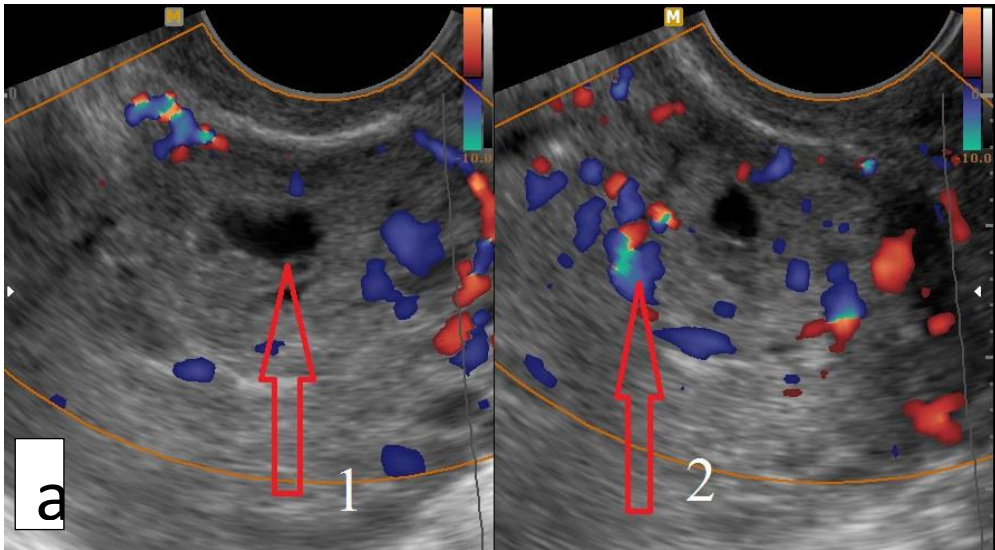
б) 18.12.2015 – после введения метотрексата, обильное кровотечение. Условные обозначения: 1 - артерио-венозная мальформация

в) 21.12.2015 – после ЭМА, достигнут гемостаз.

Условные обозначения: 1. Остаточная аваскулярная ткань в области ложа плодного яйца

г) 22.11.2016 – проспективное наблюдение: Условные обозначения: 1 – остаточная аваскулярная ткань в области ложа плодного яйца, уменьшение размеров образования.

д) 22.06.2017 - проспективное наблюдение. Условные обозначения: 1 – остаточная аваскулярная ткань в области ложа плодного яйца, уменьшение размеров образования.



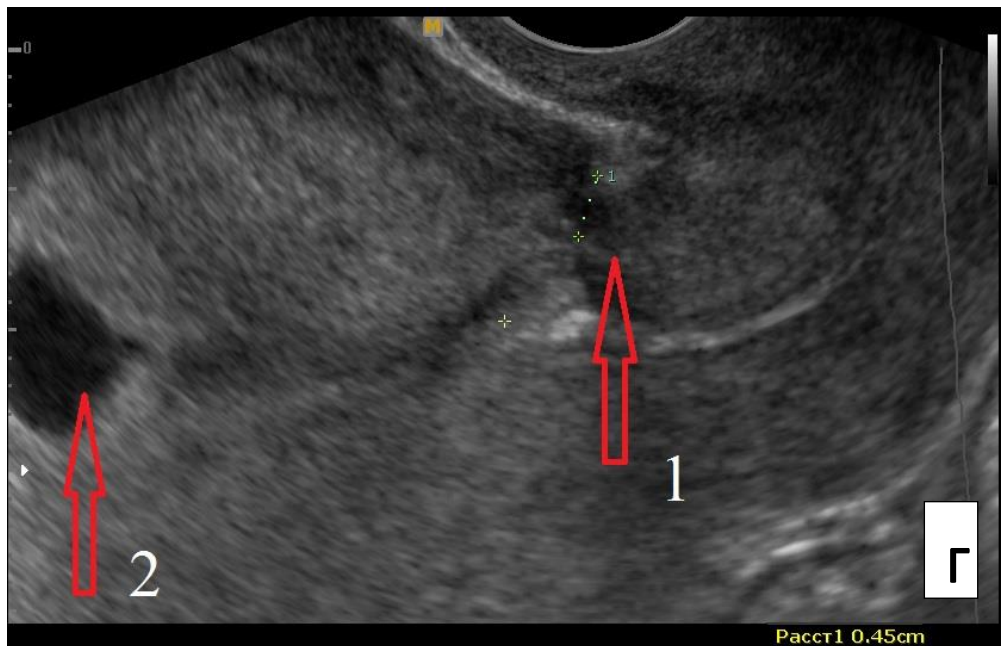


Рис. 10. Медикаментозная терапия беременности в рубце после кесарева сечения (МТХ локально дважды с интервалом в 7 дней):

а) 24.09.2015 – до введения МТХ. Условные обозначения: 1. плодное яйцо, 2 перихориальный кровоток.

б) 05.10.2015 – после двух введений МТХ. Условные обозначения: 1. «пустая» полость матки; 2. плодное яйцо, 3 перихориальный кровоток.

в) 24.12.2015 – проспективное наблюдение. Условные обозначения: 1.персистирующие массы хориона; 2. перихориальный кровоток

г) 23.03.2016 – проспективное наблюдение. Условные обозначения:1. область рубца после кесарева сечения, неизменный миометрий; 2. «новая» маточная беременность 6 недель.

Выжидательная тактика имеет достоверный риск разрыва матки и гистерэктомии. Такая тактика приемлема у пациенток с малым, либо не визуализируемым дефектом в области рубца (уровень доказательности 3) [3] Такая ситуация рассматривается как частичная имплантация. Необходимо информировать пациентку о высоком риске патологии прикрепления (врастания) плаценты и угрожающего жизни кровотечения в случае отказа от прерывания беременности (уровень доказательности 3) [3,72,73]. (см. рис.11).

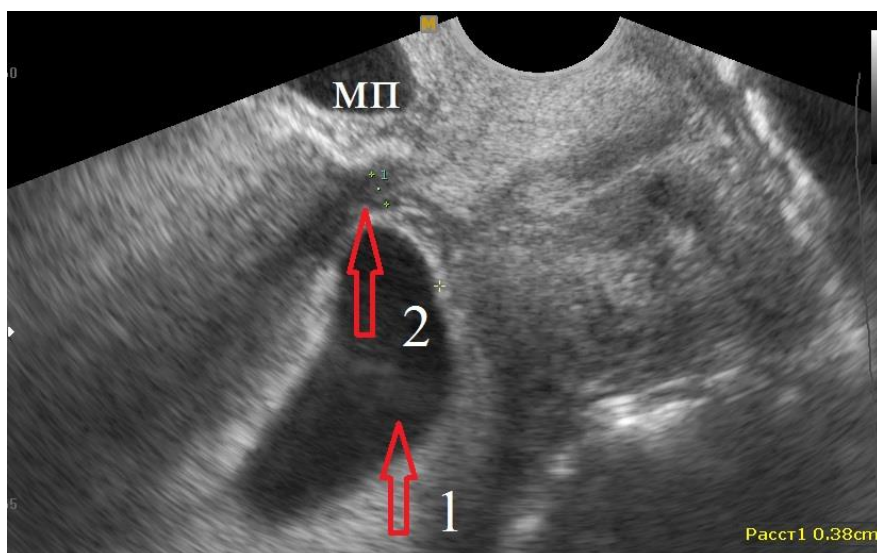


Рис. 11. Беременность низкой имплантации. Условные обозначения: 1. плодное яйцо; 2. область рубца после кесарева сечения

Ведение пациенток во втором триместре с беременностью в рубце после кесарева сечения связано с высоким риском осложнений и гистерэктомии, независимо от метода лечения [3]. Риск оперативного вмешательства должен быть оценен и соотнесен с риском пролонгирования беременности до срока жизнеспособности плода [3]. Помощь таким пациенткам должна оказываться в медицинских учреждениях, оказывающих высокотехнологичную специализированную медицинскую помощь с возможностью интервенционных вмешательств при массивном кровотечении, либо разрыве матки [3,74,75]. (см. рис. 12)

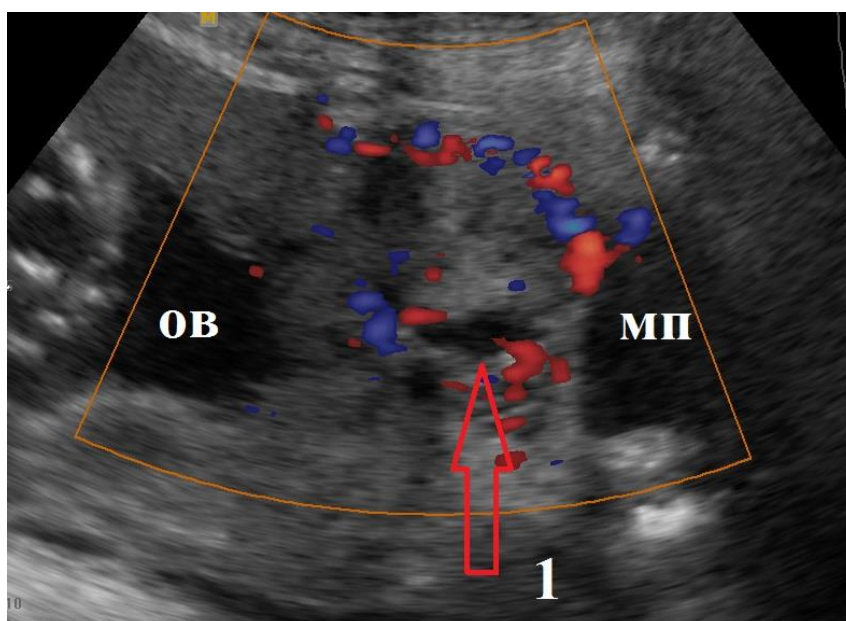


Рис. 12. Вращение плаценты в рубец после кесарева сечения в 16 недель беременности. Условные обозначения: ОВ – околоплодные воды; МП - мочевой пузырь; 1 – «лакуны» в плацентарной ткани

