

# ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Ш.М. Нуритдинова

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,  
Андижанский филиал

## **Аннотация.**

Для того чтобы беременность развивалась нормально и безопасно для организма матери оплодотворенная яйцеклетка (зародыш) по маточным трубам должна проникнуть в полость матки и внедриться в слизистую матки. При внематочной беременности зародыш не попадает в полость матки, а прикрепляется и начинает развиваться в другом месте (в маточных трубах, на яичниках, в шейке матки, брюшине). Внематочная беременность является очень опасным состоянием и одной из основных причин смерти беременных женщин в первом триместре беременности. Но в настоящее время благодаря внедрению высоких технологий и современных методов диагностики и лечения женщин с внематочной беременностью появилась возможность не только спасти жизнь женщине, но и провести органосохраняющую операцию у пациенток с нереализованной репродуктивной функцией.

*Ключевые слова: внематочная беременность, хирургическое лечение, туботомия, тубэктомия*

# EKTOPIK HOMILADORLIKNI JARROHLIK YO'LI BILAN DAVOLASH (ADABIYOTLAR SHARHI)

Sh.M. Nuritdinova

Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi, Andijon filiali

## **Annotatsiya.**

Homiladorlikning onaning organizmi uchun normal va xavfsiz rivojlanishi uchun bachadon naychalari orqali urug'lantirilgan tuxum (embrion) bachadon bo'shlig'iga kirib, bachadon shilliq qavatiga kirib borishi kerak. Ektopik homiladorlikda embrion bachadon bo'shlig'iga kirmaydi, balki boshqa joylarda (bachadon naychalarida, tuxumdonlarda, bachadon bo'yni, qorin pardasida) birlashtiriladi va rivojlana boshlaydi. Ektopik homiladorlik juda xavfli holat bo'lib, homiladorlikning birinchi trimestridagi homilador ayollar uchun o'limning asosiy sabablaridan biridir. Ammo hozirda ektopik homiladorlik bilan og'rigan ayollarni tashxislash va davolashning yuqori texnologiyalari va zamonaviy usullarini joriy etish tufayli nafaqat ayolning hayotini saqlab qolish, balki reproduktiv funksiyasi amalga oshirilmagan bemorlarda organlarni saqlash operatsiyasini bajarish imkoni bor.

*Kalit so'zlar: ektopik homiladorlik, jarrohlik davolash, tubotomiya, tubektomiya*

# SURGICAL TREATMENT OF ECTOPIC PREGNANCY (LITERATURE REVIEW)

Sh.M. Nuritdinova

Republican scientific center of emergency medicine, Andijan branch

### **Abstract.**

In order for pregnancy to develop normally and safely for the mother's body, a fertilized egg (embryo) through the fallopian tubes must penetrate into the uterine cavity and penetrate into the uterine mucosa. In an ectopic pregnancy, the embryo does not enter the uterine cavity, but attaches and begins to develop elsewhere (in the fallopian tubes, on the ovaries, in the cervix, peritoneum). Ectopic pregnancy is a very dangerous condition and one of the main causes of death for pregnant women in the first trimester of pregnancy. But now, thanks to the introduction of high technologies and modern methods of diagnosis and treatment of women with ectopic pregnancy, it has become possible not only to save the life of a woman, but also to perform an organ-preserving operation in patients with unrealized reproductive function.

*Keywords: ectopic pregnancy, surgical treatment, tubotomy, tubectomy*

### **Причины возникновения:**

1. Патология маточных труб. Наиболее частая причина развития внематочной беременности вследствие образования спаек в маточных трубах. Возникает это заболевание по причине различных инфекций, передающихся половым путем. Отягчающими факторами могут быть аборты, спаечный процесс, оперативные вмешательства в данной области, а также различные воспалительные заболевания органов малого таза. Аномалии развития (добавочные маточные трубы, добавочные в них отверстия, аплазия и т.д.) также могут стать причиной трубной беременности.

2. Контрацепция. Нередко внематочная беременность наступает из-за использования внутриматочной спирали, противозачаточных таблеток типа «мини-пили», инъекций медроксипрогестерона. Внутриматочная спираль прекрасно предохраняет от маточной беременности, а от внематочной беременности женщина не застрахована. Действие внутриматочной спирали по большей части механическое — не позволить оплодотворенной яйцеклетке внедриться в стенку матки, но яйцеклетка может начать развиваться и не доходя до матки. Контрацептивы, не содержащие гормон эстроген, не способны полностью блокировать овуляцию, вследствие чего вероятность наступления как маточной, так и внематочной беременности довольно высока.

3. Экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО). Да, как это не парадоксально, ведь оплодотворенную в искусственных условиях яйцеклетку вводят прямо в матку, и она может проникнуть дальше, чем требуется.

4. ИППП. Воспалительные заболевания в этиологии внематочной беременности составляют 42-80 %. В последние годы среди факторов риска возникновения внематочной беременности особое внимание уделяют инфекции, передающейся половым путем. Это, в первую очередь, касается хламидийного сальпингита, который встречается у 50-60 % пациенток с внематочной беременностью. Воспалительные заболевания внутренних половых органов приводят к нарушению проходимости, повреждению нервно-мышечного аппарата маточной трубы и нейроэндокринным нарушениям. Не менее важным фактором риска внематочной беременности являются перенесенные аборт, их имеет в анамнезе почти каждая вторая женщина.

5. На фоне приема индукторов овуляции частота внематочной беременности увеличивается до 10 %, а при развитии синдрома гиперстимуляции яичников риск эктопической беременности возрастает в три раза в сравнении с общей популяцией.

6. Перенесенные ранее оперативные вмешательства на трубах также являются фактором риска развития внематочной беременности. Реконструктивно-пластические операции нередко сопровождаются нарушением анатомии. Этим объясняется очень высокая (до 25 %) частота внематочной беременности после проведения подобных операций. Операциями, которые сопровождаются высоким риском возникновения трубной беременности, являются сальпингостомия, неосальпингостомия, фимбриопластика, овариосальпинголизис и наложение анастомоза трубы.

7. Наличие опухолей или опухолевидных образований матки и придатков приводит к изменению топографических взаимоотношений органов малого таза, что ведет к нарушению транспортной функции труб и возможности имплантации в эктопических местах. Кроме того, может нарушаться гормональная функция яичников, что опосредованно приводит к изменению транспортной функции маточных труб.

8. При эндометриозе выявляются нарушения транспортной функции маточных труб, что связано с изменением взаимосвязей в системе гипоталамус-гипофиз-яичники-матка. Реже эндометриоз приводит к воз-

никновению механических повреждений труб, сужению их просвета вследствие сдавления гетеротопиями или заращению.

9. Одной из причин внематочной беременности считается генитальный инфантилизм, это связано с увеличением длины маточных труб и замедленной перистальтикой.

10. Курение является фактором риска развития внематочной беременности. У курящих пациенток риск возникновения эктопической беременности в 1,5-3,5 раза выше, чем у некурящих. Механизм воздействия никотина заключается в отсроченной овуляции, изменении сократительной активности труб и матки, а также нарушении иммунитета.

11. Имеет место повышенная активность трофобласта, что изменяет нидационные свойства оплодотворенной яйцеклетки, которые проявляются раньше времени не в полости матки, а в маточной трубе.

#### **Формы внематочной беременности:**

Самая частая форма эктопической беременности – трубная (96,5-98,5 %). Локализация плодного яйца в маточной трубе, по данным США и России, представлена следующим образом: интерстициальный отдел – соответственно 2-3 % и 2-3 %; истмический – 11-12 % и 10-40 %; ампулярный – 80 % и 30-60 %; фимбриальный – 4-5 % и 5-10 %. Около 5 % внематочных беременностей имеют редкую локализацию: одновременно в обеих трубах, интерстициальной части трубы, яичнике, замкнутом рудиментарном роге, шейке матки, между листками широкой связки, брюшной полости, области рубца после кесарева сечения, переходная форма, сочетание маточной и внематочной беременности. Сведения о распространенности редких форм внематочной беременности ограничены и представлены следующим образом: яичниковая – 1:7000 родов, замкнутом рудиментарном роге – 1 : 100000 родов, шейная – 1:8000 - 18000 родов, брюшная – 1:3000-10000 родов. Редкие формы внематочной беременности часто не учитываются практикующими врачами, поздно диагностируются и являются причиной высокой материнской заболеваемости и смертности. Одной из редчайших форм внематочной беременности является одновременная двухсторонняя трубная беременность – 5 случаев на 1 млн. исследований операционного материала. Возможно, эта форма является более распространенной, но во многих случаях она остается незамеченной или незарегистрированной.

