

ЭКТОПИЧЕСКАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ: СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ

Вербицкая М.С.¹, Шостак В.А.², Подрезенко Е.Ф.², Савицкая В.М.¹, Савченко Д.А.¹

¹ Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»,

² Учреждение здравоохранения «5-я ГКБ»,

г. Минск, Республика Беларусь

Резюме: Данная статья посвящена актуальной проблеме современной гинекологии – эктопической беременности, частота которой до 8 % случаев всех гинекологических заболеваний. Частота редких форм эктопической беременности достигает 5–8,3 % из числа всех внематочных беременностей. Частота эктопической беременности увеличивается при использовании вспомогательных репродуктивных технологий. В работе описываются факторы риска данной патологии: операции на трубах, воспалительные заболевания органов малого таза, бесплодие, возраст женщины старше 35 лет. Четко описываются основные методы лечения патологии, из которых хирургическое лечение является основным методом при любой форме внематочной беременности, как нарушенной, так и прогрессирующей. Своевременная диагностика и лечение данной патологии имеют важное значение ввиду потенциальных рисков не только для фертильности, но и для жизни женщины в целом. Проведение органосберегающих операций при эктопической беременности позволяет сохранить репродуктивную функцию пациенток молодого возраста и создает благоприятную почву для поддержания демографической ситуации в стране.

Ключевые слова: эктопическая беременность, внематочная, оперативное лечение, органосохраняющие операции, внутрибрюшное кровотечение.

Введение. Эктопическая беременность продолжает занимать одно из ведущих мест в структуре неотложных гинекологических состояний, уступая второе место по частоте среди острых патологий и являясь основной причиной внутрибрюшных кровотечений в гинекологии [1]. Хирургический метод остается золотым стандартом лечения при любой форме внематочной беременности (ВБ). Выбор объема операции и хирургического доступа определяется индивидуально, в зависимости от клинической картины, стабильности гемодинамики и ресурсов самого медицинского учреждения [1, 2]. Хирургическому лечению подлежат как прервавшиеся, так и прогрессирующие трубные беременности. Актуальность органосохраняющих операций остается высокой, несмотря на совершенствование диагностических методик, поскольку именно они направлены на максимальное сохранение репродуктивной функции [3].

Оперативные вмешательства редких форм эктопической беременности и сложные органосохраняющие оперативные вмешательства должны проводиться в стационарах, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь женщинам в период беременности, разрабатывающие новые методы диагностики и лечения акушерской, гинекологической патологии, в связи с высоким риском осложнений оперативного вмешательства, интра- и послеоперационных осложнений [1]. Своевременность диагностики и лечения является определяющим фактором для прогноза как в отношении будущей фертильности, так и для сохранения жизни пациентки. Несмотря на огромные достижения в диагностике и лечении гинекологических заболеваний, эктопическая беременность по-прежнему занимает одну из лидирующих позиций среди главных причин развития кровотечений в акушерско-гинекологической практике и материнской смертности [4, 5].

Цель работы – изучение и анализ факторов риска развития, диагностики эктопической беременности, изучение методов органосберегающего лечения данной патологии и анализ их результативности в плане сохранения репродуктивной функции.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 242 медицинских карт стационарного пациента с диагнозом эктопической беременности, которым были проведены органосберегающие операции, оценен анамнез жизни, экстрагенитальные и генитальные заболевания, уровень бета-субъединиц хорионического гонадотропина человека (ХГЧ), результаты ультразвукового исследования органов малого таза (УЗИ), патогистологического исследования материала, частота наступления последующей беременности. Статистический анализ проводился в программах «Microsoft Office Excel 2019» и «Statistica 10.0».

Обсуждение. За период с 2020–2024 гг. с диагнозом эктопическая беременность в гинекологическое отделение для лечения острых состояний УЗ «5-я ГКБ» поступило 1170 женщин (2020 г. – 289, 2021 г. – 323, 2022 г. – 189, 2023 г. – 171, 2024 г. – 198).

