

БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ, Г.МИНСК

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

Органосберегающая терапия при эктопической беременности

Доцент, канд. мед. наук, Вербицкая М.С.,

Зав. ГООЗ УЗ «5-я ГКБ» г. Минска, Подрезенко Е.Ф.

Актуальность:

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.

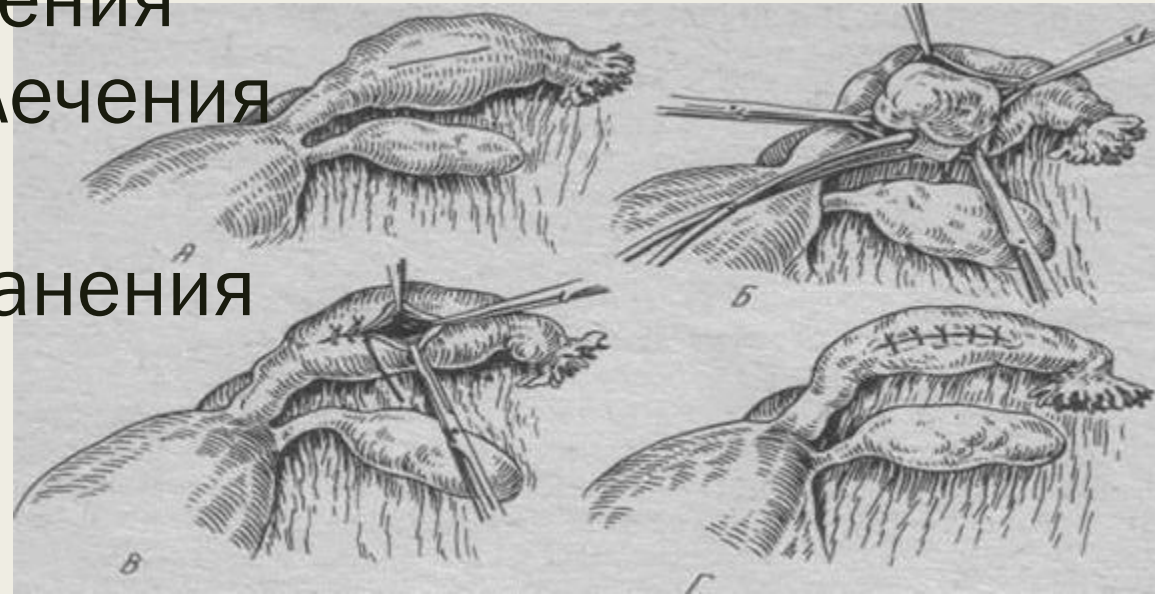
Совершенствование органосохраняющих технологий в лечении эктопической беременности вносит непосредственный вклад в решение задач по сохранению репродуктивного здоровья популяции и поддержанию демографической стабильности, что соответствует приоритетным направлениям государственной политики в сфере охраны здоровья населения



Рис. 1 – Частота локализаций плодного яйца при внематочной беременности

Цель:

- Целью данного исследования явилось проведение ретроспективного статистического анализа факторов риска развития, а также возможности диагностики эктопической беременности, изучение возможности проведения органосберегающих методов лечения данной патологии и анализ их результативности в плане сохранения репродуктивной функции.



Материалы и методы

Число пациентов с прогрессирующей эктопической беременностью по годам 2020-2024, которым выполнено органосохраняющее лечение (ГООЗ) УЗ «5-я ГКБ»

