DOI 10.36074/logos-31.03.2023.53

ЕКТОПІЧНА ВАГІТНІСТЬ – ПРОБЛЕМА СЬОГОДЕННЯ

ORCID ID: 0009-0007-9107-7802 **Полюга Тетяна Василівна**
здобувач вищої освіти медичного факультету
Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

НАУКОВИЙ КЕРІВНИК:

ORCID ID: 0000-0001-6571-0108 **Фартушок Тетяна Володимирівна**
канд.мед.наук, доцент кафедри акушерства та гінекології
Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

УКРАЇНА

Анотація. *Ектопічна вагітність є однією з важливих проблем акушерства та гінекології до сьогоднішнього часу. Частота поширення ЕВ у світі серед усіх вагітностей становить 2%. Проблематика даної патології полягає у прогресивному розвитку раніше мало поширених місць локалізації, що пов'язано з розвитком нових технологій та технік для лікування в медицині. Метою даної роботи був аналіз літературних джерел щодо ектопічної вагітності в умовах сьогодення. Результати нашого дослідження показали, що найчастішою локалізацією ЕВ є трубна вагітність (95%) , основними факторами ризику розвитку якої є попередні оперативні втручання на маткових трубах та інфекційні захворювання репродуктивної системи. Інші локалізації ЕВ є рідкісними (5%). Для лікування ЕВ застосовують хірургічні або медикаментозні методи, в деяких випадках використовують їх поєднання. Лікування спрямовують на збереження здоров'я і життя жінки та її подальшу плідність.*

Вступ. За даними статистично-аналітичного довідника «Стан здоров'я жіночого населення в Україні за 2021 рік», що опублікований Державним закладом «Центр медичної статистики МОЗ України», зареєстровано 4791 випадок ЕВ. Показник частоти ЕВ на 1000 жінок фертильного віку склав 0,50, на 1000 вагітностей – 15,26, на 1000 народжених живими – 18,39. Саме ці дані спонукали нас проаналізувати проблематику ЕВ в умовах сьогодення.

Ектопічна вагітність (ЕВ) ‗ це патологічний стан, при якому відбувається імплантація заплідненої яйцеклітини поза порожниною матки та є одним із загрозливих станів для життя та репродуктивного здоров'я жінки. Частота ектопічної вагітності становить приблизно 2% усіх вагітностей [2] та є провідною причиною материнської смертності протягом першого триместру вагітності. За даними ВООЗ з кожним роком динаміка випадків ПВ безупинно росте.

Метою даної роботи був аналіз літературних джерел щодо ектопічної вагітності в умовах сьогодення. Нами було проаналізовано 10 літературних джерел, де описано багатоцентрове рандомізоване контрольоване дослідження, в котрому брали участь 446 жінок, було згруповано основні види локалізації ЕВ, рідкісні випадки імплантації заплідненої яйцеклітини, виявили фактори ризику виникнення даних патологій, вплив ранньої діагностики та лікування на перебіг ЕВ та материнську виживаність.

Виклад матеріалу

В залежності від локалізації місця імплантації заплідненої яйцеклітини можна виділити такі види ЕВ: трубна (95%)[6], яка в залежності від місця нідації

в ній поділяється на ампулярну (80%), істмічну (10%) та інтерстиціальну (2-4%) [5]; оваріальна; заочеревинна; гетеротопічна;

В нормі запліднення яйцеклітини відбувається саме в ампулярній частині маткової труби, але внаслідок певних причин, зокрема пошкодження маткової труби після перенесених інфекційних захворювань репродуктивної системи або оперативних втручань, запліднена яйцеклітина не може потрапити в матку та імплантується у ампулярній частині маткової труби (Рис.1). При імплантації в ділянці перешийка фаллопієвої труби розвивається істмічна вагітність (Рис.2). Інтерстиціальна вагітність виникає, коли гестаційний мішок імплантується в сегмент міометрія маткової труби (Рис.3)[5].