Возраст обследованных пациенток варьировал от 18 до 47 лет (средний возраст составил – $32,5 \pm 4,95$ года). Следует отметить, что наибольшая доля пациенток принадлежала к возрастной группе от 30 до 36 лет – 139 человек, что составляет 57,4 % от общего числа и отражает тенденцию к увеличению риска внематочной беременности у женщин позднего репродуктивного возраста.

Среди значимых факторов риска в анамнезе: воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) отмечали 16 % пациентов; предыдущие операции на трубах и другие операционные вмешательства на органах малого таза имели 28 % пациентов.

Перенесенная ВБ в анамнезе была у 23 % пациентов. По данным литературы, риск повторной ВБ составляет 10–25 %.

Спектр экстрагенитальной патологии был представлен преимущественно хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта (10,7 %), эндокринной системы (7 %), мочевыделительной (5 %) и сердечно-сосудистой систем (4,1 %).

Среди гинекологических заболеваний наиболее часто встречалась патология шейки матки (20,2 %), воспалительные процессы придатков (9,1 %), миома матки и аденомиоз (7,4 %), кисты яичников (5,4%) и бесплодие (5,8 %).

Клиническая картина при поступлении зависела от формы внематочной беременности. Таким образом, жалобы пациентов при поступлении в стационар можно разделить: при нарушенной (кровянистые выделения из половых путей – 66,5% – 161 пациент) и прогрессирующей (задержка менструации – 87% – 210 случаев, тянущие боли внизу живота – 70,5 % – 171 пациент) внематочной беременности, так и при отсутствии жалоб (5% – 12 пациентов) (рисунок 1).



Рисунок 1 – Жалобы при поступлении в стационар

Современная диагностика эктопической беременности представляет собой сложную многоуровневую систему, объединяющую:

- лабораторные методы: динамическое определение уровня β -ХГЧ в сыворотке крови. Средний показатель при поступлении составил $2100,69 \pm 290,5$ МЕ/л.;
- ультразвуковую диагностику: трансвагинальное сканирование, позволяющее визуализировать отсутствие плодного яйца в полости матки;
- клинические алгоритмы дифференциальной диагностики;
- анализ данных с помощью компьютерных программ.

Уровень ХГЧ при поступлении от 1501,23 до 3050,29 МЕ/л. Средний уровень бета-субъединиц ХГЧ в сыворотке крови при поступлении составил $2100,69 \pm 290,5$ МЕ/л. (рисунок 2).

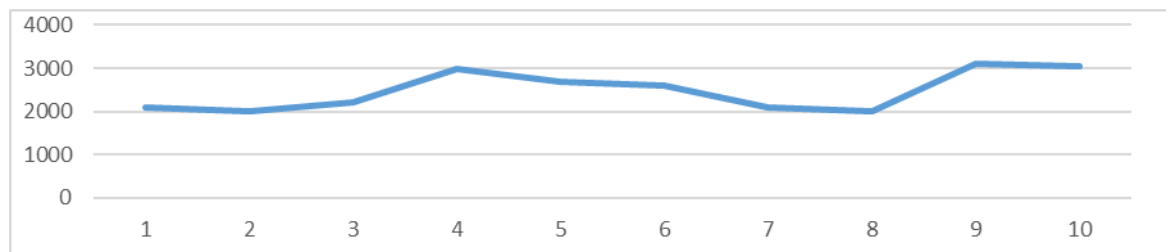


Рисунок 2 – Уровень ХГЧ в сыворотке крови при госпитализации

При проведении трансвагинального УЗИ органов малого таза за основные признаки эктопической беременности принимались: отсутствие плодного яйца в полости матки (при $\text{ХГЧ} > 1500\text{--}2000$ МЕ/л), патологическое образование в маточной трубе (эмбрион, гематосальпинкс) во время исследования, наличие умеренного количества свободной жидкости в малом тазу (признак кровотечения). Размер диаметра плодного яйца в трубе варьировался в пределах от 10 до 40 мм, в среднем – $10 \pm 2,8$ мм.

В ходе проведения пункции брюшной полости через задний влагалищный свод у пациенток с жидкостью в брюшной полости (по УЗИ – гипозохогенные участки в Дугласовом пространстве) было выведено от 50 до 400 мл крови (среднее – 70 мл), что указывает на нарушение целостности маточной трубы при эктопической беременности (у 46,7 % пациенток).