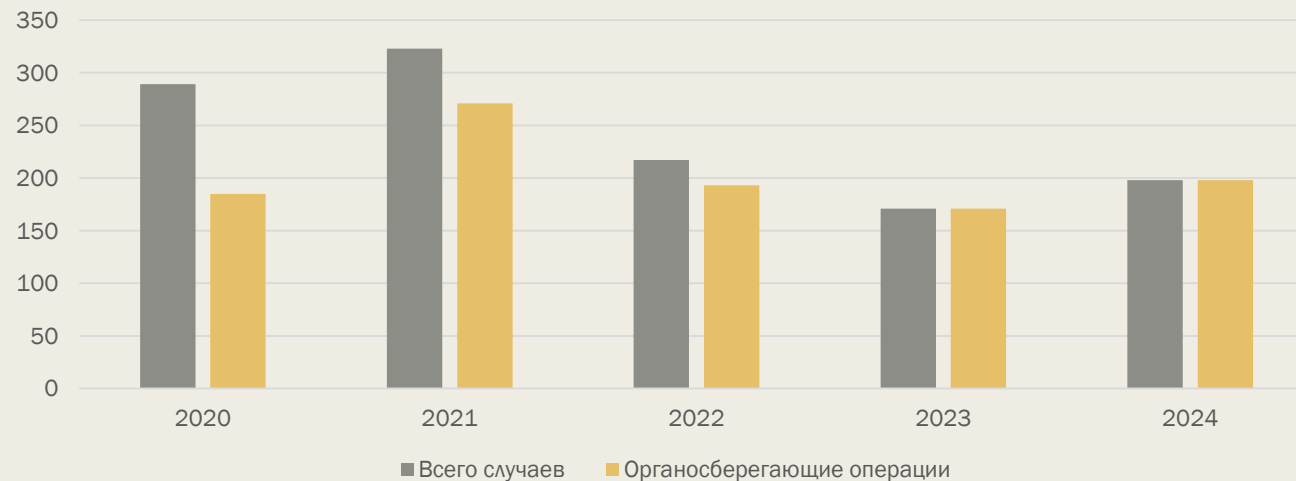


Рис. 1 – Проведенное органосберегающее лечение в 2020-2024 гг

Материалы и методы

- Проведён ретроспективный анализ 242 истории болезни пациенток (2020-2024 гг), которым были проведены органосохраняющие 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».

Локализация плодного яйца

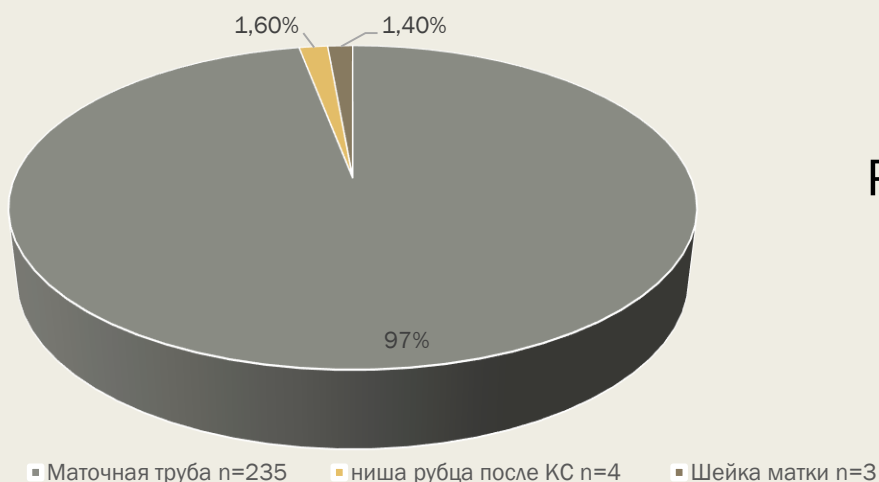


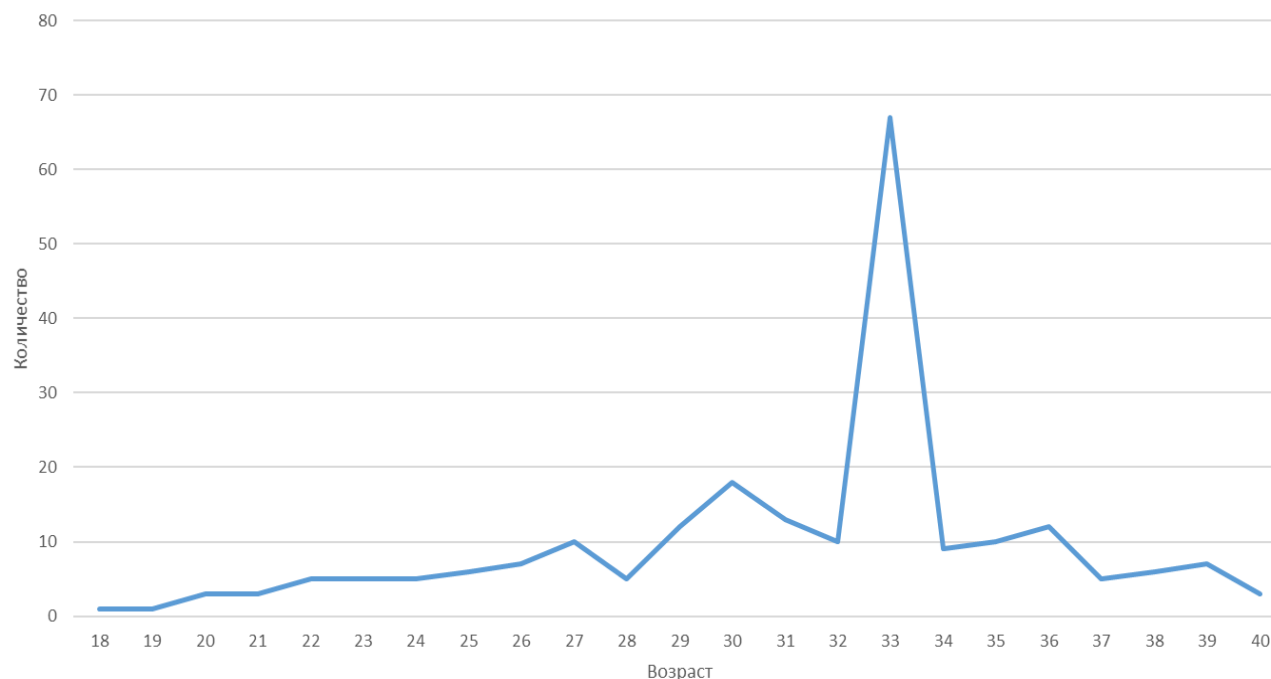
Рис. 2 - Факторы риска развития эктопической беременности