Яичниковая беременность является одним из самых редких вариантов внематочной беременности. Из 200 внематочных беременностей

одна является истинной яичниковой. Первое сообщение о яичниковой беременности относится к 1682 году (Сент-Морис).

Яичниковая беременность развивается при оплодотворении яйцеклетки в полости фолликула. Хотя известно, что яйцеклетка готова к оплодотворению еще до овуляции, многие авторы считают, что при яичниковой беременности в яичник имплантируется уже оплодотворенная яйцеклетка. Плодное яйцо может локализоваться на поверхности яичника с тонкой и легко разрывающейся капсулой плодovместилища. Последняя может располагаться и внутри фолликула, если оплодотворение яйцеклетки произошло без ее выхода или при ее попадании в полость фолликула вторично. Чем глубже располагается фолликул, тем длительнее развивается яичниковая беременность ввиду богатой васкуляризации.

#### **Клинические проявления:**

Клиническая картина зависит от расположения плодного яйца, срока беременности, прогрессирует ли беременность или она прерывается. Классическими клиническими признаками прервавшейся внематочной беременности являются: боль, задержка менструации и кровотечение из влагалища. Однако далеко не во всех случаях имеют место эти типичные проявления. У женщин с эктопической беременностью встречаются и некоторые другие симптомы, которые могут иметь место в ранние сроки и при маточной беременности: тошнота, увеличение молочных желез, слабость, схваткообразные боли внизу живота, боль в области плеча.

#### **Диагностика:**

При прогрессирующей трубной беременности диагностика часто бывает затруднена, так как женщину могут беспокоить лишь периодические тянущие боли внизу живота наряду с первыми признаками беременности.

Большое значение для диагностики внематочной беременности и дифференциальной диагностики с другими заболеваниями органов малого таза имеет УЗИ. При прервавшейся эктопической беременности нередко врачи прибегают к проведению прицельной пункции прямокишечно-маточного углубления (кульдоцентеза) под контролем УЗИ, что позволяет своевременно диагностировать минимальное внутрибрюшное кровотечение.

Определение бета-субъединицы хорионического гонадотропина в настоящее время является вспомогательным тестом для диагностики внематочной беременности.

Важное диагностическое значение имеет лапароскопия, которая позволяет визуально определить состояние матки, яичников, труб, объем кровопотери, локализацию эктопического плодного яйца, оценить характер течения беременности (прогрессирующая или нарушенная), а также провести оперативное лечение.

#### **Хирургическое лечение:**

В отделениях оперативной гинекологии проводятся лапароскопические операции при любой локализации внематочной беременности. Во время лапароскопии под общим наркозом делаются 3 небольших прокола на животе диаметром до 1-2 см. В брюшную полость нагнетают углекислый газ. Вводятся троакары, благодаря которым можно визуализировать состояние органов малого таза на мониторе. В зависимости от состояния маточной трубы, размеров и месторасположения плодного яйца- хирург может произвести туботомию (разрез маточной трубы) либо тубэктомия (удаление маточной трубы).

*Туботомия.* При туботомии маточную трубу рассекают и удаляют плодное яйцо. Затем маточную трубу ушивают либо коагулируют. Туботомия позволяет сохранить “беременную” маточную трубу и это главное преимущество данного метода. Операцию проводят женщинам, которые хотят иметь ребенка в будущем, но при условии, если пораженная маточная труба в сохранном состоянии, т.е. нет существенных структурных изменений, в противном случае сохранение маточной трубы нецелесообразно.

*Тубэктомия.* Тубэктомия выполняется в тех случаях, когда изменения в маточной трубе необратимы (при нарушенной трубной беременности), а также в случае рецидива трубной беременности в той же маточной трубе после проведенной туботомии. При выраженном спаечном процессе в малом тазу также более целесообразно проведение тубэктомии. Во время тубэктомии последовательно коагулируют и иссекают участок широкой связки матки, прилегающий к маточной трубе (“мезосальпинкс”) и истмический отдел маточной трубы. Плодное яйцо вместе с удаленной маточной трубой извлекают из брюшной полости. Проводят тщательную санацию брюшной полости.



