

Герасимчук Т. А., Золотарёва В. С.

ТРУБНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ

Научные руководители: к.м.н., доцент Васильева Л. Н.

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Аннотация. Статья исследует изменения в подходах к диагностике и лечению трубной беременности с 2003 по 2024 год. Показано, что современные подходы к диагностике и лечению трубной беременности включают расширенное использование ультразвукового исследования и лапароскопии. В результате снизилась частота операций, выполняемых при нарушенной трубной беременности, что привело к уменьшению кровопотери. Данные изменения в подходах к диагностике и лечению трубной беременности привели к улучшению результатов для пациенток, включая снижение риска осложнений и сохранение фертильности.

Ключевые слова: трубная беременность, кюльдоцентез, лапароскопическая сальпингэктомия, кровопотеря.

Введение. Эктопическая беременность (ЭБ) – это имплантация эмбриона за пределы нормальной полости матки. Чаще всего это происходит в маточной трубе, поэтому ее называют трубной беременностью (ТБ). Это серьезная гинекологическая проблема, которая остается основной причиной материнской смертности в первом триместре беременности во всем мире [1]. За последние 20 лет частота ЭБ увеличилась в 5 раз. В настоящее время частота внематочной беременности составляет 1,2-1,4% по отношению к общему числу беременностей и 0,8-2,4% - по отношению к родам [2]. На ее долю приходится 4% смертей, связанных с беременностью, поэтому своевременная диагностика внематочной беременности имеет важное значение [3].

Цель исследования. Проанализировать изменения в методах диагностики и лечения трубной беременности, а также определить потенциальные факторы, способствующие её развитию.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 132 историй болезни женщин, поступивших в гинекологическое отделение УЗ 6-я ГКБ и прооперированных по поводу трубной беременности в 2014 г.- февраль 2024 г. (79 человек, 1 группа) и в 2003-2006 г. (53 человека, 2 группа).

Результаты исследования. Минимальный возраст пациенток на момент проведения операции составил 19 лет, максимальный 45 лет (медиана 33 года). У пациенток с осложненным течением трубной беременности чаще всего наблюдались мажущие кровянистые выделения, обильные выделения и тянущая боль внизу живота.

В первой группе пациенток течение трубной беременности было нарушено в 60% (47) случаев, тогда как во второй группе нарушение течения внематочной беременности наблюдалось в 100% (53) случаев (рис. 1). Большинство пациенток в обеих группах имели отягощенный акушерский и гинекологический анамнез. Гинекологические заболевания достоверно чаще встречаются в первой группе (1 группа – 55 пациенток (69%), 2 группа – 14 пациенток (27%), $p < 0,05$). Заболеваемость пациенток 1 группы выше за счет таких болезней как миома матки (10 пациенток, 13%), эндометриоз (3 пациентки, 5%), эрозия шейки матки. Данные заболевания не отмечены у пациенток 2 группы. Вместе с тем хронический сальпингит (1 группа – 13 пациенток, 17%, 2 группа – 6 пациенток, 11%, $p > 0,05$) и кисты яичников (1 группа – 16 пациенток, 21%, 2 группа – 7 пациенток, 13%, $p > 0,05$) встречаются одинаково часто у женщин обеих групп, что позволило нам расценить данные патологии как фактор риска для возникновения трубной беременности (рис. 2). Из акушерского анамнеза

пациенток первой группы следует выделить наличие кесарева сечения в анамнезе (у 23,3% пациенток, рожавших ранее, родоразрешение происходило путем кесарева сечения), а также наличие в анамнезе других оперативных вмешательств, приведшие к спаечному процессу органов малого таза.

