

Д.А. Савченко

АНАЛИЗ ОРГАНСОБЕРЕГАЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. М.С. Вербицкая

*Кафедра акушерства и гинекологии с курсом повышения квалификации
и переподготовки*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск
УЗ «5 ГКБ» г. Минск*

D.A. Savchenko

ANALYSIS OF ORGAN-SAVING OPERATIONS IN ECTOPIC PREGNANCY

Tutor: PhD, associate professor M.S. Verbitskaya

*Department of Obstetrics and Gynecology with Advanced Training and Retraining Course
Belarusian State Medical University, Minsk
Healthcare Institution Minsk 5th Clinical Hospital*

Резюме. Использование органосохраняющих методов лечения эктопической беременности позволяет сохранить репродуктивную функцию пациенток молодого возраста и создаёт благоприятную почву для поддержания демографической ситуации в стране.

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

Resume. The use of organ-preserving methods of treating ectopic pregnancy allows preserving the reproductive function of young patients and creates favorable conditions for maintaining the demographic situation in the country.

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

Актуальность. Проведение органосохраняющих операций при эктопической беременности сохраняет свою значимость, несмотря на современные диагностические возможности (1). Почти половина экстренных операций в гинекологическом отделении проводится по поводу внематочной беременности, а кровотечение, связанное с ней, занимает первое место среди причин внутрибрюшного кровотечения в гинекологии. Своевременная диагностика и лечение имеет важное значение, ввиду потенциальных рисков не только для фертильности, но и для жизни женщины в целом. Несмотря на огромные достижения в диагностике и лечении гинекологических заболеваний, эктопическая беременность занимает одну из лидирующих позиций среди причин развития кровотечений в акушерско-гинекологической практике и материнской смертности (2, 3).

Цель: изучение и анализ факторов риска развития, а также возможности диагностики эктопической беременности, изучение возможности проведения органосохраняющих методов лечения данной патологии и анализ их результативности в плане сохранения репродуктивной функции.

Задачи:

1. Изучить и проанализировать факторы риска эктопической беременности.
2. Определить возможности диагностики данной патологии на разных клинических стадиях.

3. Проанализировать возможности применения органосберегающих методов лечения данной патологии.

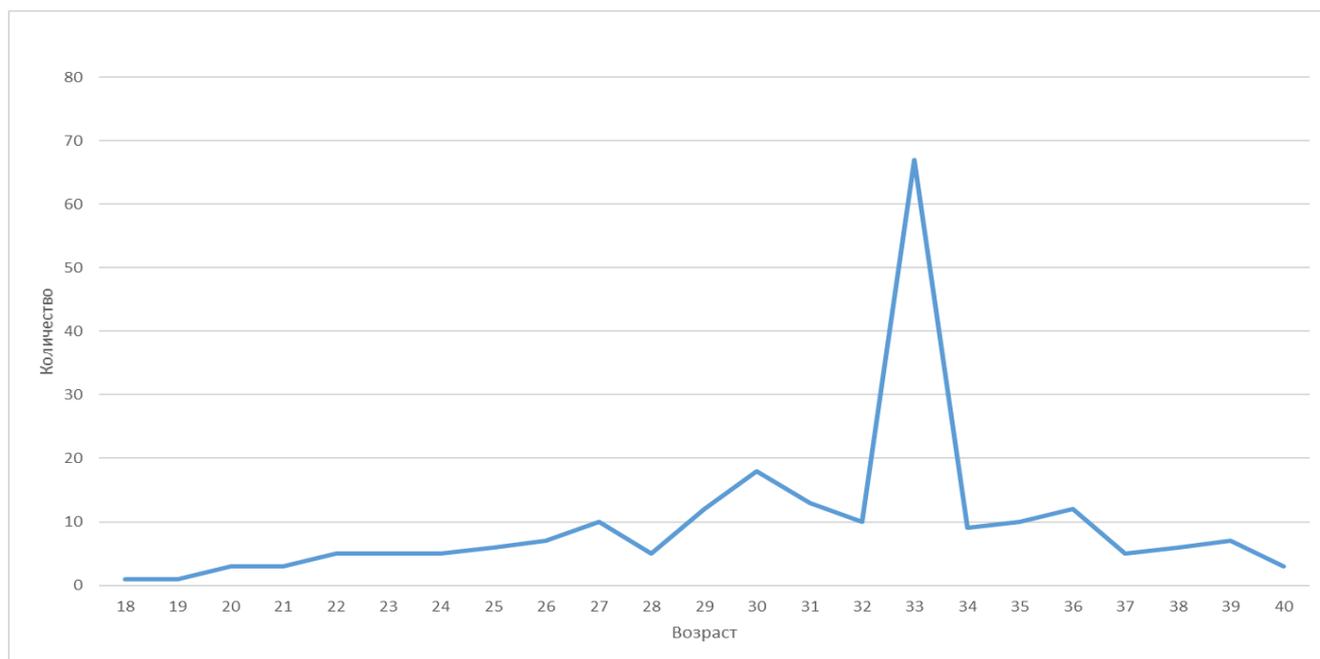
4. Оценить результативность проведенного лечения (сохранение репродуктивной функции).