Выбор тактики лечения определялся сроком беременности, состоянием гемодинамики, состоянием рубца (при наличии такого на матке) и структурой стенки матки, а также возрастом пациентки и ее репродуктивными планами.

В течение 2020–2024 гг. в гинекологическом отделении острых заболеваний УЗ «5-я ГКБ» было выполнено 239 органосохраняющих операций при различных вариантах эктопической беременности и 3 пациентки проведены с применением

консервативной терапии. Туботомия с последующим удалением плодного яйца выполнялась у 137 пациенток (56,6 %). 98 (40,5 %) женщинам выполнена сложная реконструктивно-пластическая операция с наложением тубо-тубарного анастомоза на стенке с сохранением маточной трубы длиной не менее 7 см, иссечение рубца на матке с элементами плодного яйца – 4 (1,65 %) женщинам. 3 (1,2 %) женщинам успешно использовался метотрексат, без применения хирургических вмешательств (рисунок 3).

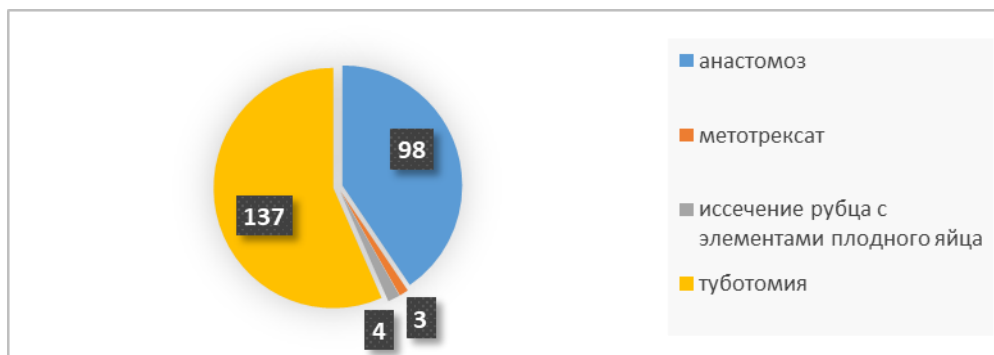


Рисунок 3 – Органосберегающая тактика

Патогистологическое исследование подтвердило наличие элементов трофобласта, ворсин хориона и децидуальной ткани с признаками воспаления (фибринозный экссудат, лейкоцитарная инфильтрация, некроз) в подавляющем большинстве случаев, что соответствует патоморфологической картине при эктопической беременности. По результатам проведенного исследования выявлено: элементы трофобласта и фибринозный экссудат – у 32,6 % (78) пациенток; фрагменты некротизированной децидуальной ткани с лейкоцитарным лизисом, бессосудистыми ворсинами хориона, клетками трофобласта – у 23,8 % (57) пациенток; кровь, ворсины хориона, элементы трофобласта, единичные фрагменты децидуальной ткани с фокусами некроза – у 25,1 % (64) пациентки; лейкоцитарная инфильтрация присутствовала у 16,7 % (40) пациенток. Элементы в образцах, такие как фибринозный экссудат, лейкоцитарная инфильтрация и некроз, указывает на реакцию воспаления в тканях.

Послеоперационный период протекал без осложнений, продолжительность его в стационаре составила от 5 до 7 дней.

Анализируя отсроченные результаты проведенного органосберегающего лечения в УЗ «5-я ГКБ» г. Минска, нами было отмечено рождение доношенных здоровых младенцев у 5,8 % женщин (и это только в стационаре «УЗ 5-я ГКБ»!).

Закключение. Проведенное исследование позволило установить, что ведущими факторами риска развития эктопической беременности являются перенесенные операции на органах малого таза (28 %), воспалительные заболевания гениталий и экстрагенитальная патология (эндокринные нарушения и заболевания ЖКТ).

Ранняя верификация диагноза представляет особую сложность в так называемом «сером периоде» (4–6 недель гестации), когда традиционные методы диагностики могут давать неоднозначные результаты в стадии прогрессирующей эктопической беременности. В этой связи особую важность приобретает комплексный подход, сочетающий клиническую оценку, динамический лабораторный контроль и современные методы визуализации.