В качестве диагностики внематочной беременности у пациенток 2 группы использовались мочевой тест на беременность (42 женщины, 79%), УЗИ органов малого таза (выполнено 37 женщинам (70%), подозрение на трубную беременность выявлено у 6 пациенток (11%). Всем пациенткам, включая тех, кому по УЗИ ОМТ выставили подозрение на внематочную беременность, выполнялась пункция брюшной полости через задний свод влагалища. При получении крови в пунктате, 45 женщинам (85%) выставлен диагноз нарушенной трубной беременности с внутрибрюшным кровотечением, определена лечебная тактика – оперативное вмешательство. В результате выполнения кульдоцентеза в пунктате у 8 человек получено серозное или серозно-геморрагическое содержимое, такие пациентки оставлены под наблюдением. При появлении клиники внутрибрюшного кровотечения или новых данных УЗИ пункция брюшной полости через задний свод влагалища у них выполнялась повторно, получена кровь, определена лечебная тактика – оперативное вмешательство. Таким образом, ключевым методом, определяющим диагноз и дальнейшую лечебную тактику у пациенток, прооперированных в 2003-2006 годах, являлась пункция брюшной полости через задний свод на стадии нарушенной трубной беременности. У всех пациенток 1 группы проведен мочевой тест на беременность и анализ крови на ХГЧ в динамике. При проведении УЗИ органов малого таза подозрение на трубную беременность выявлено у 67 женщин (85%), что достоверно чаще, чем у женщин 2 группы (6 пациенток, 11%, $p < 0,05$). По данным двух методов исследования выставлен диагноз и определена лечебная тактика – оперативное лечение. Кульдоцентез выполнялся в случаях невозможности выполнить УЗИ органов малого таза или при наличии клинической картины, но отсутствии данных за эктопическую беременность при ультразвуковом исследовании (12 женщин, 15%). У 43 пациенток (60%) данной группы оперативное вмешательство выполнялось при ненарушенной трубной беременности или нарушении по типу трубного аборта с небольшой кровопотерей.



Рисунок 1. Соотношение нарушенных и ненарушенных ТБ в разных группах

В первой группе оперативный доступ осуществлялся в 69,7% (55) лапароскопически, также применялись лапаротомия по Джоэл-Кохену (5 – 6,3% в выходные дни и 17– 21,5% в будние дни), лапаротомия по Пфанненштилю (2– 2,5%). Во второй группе структура видов оперативного доступа составила: 76,9% (40) лапаротомия по Джоэл-Кохену, 3,9% (2) минилапаротомия, 3,9% (2) лапаротомия с надлобковым разрезом, 3,9% (2) нижняя срединная лапаротомия, 13,4% (7) лапаротомия по Пфанненштилю. Выбор доступа обусловлен состоянием пациента и возможностями больницы: лапаротомия выполнена у всех пациенток с кровопотерей более 500мл.

По данным нашего исследования беременность чаще развивалась в правой трубе (65%), преимущественно в ампулярном ее отделе. У трех пациенток (3,7%) в первой группе плодвместилище обнаружено в культе маточной трубы.

У двух пациенток в первой группе и одной пациентки во второй группе было возможно удаление плодного яйца путем выдавливания, в остальных же случаях пришлось прибегнуть к сальпингоэктомии, а в связи с имевшимися осложнениями и сопутствующими гинекологическими заболеваниями также проводились адгезиолизис, аднесэктомии, дренирование брюшной полости и малого таза, удаление кист яичников, консервативная миомэктомия, хирургическая стерилизация и гемотрансфузии.

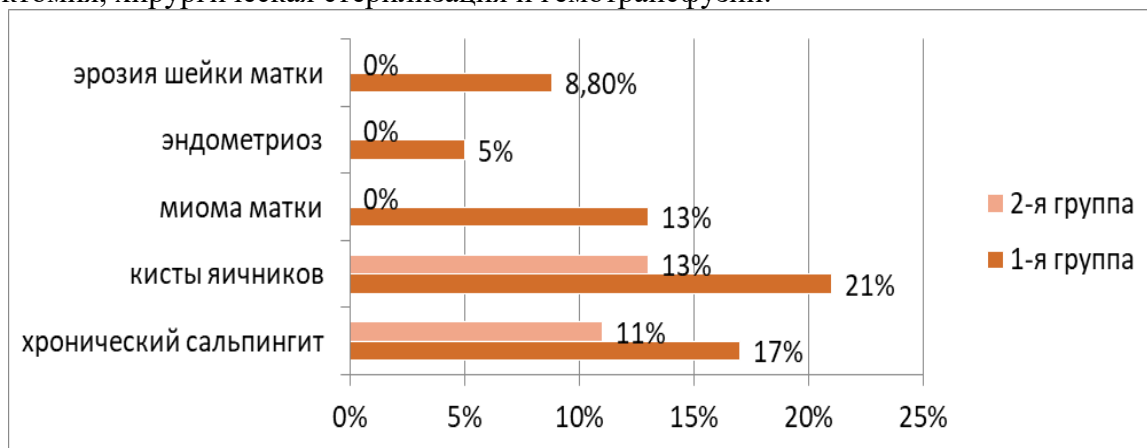


Рисунок 2. Структура гинекологических заболеваний в первой и второй группах.

