

**ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЕДЕНИЮ
НЕРАЗОРВАВШЕЙСЯ ТРУБНОЙ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ:
КРИТЕРИИ ПЕРВИЧНОГО ВЫБОРА И ПОСЛЕДУЮЩЕЙ
КОРРЕКЦИИ ТАКТИКИ**

Хакимбоева Кундуз Аскар кизи

Бухарский медицинский институт имени Абу Али Ибн Сина.

hakimboyevaqunduz@gmail.com

Резюме. Предложен алгоритм дифференцированного ведения пациенток с неразорвавшейся трубной внематочной беременностью, основанный на последовательной оценке клинических, гормональных и ультразвуковых параметров. Особое внимание уделено критериям перехода от наблюдения или медикаментозного лечения к хирургическому вмешательству.

Ключевые слова: эктопическая беременность трубной локализации; β -субъединица хорионического гонадотропина человека (β -ХГЧ); трансвагинальная ультразвуковая диагностика; медикаментозная терапия метотрексатом; наблюдательная тактика; лапароскопическая хирургия; удаление маточной трубы (сальпингэктомия); органосохраняющая операция (сальпинготомия); репродуктивная функция; индивидуализированный выбор метода лечения.

Актуальность. Трубная эктопическая беременность представляет собой патологическое состояние с вариабельным клиническим течением, которое может варьировать от спонтанного прекращения развития беременности до прогрессирования с формированием угрозы разрыва маточной трубы и массивной внутрибрюшной геморрагии. В связи с потенциально быстрым изменением клинической ситуации подтверждение диагноза должно сочетаться с незамедлительной стратификацией риска и определением наиболее обоснованной тактики ведения — выжидательной, медикаментозной с применением метотрексата (МТХ) либо хирургической. При этом клиническое состояние пациентки, прежде всего гемодинамическая стабильность и наличие признаков внутрибрюшного кровотечения, имеет преимущественное значение по сравнению с изолированным показателем β -ХГЧ [1,2,3].

Ключевую роль в диагностическом алгоритме играет трансвагинальное ультразвуковое исследование (ТВУЗИ), позволяющее установить локализацию беременности и оценить ряд признаков, имеющих прогностическое значение. Согласно рекомендациям NICE, диагностическая оценка включает определение локализации эктопической беременности, наличия эмбрионального полюса и сердечной деятельности. В рекомендациях ESHRE особое внимание уделяется стандартизации ультразвуковой терминологии и методики измерений, что способствует унификации диагностических критериев и повышает воспроизводимость результатов визуализации [4,5,6].

Важным инструментом динамического наблюдения является последовательное определение уровня β -ХГЧ, отражающего активность трофобластической ткани. Характер изменения данного показателя имеет различное клиническое значение в зависимости от выбранной стратегии лечения. При выжидательном ведении его последовательное снижение свидетельствует о тенденции к спонтанной регрессии эктопической беременности. При использовании метотрексата динамика β -ХГЧ между 4-ми и 7-ми сутками является одним из ключевых критериев оценки ответа на лечение и определения дальнейшей тактики. Отсутствие адекватного снижения, стабилизация либо увеличение концентрации β -ХГЧ, особенно при сохранении или усилении клинических проявлений, требует повторной оценки состояния пациентки и рассмотрения вопроса об изменении лечебного подхода [3,7].

Следует подчеркнуть, что наличие эктопической беременности само по себе не является безусловным основанием для немедленного активного лечения во всех клинических ситуациях. У пациенток с низким исходным уровнем β -ХГЧ и соответствующими клиническими и ультразвуковыми характеристиками контролируемая выжидательная тактика может быть приемлемой альтернативой медикаментозному лечению. В ряде исследований не было получено статистически значимых различий между немедленным применением метотрексата и тщательно организованным наблюдением по основному исследуемому исходу [5,7]. Следовательно, прогностическая и тактическая значимость β -ХГЧ определяется не только его исходной концентрацией, но и характером последующей динамики, которая должна интерпретироваться в контексте клинических данных и результатов ТВУЗИ. Такой комплексный подход является основой персонализации лечения и позволяет учитывать индивидуальный риск осложнений при выборе оптимальной стратегии ведения пациентки.