Анамнез

242

средний возраст составил — $32,5 \pm 4,95$ года

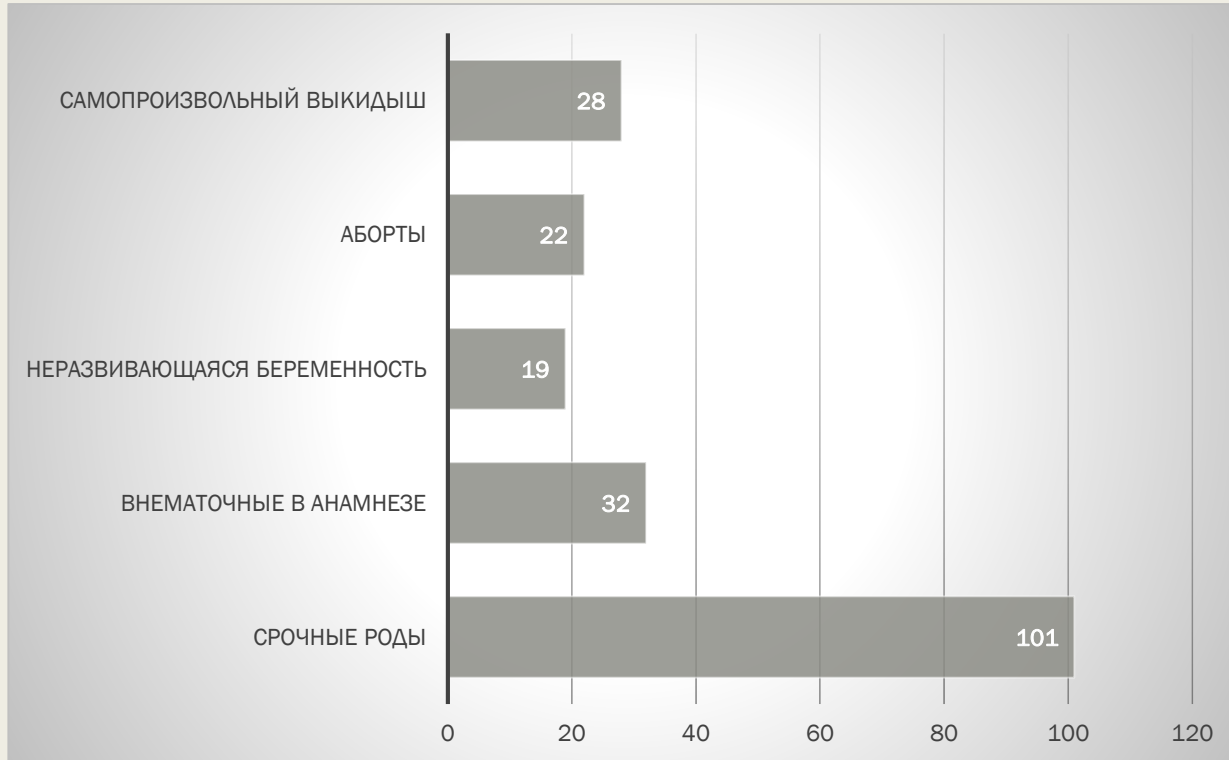
Рис. 3 – Возраст пациенток



Возраст > 35:

- С возрастом увеличивается вероятность **нарушения проходимости маточных труб** из-за перенесенных воспалительных заболеваний
- **Снижается подвижность реснитчатого эпителия труб**, что затрудняет продвижение оплодотворенной яйцеклетки в матку.
- Чаще встречаются **гормональные нарушения** и **поздние послеоперационные осложнения**

Паритет беременности



Данные акушерского анамнеза	Число случаев (n; %)
Медицинский аборт	22 (9%)
Самопроизвольный выкидыш	28 (11,6%)
Замершая беременность	19 (7,8%)
Внематочная беременность в анамнезе	32 (13.2%)
Срочные роды	101 (41,7%)

Рис. 4 – Акушерский анамнез

Из пациенток исследуемой группы только 41,7% успешно реализовали свою репродуктивную функцию, у 58,3% пациенток попытки были неуспешными, в том числе каждая 10-я женщина прерывала беременность по собственному желанию

Результаты и их обсуждение

Факторы риска развития эктопической беременности, выявленные во время сбора анамнеза:

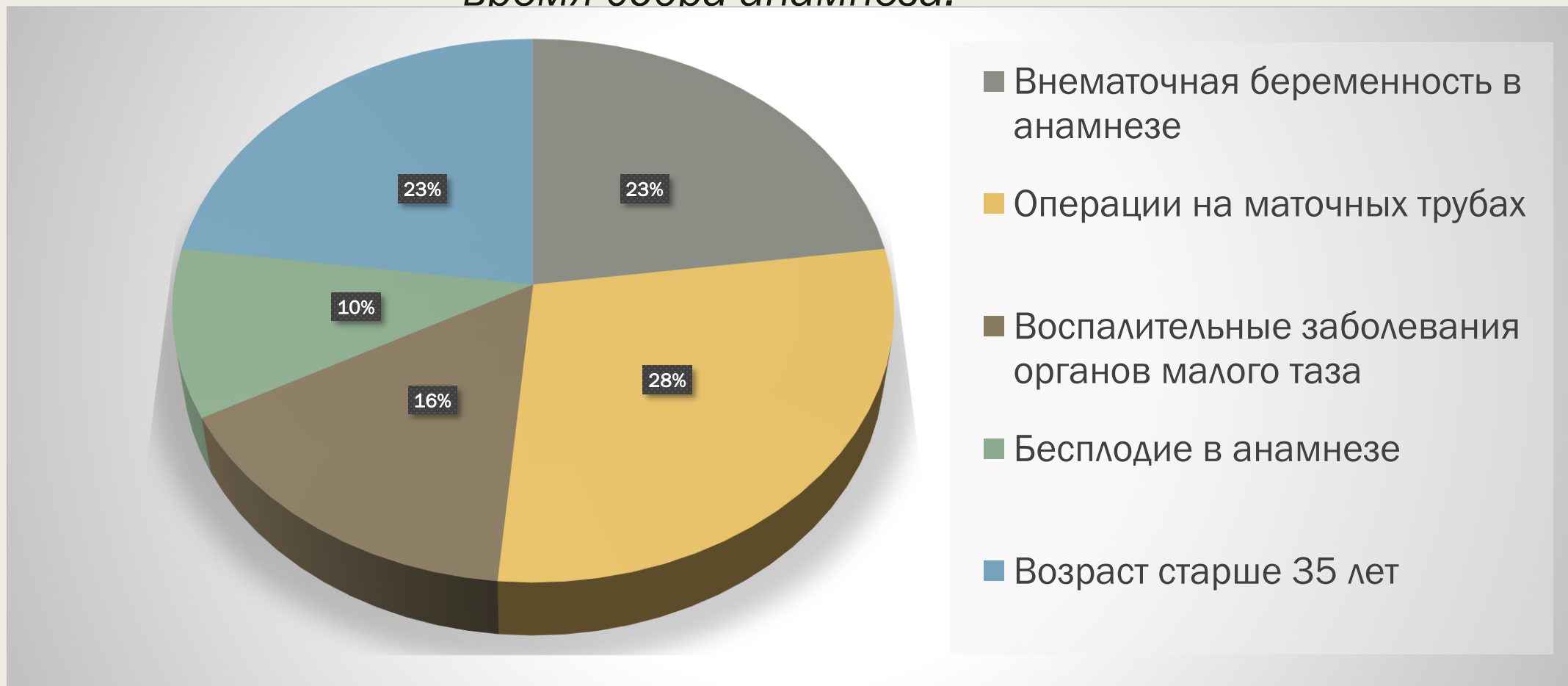
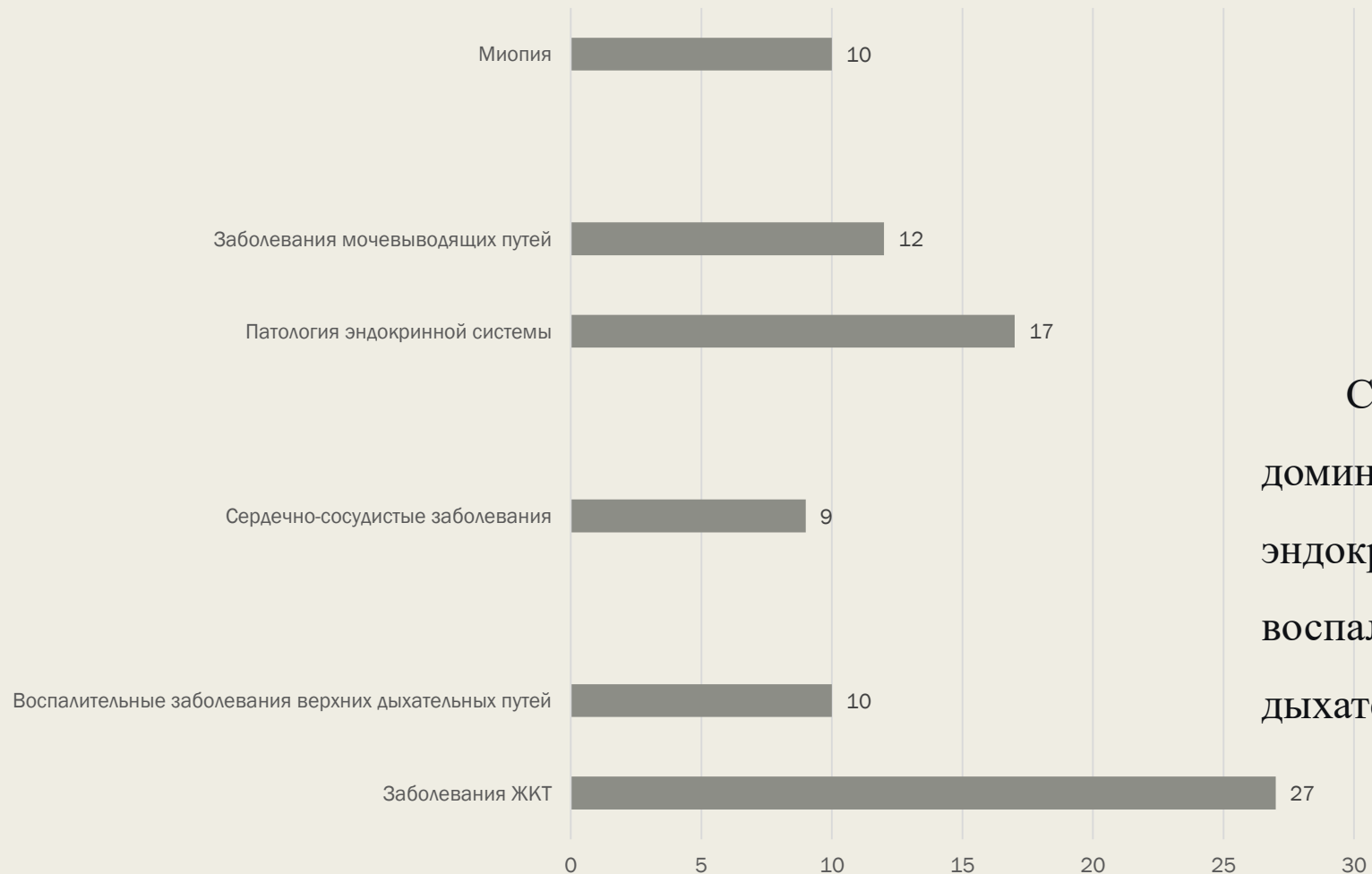


