



УДК: УДК: 618.31+ 618.17+ 618.179

## К ВОПРОСУ ОБ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

**Хакимбоева К.А.**

Бухарский медицинский институт имени Абу Али Ибн Сина.

### **Аннотация.**

**Ключевые слова:** внематочная беременность, редкие формы внематочной беременности, восстановление фертильности.

**Актуальность.** Внематочная беременность (ВБ) стабильно занимает 3-4 места в структуре причин материнской смертности индустриально развитых стран мира, 5-е - в Узбекистане (1,2,3,17). Обсуждение проблемы на последнем, XIX Всемирном Конгрессе акушеров-гинекологов (FIGO, 2021), показало, что диагностика, выбор метода лечения, определение объема хирургического вмешательства требуют дальнейшего усовершенствования.

До настоящего времени ВБ занимает второе место в структуре острых гинекологических заболеваний и первое - среди нозологических форм, сопровождающихся внутрибрюшным кровотечением (4, 7,9,11,13).

В последние годы, в связи с ростом частоты воспалительных заболеваний и наружного генитального эндометриоза, отмечена отчетливая тенденция к увеличению случаев внематочной беременности - более чем в 2 раза по сравнению с данными исследований 70-х годов, нередко с атипичным клиническим течением (2,6,8,10,12). Среди срочных гинекологических операций оперативные вмешательства по поводу ВБ занимают одно из первых мест и составляют около 50 % (3,12,14,15).

В современном мировом здравоохранении существует «золотой стандарт» диагностики ВБ: приоритетное значение имеет исследование сыворотки крови на наличие Р-ХГЧ в сочетании с трансвагинальной эхографией ТВ для локализации трофобласта - в матке или вне её. Но, несмотря на достижения последних лет, в диагностике ВБ, сохраняется высокая частота разрывов маточной трубы и внутрибрюшных кровотечений. В этих условиях приходится выполнять радикальные операции (удаление маточной трубы), требуется длительная и дорогостоящая реабилитация. В последующем перенесенные осложнения ВБ оказывают отрицательное влияние на репродуктивную функцию женщин и их качество жизни.



Как несомненной, так и дискутабельной в настоящее время представляется информативная ценность лапароскопии. Лапароскопический доступ сокращает время дифференциальной диагностики, позволяет визуально оценить степень «катастрофы» в брюшной полости и выбрать адекватный метод лечения (1,16,18). Но это становится возможным не ранее определенного срока ВБ, прежде всего трубной локализации: до 2,5-3 недель прогрессирующая трубная беременность не деформирует маточную трубу, что резко увеличивает частоту ложно-отрицательных результатов. Иное дело - эндовидеохирургия как метод оперативного лечения ВБ с оптимальным положительным эффектом: меньше спайка образования, больше возможностей выполнения органосохраняющих операций (2,19).

Несмотря на это, лапароскопическая хирургия так и не стала приоритетной при оказании экстренной медицинской помощи больным с ВБ, только 10% хирургических вмешательств в стране по поводу данной патологии выполняются эндоскопическим доступом. На сегодняшний день малоизученными остаются следующие вопросы: Медико-организационные мероприятия по ранней временные параметры и диагностические критерии лапароскопии при прогрессирующей внематочной беременности. Состояние репродуктивной функции и качество жизни женщин, перенесших внематочный беременность.

**Цель исследования.** оптимизация тактики, диагностики, лечения и реабилитации больных с внематочной беременностью на основе использования современных лечебно-диагностических и организационных медицинских технологий.

**Материал и метод.** Под наблюдением находилось 31 пациенток с внематочной беременностью в возрасте от 20 до 39 лет. Всем пациенткам произведены органосохраняющие лапароскопические операции. Консервативные операции проведены двумя способами: методом выдавливания плодного яйца из маточной трубы (ВПЯ) и методом линейной сальпинготомии (ЛСТ). Соответственно проведенному оперативному вмешательству общее количество больных было разделено на 2 группы. В 1-ю группу вошли пациентки, перенесшие операцию ВПЯ (n=15), а 2-ю составили пациентки, перенесшие операцию ЛСТ (n=16). Средний возраст больных первой группы составил 26,2 лет, второй группы - 25,4 года.

**Результаты и обсуждение.** Средний возраст наступления менструальной функции у пациенток в 1-й группе составил  $13,3 \pm 1,1$  лет, во 2-й группе -  $13,8 \pm 1,23$  лет. Обращает на себя внимание тот факт, что у 25 % пациенток 1-й группы и у 20 % пациенток 2-й группы имело место раннее (до 12 лет) или позднее (после 16 лет) появление первой менструации, что косвенно является свидетельством нарушения



функции эндокринного аппарата женщин. Всего у 22 % пациенток от общего количества больных отмечалось отклонение в становлении менструальной функции.