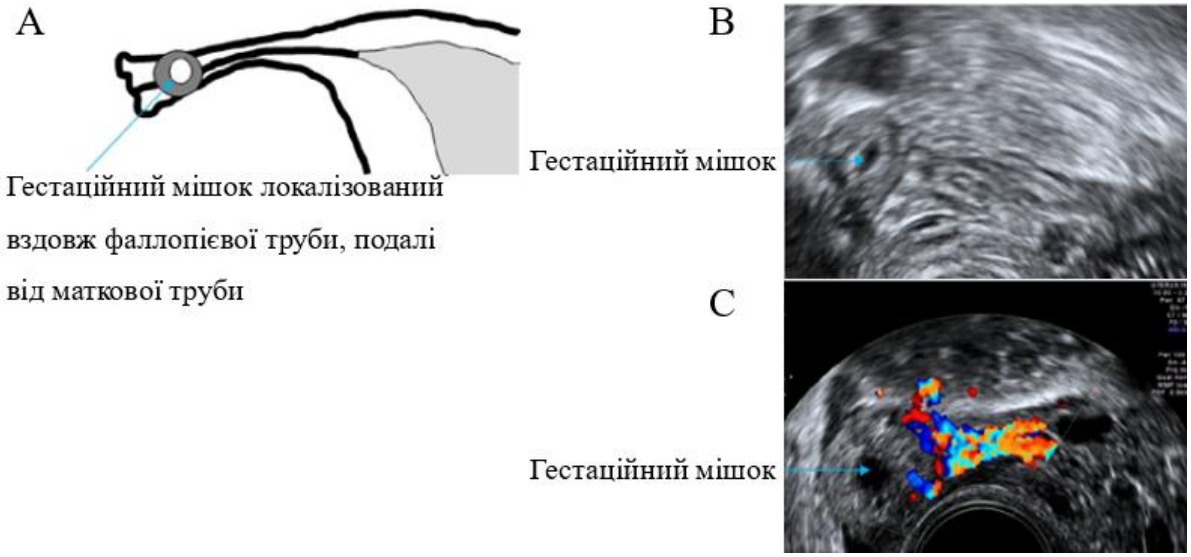

Рис.1 **Запліднена яйцеклітина імплантована в амулярній частині маткової труби: A -схематичне зображення; B - 2D ультразвукове зображення; C - кольорове ультразвукове доплерівське зображення**

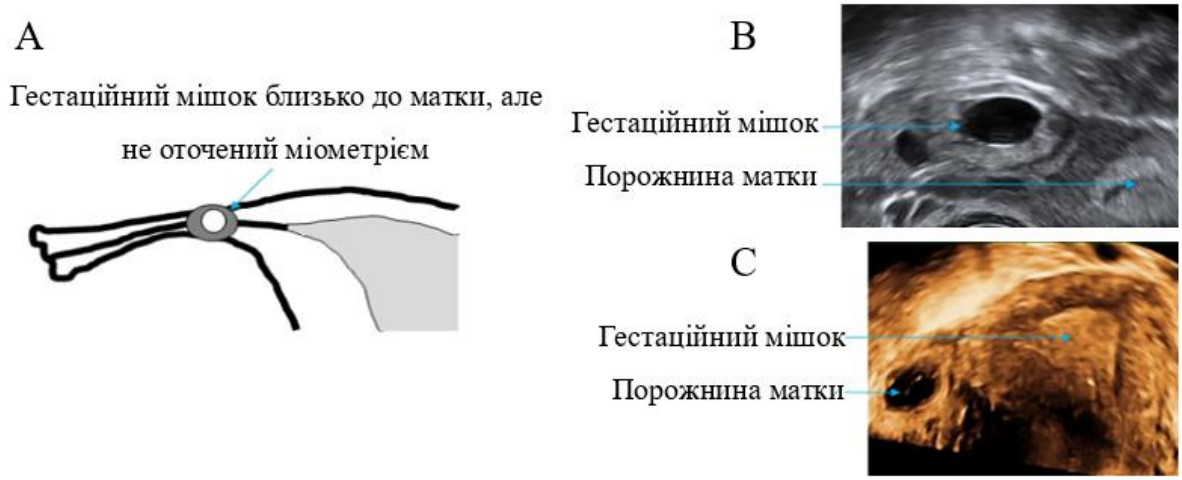

Рис. 2. **Запліднена яйцеклітина імплантована в істмічній частині маткової труби: A -схематичне зображення; B - 2D ультразвукове зображення; C - 3D ультразвукове зображення**

Яєчникова вагітність настає, коли яйцеклітина запліднюється і залишається в яєчнику (Рис.4). При заочеревинній ЕВ гестаційний мішок імплантується в заочеревинну порожнину малого тазу і черевної порожнини (Рис. 5). Найбільш поширеними місцями для імплантації є широка зв'язка,

Дугласів простір, матково-міхуровий простір і поверхні труб і матки [1]. При одночасному розвитку внутрішньоутробної та позаматкової вагітності виникає гетеротопна вагітність.