Цель исследования: Оценить эффективность персонализированного алгоритма ведения пациенток с неразорвавшейся трубной внематочной беременностью с учетом динамики клинических, лабораторных и ультразвуковых показателей на основании 8 клинических наблюдений..

Материалы и методы. В исследование вошли 8 обезличенных клинических наблюдений неразорвавшейся трубной внематочной беременности. Представленная серия имела клинико-аналитическую направленность и не рассматривалась как последовательная когорта, поэтому абсолютные значения использовались только для описания клинических характеристик и вариантов ведения отдельных пациенток.

В каждом случае анализировали анамнестические, клинические, лабораторные и ультразвуковые данные, включая возраст, репродуктивный анамнез, срок беременности, интенсивность и динамику болевого синдрома, артериальное давление, частоту пульса, уровень гемоглобина, исходную концентрацию и динамику β -ХГЧ, результаты ТВУЗИ, максимальный размер эктопического образования, наличие эмбриональной сердечной деятельности, свободной жидкости и состояние противоположной маточной трубы. Дополнительно учитывали клинические и репродуктивные факторы, определявшие выбор лечебной стратегии.

В зависимости от клинической ситуации использовали выжидательное наблюдение, медикаментозное лечение метотрексатом (MTX) либо лапароскопическое вмешательство. Обоснованность первоначально избранного подхода и его последующей коррекции оценивали в соответствии с рекомендациями NICE NG126 и общими принципами ACOG [1,2].

Для выжидательного ведения исходной временной точкой являлся D0, дальнейшие оценки выполнялись на этапах D2, D4 и D7. При лечении метотрексатом день введения препарата обозначали как MTX-D1, последующие контрольные исследования — как MTX-D4 и MTX-D7. Если точная дата лабораторного исследования отсутствовала в исходной документации, она не подвергалась реконструкции и учитывалась как отсутствующая..

Результаты и их обсуждение. В анализируемую клинико-аналитическую серию вошли 8 клинических наблюдений. Возраст пациенток находился в пределах 27–39 лет; исходные значения β -ХГЧ составляли 612–7240 МЕ/л, а максимальный размер тубарного образования — 18–41 мм. Распределение по стороне поражения было равномерным: в 4 случаях патологический процесс

локализовался справа и в 4 — слева. Сердечная деятельность эмбриона определялась в 1 наблюдении. Указанные характеристики относятся исключительно к данной выборке и не могут рассматриваться как показатели частоты или структуры клинических вариантов в общей популяции.

На этапе первичного ведения выжидательная тактика была избрана в 2 случаях. У пациентки ЕТР-01 наблюдалось биохимическое разрешение без последующего применения лекарственной терапии или хирургического вмешательства. В наблюдении ЕТР-08 сохранялось плато β -ХГЧ, что обусловило необходимость пересмотра исходной тактики и перехода к терапии МТХ. В качестве первичного метода лечения МТХ применён в 3 случаях. В ЕТР-02 и ЕТР-03 медикаментозная терапия обеспечила разрешение внематочной беременности без оперативного лечения. В ЕТР-04, несмотря на проведённую терапию, отмечалось недостаточное снижение β -ХГЧ, сопровождавшееся клиническим ухудшением, в связи с чем потребовалось выполнение лапароскопической сальпингэктомии.

Первичная хирургическая тактика была реализована в 3 наблюдениях. В ЕТР-05 решение о хирургическом лечении в качестве первой линии было обусловлено сочетанием выраженного болевого синдрома, размера тубарного образования 41 мм, исходного β -ХГЧ 7240 МЕ/л и наличия сердечной деятельности эмбриона, что соответствовало установленным критериям хирургического ведения [2]. В ЕТР-06 и ЕТР-07 с учётом репродуктивных обстоятельств была выполнена сальпинготомия, хотя по формальным исходным параметрам возможность медикаментозного лечения также оставалась допустимой. В дальнейшем у пациентки ЕТР-07 зарегистрировано послеоперационное плато с последующей динамикой повышения β -ХГЧ, что потребовало назначения дополнительной терапии МТХ.