Рис. 5 – Наиболее значимые факторы риска

Результаты и их обсуждение

Экстрагенитальная патология



Среди экстрагенитальной патологии доминировали заболевания ЖКТ, эндокринные нарушения и воспалительные заболевания верхних дыхательных и мочевыводящих путей

Рис. 6 – Сопутствующие заболевания (экстрагенитальная патология)

Результаты и их обсуждение

Генитальная патология (n)



Каждая вторая пациентка с эктопической беременностью имела заболевания половых органов. В структуре гинекологической патологии доминировали заболевания шейки матки.

Значимым фактором риска явились перенесенные операции на органах малого таза (28%).

Рис. 7 – Сопутствующие гинекологические заболевания (генитальная патология)

Диагностика

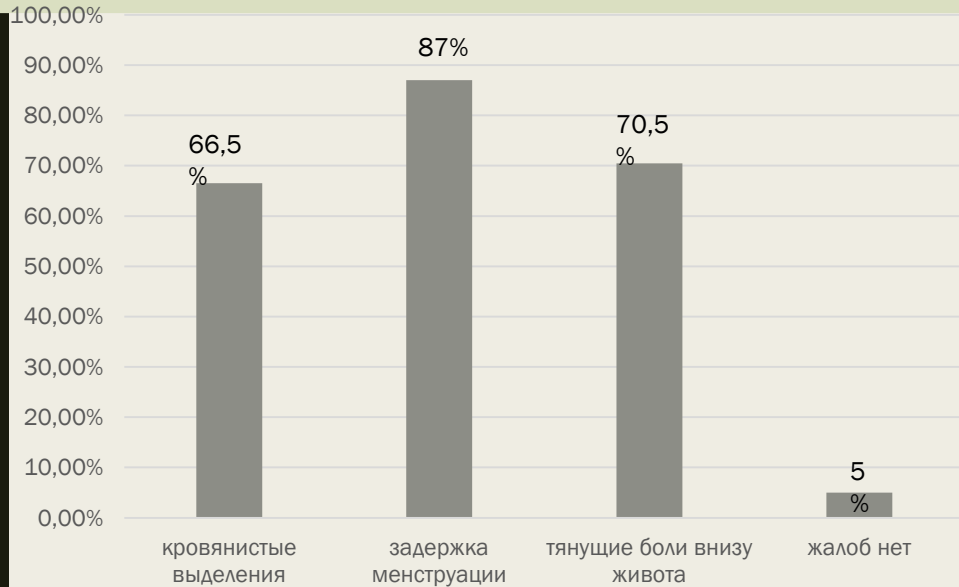


Рис. 8 – Жалобы, предъявляемые пациентами

Трансвагинальное УЗИ

Позволяет обнаружить:

Отсутствие плодного яйца в полости матки (при ХГЧ > 1500–2000 МЕ/л).
Патологическое образование в трубе (эмбрион, гематосальпинкс).
Свободная жидкость в малом тазу (признак кровотечения).

Диаметр плодного яйца при сонографическом исследовании варьировался в пределах от 10 до 40 мм, в среднем – $10 \pm 2,8$ мм



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.

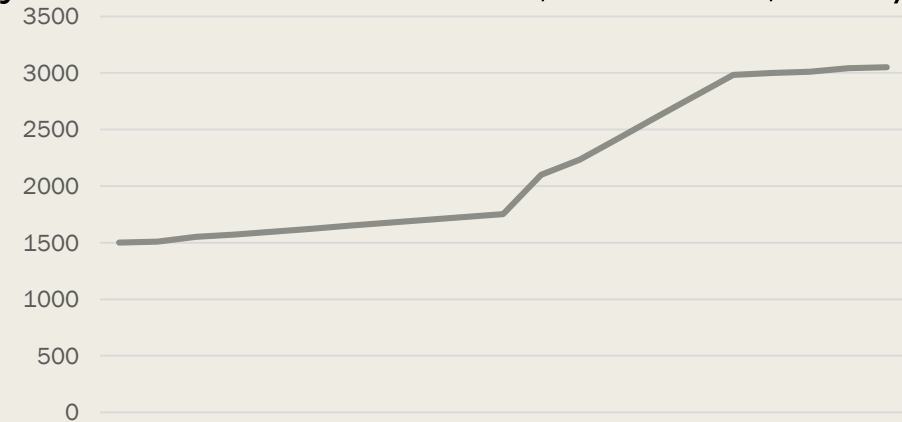
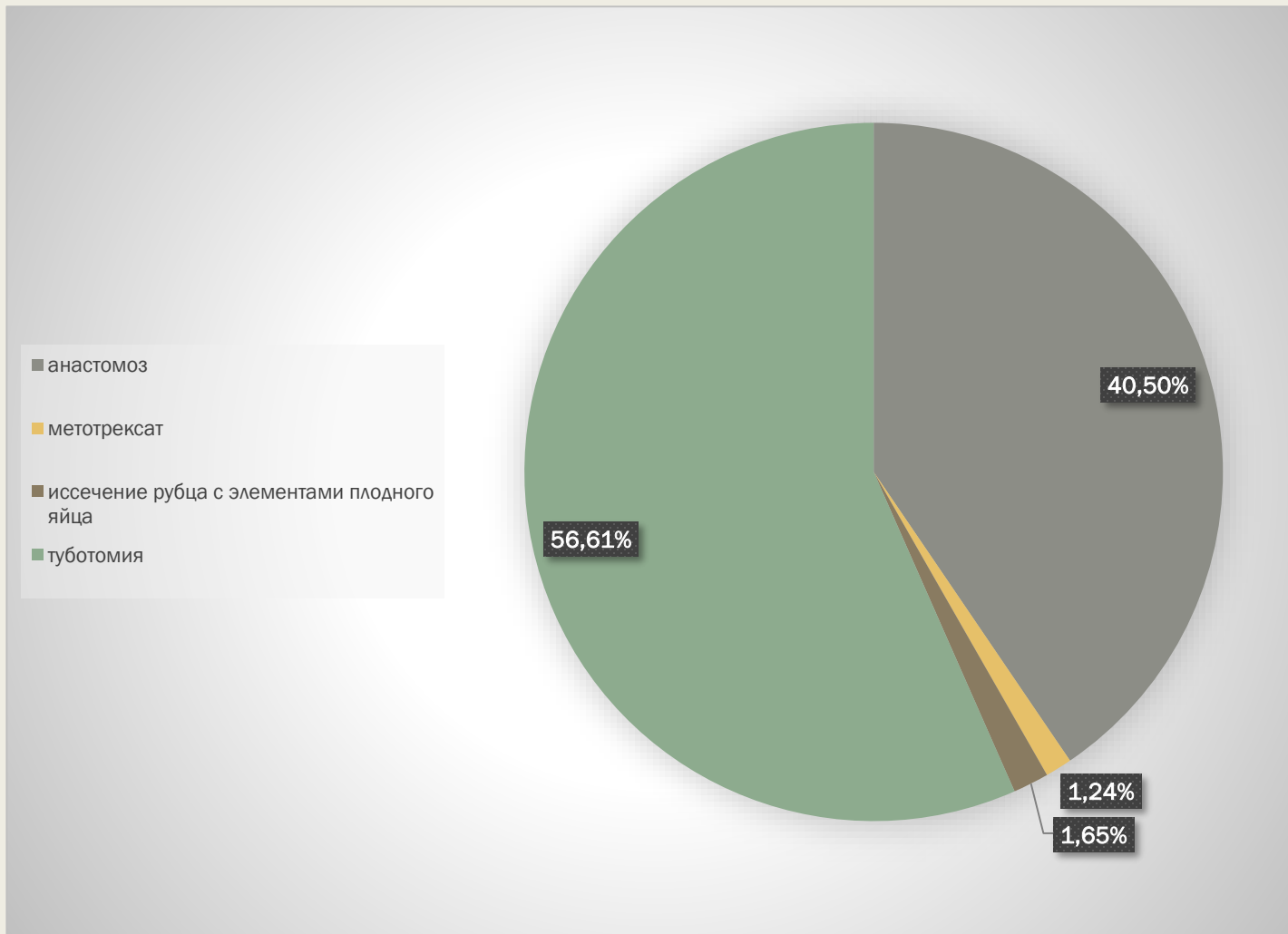