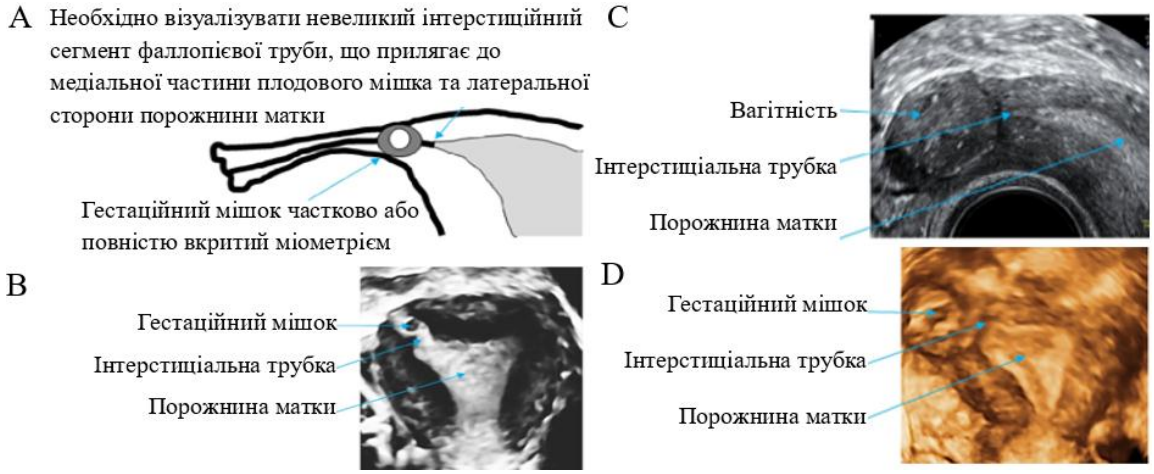

Рис. 3. **Запліднена яйцеклітина імплантована в інтерстиціальній частині маткової труби: A - схематичне зображення; B - 3D ультразвукове зображення інтерстиціальної вагітності, обмеженої інтерсиціальною трубкою; C - 2D ультразвукове зображення; D - 3D ультразвукове зображення інтерстиціальної вагітності, що виступає за межі матки**

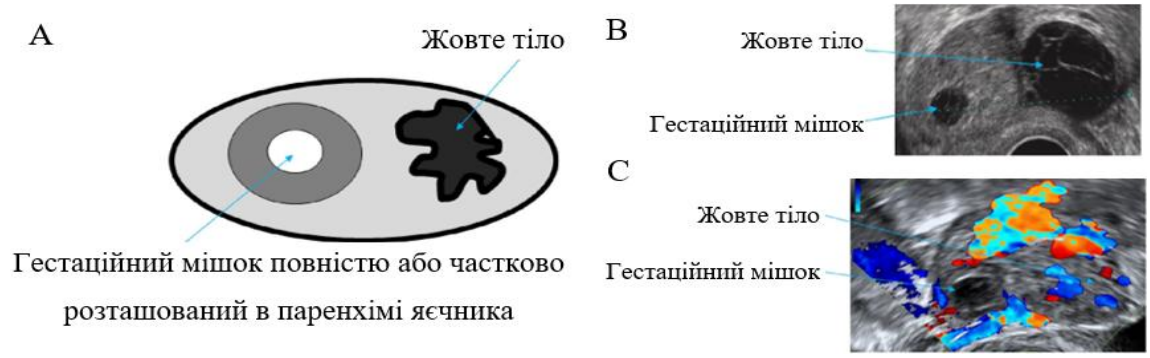

Рис. 4. **Запліднена яйцеклітина імплантована в яєчнику: A - схематичне зображення; B - 2D ультразвукове зображення; C - кольорове ультразвукове доплерівське зображення**