Средняя продолжительность менструации в 1-й группе больных составила  $4,2 \pm 0,53$  дня, а во 2-й -  $4,4 \pm 0,72$  дня. У 14 пациенток 1-й группы и 14 пациенток 2-й группы (18,66 % от общего количества больных), отмечались отклонения в длительности менструации. Как короткие, так и длинные менструации также указывают на возможные нарушения в функционировании эндокринной системы женщин. У 5-ти пациенток 1-й группы и 4-х пациенток 2-й группы менструальный цикл был короче 21 дня и у одной пациентки 1-й группы и одной пациентки 2-й группы длиннее 35 дней, что является отклонением от нормы. Эти пациентки ( $n=11$ ) составили 7,33 %. Продолжительность менструального цикла варьировалась в обеих группах от 19 до 38 дней, составляя в среднем  $28,3 \pm 1,86$  дней. Средняя продолжительность менструального цикла у пациенток 1-й группы составила  $28,1 \pm 0,97$  дня, а у 2-й группы -  $27,8 \pm 2,88$  дней. У обследованных пациенток обеих групп данная беременность была первой у 86,7 % ( $n=13$ ), повторной (включая внематочные беременности) у 93,3% ( $n=14$ ). Маточные беременности в анамнезе имели 13 пациенток 1-ой группы и 14 пациенток 2-й группы.

У 3-х пациенток 1-й группы и у 3-х пациенток 2-й группы отмечались внематочные беременности в анамнезе, что составляет 4 % от общего количества больных. По поводу внематочной беременности 4-м пациенткам 1-й и 2-й групп было произведено чревосечение и 2-м осуществлена лапароскопия. При чревосечении выполнялась радикальная операция сальпингэктомия, при лапароскопии - органосохраняющие операции, в частности в одном случае - линейная сальпинготомия, во втором - выдавливание плодного яйца. Большинство пациенток имели в анамнезе различные гинекологические заболевания. Только 11 пациенток 1-й группы и 8 пациенток 2-й группы не имели ранее гинекологических заболеваний и оперативных вмешательств. Воспалительные заболевания в анамнезе отмечались у 68,8 % от общего числа больных ( $n=11$ ). В 1-й группе сальпингоофорит отмечен в анамнезе у 87,2 % ( $n=13$  больных, во 2-й группе - у 86,7 % ( $n=14$ ). Общеизвестно, что воспалительные заболевания внутренних половых органов занимают первое место в этиопатогенезе эктопической беременности. Риск внематочной беременности увеличивается в 7 раз после одного эпизода острого сальпингита. Среди обследуемых пациенток бесплодие в анамнезе отмечено у 50,0 % больных ( $n=8$ ) Из этого числа пациентки 1-й группы составили 33,3 % ( $n=5$ ) человек, 2-й - 46,43 % ( $n=6$ ). Длительность бесплодия составляла в 1-й группе от 2-х до 7-ми лет (составляя в среднем  $3,32 \pm 1,71$  лет), во второй группе от 2-х до 5-и лет (составляя в среднем  $3,89 \pm 2,03$  лет). У одной пациентки 1-й группы и у двух



пациенток 2-й группы причина бесплодия не установлена: трубная беременность наступила без предварительного обследования и лечения. У 60,7 % пациенток, страдающих бесплодием, обнаружен трубно-перитонеальный фактор infertility, связанный с перенесенным ранее воспалительным процессом в области придатков матки или предшествующими операциями на придатках матки. Хирургическую коррекцию по поводу бесплодия получило 17 пациенток обеих групп (включая пациенток с бесплодием смешанного генеза).

Для диагностики трубной беременности использовались клинико-анамнестические данные, данные ультразвукового сканирования органов малого таза, иммунологическое тестирование мочи на беременность, тестирование р-субъединицы ХГ в сыворотке крови. Завершающим этапом диагностики внематочной беременности являлась лапароскопия. После подтверждения диагноза эктопической беременности осуществлялась эндохирургическая операция. 60 % пациенток оперированы в день поступления. Остальные больные оперированы позже. На вторые сутки оперированы 20 % пациенток, на третьи - 10,7 % (n=16), свыше трех суток - 9,3 % (n=14). С картиной острого живота поступило 8 % (n=12) пациенток. В этих случаях диагностика внематочной беременности не представляла сложности, и больные были оперированы сразу при поступлении в стационар. В состоянии геморрагического шока оперировано 1,3 % (n=2) пациентки, из них одна пациентка с геморрагическим шоком 1 ст., и одна пациентка с геморрагическим шоком 2 ст. У 92 % пациенток имелась «стертая» клиническая симптоматика, требующая дополнительных методов исследования. Чаще всего пациентки жаловались на нарушение менструальной функции, причем у 40,7 % отмечалась задержка менструации от 2 до 4 недель, с последующими скудными мажущими выделениями, у 39,3 % отмечались продолжительные кровянистые выделения из половых путей, появившиеся в срок очередной менструации или после небольшой задержки. 12 % (n=18) пациенток отрицали задержку месячных и жаловались на темные кровянистые выделения из половых путей, появившиеся в середине или ближе к концу менструального цикла. Жалобы на боли внизу живота предъявляли 71,33 % пациенток.