В результате пересмотр первоначально выбранной лечебной стратегии потребовался в 2 случаях, ещё в 1 наблюдении возникла необходимость в дополнительном лечении. Таким образом, в данной серии из 8 наблюдений эскалация лечебной тактики или дополнительное терапевтическое вмешательство потребовались в 3 случаях.

Анализ представленных клинических наблюдений в сопоставлении с данными действующих руководств свидетельствует о том, что персонализированный подход к ведению трубной внематочной беременности не сводится к однократному выбору определённого метода лечения. Напротив, лечебная тактика предполагает последовательную переоценку состояния

пациентки и при необходимости коррекцию первоначального решения с учётом динамики клинических проявлений, уровня β -ХГЧ и результатов ультразвукового мониторинга [1,2]. Предлагаемый в настоящей работе алгоритм не рассматривается как валидированная прогностическая шкала, а предназначен прежде всего для систематизации ключевых этапов принятия клинического решения, включая выбор первоначальной стратегии и критерии последующей эскалации лечения.

ВЫВОДЫ:

1. Хирургическая тактика имеет приоритет при наличии гемодинамической нестабильности, выраженного или прогрессирующего болевого синдрома, размере тубарного образования ≥ 35 мм, выявлении сердечной деятельности эмбриона, уровне β -ХГЧ ≥ 5000 МЕ/л, невозможности обеспечить надёжное динамическое наблюдение, а также при признаках клинического ухудшения [2].
2. При выборе объёма хирургического вмешательства — сальпингэктомии или сальпинготомии — следует учитывать состояние контралатеральной маточной трубы, вероятность персистенции трофобластической ткани и репродуктивные приоритеты пациентки. Основопологающим принципом предложенной тактики является динамическая переоценка состояния и возможность пересмотра первоначально выбранной стратегии по мере изменения клинических, лабораторных и ультразвуковых показателей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Kirk E, Condous G, Van Calster B, et al. A validation of the most commonly used protocol to predict the success of single-dose methotrexate in the treatment of ectopic pregnancy. *Human Reproduction*. 2007;22(3):858–863. doi: 10.1093/humrep/del433.
2. Song T, Kim MK, Kim ML, Jung YW, Yun BS, Seong SJ. Single-dose versus two-dose administration of methotrexate for the treatment of ectopic pregnancy: a randomized controlled trial. *Human Reproduction*. 2016;31(2):332–338. doi: 10.1093/humrep/dev312.
3. Davenport MJ, Lindquist A, Brownfoot F, Pritchard N, Tong S, Hastie R. Time to resolution of tubal ectopic pregnancy following methotrexate treatment: a retrospective cohort study. *PLoS One*. 2022;17(5):e0268741. doi: 10.1371/journal.pone.0268741.
4. Mol F, van Mello NM, Strandell A, et al.; European Surgery in Ectopic Pregnancy Study Group. Salpingotomy versus salpingectomy in women with tubal pregnancy

(ESEP study): an open-label, multicentre, randomised controlled trial. *Lancet*. 2014;383(9927):1483–1489. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60123-9.

5. Fernandez H, Capmas P, Lucot JP, et al.; GROG. Fertility after ectopic pregnancy: the DEMETER randomized trial. *Human Reproduction*. 2013;28(5):1247–1253. doi: 10.1093/humrep/det037.
6. Tang L, Nie S, Ling L, Zhu Q. Predictors of treatment failure of tubal pregnancy with single-dose methotrexate regimen: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2025;45(1):2447997. doi:10.1080/01443615.2024.2447997.
7. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Role of tubal surgery in the era of assisted reproductive technology: a committee opinion. *Fertility and Sterility*. 2021;115(5):1143–1150. doi:10.1016/j.fertnstert.2021.01.051.