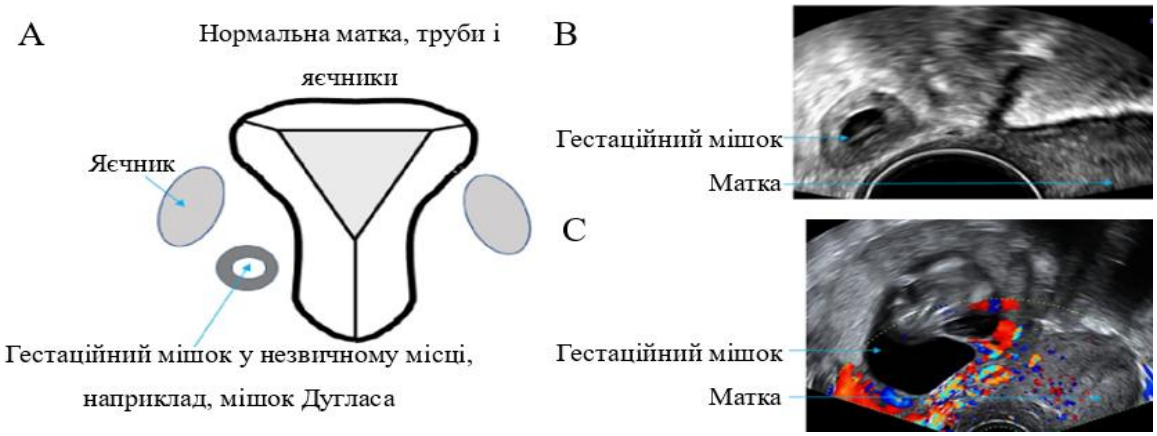

Рис. 5. **Заочеревинна ектопічна вагітність: A - схематичне зображення; B - 2D ультразвукове зображення; C - кольорове ультразвукове доплерівське зображення**

До потенційних факторів ризику виникнення ЕВ зазвичай відносять: попередню операцію на органах малого таза, попередні пологи та аборти внаслідок можливих запальних ускладнень, пошкодження маткових труб після операції або інфекції, використання внутрішньоматкових спіралей (ВМС), попередню ЕВ, жіночу стерилізацію, попередньо перенесені інфекційні захворювання органів малого тазу[3], особливо гонорейної, туберкульозної або хламідійної етіології, історію безпліддя, куріння та вік старше 35.

Лікування ЕВ може бути хірургічним або консервативним та залежить від локалізації плідного яйця, а також терміну вагітності. Хірургічне лікування застосовують у вагітних, котрі мають протипоказання або відмовляються від медикаментозного, а також у разі його неефективності та тих, хто має гемодинамічну нестабільність [7]. Оперативне лікування може бути з лапароскопічним або лапаротомічним доступом. Консервативне лікування полягає у застосуванні метотрексату, що є антагоністом фолієвої кислоти, пригнічує синтез ДНК в клітинах, що активно діляться, включаючи трофобласти [7].

Результати та обговорення. Проаналізувавши матеріали різних джерел, ми прийшли до висновку, що найчастіше зустрічаються ЕВ локалізовані у фаллопієвих трубах, на них припадає близько 95% усіх зареєстрованих випадків ЕВ[6]. Найпоширенішим місце розташування ЕВ у маткових трубах є ампулярна частина, виникає у 80% випадків. В істмічній частині розвивається приблизно у 10%, а інтерстиціальна вагітність формується близько в 2-4%[5]. Інші місця локалізації зустрічаються зрідка з частотою приблизно 0,1-3% і загалом складають близько 5% від усіх ЕВ. Яєчникова вагітність настає у приблизно 1-3%. На заочеревинну ЕВ припадає близько 1% ЕВ.

Підвищений ризик ЕВ спостерігається у жінок, які завагітніли за допомогою допоміжних репродуктивних технологій і пов’язані з такими чинниками, як наявність трубного безпліддя та перенесення кількох ембріонів (2-5%)[6]. Жінки з ЕВ в анамнезі мають вищий ризик рецидиву. Ймовірність повторної ЕВ у жінки з однією ЕВ в анамнезі становить приблизно 10%. У жінки з двома або більше попередніми ЕВ ризик рецидиву збільшується до більш ніж 25%. У дослідженні, проведеному у Шанхаї, щоб простежити наявність взаємозв'язку між використанням контрацептивів та розвитку ЕВ, було доведено що невеликий ризик становить попереднє використання внутрішньоматкових спіралей, цей ризик зростав із тривалістю попереднього використання ВМС (4,91-27,65%) [4]. Загалом, контрацепція знижує ризик виникнення ЕВ, так же, як і внутрішньоматкової вагітності [4]. Проте, неефективність контрацепції є важливим фактором, що пов'язаний зі збільшенням частоти ЕВ. Однак, ризик виникнення ЕВ, в цьому випадку, значно вищий у жінок, які завагітніли після трубної стерилізації (у 7,68 разів), використання ВМС (у 21,08 разів) , застосування КОК чи екстреної контрацепції левоноргестрелом у 4 рази[4].