*Лечение шейной беременности.* До недавнего времени единственным методом лечения шейной беременности была гистерэктомия. Летальность при данной патологии достигала 40-45%. У пациенток с шейной беременностью в нашем научном центре сегодня проводятся комбинированное органосохраняющее лечение путем химиотерапии цитостатиком (метотрексат) с последующим удалением плодного яйца с помощью петлевого электрода гистерорезектоскопа. Метотрексат является препаратом с цитостатическим действием на трофобласт, способствующий гибели ворсин хориона и в дальнейшем эмбриона, частичному их отторжению, тромбозу сосудов ворсин хориона, снижению кровотока в области прикрепления плодного яйца. Цитостатическая терапия метотрексатом широко применяется в европейских странах как при шейной, так и при трубной локализации плодного яйца. Перспективными методами при шейной беременности служит проведение эмболизации ветвей маточных артерий или перевязки внутренних подвздошных артерий, что позволяет затем бескровно удалить плодное яйцо.

#### Список использованной литературы:

1. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Gynecology. ACOG Practice Bulletin No. 193: Tubal Ectopic Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2018 Mar;131(3):e91-e103. doi: 10.1097/AOG.0000000000002560. Erratum in: *Obstet Gynecol.* 2019 May;133(5):1059. PMID: 29470343.
2. Andrade AG, Rocha S, Marques CO, Simxes M, Martins I, Biscaia I, Barros CF. Ovarian ectopic pregnancy in adolescence. *Clin. Case Rep.* 2015; 3(11): 912-915.
3. Barnhart KT. Ectopic pregnancy. *N. Engl. J. Med.* 2009; 361(4): 379-387. doi: 10.1056/NEJMcp0810384.
4. Berezovskaya EP. Hormone therapy in obstetrics and gynecology: illusions and reality. Kharkov: Clinicom, 2014. 600 p. Chapter 11.12. Progesterone and ectopic pregnancy.
5. Choi HS, Kim NY, Ji YI. Laparoscopic uterine artery occlusion before cervical curettage in cervicectopic pregnancy: safe and effective for preventing massive bleeding. *Obstet. Gynecol. Sci.* 2015; 58(5): 431-434. doi: 10.5468/ogs.2015.58.5.431.
6. Chouinard M, Mayrand MH, Ayoub A, Healy-Profitós J, Auger N. Ectopic pregnancy and outcomes of future intrauterine pregnancy. *Fertil Steril.* 2019 Jul;112(1):112-119. doi: 10.1016/j.fertnstert.2019.03.019. Epub 2019 May 2. PMID: 31056305.

7. Committee on Practice Bulletins—Gynecology. ACOG Practice Bulletin No. 191: Tubal Ectopic Pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2018 Feb;131(2):e65-e77. doi: 10.1097/AOG.0000000000002464. PMID: 29232273.
8. Dahab AA, Aburass R, Shawkat W, Babgi R, Essa O, Mujallid RH. Full-term extrauterine abdominal pregnancy: a case report. *J. Med. Case Rep*. 2011; 5: 531.
9. Hendriks E, Rosenberg R, Prine L. Ectopic Pregnancy: Diagnosis and Management. *Am Fam Physician*. 2020 May 15;101(10):599-606. PMID: 32412215.
10. Nielsen SK, Møller C, Glavind-Kristensen M. [Abdominal ectopic pregnancy]. *Ugeskr Laeger*. 2020 Apr 6;182(15):V08190467. Danish. PMID: 32286219.
11. Scibetta EW, Han CS. Ultrasound in Early Pregnancy: Viability, Unknown Locations, and Ectopic Pregnancies. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2019 Dec;46(4):783-795. doi: 10.1016/j.ogc.2019.07.013. PMID: 31677754.
12. Szadok P, Kubiaczyk F, Bajorek A, Suchocki S. Ovarian ectopic pregnancy. *Ginekol Pol*. 2019;90(12):728. doi: 10.5603/GP.2019.0125. PMID: 31909468.
13. Tonick S, Conageski C. Ectopic Pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2022 Sep;49(3):537-549. doi: 10.1016/j.ogc.2022.02.018. PMID: 36122984.