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ 242 истории болезни пациенток, которым были проведены органосберегающие операции, оценен анамнез жизни, экстрагенитальные и генитальные патологии, уровень бета-субъединиц ХГЧ, результаты УЗИ органов малого таза, патогистологического исследования, частота последующей беременности. Статистический анализ проводился в программах «Microsoft Office Excel 2019» и «Statistica 10.0».

Результаты и их обсуждение. В период с 2020-2024 с диагнозом эктопическая беременность в гинекологическое отделение острых заболеваний 5 ГКБ поступило 1170 человек (2020 г - 289, 2021 г - 323, 2022 г – 189, 2023 г – 171, 2024 г – 198).

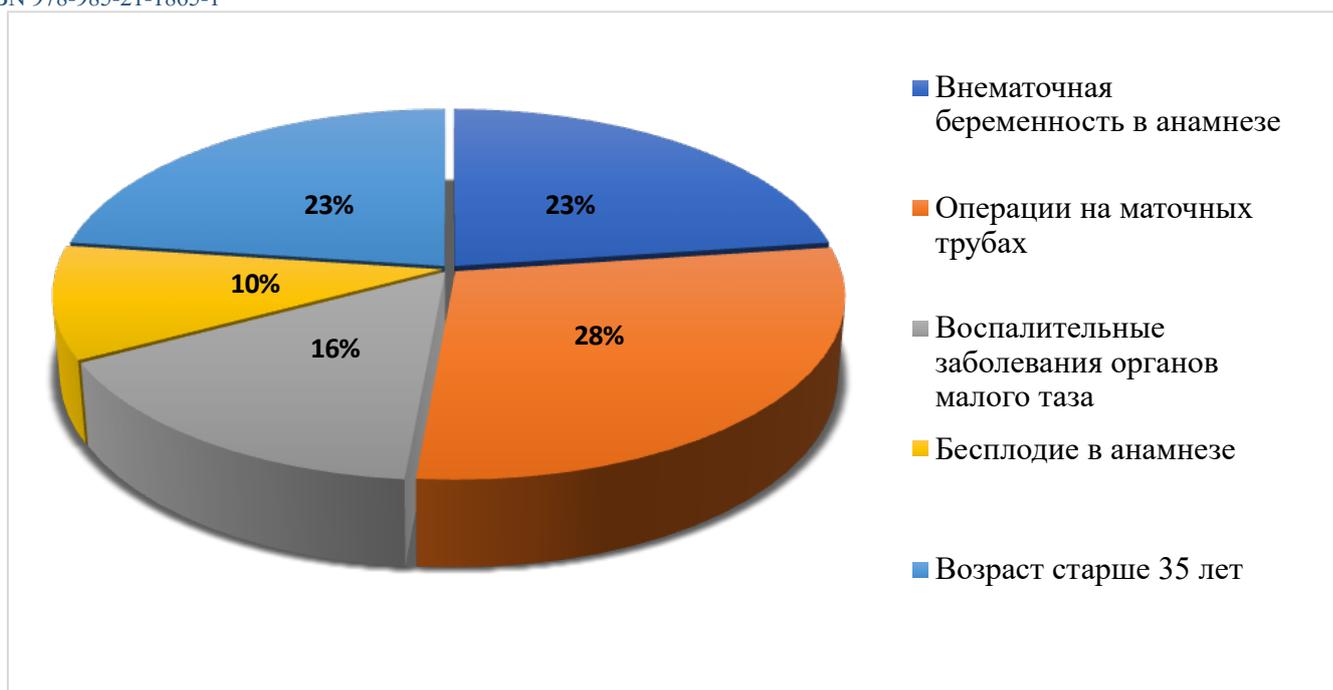
Возраст обследованных пациенток был от 18 до 47 лет (средний возраст составил – $32,5 \pm 4,95$ года). На графике (Граф. 1) следует отметить, что основная масса приходится на возраст от 30 до 36 лет, это 139 человек, что составляет 57,4% от общего числа.

Проанализированы факторы риска, которые можно разделить на 3 группы: анатомические, репродуктивные, инфекционные и другие.



Граф. 1 – Возраст пациенток

Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) в анамнезе отмечались в 16 % случаев. Предыдущие операции на трубах и другие операционные вмешательства на органах малого таза отмечали 28% пациентов (Диагр. 2). Перенесенная внематочная беременность отмечалась в анамнезе 23% пациентов. Риск повторной ВБ – 10–25% (3).