Возможность применения органосберегающих вмешательств при лечении эктопической беременности зависит от клинической стадии данной патологии на момент диагностики, и при ранней диагностике эктопической беременности процент органосберегающих операций составляет 98,7 %.

Именно органосохраняющая хирургия является краеугольным камнем в сохранении репродуктивной функции у молодых пациенток и вносит вклад в улучшение демографических показателей. Показателем эффективности применяемой тактики является наступление повторной маточной беременности у 5,8 % женщин в отдаленном периоде.

Подведем итоги:

1. Хирургическое вмешательство остается основным методом лечения эктопической беременности, при этом приоритет отдается органосохраняющим операциям.
2. Эффективность лечения и возможность сохранения маточной трубы напрямую зависят от сроков диагностики, что подчеркивает необходимость раннего обращения и применения высокоточных диагностических алгоритмов.
3. Комплексная оценка факторов риска, данных клиники, динамики ХГЧ и УЗ-картины позволяет установить диагноз на максимально ранней стадии.
4. Проведение органосохраняющих операций в условиях специализированного стационара минимизирует риски интра- и послеоперационных осложнений и обеспечивает благоприятные условия для восстановления репродуктивной функции.
5. Консервативная терапия метотрексатом может быть рассмотрена как альтернатива хирургическому лечению в отдельных, тщательно отобранных случаях неразорвавшейся трубной беременности при стабильной гемодинамике.

Литература

1. Внематочная (эктопическая) беременность: Клинические рекомендации / Утверждены Министерством здравоохранения России от 28.11.2024. – С. 35.
2. Моисеевская, Е.К. Внематочная беременность глазами молодого специалиста. Редкие формы эктопической беременности / Е.К. Моисеевская, Т.Д. Каменева, Е.А. Мокринская // Вестник охраны материнства и младенчества. – 2024. – Т. 1. – № 2–1. – С. 41–48.
3. Серов, В.Н. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология / В.Н. Серов, Г.Т. Сухих // Проблемы репродукции. – М: ГЭОТАР-Медиа. – 4-е изд. – 2017.
4. Фетищева, Л.Е. Внематочная беременность: факторы риска, проблемы диагностики, лечения, восстановления фертильности / Л.Е. Фетищева [и др.] // Мать и дитя в Кузбассе. – 2017. – № 1. – С. 16–24.
5. Ortiz, G. Successful management of cervical ectopic pregnancy with embryo reduction: report of three cases / G. Ortiz [et al.] // Journal of Surgical Case Reports. – 2021. – № 5. – P. 216.

ECTOPIC PREGNANCY: MODERN TREATMENT POSSIBILITIES

Verbitskaya M.S.¹, Shostak V.A.², Podrezenko E.F.², Savickaya V.M.¹, Savchenko D.A.²

¹*Belarusian State Medical University,*

²*5th City Clinical Hospital,*

Minsk, Republic of Belarus

This article addresses a pressing issue in modern gynecology: ectopic pregnancy, which accounts for up to 8 % of all gynecological diseases. Rare forms of ectopic pregnancy account for 5–8.3 % of all ectopic pregnancies. The incidence of ectopic pregnancy increases with the use of assisted reproductive technologies. The paper describes the risk factors for this condition, including tubal surgery, pelvic inflammatory disease, infertility, and age over 35. The primary treatment methods are clearly described, with surgery being the primary method for any form of ectopic pregnancy, both ruptured and ongoing. Timely diagnosis and treatment of this condition are essential due to the potential risks not only to fertility but also to a woman's overall well-being. Organ-preserving surgery for ectopic pregnancy preserves the reproductive function of young patients and creates favorable conditions for maintaining the country's demographic situation.

Keywords: ectopic pregnancy, surgical treatment, organ-preserving operations, intra-abdominal bleeding.

Поступила 30.09.2025

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Государственное учреждение
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
«МАТЬ И ДИТЯ»

СОВРЕМЕННЫЕ ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ
МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ
В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМ
ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ

СБОРНИК НАУЧНЫХ ТРУДОВ

Основан в 2008 году

Выпуск 18

Минск
2025