УДК 618.31-06:616-071.1
DOI: 10.36979/1694-500X-2026-26-5-42-45

ОСОБЕННОСТИ ЛОКАЛИЗАЦИИ, АНАМНЕЗ И ОСЛОЖНЕНИЯ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

А.О. Кармышев

Аннотация. Внематочная, или эктопическая, беременность встречается нечасто, однако при ее возникновении могут наблюдаться грозные осложнения, вплоть до случаев материнской смертности. В данной статье изучены частота локализаций внематочной беременности у 234 пациенток, поступивших на лечение в Центр репродукции человека с 2019 по 2024 г. В первые 6 недель наиболее часто встречались ненарушенная эктопическая трубная беременность (63,7 %), затем нарушенная трубная беременность по типу разрыва трубы или трубного аборта (32,5 %). В 19,6 % случаев у пациенток с внематочной беременностью имелись рубцы после кесарева сечения. Более половины пациенток страдали различными хроническими воспалительными заболеваниями. Внематочная беременность сопровождалась кровотечениями в 11,1 % случаев. Полученные результаты исследования необходимы для планирования акушерско-гинекологической службы и профилактики материнской смертности.

Ключевые слова: внематочная беременность; эктопия; маточные трубы; сопутствующие заболевания; кровотечения.

ЭКТОПИЯЛЫК КОШ БОЙЛУУЛУКТУН ЛОКАЛИЗАЦИЯСЫНЫН ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ, ТАРЫХЫ ЖАНА ТАТААЛДАШУУСУ

А.О. Кармышев

Аннотация. Жатындан тышкары же эктопиялык кош бойлуулук сейрек кездешет, бирок ал пайда болгон учурда энелердин өлүмүнө чейинки олуттуу кыйынчылыктар пайда болушу мүмкүн. Бул макалада 2019-жылдан 2024-жылга чейин Репродукция борборуна дарылануруга түшкөн 234 бейтаптын мисалында эктопиялык кош бойлуулуктун локализацияланууу жыштыгы изилденген. Алгачкы 6 жумада эң көп кездешкен учурлар: түтүктөгү бузулбаган эктопиялык кош бойлуулук (63,7%), андан кийин түтүктүн жарылуусу же түтүк аборту тибиндеги бузулган кош бойлуулук (32,5%). эктопиялык кош бойлуулугу бар бейтаптардын 19,6% учурунда кесарево кесиминен кийинки тырыктар болгон. Бейтаптардын жарымынан көбү ар кандай өнөкөт сезгенүү оорулары менен жабыркашкан. Эктопиялык кош бойлуулук 11,1% учурда кан кетүү менен коштолгон. Изилдөөнүн жыйынтыктары акушердик-гинекологиялык кызматты пландаштыруу жана энелердин өлүмүнүн алдын алуу үчүн зарыл.

Түйүндүү сөздөр: жатындан тышкары кош бойлуулук; эктопия; жатын түтүктөрү; кошумча оорулар; кан кетүүлөр.

FEATURES OF LOCALIZATION, MEDICAL HISTORY AND COMPLICATIONS OF ECTOPIC PREGNANCY

A.O. Karmyshev

Abstract. Ectopic or ectopic pregnancy is rare, but when it occurs, serious complications can occur, up to cases of maternal mortality. This article examines the frequency of ectopic pregnancy localization in 234 patients admitted to the Human Reproduction Center from 2019 to 2024. In the first 6 weeks, undisturbed ectopic tubal pregnancy was most common (63.7 %), followed by impaired tubal pregnancy by type of rupture of the tube or tubal abortion (32.5 %). In 19.6 % of cases, patients with ectopic pregnancy had scars after cesarean section. More than half of the patients suffered from various chronic inflammatory diseases. Ectopic pregnancy was accompanied by bleeding in 11.1 % of

cases. The obtained research results are necessary for the planning of obstetric and gynecological services and the prevention of maternal mortality.

Keywords: ectopic pregnancy; ectopia; fallopian tubes; concomitant diseases; bleeding.

Введение. Частое распределение эктопической беременности (ЭБ), по данным литературы, – это следующие локализации: ампулярная (70 %), истмическая (12 %), фимбриальная (11 %), яичниковая (3,2 %), интерстициальная (2,4 %) и абдоминальная (1,3 %). Вклад в технологические достижения в области трансвагинальной экографии и радиоиммунодиагностики для определения количества случаев гонадотропных заболеваний человека и лучшей медицинской помощи, более 80 % эктопических осложнений были диагностированы до разрыва, поэтому они предпочитают лечить консервативно [1].