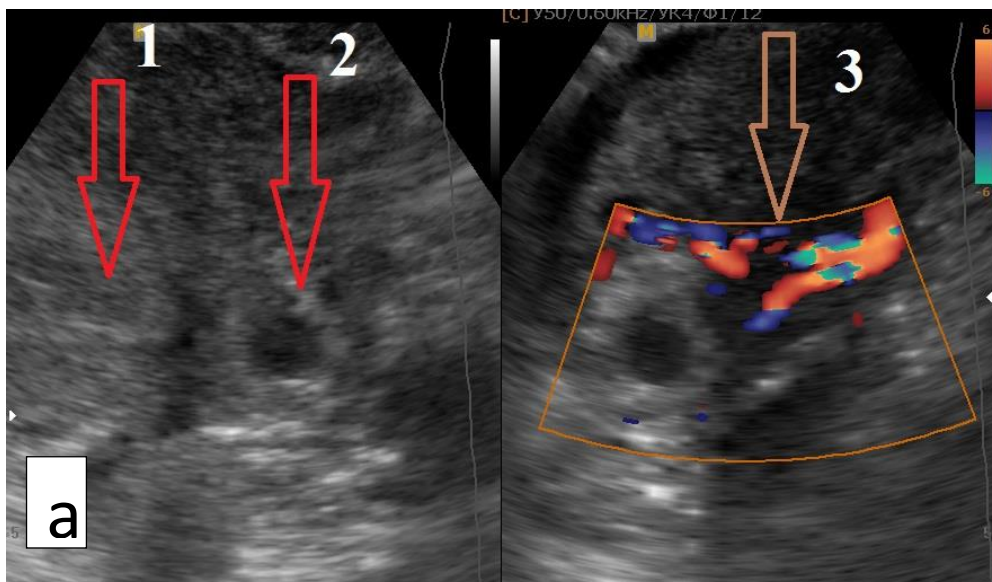
5.3 Лечение ангулярной беременности

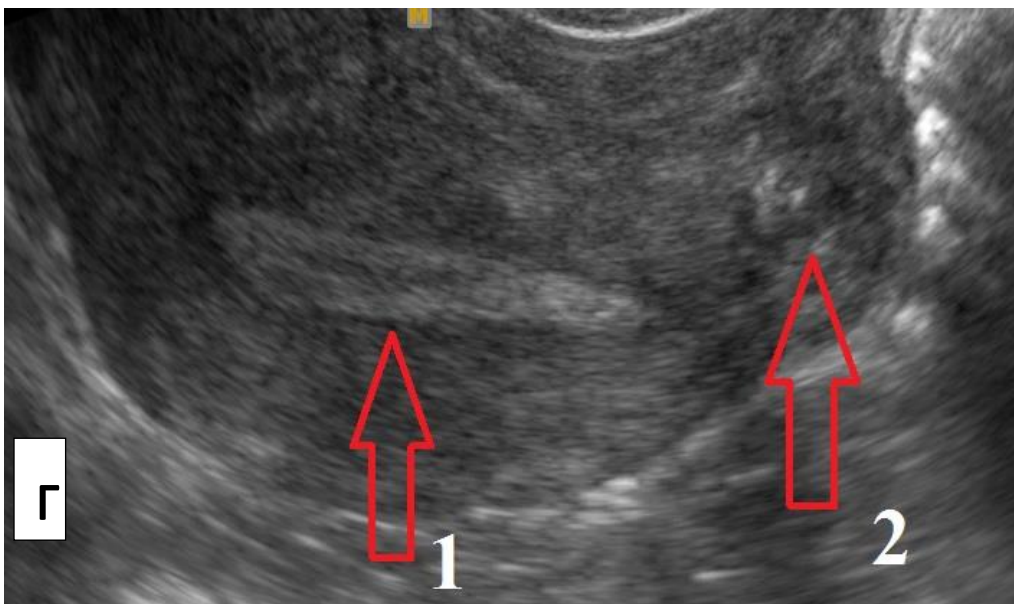
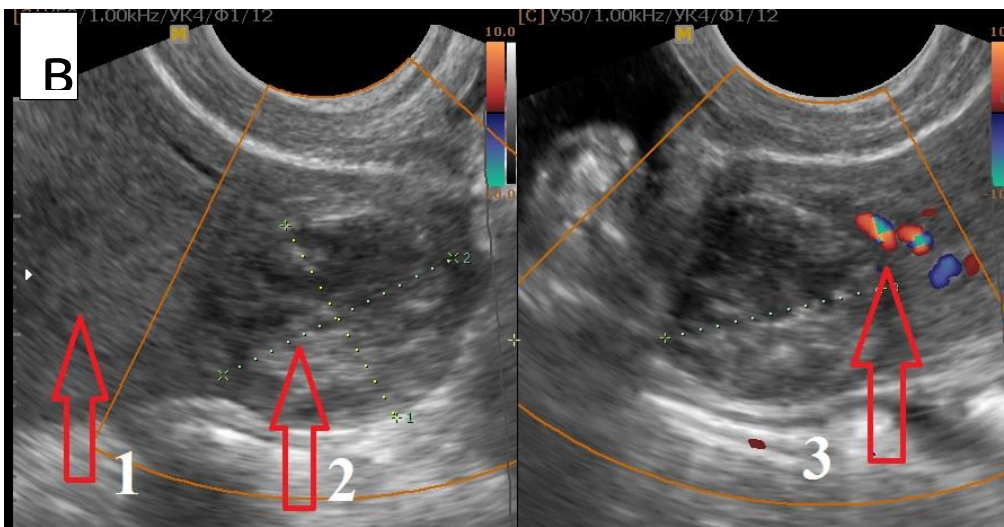
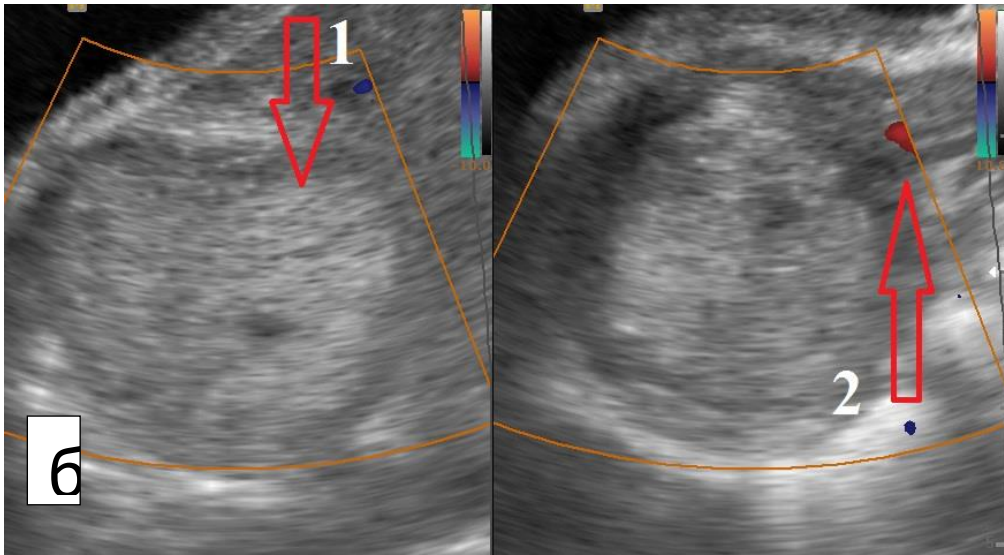
Предпочтительные методы лечения в ранних сроках беременности - кюретаж под контролем гистероскопии и/или лапароскопии, а также консервативное лечение МТХ [50]. При пролонгировании беременности до срока жизнеспособности плода помощь должна оказываться в медицинских учреждениях, оказывающих высокотехнологичную специализированную медицинскую помощь, с возможностью интервенционных вмешательств при массивном кровотечении, либо разрыве матки.

5.4 Лечение интерстициальной беременности

Нехирургическое лечение интерстициальной беременности приемлемо для стабильных пациенток (степень доказательности D) [3]. Выжидательная тактика возможна для пациенток с низким, либо достоверно снижающимся уровнем β -ХГЧ, при этом дополнительное введение МТХ не улучшает исход (степень доказательности D) [3].

