

Выбор лечебной стратегии при неразорвавшейся трубной внематочной беременности: клинические критерии и прогностические ориентиры

Хакимбоева Кундуз Аскар кизи

Бухарский медицинский институт имени Абу Али Ибн Сина

Резюме. Проведён анализ различных вариантов ведения пациенток с неразорвавшейся трубной внематочной беременностью. Обоснована необходимость учитывать не только исходные клинические и лабораторные показатели, но и ответ на выбранное лечение, что позволяет своевременно изменять тактику при недостаточной эффективности или ухудшении состояния.

Ключевые слова: трубная внематочная беременность; β -ХГЧ; трансвагинальное ультразвуковое исследование; метотрексат; выжидательная тактика; лапароскопическое лечение; сальпингэктомия; сальпинготомия; сохранение фертильности; персонализированный подход.

Актуальность. Трубная эктопическая беременность характеризуется широким спектром клинических вариантов течения — от самопроизвольного регресса беременности до прогрессирования патологического процесса с последующим разрывом маточной трубы и развитием массивного внутрибрюшного кровотечения. В связи с этим верификация диагноза должна сопровождаться комплексной оценкой клинического состояния пациентки и определением оптимальной тактики ведения, которая может включать выжидательное наблюдение, медикаментозную терапию метотрексатом (MTX) или хирургическое лечение. Приоритетное значение при выборе лечебной стратегии имеют гемодинамическая стабильность и динамика клинических симптомов; изолированная концентрация β -ХГЧ не может служить самостоятельным критерием определения тактики [1,2,3,4].

Трансвагинальное ультразвуковое исследование (ТВУЗИ) является основным методом визуализации при диагностике и установлении локализации эктопической беременности. В соответствии с рекомендациями NICE, ультразвуковая оценка должна включать определение локализации плодного яйца, наличие эмбрионального полюса и регистрацию сердечной деятельности. Рекомендации ESHRE предусматривают применение стандартизированной ультразвуковой терминологии и унифицированных параметров измерения, что обеспечивает воспроизводимость описания эхографических признаков эктопической беременности и повышает сопоставимость результатов обследования [5,6,7,8].

Динамическая оценка концентрации β -ХГЧ имеет существенное значение для мониторинга биологической активности трофобласта и контроля эффективности выбранной тактики ведения. При выжидательном наблюдении последовательное снижение уровня β -ХГЧ рассматривается как признак регрессии беременности и может служить основанием для продолжения консервативного ведения. При терапии метотрексатом особое значение имеет оценка изменения концентрации β -ХГЧ между 4-ми и 7-ми сутками, позволяющая определить дальнейшую необходимость лечения. Отсутствие ожидаемой динамики, стабилизация или повышение уровня β -ХГЧ, особенно в сочетании с сохраняющейся либо нарастающей симптоматикой, требуют повторной клинической и ультразвуковой оценки и пересмотра лечебной тактики [9,10].

Вместе с тем необходимость активного вмешательства не должна определяться исключительно фактом наличия эктопической беременности. У пациенток с низкой концентрацией β -ХГЧ при отсутствии признаков клинической нестабильности и других факторов высокого риска выжидательная тактика может рассматриваться как допустимый вариант ведения. В проведенных исследованиях статистически значимого преимущества немедленной терапии метотрексатом перед тщательно контролируемым наблюдением по основному исследуемому исходу выявлено не было [5,7]. Таким образом, исходный уровень β -ХГЧ целесообразно оценивать не изолированно, а в совокупности с клинической картиной, результатами ТВУЗИ и его последующей динамикой. Комплексная интерпретация этих параметров позволяет осуществлять более обоснованный и индивидуализированный выбор лечебной стратегии.

Цель исследования: Изучить практическую реализацию персонализированного подхода к ведению неразорвавшейся трубной внематочной беременности с учетом индивидуального выбора метода лечения и необходимости его динамической коррекции на материале 8 клинических наблюдений.