Благодаря технологическим достижениям в области трансвагинального ультразвукового исследования и радиоиммуноанализов для определения уровня хорионического гонадотропина в сыворотке крови человека и лучшему медицинскому наблюдению, более 80 % внематочных беременностей (ВБ) диагностируются до их разрыва, что способствует консервативному ведению [2].

Зарегистрированная заболеваемость ЭБ составляет 1–2 % от всех родов, а внутриутробная беременность в брюшной полости отличается в литературе и составляет от 1:10000 до 1:30000 [3]. В литературе сообщается о материнской смертности от 0,5 до 18 % случаев внематочной беременности в брюшной полости и мертворождения в 40–90 % случаев [4].

Клинические проявления разнообразны и зависят от локализации и срока беременности. Симптомами могут быть внезапная боль в животе и шоковое состояние из-за сильного внутрибрюшного кровотечения после отслойки плаценты или разрыва материнских кровеносных сосудов [5, 6].

Раннюю абдоминальную ВБ часто путают с трубной беременностью; однако вагинальное кровотечение из-за реакции эндометрия на недостаточное повышение бета-фракции хорионического гонадотропина человека (b-ХГЧ) наблюдается реже, чем при трубной беременности, а уровни b-ХГЧ снижаются до более низкого уровня. Часто они имеют нормальную кривую возвышения. На поздних сроках ВБ начальным симптомом может быть боль во время движений плода. Если беременность локализуется относительно желудка, основным симптомом могут быть тошнота и рвота [7].

Местоположение в брюшной полости может быть неизвестно до конца беременности, и в литературе есть сообщения о случаях, когда женщины откладывают роды на более поздний срок, и в некоторых случаях диагноз иногда ставится только из-за неудачной попытки индукции окситоцином [8].

Факторы риска абдоминальной ВБ включают воспалительное заболевание органов малого таза, перенесенные в анамнезе операции на органах малого таза, использование внутриматочной спирали (ВМС), предыдущую внематочную беременность, преклонный возраст матери и вспомогательную репродукцию [9].

У каждой женщины репродуктивного возраста с болями в животе, вагинальным кровотечением или нарушением менструального цикла беременность должна быть исключена, и при подтверждении крайне важно определить ее местонахождение [10].

Цель исследования – изучить локализацию, сопутствующую патологию и осложнения при внематочной беременности.

Материал и методы исследования. За 2019–2024 гг. в центре репродукции человека (г. Бишкек) было обследовано 234 пациентки с внематочной беременностью. Возраст пациенток с ЭБ колебался от 15 до 29 лет, средний возраст составил 29,85 ± 5,86 года. Были изучены локализация и осложнения у пациенток с ВБ. Статистически был рассчитан Z-коэффициент, или Z-критерий, для значимости разницы между двумя независимыми пропорциями, диапазон значений, в который с вероятностью 95 % попадет истинное среднее, или 95%-й доверительный интервал (ДИ), и определение достоверности «P» по компьютерной программе VassarStat.

Результаты исследования. В подавляющем большинстве случаев пациентки поступали в стационар в относительно ранние сроки беременности или до 6 недель – 231 пациентка, или 41,6 % (95% ДИ 32,4–51,4), что было статистически достоверно больше, чем в относительно поздние сроки или от 7 до 12 недель (3 случая, или 1,3 % с 95% ДИ 0,3–4,3) (таблица 1).

Среди случаев нарушенной трубной беременности по типу трубного аборта было всего 48 случаев (32 справа и 16 слева), что составило 20,8 % вместе. Нарушенная трубная беременность по типу разрыва трубы наступила в 27 случаях (11,7 %).

В 46 (19,6 %) случаев у пациенток имелись рубцы после кесарева сечения. Всем пациенткам проводилось консервативное лечение. Однако в 24 случаях, или в 10,25 %, попытка консервативной терапии была неудачной.

Нами были изучены сопутствующие заболевания, которые включали кисты яичников (21, или 9,0 %), включая 6 случаев кисты желтого тела. Анемии отмечались у 33 пациенток (14,1 %). В 9 случаях (3,8 %) у пациенток имелись миомы, в 6 случаях (2,6 %) были псевдоэрозии шейки матки. В 30 (12,8 %) случаях у пациенток с ЭБ наблюдались явления спаечной болезни, которые появились вследствие предыдущих операций или воспалительных процессов в брюшной полости. В 33 (8,1 %) случаях пациентки страдали хроническими воспалительными процессами внутренних органов (холецистит, гипертоническая болезнь, тиреоидит, анемии и др.).