Самостоятельная химиотерапия МТХ также доказала эффективность, но недостаточно доказательств для рекомендаций по предпочтительному методу введения (системно, либо локально) (степень доказательности D) [3]. Эмбриоцид повышает шансы на успешный исход лечения: аспирация экзоцеломической жидкости с трансвагинальной ультразвуковой навигацией с последующим внутримышечным введением 25 мг МТХ с/без введением 0.2–0.4 мЭкв хлорида калия (уровень доказательности 3) [3] (см. рис. 13).





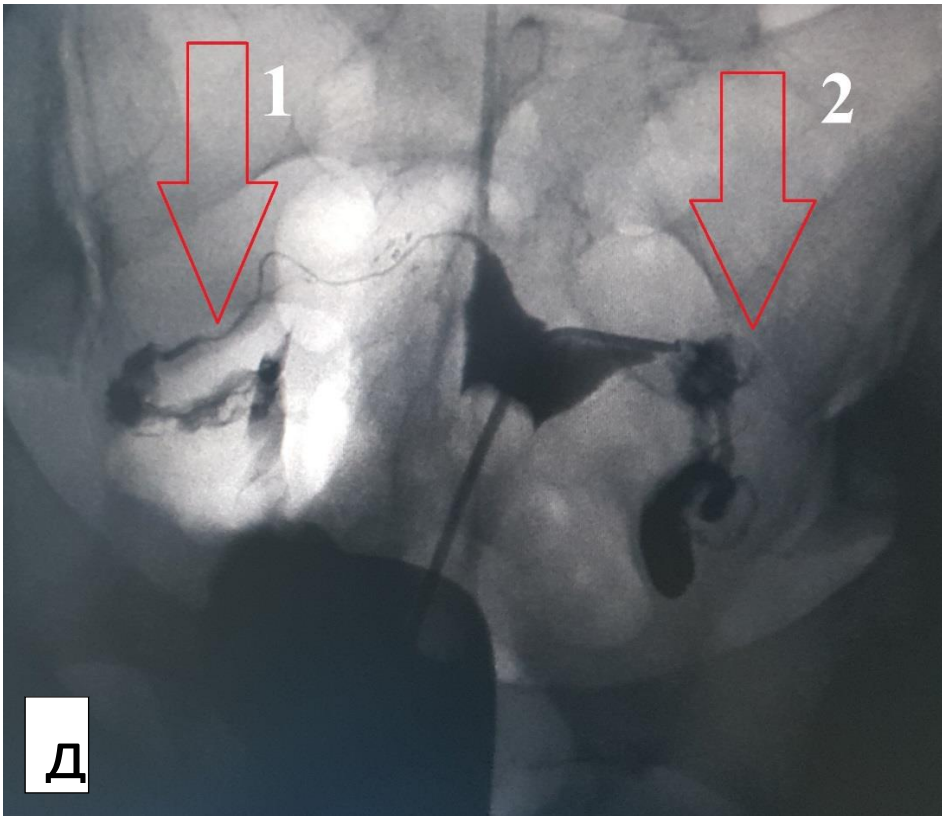


Рис. 13. Пример медикаментозного лечения интерстициальной беременности:

- а) 13.11.2015 до начала лечения. Условные обозначения: 1. полость матки; 2. плодное яйцо; 3. перихориальный кровоток;*
- б) 10.12.2015 - после локального введения МТХ. Условные обозначения: 1 хорион; 2. перихориальный кровоток;*
- в) 28.04.2016 – проспективное наблюдение после локального введения МТХ. Условные обозначения: 1. полость матки; 2. остаточные массы хориона; 3. перихориальный кровоток;*
- г) 30.06.2016 – проспективное наблюдение после локального введения МТХ. Условные обозначения: 1. полость матки; 2. область интерстициального отдела маточной трубы;*
- д) 21.07.2016 - гистеросальпингография под рентгентелевизионным контролем. Условные обозначения: а) труба на стороне пролеченной интерстициальной беременности проходима; б) контрлатеральная труба непроходима в ампулярном отделе – гидросальпинкс.*

Хирургическое лечение лапароскопическим доступом с иссечением трубного угла матки, либо с сальпинготомией, также эффективно (степень доказательности D) [3]. Альтернативной хирургической методикой является гистероскопическая резекция с лапароскопическим, либо ультразвуковым контролем (степень доказательности D) [3]. Нехирургические методы включают селективную ЭМА в сочетании с МТХ, что снижает риск кровотечения [52,76,77]. Недостатком этого метода является

неоднозначность знаний о безопасности и осложнениях при последующих беременностях (уровень доказательности 3) [3]. Недостаточно доказательств для рекомендаций использовать другие нехирургические методы для профилактики осложнений при последующих беременностях (уровень доказательности 3) [3].

При отсутствии оборудования для выполнения операции эндоскопическим доступом выполняется исследование трубного угла матки «открытым» доступом (см. рис.14).

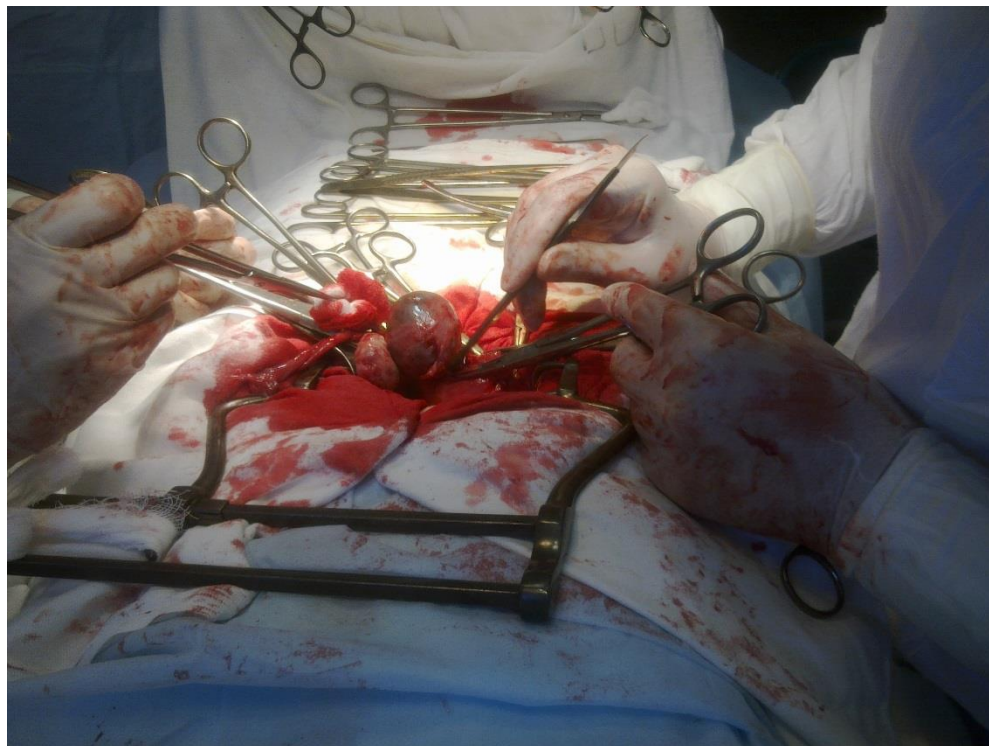
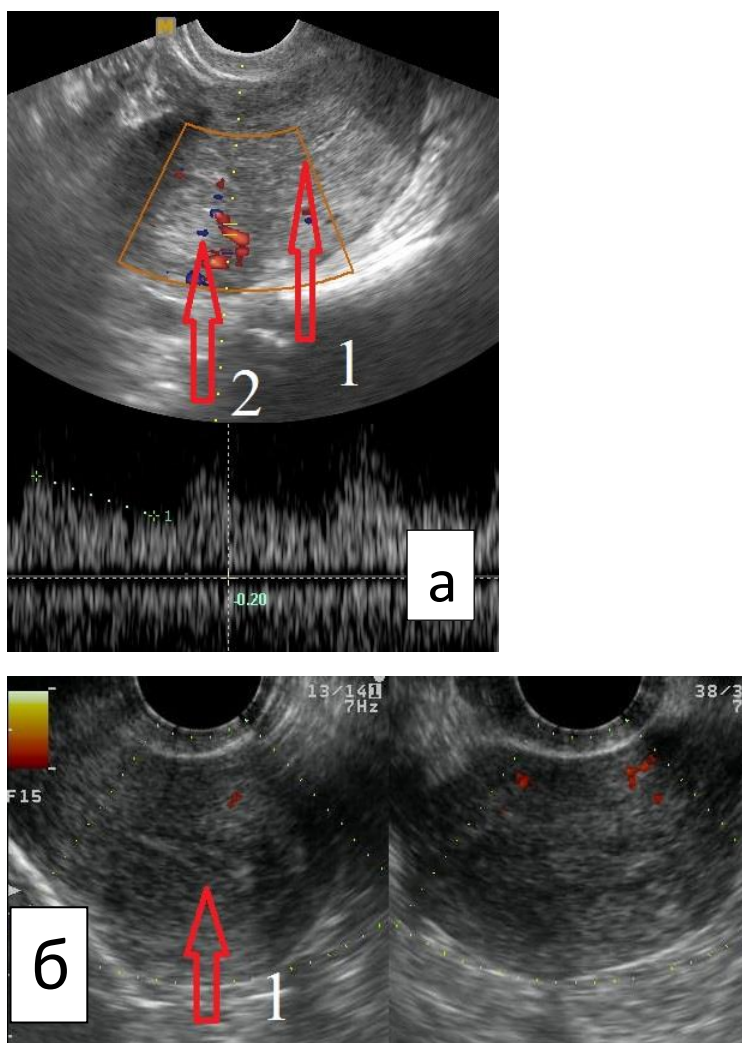


Рис. 14. Иссечение трубного угла матки вместе с маточной трубой «открытым» доступом при интерстициальной беременности.