Рис. 9 – Уровень ХГЧ в сыворотке крови при поступлении

Кульдоцентез (КЦ)

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).

Органосберегающая тактика лечения



- Туботомия 137 пациенток (56,61%)
- Сложная реконструктивно-хирургическая операция с наложением тубо-тубарного анастомоза на стенке с сохранением маточной трубы длиной не менее 7 см, иссечение участка маточной трубы с плодным яйцом – 98 пациенток (40,5%)
- Иссечение рубца на матке с элементами плодного яйца – 4 (1,65%)
- полихимиотерапия (метотрексат внутривенно капельно по схеме) – 3 (1,24%)

Рис. 10 – Видовое соотношение органосберегающих операций

Абсолютные:

1. Стабильная гемодинамика
2. отсутствие выраженного кровотечения
3. локализация плодного яйца вне матки по данным УЗИ
4. отсутствие сильной постоянной боли в животе
5. возможность наблюдения
6. отсутствие противопоказаний к назначению метотрексата

Относительные

1. Низкий уровень ХГЧ (менее 5000 мМЕ/мл)
2. Размер плодного яйца по данным УЗИ не более 3,5 мм
3. Отсутствие кардиальной активности эмбриона.

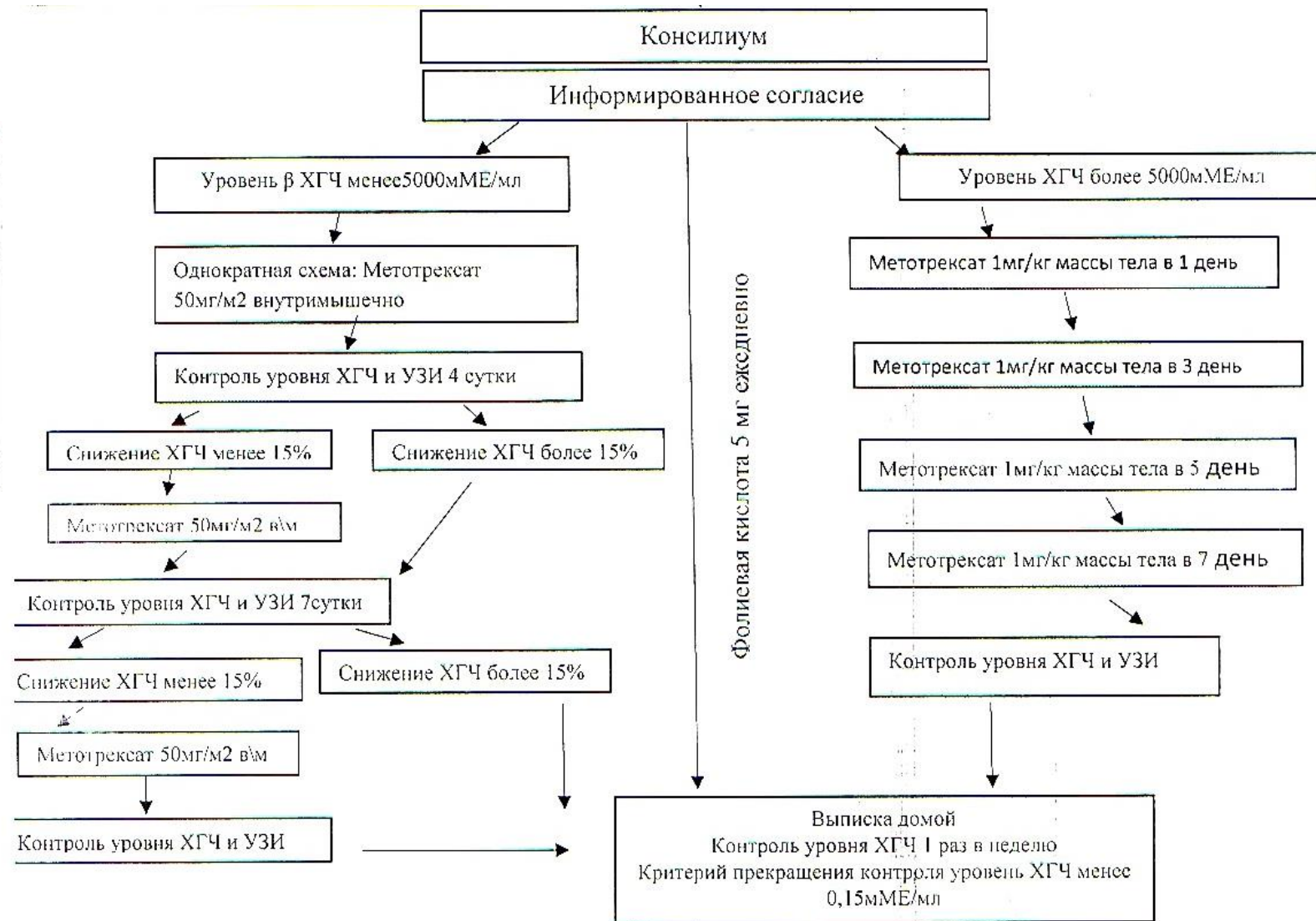


Рис. 13 – Назначение метотрексата при эктопической беременности

Патогистологическое исследование

Фрагменты некротизированной децидуальной ткани лейкоцитарным лизисом, бессосудистыми ворсинами хориона, клетками трофобласта – 57 (23,8%);

Кровь, ворсины хориона, элементы трофобласта, единичные фрагменты децидуальной ткани с фокусами некроза – 64 (25,1%);

Элементы трофобласта, Фибринозный экссудат – 78 (32,6%);

Лейкоцитарная инфильтрация - (нейтрофилы, лимфоциты, макрофаги) – 40 (16,7%)

Послеоперационный период

Антибиотикотерапия (Цефалоспорины 3-го поколения (цефтриаксон)) — 95% (227), нестероидные противовоспалительные средства (кеторолак, диклофенак) — 82% (196), комбинированные оральные контрацептивы курсом от 3 до 6 месяцев — 52% (124), а также физиолечение в стационаре (магнитотерапия, ультразвук на малый таз)

ХГЧ **через 48 часов** – должен снизиться $\geq 50\%$ от исходного, далее контроль 1 раз в неделю и снижение до < 5 МЕ/л