Материалы и методы. Материал исследования включал 8 обезличенных клинических наблюдений пациенток с неразорвавшейся трубной внематочной беременностью. Работа выполнена в формате клинико-аналитического исследования и не предполагала формирования последовательной или репрезентативной когорты. В связи с этим количественные показатели представлены исключительно для характеристики особенностей течения

заболевания и индивидуальных лечебных траекторий, выявленных в анализируемых клинических случаях.

Для каждого наблюдения проводилась комплексная оценка клинико-анамнестических, лабораторных и ультразвуковых параметров. Анализ включал возраст и особенности репродуктивного анамнеза, предполагаемый срок беременности, выраженность и характер болевого синдрома в динамике, показатели артериального давления и частоты пульса, концентрацию гемоглобина, исходный уровень β -ХГЧ и его последовательные значения, результаты трансвагинального ультразвукового исследования (ТВУЗИ), максимальный размер эктопического образования, наличие эмбриональной сердечной деятельности, объем свободной жидкости, состояние контралатеральной маточной трубы, а также клинические и репродуктивные обстоятельства, учитывавшиеся при определении лечебного подхода.

В зависимости от совокупности полученных данных в анализируемых случаях применялись три основных варианта ведения: активное выжидательное наблюдение, медикаментозная терапия метотрексатом (МТХ) и лапароскопическое хирургическое лечение. Соответствие первоначально выбранного подхода и последующих изменений в ведении пациенток оценивали с учетом критериев рекомендаций NICE NG126 и общих принципов, изложенных в рекомендациях ACOG [9,10].

Для случаев, в которых применялась выжидательная тактика, началом динамического наблюдения считали день D0; последующие контрольные точки обозначали как D2, D4 и D7. При медикаментозной терапии метотрексатом день введения препарата принимали за МТХ-D1, после чего оценку проводили в контрольные сроки МТХ-D4 и МТХ-D7. При отсутствии в исходной медицинской документации точной даты проведения лабораторного исследования соответствующая дата не восстанавливалась расчетным путем и не включалась в последующий анализ..

Результаты и их обсуждение. В клинико-аналитическую серию были включены 8 наблюдений. Возраст пациенток варьировал от 27 до 39 лет, исходный уровень β -ХГЧ — от 612 до 7240 МЕ/л, максимальный диаметр тубарного образования — от 18 до 41 мм. Правая и левая локализация в маточной трубе встречались с одинаковой частотой — по 4 наблюдения. Сердечная деятельность эмбриона была зарегистрирована в 1 случае. Представленные показатели характеризуют исключительно данную клиническую серию и не предназначены для определения распространённости отдельных клинических вариантов.

Выжидательная тактика первоначально применялась в 2 наблюдениях. В случае ЕТР-01 было достигнуто биохимическое разрешение без применения медикаментозного или хирургического лечения. В ЕТР-08, напротив, вследствие формирования плато уровня β -ХГЧ потребовалась смена тактики с последующим назначением МТХ. Первичная медикаментозная терапия МТХ была проведена у 3 пациенток: в наблюдениях ЕТР-02 и ЕТР-03 отмечено разрешение процесса без необходимости хирургического вмешательства, тогда как в ЕТР-04 на фоне недостаточной динамики снижения β -ХГЧ и последующего клинического ухудшения возникли показания к лапароскопической сальпингэктомии.

Первичное хирургическое лечение выполнено в 3 наблюдениях. В ЕТР-05 совокупность клинических и инструментально-лабораторных признаков — выраженный болевой синдром, диаметр образования 41 мм, исходный уровень β -ХГЧ 7240 МЕ/л и наличие сердечной деятельности эмбриона — соответствовала критериям выбора хирургического лечения в качестве первичной тактики [2]. В случаях ЕТР-06 и ЕТР-07 сальпинготомия была выполнена с учётом особого репродуктивного контекста; при этом исходные формальные критерии допускали рассмотрение и медикаментозной стратегии. В ЕТР-07 вследствие послеоперационного плато с последующим повышением уровня β -ХГЧ потребовалось дополнительное введение МТХ.