После консервативной терапии МТХ рекомендуется предохранение от последующих беременностей не менее трех месяцев (степень доказательности D) [3].

5.5 Лечение интрамуральной беременности

Лечебная тактика зависит от локализации, глубины инвазии в миометрия, срока гестации на момент диагностики, жизнеспособности плода и желания пациентки пролонгировать беременность. При лечении прервавшейся частичной интрамуральной беременности может быть выполнено выскабливание полости под УЗ-контролем для полной эвакуации продукта зачатия и снижения риска перфорации матки (см. рис. 15).



*Рис. 15. Частичная интрамуральная беременность, прервавшаяся.
а) до лечения; б) через месяц после выскабливания полости матки под УЗ-контролем*

Условные обозначения: 1.полость матки; 2. хорион, инвазия в миометрий

Полная интрамуральная беременность недоступна хирургической трансцервикальной эвакуации. В этом случае предпочтительны выжидательная тактика, либо медикаментозная терапия. Локальное введение МТХ с/без интракардиальной инъекцией хлорида калия может использоваться при прогрессирующей беременности. В отделениях, не имеющих оснащения для локального введения МТХ, системное введение самостоятельно, либо в комбинации с ЭМА, также может быть успешным. Ведение прогрессирующей желанной интрамуральной беременности у асимптомных пациенток не стандартизировано, поскольку прогноз неясен. Необходимо информировать пациентку о том, что «почти наверняка будет иметь место врастание плаценты с высоким риском гистероэктомии в случае прогрессирования беременности» [51]. Также имеется существенный риск разрыва матки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При соблюдении стандартов проведения трансвагинальной эхографии у асимптомных пациенток с факторами риска в анамнезе возможна диагностика редких форм эктопической стеночной беременности на ранних сроках гестации. Своевременная диагностика до этапа врастания ворсин хориона в стенку матки позволяет выполнить малоинвазивное лечение с сохранением матки и восстановлением репродуктивной функции пациентки. Учитывая небольшой удельный вес данной патологии в структуре ВБ и отсутствие крупных рандомизированных контролируемых исследований, а также систематических обзоров с мета-анализом, большинство рекомендаций по диагностике и лечению имеет невысокий уровень доказательности и градации рекомендаций в соответствии с классификацией [78]. По мере накопления данных вероятны изменения в существующих на настоящий момент рекомендациях в соответствии с принципами доказательной медицины. Авторы надеются, что настоящее руководство поможет практикующим специалистам систематизировать знания о терминологии, диагностических критериях, сроках и алгоритмах диагностики и лечения стеночных форм ВБ.

КОНТРОЛЬНЫЕ ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ К МЕТОДИЧЕСКОМУ ПОСОБИЮ

1. Внетубарной внематочной беременностью является:

- а) имплантация оплодотворенной яйцеклетки за пределами полости матки и маточной трубы;
- б) имплантация оплодотворенной яйцеклетки за пределами матки и маточной трубы;
- в) имплантация оплодотворенной яйцеклетки в брюшной полости;
- г) сочетание маточной и брюшной беременности;

2. Рост числа случаев внетубарных ВБ в последние десятилетия связан:

- а) с увеличением возраста первородящих;
- б) с развитием вспомогательных репродуктивных технологий;
- в) с изменением структуры факторов риска;
- г) с совершенствованием методов ранней диагностики;
- д) правильно в) и г);

3. Внематочная (эктопическая) стеночная беременность является вариантом:

- а) трубной беременности;
- б) яичниковой беременности;
- в) других форм внематочной беременности;
- г) неуточненной внематочной беременности;
- д) беременности в рубце после кесарева сечения;

4. К внематочной (эктопической) стеночной беременности относят:

- а) интерстициальную беременность;
- б) шеечную беременность;
- в) беременность в добавочном роге матки;
- г) беременность в рубце после кесарева сечения;
- д) верно а) и г);
- е) ничего из перечисленного;

5. Ангулярная беременность – это:

- а) вариант маточной беременности;
- б) вариант внематочной (эктопической) беременности;
- в) вариант интерстициальной беременности

6. При внематочной (эктопической) беременности возможно донашивание беременности до срока жизнеспособности плода при отказе пациентки от прерывания беременности:

- а) при шеечной;

- б) при интерстициальной)
- в) при шеечно-перешеечной)
- г) при ангулярной;
- д) верно в) и г)

7. К факторам риска беременности в рубце после кесарева сечения относят:

- а) возраст матери;
- б) перенесенный хламидиоз;
- в) число ранее выполненных кесаревых сечений;
- г) технику кесарева сечения;
- д) ничего из перечисленного;

8. К факторам риска интерстициальной беременности относятся:

- а) инфекции малого таза,
- б) вспомогательные репродуктивные технологии
- в) аномалии развития половых органов
- г) верно а) и б)
- д) кесарево сечение в анамнезе
- е) ничего из перечисленного

9. Для ангулярной беременности характерно:

- а) несоответствие размеров матки сроку беременности;
- б) болевой абдоминальный синдром при задержке менструации + асимметричная форма тела матки;
- в) тяжелый ранний гестоз;
- г) отставание уровня β -ХГЧ крови от срока гестации

10. Беременность в рубце после кесарева сечения следует заподозрить, если:

- а) имеются факторы риска в анамнезе, а также положительный качественный анализ β -ХГЧ в моче при отсутствии клинических жалоб;
- б) наличии не менее трех кесаревых сечений в анамнезе;
- в) при наличии гематурии при беременности;
- г) при несоответствии уровня β -ХГЧ крови сроку гестации;

11. При подозрении на стеночную беременность необходимо:

- а) выполнить два количественных анализа β -ХГЧ крови с интервалом в 48 часов;
- б) выполнить однократный анализ β -ХГЧ крови и прогестерона крови;
- в) выполнить трансвагинальную эхографию;
- г) выполнить трехмерную эхографию любым доступом;
- д) выполнить трансвагинальную эхографию и подтвердить диагноз МРТ малого таза

12. Дифференциальным признаком шеечно-перешеечной и истинной шеечной беременности является:

- а) отрицательный «sliding-sign»;
- б) «бочкообразная» форма шейки матки;
- в) наличие сомкнутого цервикального канала выше плодного яйца;
- г) укорочение шейки матки;

13. Ангулярная беременность может сопровождаться:

- а) хронической тазовой болью;
- б) кровотечениями;
- в) спонтанным абортом;
- г) разрывом матки;
- д) врастанием плаценты в стенку матки;
- е) прогрессировать до срока родов;
- ж) все перечисленное верно;

14. При наличии клинических жалоб пациентки с диагнозом «подозрение на эктопическую стеночную беременность» при стабильном состоянии:

- а) должны быть госпитализированы бригадой скорой помощи в стационар 3-й группы;
- б) допускается самостоятельная транспортировка;
- в) наблюдаются в женской консультации до срока жизнеспособности плода;
- г) тактика ведения решается индивидуально консилиумом в составе участкового акушера-гинеколога, зав. женской консультацией, специалиста УЗД

15. Асимптомные пациентки с диагнозом «подозрение на эктопическую беременность низкой имплантации»:

- а) должны быть госпитализированы бригадой скорой помощи в стационар 3-й группы;
- б) должны быть направлены в консультативно-диагностическое отделение медицинской организации третьего уровня (перинатального центра) для экспертного консультирования;
- в) наблюдаются в женской консультации до срока жизнеспособности плода;
- г) тактика ведения решается индивидуально консилиумом в составе участкового акушера-гинеколога, зав. женской консультацией, специалиста УЗД

16. Вакуум-аспирация при прерывании беременности низкой имплантации в ранних сроках гестации для обеспечения гемостаза сочетается с:

- а) тампонадой матки;
- б) клеммами по Бакшееву;
- в) со швами на шейку матки по Широкарку;

- г) с установкой Фолеевского катетера;
- д) с ЭМА;
- е) верно а) и б)
- ж) верно в), г), д);

17. При профузном кровотечении в ранних сроках гестации при эктопической стеночной беременности:

- а) выполняется гистерэктомия;
- б) выполняется тампонада влагалища в сочетании с гормональным гемостазом;
- в) выбор метода лечения зависит от локализации плодного яйца и стабильности состояния пациентки;
- г) выполняется ЭМА;

18. Недостатком медикаментозного лечения стеночной беременности МТХ является:

- а) персистенция хориона с риском кровотечения при активной васкуляризации дегенерирующей плацентарной ткани;
- б) системные эффекты препарата;
- в) необходимость длительного мониторинга β -ХГЧ крови;
- г) риск нежелательных лекарственных взаимодействий;
- д) верно все перечисленное;