Средняя продолжительность лечения в стационаре – 5-7 дней.

Выводы:

Воспалительные заболевания органов малого таза в большинстве случаев (16%) осложняются развитием спячного процесса, что приводит к нарушению проходимости маточных труб и является одной из причин развития внематочной беременности. У 23% проанализированных случаев в анамнезе имелось указание на эктопическую беременность в прошлом. Отсутствие острых симптомов данной патологии (5%) является дополнительным фактором риска развития внутрибрюшного кровотечения, в связи с поздним обращением к специалисту.

При анализе уровня ХГЧ в сыворотке крови было выявлено, что показатели при внематочной беременности ниже уровня, соответствующего сроку гестации, 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. К 4-6 неделе появляются кровянистые выделения и боли внизу живота (преимущественно с одной стороны).

Во всех случаях с ХГЧ выше 1500 МЕ/л при проведении ДЛС (диагностической лапароскопии) подтверждено наличие трубной беременности, несмотря на отсутствие крови по КЦ (53,3% - 129).

На УЗИ можно увидеть в трубе плодное яйцо, а также уровень свободной жидкости в брюшной полости, при нарушенной беременности – 46,7% (112).

При выполнении диагностического кульдоцентеза обнаруживается тёмная кровь, что свидетельствует о нарушенной эктопической беременности (46,7% - 113 пациенток).

У 137 (56,61%) пациенток была выполнена туботомия, сложная реконструктивно-хирургическая операция с наложением тубо-тубарного анастомоза у 98 (40,5%), у 4 пациенток было выполнено иссечение рубца с элементами плодного яйца и у 3 человек было проведено консервативное лечение метотрексатом.

Выбор типа операции зависит от локализации плодного яйца в трубе (истмическая или ампулярная часть), его размера, состояния противоположной трубы и планов женщины на последующие беременности.

В результате проведенного лечения маточная беременность, закончившаяся срочными родами, наступила у 5,8% женщин (период с 2020-2023 годы).

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.