Результаты контрольной лапароскопии показали, что частота сохранения проходимости оперированной трубы выше у пациенток 1-й группы. У 95,45 % пациенток отмечена проходимость оперированной маточной трубы, во 2-й группе данный показатель составил 65 %, а частота развития послеоперационных спаек в области оперированной трубы у пациенток 1-й группы более чем в 3 раза ниже, чем у пациенток 2-й группы. Маточные беременности наступили у 84,6 % пациенток 1-й



группы (n=66) и 44,4 % пациенток 2-й группы, а частота внематочных беременностей составила у пациенток 1-й группы 6,4 % (n=5) и 27,7 % у пациенток 2-й группы (n=20).

**Вывод.** Таким образом, показатели фертильности были выше, а частота внематочных беременностей была ниже у пациенток 1-й группы, которым проводилась операция выдавливания плодного яйца. Определены показания для проведения лапароскопической операции при внематочной беременности и установлено, что оперативное лечение методом выдавливания плодного яйца из маточной трубы является более эффективным по сравнению с методом линейной сальпинготомии.

### Литература

1. Адамян Л.В. Эктопическая беременность – новый взгляд на проблему / // Проблемы репродукции. - 2021. - Т. 16. № 2. - С. 102-106.
2. Авакимян Х.В. Факторы риска внематочной беременности // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2016. - № 11-4. – С. 581-582.
2. Адамян Л.В. Внематочная беременность у девочки 16 лет: клинический случай // Фарматека. – 2015.- №16 (309). – С. 104-106.
3. Адамян Л.В. Внематочная (эктопическая) беременность. Клинические рекомендации (Протокол лечения) // Министерство Здравоохранения Российской Федерации. – 2017. – С. 6-8, 9-18.
4. Азиев О.В. Повреждение кишечника при лапароскопии (диагностика, лечение и профилактика) // Журнал акушерства и женских болезней. -2015. - Т. LIV., № 5. - С. 96.
5. Артющков В.В. Опыт применения селективной эмболизации маточных артерий в лечении шеечной беременности // Кубанский научный медицинский вестник. – 2017. - № 2 (163). – С. 12-14.
6. Буланов М.Н. К вопросу о возможностях ультразвуковой диагностики при яичниковой беременности // Ультразвуковая и функциональная диагностика. – 2016. - № 2. – С. 28-42.
7. Бурлев В.А. Содержание активина а в крови при внематочной беременности // Акушерство и гинекология. – 2017. – № 8-1. – С. 25-31.
8. Буянова С.Н. Брюшная беременность // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2014. - № 5. – С. 71-74.
9. Khamdamova M.T., Zhaloldinova M.M., Khamdamov I.B. The state of nitric oxide in the blood serum of patients with cutaneous leishmaniasis // New Den Medicine. - Bukhara, 2023. - № 5 (55). - P. 638-643.



10. Khamdamova M.T., Zhaloldinova M.M., Khamdamov I.B. The value of ceruloplasmin and copper in the blood serum of women wearing copper-containing intrauterine devices // *New Den Medicine*. - Bukhara, 2023. - № 6 (56). - P. 2-7.
11. Khamdamova M.T., Khasanova M.T. Various mechanisms of pathogenesis of endometrial hyperplasia in postmenopausal women (literature review)// *New Den Medicine*. - Bukhara, 2023. - № 8 (58). - P. 103-107.
12. Khamdamova M.T., Akramova D.E. Genetic aspects of genital prolapse in women of reproductive age // *New Den Medicine*. - Bukhara, 2024. - № 2 (64). - P.420-426.
13. Khamdamova M.T., Akramova D.E. Immediate and long-term results of surgical treatment of genital prolapse in elderly women // *New Den Medicine*. - Bukhara, 2025. - № 3 (77). - P. 201-207.
14. Khamdamova M.T., Akramova D.E. Efficiency of various methods of treatment of women with genital prolapse // *News of dermatovenerology and reproductive health*. - Tashkent, 2025. - № 2 (109). - P.30-33.
15. Khamdamova M.T., Khasanova M.T. genetic mechanisms of development of endometrial hyperplastic processes in women in menopausal age)// *New Den Medicine*. - Bukhara, 2025. - № 3 (77). - P. 207-211.
16. Khamdamova M.T., Khasanova M.T. Морфологические изменения эндометрия при гиперплазии // *Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья*.-Ташкент.- 2025.- № 2 (109). - P. 12-14.
17. Khamdamova M.T., Umidova N.N. Генитальный эндометриоз – болезнь активных и деловых женщин // *Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья*.-Ташкент.-2025.- № 2 (109). - P. 33-14.
18. Khamdamova M.T., Akramova D.E. Генетические аспекты генитального пролапса у женщин репродуктивного возраста) // *New Den Medicine*. - Bukhara, 2024. - № 2 (64). - P. 420-426.
19. Воронцова Н.А., Гажонова В.Е., Чернышенко Т.А., Надольникова Т.А., Пономоренко И.А., Титов Д.С. Анализ клинической значимости соноэластографии в ранней диагностике эктопической беременности. *Кремлевская медицина. Клинический вестник*. 2017.- №1.- С.106-111.