19. Разовая доза МТХ рассчитывается в соответствии с:

- а) весом пациентки;
- б) площадью поверхности тела пациентки;
- в) уровнем β -ХГЧ в крови;
- г) сроком гестации от первого дня последней менструации;

20. Выжидательная тактика при интерстициальной беременности возможна для пациенток:

- а) отказывающихся от прерывания беременности;
- б) имеющих противопоказания к введению МТХ;
- в) с низким, либо достоверно снижающимся уровнем β -ХГЧ;
- г) с низким, либо достоверно снижающимся уровнем β -ХГЧ при условии обязательного дополнительного введения МТХ

21. При лечении прервавшейся частичной интрамуральной беременности следует:

- а) выполнить выскабливание полости матки под УЗ-контролем;
- б) выполнить тотальную гистерэктомию;
- в) проводить динамическое наблюдение с мониторингом β -ХГЧ крови;
- г) использовать процедуры по обеспечению гемостаза (ЭМА, шов на шейку матки по Широкарку, балонная тампонада матки);

22. Дифференциальная диагностика беременности в рубце после кесарева сечения проводится с:

- а) маточной беременностью;
- б) шеечной беременностью;
- в) абортom в ходу;
- г) пузырьным заносом;
- д) верно все перечисленное;

23. После проведения лечения МТХ предохранение от беременности:

- а) не рекомендуется;
- б) рекомендуется на 3 месяца;
- в) рекомендуется на год;
- д) рекомендуется до конца репродуктивного периода;

24. Двукратное определение сывороточного уровня β -ХГЧ у пациенток с интерстициальной беременностью:

- а) влияет на выбор метода лечения;
- б) не имеет диагностического значения;
- в) важно для диагностики;
- г) верно а) и б);
- д) верно а) и в);

25. Ранняя диагностика беременности в рубце после кесарева сечения возможна:

- а) при определении сердцебиения эмбриона за пределами полости матки;
- б) при определении центра плодного яйца ниже середины длины матки;
- в) при истончении стенки матки в области рубца после кесарева сечения;
- г) при обнаружении гематомы в области рубца после кесарева сечения;

26. Определение места бифуркации основного ствола маточной артерии имеет значение для:

- а) уточнения эктопической низкой имплантации в случае затруднений с определением внутреннего зева шейки матки;
- б) для прогнозирования преэклампсии в ранних сроках гестации;
- в) для исключения аномалий развития матки;

27. При спектральной доплерометрии основного ствола маточной артерии максимальная систолическая скорость кровотока должна быть не менее:

- а) 20 см/сек;
- б) 40 см/сек;
- в) 50 см/сек;
- г) 100 см/сек;

28. Дифференциальный диагноз интерстициальной беременности проводится с:

- а) миомой матки;
- б) ангулярной беременностью;
- в) беременностью в добавочном роге матки;
- г) маточной беременностью
- д) верно все перечисленное;

29. При полной интрамуральной беременности:

- а) невозможно донашивание до срока жизнеспособности плода;
- б) возможно донашивание до срока жизнеспособности плода в условиях стационара 3 уровня, способного к оказанию высокотехнологичной специализированной помощи;
- в) возможно донашивание до срока жизнеспособности при условии наблюдения в женской консультации;

30. Диагноз эктопической стеночной беременности:

- а) имеет право поставить врач УЗД при выполнении стандартной трансвагинальной эхографии;
- б) может быть поставлен только после верификации диагноза методом МРТ;
- в) требует не менее двух методов верификации: двухмерное УЗИ + трехмерное УЗИ, либо двухмерное УЗИ + МРТ;
- г) может быть поставлен только при использовании УЗ-сканера экспертного класса с максимальной разрешающей способностью.

Ответы

- 1 – а, 2 – д, 3 – в, 4 – д, 5 – б, 6 – д, 7 – д,
8 – г, 9 – б, 10 – а, 11 – в, 12 – в, 13 – ж, 14 – а,
15 - б, 16 - ж, 17 - в, 18 - д, 19 - б, 20 - в, 21 - а, 22 - д,
23 - б, 24 - г, 25 - б, 26 - а, 27 - в, 28 - д, 29 - а, 30 - а.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача №1.

Пациентка П., 33 лет, обратилась с жалобами на выделения крови из половых путей на фоне задержки менструации.

Из анамнеза заболевания: считает себя больной в течение 2-х дней, когда стали беспокоить выделения крови из половых путей. Тест с β -ХГЧ мочи положительный. П. менструация 50 дней назад.

Из анамнеза жизни: Беременностей 3: роды 1 - срочные, родоразрешение операцией кесарева сечения 5 лет назад (показания – слабость родовой деятельности), вес ребенка 3500,0; роды 2 - - срочные, плановое кесарево сечение в связи с рубцом на матке, вес ребенка 3800,0. 3-я беременность настоящая. Гинекологические заболевания отрицает.

Объективный статус. Общее состояние удовлетворительное. АД 120/70 мм. рт. ст. Пульс 70 ударов минуту. Живот мягкий безболезненный. Симптомы раздражения брюшины отрицательные.

Status genitalis: Наружные половые органы развиты правильно, уретра, парауретральные железы без особенностей. Половая щель сомкнута.

В зеркалах: слизистая влагалища цианотичная, чистая. Шейка матки субконическая, чистая, наружный зев округлый, выделения темной крови скудно.

Бимануально: Матка увеличена до 7 недель беременности, шаровидной формы, размягчена, подвижна, безболезненна. Придатки с обеих сторон не увеличены, безболезненны. Своды свободны. Смещения шейки матки безболезненны.

УЗИ гениталий: В полости матки лоцируется плодное яйцо СВД 20 мм. Центр плодного яйца ниже середины матки. В полости плодного яйца лоцируется один эмбрион КТР=6 мм с ритмичными сердцебиениями. Кольцевидный желточный мешок 3 мм. Хорион кольцевидный 6 мм толщиной. Нижний полюс плодного яйца – на уровне внутреннего зева шейки матки. Толщина миометрия в области рубца после кесарева сечения 3 мм. Длина шейки матки 30 мм. (см. рис. 16).



Рис. 16. УЗИ малого таза у пациентки П. 20.04.2017.

Вопросы:

1. Перечислите диагностические критерии данного заболевания
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. Определите лечебную тактику.

Ответы:

1. **Диагностические критерии:** 1. Кесарево сечение в анамнезе + положительный тест ХГЧ мочи; 2. Низкая имплантация плодного яйца по данным УЗИ.
2. **Диагноз:** «Эктопическая (стеночная) внематочная беременность низкой имплантации в рубце после кесарева сечения».
3. **Лечебная тактика:** учитывая высокий риск осложнений, целесообразно прерывание беременности методом вакуум-аспирации полости матки под УЗ-контролем с мониторингом β -ХГЧ после получения информированного согласия пациентки.

Проспективное наблюдение: пациентка отказалась от прерывания беременности, в 26 недель в связи с кровотечением выполнено экстренное кесарево сечение, получен живой ребенок весом 650,0. В течение 1,5 месяцев после родов – выделения крови, периодически усиливающиеся. При экстренной госпитализации в гинекологический стационар по данным УЗИ с доплерометрией диагностирована персистенция хориона в области рубца после кесарева сечения (см. рис. 17). Пациентка переведена в стационар 3 уровня, где выполнена ЭМА с целью гемостаза.

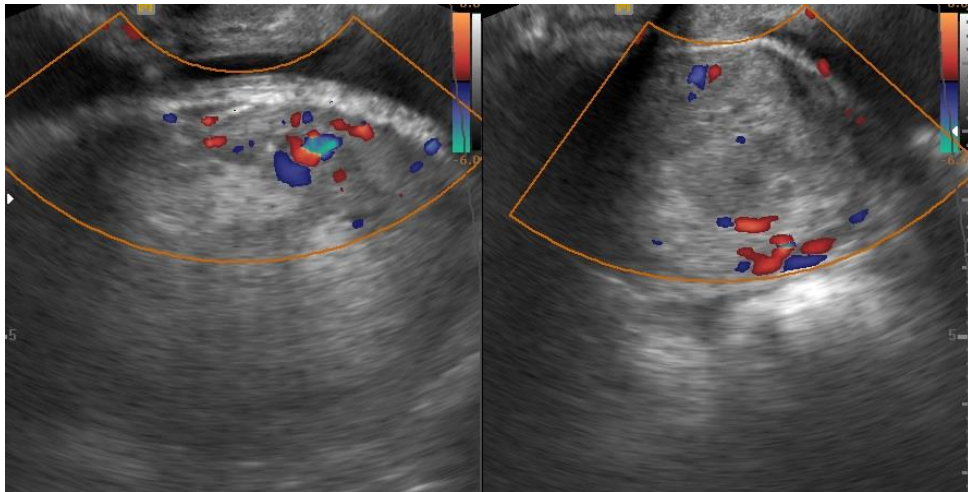


Рис. 17. УЗИ малого таза у пациентки П. 05.10.2017.

Задача №2.