Таким образом, изменение первоначально выбранной лечебной стратегии потребовалось в 2 наблюдениях, тогда как дополнительное лечение было назначено ещё в одном случае. В целом необходимость эскалации терапии либо проведения дополнительного вмешательства возникла в 3 из 8 наблюдений.

Рассмотренные клинические случаи и положения современных руководств указывают на то, что персонализация лечебной тактики при трубной внематочной беременности должна рассматриваться как динамический процесс, предусматривающий последовательную коррекцию первоначального решения по мере получения новых клинических, лабораторных и ультразвуковых данных [1,2]. Разработанный в рамках данной работы алгоритм не претендует на статус валидированной прогностической модели или шкалы. Его основное назначение заключается в структурировании последовательности клинических решений, определении этапов выбора лечебной тактики и обозначении ситуаций, при которых возникает необходимость в её изменении или эскалации.

ВЫВОДЫ :

1. Показания в пользу первичного хирургического лечения включают гемодинамическую нестабильность, выраженную либо нарастающую боль, диаметр тубарного образования ≥ 35 мм, наличие сердечной деятельности эмбриона, концентрацию β -ХГЧ ≥ 5000 МЕ/л, отсутствие возможности осуществления полноценного динамического наблюдения и клиническое прогрессирование заболевания [2].
2. Определение оптимального объёма операции между сальпингэктомией и сальпинготомией должно основываться на совокупной оценке состояния противоположной маточной трубы, риска сохранения персистирующего трофобласта и репродуктивных намерений пациентки. При этом независимо от первоначально выбранного метода лечения принципиальное значение имеет динамический контроль с возможностью своевременной коррекции лечебной тактики при изменении клинической ситуации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 193: Tubal Ectopic Pregnancy. Obstetrics & Gynecology. 2018;131(3):e91–e103. doi:10.1097/AOG.0000000000002560. Reaffirmed 2025.
2. National Institute for Health and Care Excellence. Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management. NICE Guideline NG126. Published 2019; last updated 17 June 2026.
3. Kirk E, Ankum P, Jakab A, et al. Terminology for describing normally sited and ectopic pregnancies on ultrasound: ESHRE recommendations for good practice. Human Reproduction Open. 2020;2020(4):hoaa055. doi: 10.1093/hropen/hoaa055.
4. Elson CJ, Salim R, Potdar N, Chetty M, Ross JA, Kirk EJ; Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Diagnosis and Management of Ectopic Pregnancy: Green-top Guideline No. 21. BJOG. 2016;123(13):e15–e55. doi: 10.1111/1471-0528.14189.
5. Solangon SA, Van Wely M, Van Mello N, Mol BW, Ross JA, Jurkovic D. Methotrexate vs expectant management for treatment of tubal ectopic pregnancy: an individual participant data meta-analysis. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica. 2023;102(9):1159–1175. doi: 10.1111/aogs.14617.
6. Jurkovic D, Memtsa M, Sawyer E, et al. Single-dose systemic methotrexate vs expectant management for treatment of tubal ectopic pregnancy: a placebo-

- controlled randomized trial. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*. 2017;49(2):171–176. doi: 10.1002/uog.17329.
7. van Mello NM, Mol F, Verhoeve HR, et al. Methotrexate or expectant management in women with an ectopic pregnancy or pregnancy of unknown location and low serum hCG concentrations? A randomized comparison. *Human Reproduction*. 2013;28(1):60–67. doi: 10.1093/humrep/des373.
 8. 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.
 9. 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.
 10. 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
- Шаповалова О. А., Велигуров Г. Г., Юсупова З. С., Мкртычан Е. А. Обзор гнойно-септических осложнений // Научный вестник здравоохранения Кубани. - 2025. - № 3(91). - С. 1-14.