На прикладі рандомінізованих досліджень було продемонстровано, що лапароскопічне лікування ЕВ, порівняно лапаротомічним, пов’язане з нижчою вартістю, коротшим перебуванням у стаціонарі, меншим часом операції, меншою крововтратою, меншою потребою в знеболювальних і швидшим відновленням [7]. Лапароскопія є малоінвазивною хірургічною процедурою, яка може краще захистити нормальну тканину яєчників і зменшити адгезію тазу [2]. Крім цього, після лапароскопії пацієнтки мають менше злук, ніж пацієнтки з лапаротомним лікуванням [7]. Багатоцентрове рандомізоване контрольоване дослідження, в котрому брали участь 446 жінок з лапароскопічно підтвердженою

трубною ЕВ та здоровою контрлатеральною матковою трубою виявило, що загальний рівень настання вагітності становив 60,7% після сальпінготомії та 56,2% після сальпінгоектомії [10]. При сальпінгостомії (7%) персистенція трофобласта спостерігалася частіше ніж в групі сальпінгоектомії (1%)[10]. Ризик повторної ЕВ спостерігався 8% у групі сальпінготомії та у 5% у групі сальпінгоектомії[10].

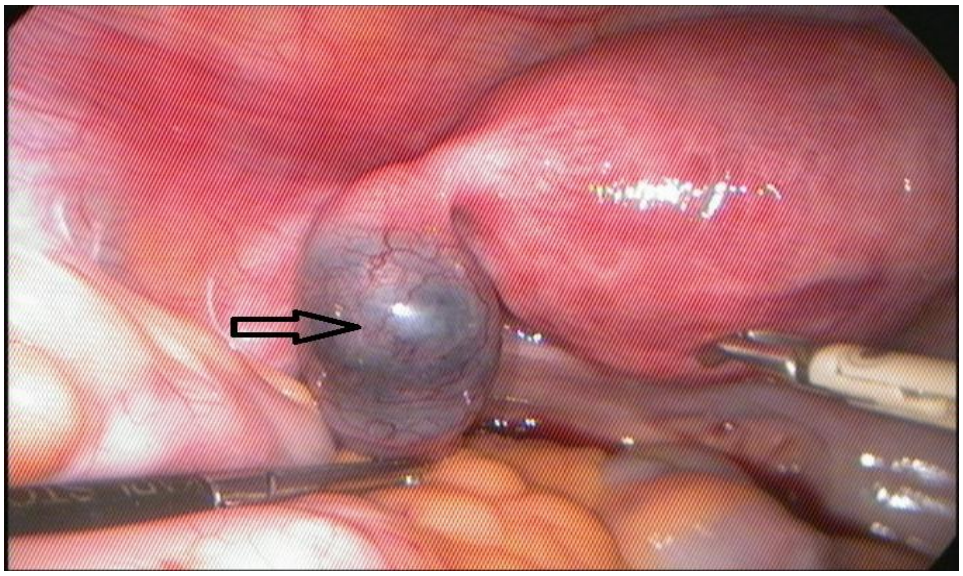

Рис. 6. **Лапароскопічне лікування трубної ектопічної вагітності**

При медикаментозному лікуванні метотрексатом, показник успіху його призначення належним чином відібраним пацієнтам досягає 94% [11]. Успіх консервативного лікування ЕК головним чином залежить від концентрації β-ХГЛ, позитивний результат лікування є обернено пропорційно пов'язаний з рівнем β-ХГЛ, а підвищення рівня суттєво корелювало з невдачею лікування [11]. Також з невдачею лікування метотрексатом є пов'язана діяльність плода, однак діаметр труби, розмір плода, не пов'язаний з результатом. Декілька рандомізованих досліджень виявили, що лікування метотрексатом у окремих пацієнток із ЕВ було таким же ефективним, як і лапароскопічне лікування [12]. Застосування двох методів лікування також були однаково ефективними для збереження маткових труб, проте концентрація β-ХГЧ знижувалася швидше після лапароскопічної операції [12]. Після лікування метотрексатом якість життя, пов'язана зі здоров'ям, може погіршитися, можливо, через тривале збереження ЕВ та тривалий курс лікування [13]. Лікування повинно бути підібраним відповідно до клінічної картини та лабораторно-інструментальних даних та ґрунтуватися на перевагах для пацієнта після детального обговорення моніторингу, результатів, ризиків і переваг двох підходів [13].