Пациентка М., 52 лет, обратилась с жалобами на обильные выделения крови из половых путей на фоне нарушения менструальной функции.

Из анамнеза заболевания: считает себя больной в течение 2-х месяцев, когда после искусственного аборта в сроке 7-8 недель беременности, стали беспокоить ациклические выделения крови из половых путей. Со слов ПГИ abortного материала «маточная беременность». Через 2 недели после аборта выполнено повторное выскабливание полости матки (ПГИ неизвестно), выделения крови продолжаются. β -ХГЧ крови - 300 мМЕ\мл.

Из анамнеза жизни: Беременностей 5: роды 1 - срочные, 25 лет назад, вес ребенка 3300,0; роды 2 - - срочные, 23 года назад, вес ребенка 300,0. 3 искусственных аборта. Гинекологические заболевания в анамнезе – аденомиоз, наблюдение.

Объективный статус. Общее состояние удовлетворительное. АД = 130/70 мм. рт. ст. Пульс 72 ударов минуту. Живот мягкий, безболезненный. Симптомы раздражения брюшины отрицательные.

Status genitalis: Наружные половые органы развиты правильно, уретра, парауретральные железы без особенностей. Половая щель сомкнута.

В зеркалах: слизистая влагалища розовая, чистая. Шейка матки цилиндрическая, чистая, наружный зев щелевидный, выделения алой крови обильно.

Бимануально: Матка увеличена до 6 недель беременности, шаровидной формы, размягчена, подвижна, безболезненна. Придатки с обеих сторон не

увеличены, безболезненны. Своды свободны. Смещения шейки матки безболезненны.

УЗИ гениталий: Матка шаровидной формы, контуры четкие. Полость матки щелевидная, М-эхо = 6 мм. В верхней трети передней стенки тела матки в миометрии лоцируется зона неоднородной структуры с нечеткими контурами, выполняет толщу миометрия. Толщина интактного миометрия от наружного контура матки до 3 мм. Наружный контур матки четкий, ровный. Зона эндо-миометрального перехода в области описанного образования не определяется, контур полости матки не определяется, в просвет полости матки пролабируют массы неоднородной структуры с неровным контуром, обращенным в полость матки. В режиме ЦДК – обильный мозаичный кровотоков по всему объему образования (4 балла согласно критериям MUSA) (см. рис. 18).

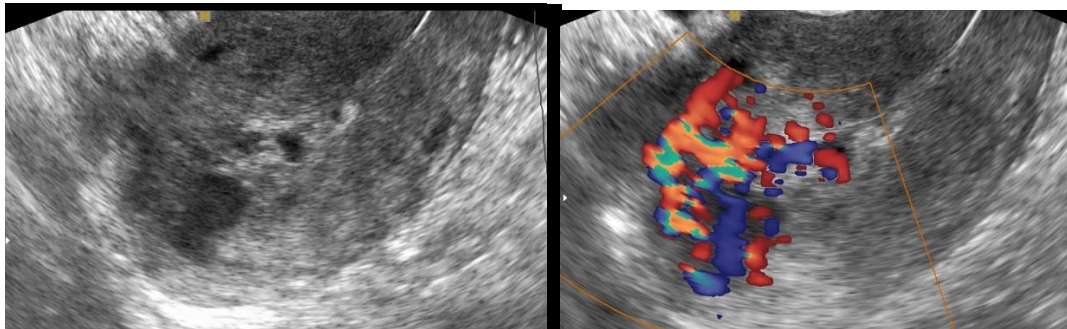


Рис. 18. УЗИ малого таза пациентки М. до лечения.

Вопросы:

1. Перечислите диагностические критерии данного заболевания
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. Определите лечебную тактику.

Ответы:

1. **Диагностические критерии:** 1. Повторные выскабливания полости матки в анамнезе + положительный тест β -ХГЧ крови; 2. Отсутствие визуализации зоны эндомиометрального перехода, обильная васкуляризация (4 балла), трофобластический тип кровотока по данным УЗИ.

2. **Диагноз:** «Эктопическая (стеночная) внематочная беременность прервавшаяся частичная интрамуральная».

3. **Лечебная тактика:** учитывая высокий риск осложнений, целесообразно прерывание беременности методом выскабливания полости матки под УЗ-контролем с мониторингом β -ХГЧ после получения информированного согласия пациентки.

Перспективное наблюдение: после получения информированного согласия пациентки на операцию выполнено выскабливание полости матки под УЗ-контролем. Спустя сутки после выскабливания повторный УЗ_контроль: полость матки «пустая», в миометрии в дуплексном режиме (В/ЦДК) зон аномальной васкуляризации не выявлено (см. рис. 19). β -ХГЧ крови в течение недели снизился до 2 мМЕ\мл. В ПГИ соскоба: «Ворсины хориона с дистрофическими изменениями».

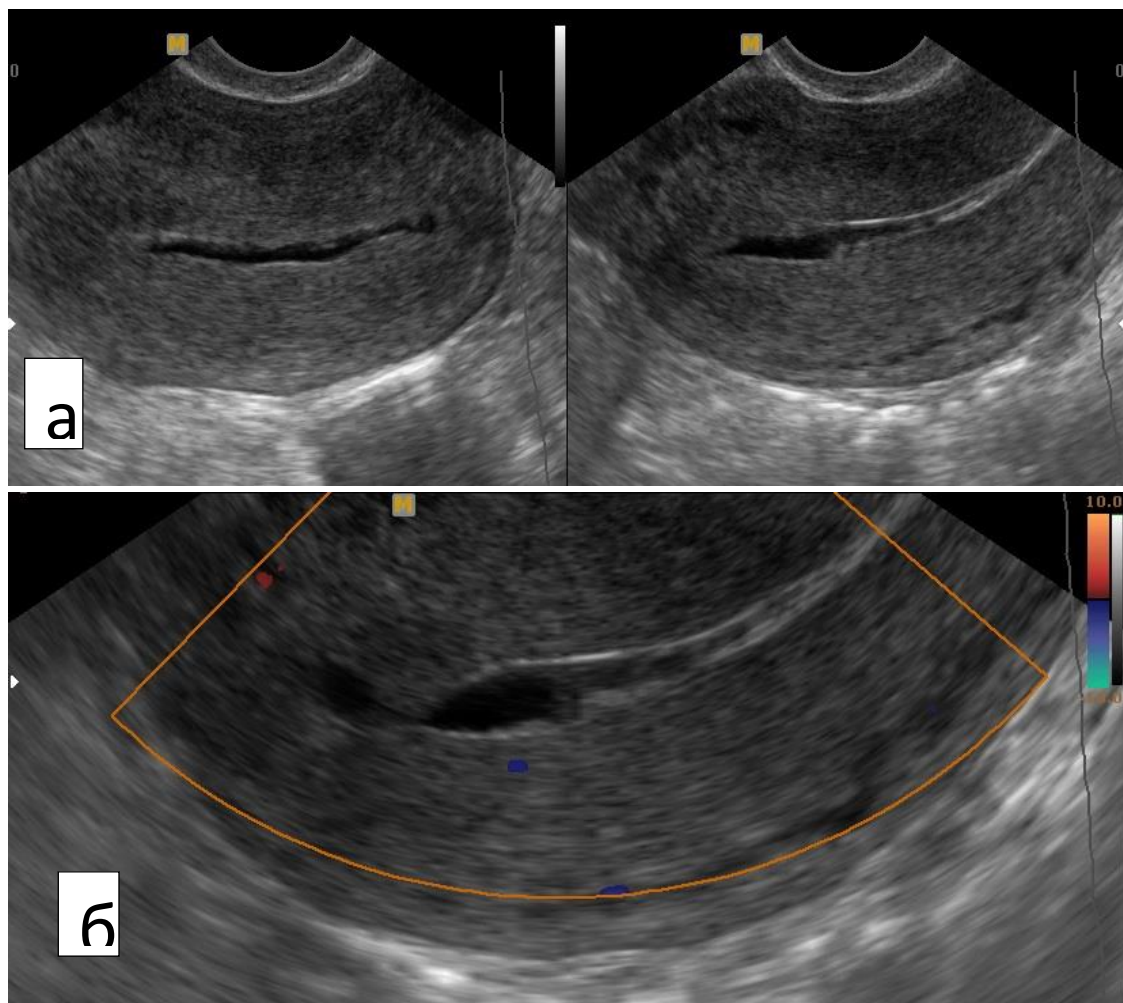


Рис. 19. УЗИ малого таза пациентки М. спустя сутки после лечения.
а) в режиме «серой шкалы»; б) в дуплексном режиме В/ЦДК

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Основная литература

1. Клинические рекомендации (протокол лечения) «Внематочная (эктопическая) беременность», 2017;
2. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2012 г. № 572н;

Дополнительная литература

3. Diagnosis and Management of Ectopic Pregnancy Green-top Guideline No. 21 RCOG/AEPU Joint Guideline | November 2016;
4. Clinical practice guideline the diagnosis and management of ectopic pregnancy Institute of Obstetricians and Gynaecologists, Royal College of Physicians of Ireland and Directorate of Clinical Strategy and Programmes, Health Service Executive: November 2014, Guideline No: 33 Revision date: November 2017;