Диагр. 2 – Факторы риска развития эктопической беременности

Наиболее часто встречающиеся экстрагенитальные патологии в анамнезе: хронические заболевания, такие как заболевания ЖКТ – в 10,7% (26 чел.), заболевания органов дыхания – 4,1% (10 чел.), заболевания мочевыделительной системы – 5% (12 чел.); эндокринные патологии – 7% (17 чел.), сердечно-сосудистой системы – 4,1% (10 чел.).

Наиболее часто встречающиеся генитальные патологии в анамнезе: патология шейки матки 20,2% (49 чел.), воспалительные заболевания яичников и маточных труб у 9,1% (22 чел.), миома матки и аденомиоз 7,4% (18 чел.), кисты яичников 5,4% (13 чел.), а также, как результат различных генитальных заболеваний, первичное/вторичное бесплодие 5,8% (14 чел.).

Жалобы можно разделить: при нарушенной (кровянистые выделения из половых путей – 66,5% - 161 пациентов) и прогрессирующей (задержка менструации – 87% - 210, тянущие боли внизу живота – 70,5% - 171 пациентов) внематочной беременности, так и при отсутствии жалоб (5% - 12 пациентов).

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

- лабораторные методы (динамика уровня β -ХГЧ)
- ультразвуковую диагностику (трансвагинальное сканирование)
- клинические алгоритмы дифференциальной диагностики
- компьютерные технологии анализа данных

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.

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

трубе (эмбрион, гематосальпинкс) с наличием во время исследования, 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.

Кульдоцентез. В ходе проведения манипуляции у пациенток с жидкостью в брюшной полости (по УЗИ – гипоэхогенные 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 (46,7% пациенток).

В течении 2020-2024 гг в гинекологическом отделении острых заболеваний было выполнено 239 органосберегающие операции при различных вариантах эктопической беременности. Из них в туботомия с последующим удалением плодного яйца выполнялась у 137 пациенток (56,61%), в 40,5% (98 чел.) выполнена сложная реконструктивно-хирургическая 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%). У 3 пациентов успешно использовался Метотрексат – 3 (1,24%), без применения хирургических вмешательств.

По результатам патогистологического исследования в материалах, отправленных на исследование было выявлено: элементы трофобласта и фибринозный экссудат – 32,6% (78 пациентов) ; фрагменты некротизированной децидуальной ткани с лейкоцитарным лизисом, бессосудистыми ворсинами хориона, клетками трофобласта – 23,8% (57 пациентов); кровь, ворсины хориона, элементы трофобласта, единичные фрагменты децидуальной ткани с фокусами некроза – 25,1% (64) ; Лейкоцитарная инфильтрация присутствовала в 16,7% случаев (40 пациентов). Элементы в образцах, такие как фибринозный экссудат, лейкоцитарная инфильтрация и некроз указывает на реакцию воспаления в тканях.

Продолжительность послеоперационного лечения в стационаре составила от 5 до 7 дней. Все пациентки выписались домой в удовлетворительном состоянии

Анализируя отсроченные результаты проведенного органосберегающего лечения, проведенного в УЗ “5-я ГКБ” г. Минска, нами было отмечено рождение доношенных здоровых младенцев у 5,8% женщин в стационаре этого же родильного дома.

Выводы:

1. Анализируя анамнез пациенток с эктопической беременностью следует отметить, что лидирующее положение среди факторов риска экстрагенитальной патологии занимают эндокринные и заболевания ЖКТ, среди гинекологических - патология шейки матки, а также хирургические вмешательства органов малого отмечались у 28% пациентов.

2. 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. Именно в этот временной интервал особенно важна комплексная оценка всех доступных диагностических маркеров.

3. При ранней диагностике эктопической беременности процент органосберегающих операций составляет 98,7%.

4. Ранняя диагностика эктопической беременности делает возможным использование органосберегающих методов лечения данной патологии, что позволяет сохранить репродуктивную функцию пациенток молодого возраста и создаёт благоприятную почву для поддержания демографической ситуации в стране. Особым показателем успешности данных проведённых операций является наступление беременности и родов у 5,8% пациентов в ближайшие 3 года после операции.

Литература

1. Моисеевкова Е. К., Каменева Т. Д., Мокринская Е. А. Внематочная беременность глазами молодого специалиста. Редкие формы эктопической беременности //Вестник охраны материнства и младенчества. – 2024. – Т. 1. – №. 2-1. – С. 41-48.
2. Фетищева Л. Е. и др. Внематочная беременность: факторы риска, проблемы диагностики, лечения, восстановления фертильности //Мать и дитя в Кузбассе. – 2017. – №. 1. – С. 16-24.
3. Ortiz G. et al. Successful management of cervical ectopic pregnancy with embryo reduction: report of three cases //Journal of Surgical Case Reports. – 2021. – Т. 2021. – №. 5. – С. 216.