Висновки

Отже, виходячи з вищевказаного, найчастішою локалізацією ЕВ, яка зустрічається у приблизно 95%, є фаллопієві труби. Важливими факторами розвитку ЕВ є попередні оперативні втручання на органах малого тазу та перенесені інфекційні захворювання органів репродуктивної системи, а саме гонорейної, хламідійної та туберкульозної етіології. Крім цього, слід пам'ятати, що невеликий ризик ЕВ у жінок з попереднім використанням ВМС та тих, які завагітніли за допомогою допоміжних репродуктивних технологій. Більш значний ризик буде у жінок з попередніми ЕВ. Вчасна діагностика та ефективне,

правильно підібране лікування є основою для якісного відновлення здоров'я та життя жінки, а також її подальшу плідність.

Список використаних джерел:

[1] The ESHRE working group on Ectopic Pregnancy, Emma Kirk, Pim Ankum, Attila Jakab, Nathalie Le Clef, Artur Ludwin, Rachel Small, Tina Tellum, Mira Töyli, Thierry Van den Bosch, Davor Jurkovic. (2020) Terminology for describing normally sited and ectopic pregnancies on ultrasound: ESHRE recommendations for good practice. *Human Reproduction Open*, (4), 1-21 https://doi.org/10.1093/hropen/hoaa055

[2] Stabile, G., Zinicola, G., Romano, F., Buonomo, F., Mangino, F. P., & Ricci, G. (2020) Management of non-tubal ectopic pregnancies: a single center experience. *Diagnostics*, *10*(9), 652. https://doi.org/10.3390/diagnostics10090652

[3] Li, C., Zhao, WH., Zhu, Q. et al. (2015) Risk factors for ectopic pregnancy: a multi-center case-control study. *BMC Pregnancy Childbirth* (15), 187 https://doi.org/10.1186/s12884-015-0613-1

[4] Li, C., Zhao, W. H., Meng, C. X., Ping, H., Qin, G. J., Cao, S. J., Xi, X., Zhu, Q., Li, X. C., & Zhang, J. (2014) Contraceptive Use and the Risk of Ectopic Pregnancy: A Multi-Center Case-Control Study. *PloS one*, *9*(12), e115031. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0115031

[5] Kampioni, M., Chmaj-Wierzchowska, K., Wszołek, K., & Wilczak, M. (2023) Interstitial Ectopic Pregnancy—Case Reports and Medical Management. *Medicina*, *59*(2), 233. https://doi.org/10.3390/medicina59020233

[6] Trindade, V. D., Hentschke, M. R., Dornelles, V. C., Ferri-Guerra, J., Kira, A. T. F., Colombo, T., Petracco, A., Petracco, R. G., Michelon, J., Costa, B. E. P. D., & Badalotti, M. (2022) Tubal factor, cleavage stage and more than one embryo transferred were risk factors associated with ectopic pregnancy after assisted reproductive treatment. *JBRA assisted reproduction*, *26*(2), 321–328. https://doi.org/10.5935/1518-0557.20210074

[7] Heather Murray, Hanadi Baakdah, Trevor Bardell, Togas Tulandi. (2005) Diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. *CMAJ 173* (8) 905-912; https://doi.org/10.1503/cmaj.050222

[8] Chorna, V. V., Serebrennikova, O. A., Anhelska, V. Y., Makhnyuk, V. M., Makhnyuk, V. V., & Larchenkol. V. (2022) Implementation of European experience in the digitalization of health care institutions of Ukraine for the provision of psychological and psychiatric care to the population in modern conditions. *Reports of Vinnytsia National Medical University*, *26*(4), 628-632. https://doi.org/https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2022-26(4)-19

[9] Mohapatra, I., & Samantray, S. R. (2021) Scar Ectopic Pregnancy - An Emerging Challenge. *Cureus*, *13*(7), e16673.

[10] https://doi.org/10.7759/cureus.16673

[11] Фартушок Т.В., Беседін В.М. (2005) Дослідження рівня гормонів фетоплацентарного комплексу у жінок із ризиком внутрішньоутробного інфікування. *Вісник наукових досліджень*, 2;42_44.

[12] Фартушок Т.В. (2011) Вірус грипу та вагітність. *Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології,* 1:180_182.

[13] Пирогова В.І., Фартушок Т.В., Нос Н.П. (2001) Пероксидне окиснення ліпідів та антиоксидантна система захисту при невиношуванні вагітності. *Вісник наукових досліджень*, 1: 68_70.

[14] Семенина. Г.Б.. Фартушок Т.В., Старикович А.В. (2021) Вміст лептину у сироватці крові жінок вагітних жінок з ожирінням у III триместрі вагітності. Міжнародний науковий журнал "Грааль науки", 1: 449-453. https://doi.org/10.36074/grail-of-science.19.02.2021.095