Литература, использованная авторами

5. Shen L, Fu J, Huang W, Zhu H, Wang Q, Yang S, Wu Tet_al-2014-Interventions for non-tubal ectopic pregnancies (Protocol). Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 7. Art. No.: CD011174. DOI: 10.1002/14651858.CD011174;
6. Panelli D.M, Phillips C.H., Brady P.C. Incidence, diagnosis and management of tubal and nontubal ectopic pregnancies: a review. Fertility Research and Practice 2015; 1:15;
7. Bouyer J, Coste J, Fernandez H, Pouly JL, Job-Spira N. Sites of ectopic pregnancy: a 10 year population-based study of 1800 cases. Human Reproduction 2002;17(12):3224–30;
8. Centre for Maternal and Child Enquiries (CMACE). BJOG 2011: 118 (Suppl. 1), 1–20;
9. Stucki D, Buss J. The ectopic pregnancy, a diagnostic and therapeutic challenge. Journal of Medicine and Life 2008;1 (1):40–8;
10. Barnhart KT. Clinical practice. Ectopic pregnancy. The New England Journal of Medicine 2009;361(4):379–87;
11. Jurkovic D, Wilkinson H. Diagnosis and management of ectopic pregnancy. BMJ 2011;342:d3397;
12. Orazulike NC, Konje JC. Diagnosis and management of ectopic pregnancy. Womens Health (Lond Engl) 2013;9(4): 373–85;
13. Ngu SF, Cheung VY. Non-tubal ectopic pregnancy. International Journal of Gynaecology and Obstetrics 2011;115 (3):295–7;
14. Timor-Tritsch IE, Monteagudo A. Unforeseen consequences of the increasing rate of cesarean deliveries: early placenta accreta and cesarean scar pregnancy. A review. Am J Obstet Gynecol 2012;207:14–29;
15. Makukhina T., Makukhina V. Low-lying-implantation ectopic pregnancies treatment and outcomes Ultrasound in Obstetrics & Gynecology 2016; 48 (Suppl. 1): 228;

16. Nadi M, Richard C, Filipuzzi L, Bergogne L, Douvier S, Sagot P. Interstitial, angular and cornual pregnancies: Diagnosis, treatment and subsequent fertility. *Gynecol Obstet Fertil Senol.* 2017 Jun;45(6):340-347. doi: 10.1016/j.gofs.2017.05.002. Epub 2017 May 25;
17. Levine D. Ectopic pregnancy. *Radiology* 2007;245(2): 385–97;
18. Moawad NS, Mahajan ST, Moniz MH, Taylor SE, Hurd WW. Current diagnosis and treatment of interstitial pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2010; 202: 15–29;
19. Poon LC, Emmanuel E, Ross JA, Johns J. How feasible is expectant management of interstitial ectopic pregnancy? *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2014 Mar;43(3):317-21. doi: 10.1002/uog.12565. Epub 2014 Feb 12;
20. Kirk E, McDonald K, Rees J, Govind A. Intramural ectopic pregnancy: a case and review of the literature. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2013;168:129–33;
21. Wang J., X. Xie J Sonographic Diagnosis of Intramural Pregnancy *Ultrasound Med* 2013; 32:2212–2219;
22. Jurkovic D, Hillaby K, Woelfer B, Lawrence A, Salim R, Elson CJ. First trimester diagnosis and management of pregnancies implanted into the lower uterine segment Cesarean section scar. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology* 2003;21(3):220-7;
23. Seow KM, Huang LW, Lin YH, Lin MY, Tsai YL, Hwang JL. Cesarean scar pregnancy: issues in management. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2004;23:247–53;
24. Wehbé A, Ioan A, Allart JP, Fontanié P, Assemekang B, Azoulay M, Delezoide AL. A case of cervico-isthmic pregnancy with delayed development. *Rev Fr Gynecol Obstet.* 1993 Jul-Sep;88(7-9):439-44;
25. Zorn B, Lumbroso P, Fingerhut A. 3 new cases of pregnancy of the uterine horn. *Rev Fr Gynecol Obstet.* 1984 Jul-Sep;79(7-9):541-5. French;
26. Mayer RB, Yaman C, Ebner T, Shebl O, Sommergruber M, Hartl J, Tews G. Ectopic pregnancies with unusual location and an angular pregnancy: Report of eight cases. *Wien Klin Wochenschr.* 2012 Mar;124(5-6):193-7. doi: 10.1007/s00508-011-0115-8. Epub 2012 Jan 4;
27. Wong KS, Tan J, Ang C, Ngu A. Myomectomy scar ectopic pregnancy. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2010 Feb;50(1):93-4. doi: 10.1111/j.1479-828X.2009.01121.x;
28. Chida H, Kikuchi A, Murai M, Sasaki Y, Kanasugi T, Isurugi C, Oyama R, Sugiyama T. Intramural Pregnancy Implanted Into a Myometrial Defect Caused by Curettage: Diagnosis With Transvaginal Sonography and Preconception and Postconception Magnetic Resonance Imaging. *J Ultrasound Med.* 2016 Sep;35(9):2066-7. doi: 10.7863/ultra.15.11071;
29. Rotas MA, Haberman S, Levгур M. Cesarean scar ectopic pregnancies: etiology, diagnosis, and management. *Obstet Gynecol.* 2006;107:1373–81;
30. Di Spiezio Sardo, G. Saccone , R. Mccurdy, E. Bujold , G. Bifulco and V. BERGHELLA. Risk of Cesarean scar defect following single- vs double-layer uterine closure: systematic review and meta-analysis of randomized controlled

- trials. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2017. Published online in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com). DOI: 10.1002/uog.17401;
31. Hingorani SR, Parulekar SV, Ratnam KL. Isthmico-cervical ectopic pregnancy following caesarean section. *J Postgrad Med*. 1994 Jan-Mar;40(1):33-5
 32. Hsieh BC, Seow KM, Hwang JL, Lin YH, Huang LW, Chen HJ, Tzeng CR. Conservative treatment of cervico-isthmic heterotopic pregnancy by fine needle aspiration for selective embryo reduction. *Reprod Biomed Online*. 2008 Dec;17(6):803-5;
 33. Alanbay İ, Öztürk M, Karaşahin KE, Yenen MC. Angular pregnancy. *Turk J Obstet Gynecol*. 2016 Dec;13(4):218-220. doi: 10.4274/tjod.42402. Epub 2016 Dec 15;
 34. Arleo EK, DeFilippis EM. Cornual, interstitial, and angular pregnancies: clarifying the terms and a review of the literature. *Clin Imaging*. 2014 Nov-Dec;38(6):763-70. doi: 10.1016/j.clinimag.2014.04.002. Epub 2014 Apr 16. Review;
 35. Tanaka Y, Mimura K, Kanagawa T, Kajimoto E, Takahashi K, Kakigano A, Fujita S, Kinugasa-Taniguchi Y, Endo M, Kimura T. Three-dimensional sonography in the differential diagnosis of interstitial, angular, and intrauterine pregnancies in a septate uterus. *J Ultrasound Med*. 2014 Nov;33(11):2031-5. doi: 10.7863/ultra.33.11.2031;
 36. Chou MM, Tseng JJ, Yi YC, Chen WC, Ho ES Diagnosis of an interstitial pregnancy with 4-dimensional volume contrast imaging. *Am J Obstet Gynecol*. 2005 Oct;193(4):1551-3;
 37. Naftalin J, Jurkovic D. The endometrial-myometrial junction: a fresh look at a busy crossing. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2009 Jul;34(1):1-11. doi: 10.1002/uog.6432;
 38. Filhastre M, Dechaud H, Lesnik A, Taourel P. Interstitial pregnancy: role of MRI. *Eur Radiol*. 2005 Jan;15(1):93-5. Epub 2004 May 7;
 39. Parker RA , Yano M, Tai AW, Friedman M, Narra VR, Menias CO. MR imaging findings of ectopic pregnancy: a pictorial review. *Radiographics*. 2012 Sep-Oct;32(5):1445-60; discussion 1460-2. doi: 10.1148/rg.325115153. Review;
 40. Takeda A, Koike W, Hayashi S, Imoto S, Nakamura H. Magnetic resonance imaging for diagnosis and management of unruptured interstitial pregnancy. *J Obstet Gynaecol Res*. 2015 Sep;41(9):1384-93. doi: 10.1111/jog.12718. Epub 2015 Jul 14;
 41. Srisajjakul S, Prapaisilp P, Bangchokdee S. Magnetic resonance imaging in tubal and non-tubal ectopic pregnancy. *Eur J Radiol*. 2017 Aug;93:76-89. doi: 10.1016/j.ejrad.2017.05.023. Epub 2017 May 22. Review;
 42. Ko HS, Lee Y, Lee HJ, Park IY, Chung DY, Kim SP, Park TC, Shin JC. Sonographic and MR findings in 2 cases of intramural pregnancy treated conservatively. *J Clin Ultrasound*. 2006 Sep;34(7):356-60;
 43. Bannon K, Fernandez C, Rojas D, Levine EM, Locher S. Diagnosis and management of intramural ectopic pregnancy. *J Minim Invasive Gynecol*. 2013 Sep-Oct;20(5):697-700. doi: 10.1016/j.jmig.2013.02.023;