Из пациенток 1 группы кровопотеря 250-1500 мл отмечена лишь у каждой 5 (16 женщин – 20,25%). Во 2 группе каждая вторая пациентка (27 женщин - 51%), таким образом кровопотеря более 250 мл встречается достоверно реже у пациенток 1 группы ($p < 0,05$).

Среднее значение операционной кровопотери у пациенток 1 группы с нарушенной трубной беременностью составило 273,3 мл, с ненарушенной трубной беременностью кровопотеря составила 43,71 мл. Среднее значение кровопотери у пациенток второй группы составило 353,2 (рис. 3).

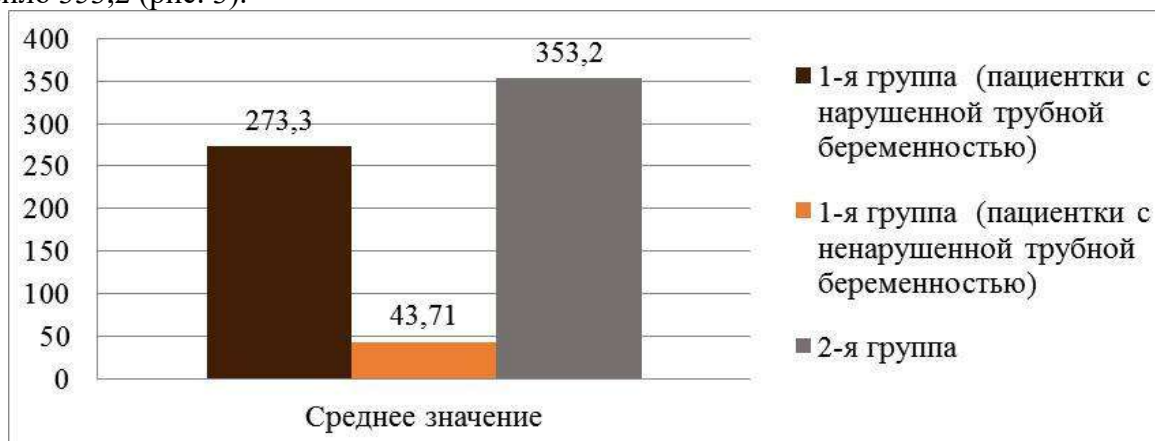


Рисунок 3. Среднее значение кровопотери у пациенток с нарушенной и ненарушенной трубной беременностью в первой и второй группах

Заключение. В современной гинекологии есть все необходимые возможности для неинвазивной диагностики трубной беременности и выполнения оперативного вмешательства с минимальной кровопотерей при помощи лапароскопического доступа. Кульдоцентез как метод диагностики трубной беременности в настоящее время теряет свою значимость при возможности выполнения УЗИ органов малого таза и анализа крови на ХГЧ.

Список литературы:

1. [Flanagan, Heather C.](#) Recent advances in the understanding of tubal ectopic pregnancy/ Flanagan HC, Duncan WC, Lin CJ, Spears N and Horne AW // Faculty Reviews 2023 12:(26) – [Electronic resource]. – Mode of access:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10619208/pdf/facrev-12-26.pdf> – Date of access: 02.04.2024.

2. Дифференциальный подход в хирургическом лечении трубной беременности/ В. Н. Сидоренко, Е. Б. Карташова, Ж. И. Ковалева, А. В. Гудков, В. Ю. Бугров, А. В. Гордеевич// Медицинский журнал. — 2022. — №4. — 103 с.

3. Trahan, Marie-Julie. Ruptured Tubal Ectopic Pregnancy / Marie-Julie Trahan, Karen Wou, Togas Tulandi // Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada. – 2021. Oct 12 – [Electronic resource]. – Mode of access: [https://www.jogc.com/article/S1701-2163\(21\)00755-6/fulltext](https://www.jogc.com/article/S1701-2163(21)00755-6/fulltext) – Date of access: 02.04.2024.