44. Osborn DA, Williams TR, Craig BM. Cesarean scar pregnancy: sonographic and magnetic resonance imaging findings, complications, and treatment. *J Ultrasound Med* 2012;31:1449–56;
45. Peng P, Gui T, Liu X, Chen W, Liu Z. Comparative efficacy and safety of local and systemic methotrexate injection in cesarean scar pregnancy. *Ther Clin Risk Manag* 2015;11:137–42;
46. Jurkovic D, Mavrellos D. Catch me if you scan: ultrasound diagnosis of ectopic pregnancy. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2007;30:1–7;
47. Kirk E, Bottomley C, Bourne T. Diagnosing ectopic pregnancy and current concepts in the management of pregnancy of unknown location. *Human Reproduction Update* 2014;20(2):250–61;
48. Kwon JY, Hwang SJ, Shin JE, Yoon WS, Shin JC, Park IY. Two cases of angular pregnancy complicated by preterm labor and placental abruption at mid-pregnancy. *J Obstet Gynaecol Res* 2011;37:958-62;
49. Alves JA, Alves NG, Alencar Junior CA, Feitosa FE, da Silva Costa F. Term angular pregnancy: successful expectant management. *J Obstet Gynaecol Res* 2011;37:641-4;
50. Tarim E, Ulsan S, Kilicdag E, Yildirim T, Bagis T, Kuscu E. Angular pregnancy. *J Obstet Gynaecol Res* 2004;30:377-9;
51. Memtsa M., Jamil A., Sebire N., Jauniaux E. and Jurkovic D.. Diagnosis and management of intramural ectopic pregnancy. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2013; 42: 359–362;
52. Deruelle P, Lucot JP, Lions C, Robert Y. Management of interstitial pregnancy using selective uterine artery embolization. *Obstet Gynecol.* 2005;106:1165–7;
53. Tamarit G, Lonjedo E, González M, Tamarit S, Domingo S, Pellicer A. Combined use of uterine artery embolization and local methotrexate injection in interstitial ectopic pregnancies with poor prognosis. *Fertil Steril.* 2010;1:93–1348;
54. Siow A, Ng S. Laparoscopic management of 4 cases of recurrent cornual ectopic pregnancy and review of literature. *J Minim Invasive Gynecol.* 2011;18:296–302;
55. Douysset X, Verspyck E, Diguët A, Marpeau L, Chanavaz-Lacheray I, Rondeau S, Resch B, Sergent F. Interstitial pregnancy: experience at Rouen's hospital. *Gynecol Obstet Fertil.* 2014 Apr;42(4):216-21;
56. Oyelese Y, Elliott TB, Asomani N, Hamm R, Napoli L, Lewis KM. Sonography and magnetic resonance imaging in the diagnosis of cervico-isthmic pregnancy. *J Ultrasound Med* 2003 Sep;22(9):981–3;
57. Gun M. and Mavrogiorgis M. Cervical ectopic pregnancy: a case report and literature review *Ultrasound Obstet Gynecol* 2002; 19: 297–301;
58. Timor-Tritsch IE, Monteagudo A, Cali G, El Refaey H, Kaelin Agten A, Arslan AA. Easy sonographic differential diagnosis between intrauterine pregnancy and cesarean delivery scar pregnancy in the early first trimester. *Am J Obstet Gynecol.* 2016 Aug;215(2):225.e1-7;

59. Makukhina T., Makukhina V. Early sonography signs of low-lying implantation ectopic pregnancy *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology* 2017; 50 (Suppl. 1): 257–399;
60. Jansen RP, Elliott PM. Angular intrauterine pregnancy. *Obstet Gynecol* 1981;58:167-75;
61. Timor-Tritsch IE, Monteagudo A, Santos R, Tsymbal T, Pineda G, Arslan AA. The diagnosis, treatment, and follow-up of cesarean scar pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2012;207:44.e1–13;
62. Wu R, Klein MA, Mahboob S, Gupta M, Katz DS. Magnetic resonance imaging as an adjunct to ultrasound in evaluating cesarean scar ectopic pregnancy. *J Clin Imaging Sci* 2013;3:16;
63. Yang Q, Piao S, Wang G, Wang Y, Liu C. Hysteroscopic surgery of ectopic pregnancy in the cesarean section scar. *J Minim Invasive Gynecol* 2009;16:432–6;
64. Halperin R, Schneider D, Mendlovic S, Pansky M, Herman A, Maymon R. Uterine-preserving emergency surgery for cesarean scar pregnancies: another medical solution to an iatrogenic problem. *Fertil Steril* 2009;91:2623–7;
65. Wang HY, Zhang J, Li YN, Wei W, Zhang DW, Lu YQ, et al. Laparoscopic management or laparoscopy combined with transvaginal management of type II cesarean scar pregnancy. *JSLs* 2013;17:263–72;
66. He M, Chen MH, Xie HZ, Yao SZ, Zhu B, Feng LP, et al. Transvaginal removal of ectopic pregnancy tissue and repair of uterine defect for caesarean scar pregnancy. *BJOG* 2011;118:1136–9;
67. Le A, Shan L, Xiao T, Zhuo R, Xiong H, Wang Z. Transvaginal surgical treatment of cesarean scar ectopic pregnancy. *Arch Gynecol Obstet* 2013;287:791–6;
68. Jurkovic D, Ben-Nagi J, Ofilli-Yebovi D, Sawyer E, Helmy S, Yazbek J. Efficacy of Shirodkar cervical suture in securing hemostasis following surgical evacuation of Cesarean scar ectopic pregnancy. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2007;30:95–100;
69. Zhuang Y, Huang L. Uterine artery embolization compared with methotrexate for the management of pregnancy implanted within a cesarean scar. *Am J Obstet Gynecol* 2009;201:152.e1–3;
70. Zhang XB, Zhong YC, Chi JC, Shen JL, Qiu XX, Xu JR, et al. Cesarean scar pregnancy: treatment with bilateral uterine artery chemoembolization combined with dilation and curettage. *J Int Med Res* 2012;40:1919–30;
71. Jurkovic D, Knez J, Appiah A, Farahani L, Mavrellos D, Ross JA. Surgical treatment of Cesarean scar ectopic pregnancy: efficacy and safety of ultrasound-guided suction curettage. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2016;47:511–17;
72. Michaels AY, Washburn EE, Pocius KD, Benson CB, Doubilet PM, Carusi DA. Outcome of cesarean scar pregnancies diagnosed sonographically in the first trimester. *J Ultrasound Med* 2015;34: 595–9;
73. Litwicka K, Greco E. Cesarean scar pregnancy: a review of management options. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2011;23:415–21;
74. Smith A, Ash A, Maxwell D. Sonographic diagnosis of cesarean scar pregnancy at 16 weeks. *J Clin Ultrasound* 2007;35:212–15;

75. Timor-Tritsch IE, Monteagudo A, Cali G, Vintzileos A, Viscarello R, Al-Khan A, et al. Cesarean scar pregnancy is a precursor of morbidly adherent placenta. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2014;44: 346–53;
76. Ophir E, Singer-Jordan J, Oettinger M, Odeh M, Tendler R, Feldman Y, et al. Uterine artery embolization for management of interstitial twin ectopic pregnancy: case report. *Hum Reprod* 2004;19:1774–7;
77. Gong W, Li X, Ren H, Han C, Li Y, Wu Z. Superselective uterine arterial embolization combined with transcatheter intra-arterial methotrexate infusion in 40 cases with fallopian tube ectopic pregnancy. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2013;40:222–6;
78. Somerfield M., Padberg J.J., Pfister D. et al. ASCO Clinical Practice Guidelines: Progress, Pitfalls, and Prospects. *J Clin Oncol*, V4, №4; 2000: 881-886.

Приложение 1.

**КЛАССИФИКАЦИЯ УРОВНЕЙ ДОКАЗАТЕЛЬНОСТИ И ГРАДАЦИЙ
РЕКОМЕНДАЦИЙ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ В КЛИНИЧЕСКОЙ
ПРАКТИКЕ [78].**

Уровень доказатель- ности	Тип доказательности
I	Доказательства получены в результате мета-анализа большого числа хорошо спланированных рандомизированных исследований. Рандомизированные исследования с низким уровнем ложнопозитивных и ложнонегативных ошибок.
II	Доказательства основаны на результатах не менее одного хорошо спланированного рандомизированного исследования. Рандомизированные исследования с высоким уровнем ложнопозитивных и ложнонегативных ошибок.
III	Доказательства основаны на результатах хорошо спланированных нерандомизированных исследований. Контролируемые исследования с одной группой больных, исследования с группой исторического контроля и т.д.
IV	Доказательства получены в результате нерандомизированных исследований. Непрямые сравнительные, описательно корреляционные исследования и исследования клинических случаев.
V	Доказательства основаны на клинических случаях и примерах.
Степень	Градация
A	Доказательство I уровня или устойчивые многочисленные данные II, III или IV уровня доказательности.
B	Доказательства II, III или IV уровня, считающиеся в целом устойчивыми данными.
C	Доказательства II, III, IV уровня, но данные в целом неустойчивые.
D	Слабые или несистематические эмпирические доказательства.