Осложнения ЭБ были в основном в виде кровотечений. Кровотечения были внутрибрюшинными и внутриматочными. Всего было зарегистрировано 26 (11,1 %) эпизодов кровотечений, в том числе 16 (6,8 %) внутрибрюшинных и 10 (4,3 %) внутриматочных.

В анамнезе среднее число беременностей составило 3,4 ± 1,7. Максимально число беременностей 8 было у 3 женщин, а минимальное – одна у большинства пациенток – 49 (20,9 %, 95 % ДИ 14,08–29,08) случаев. Довольно часто ВБ встречалась также у женщин, которые имели по 3 и 4 беременности – 42 и 47 случаев, соответственно. Далее с уменьшением числа беременностей у женщин шансы развития ЭБ снижаются. Так, при наличии в анамнезе 8 беременностей лишь у 3 пациенток (1,3 %) в последующем развилась внематочная беременность (таблица 2).

Всего у 234 женщин с ЭБ было 291 самостоятельных родов в анамнезе. У 75 женщин были всего одни роды, что составило 32,0 % (95% ДИ 23,6–41,6). У 54 (23,1 %, 95% ДИ 15,9–31,2) в анамнезе имелось двое родов. При статистическом сравнении выяснено, что ВБ чаще выявлялась у женщин с одними родами, чем у женщин с двумя родами в анамнезе, но это недостоверно ($z = 1,27$; $p = 0,101$).

У 27 (11,5 %, 95% ДИ 6,63–19,2) пациенток было по трое родов. При сравнении женщин

Таблица 1 – Локализация и виды эктопической беременности в различные сроки

Патология	Сроки		
	до 6 недель, n (%) (95% ДИ)		7–12 недель
Нарушенная трубная беременность	По типу трубного аборта слева	12 (5,2 %) (2,5–7,7)	–
	По типу трубного аборта справа	36 (15,6 %) (9,8–23,9)	–
	По типу разрыва трубы слева	15 (6,5 %) (3,5–8,6)	–
	По типу разрыва трубы справа	12 (5,2 %) (2,5–7,7)	–
Прогрессирующая ТБ		9 (3,9 %) (1,6–6,7)	–
Эктопическая ТБ слева		96 (41,6 %) (32,4–51,4)	3 (1,3 %) (0,3–4,3)
Эктопическая ТБ справа		51 (22,1 %) (15,1–31,1)	–
Всего (n = 234)		231 (98,7 %) (95,7–99,9)	3 (1,3 %) (0,3–4,3)

Таблица 2 – Число беременностей у пациенток с эктопической беременностью

Число беременностей	Число женщин с ЭБ	В %	95% ДИ
Одна	49	20,9	14,08–29,08
Две	29	12,4	7,3–20,2
Три	42	17,9	11,6–26,5
Четыре	47	20,1	13,4–28,9
Пять	28	12,0	7,0–19,8
Шесть	20	8,6	5,51–9,58
Семь	16	6,8	3,79–8,80
Восемь	3	1,3	0,27–4,37
Всего	234	100,0	–

с ЭБ с одними родами и тремя родами была получены статистически значимые различия (z = 3,264; p = 0,0005). Следовательно, эктопическая беременность статистически достоверно чаще возникала у женщин с одними родами, по сравнению с тремя родами.

По 3 (1,3 % каждая) женщины имели 4 и 5 родов, соответственно. Учитывая, что изучаемые подгруппы были незначительными и менее 5, статистическое сравнение было неприемлемым.

Заключение. Таким образом, внематочная беременность является актуальной проблемой в акушерстве и гинекологии. Факторы развития внематочной беременности остаются еще не до конца изученными. Она чаще развивается в относительно молодом возрасте и в большинстве своем они бывают трубными. В анамнезе у женщин с внематочной беременностью имеются различные сопутствующие заболевания и предыдущие случаи. Из грозных осложнений эктопической беременности можно перечислить разрывы труб и возникновение маточных и внутрибрюшинных кровотечений. Полученные результаты исследования необходимы для планирования акушерско-гинекологической службы и профилактики материнской смертности.

Поступила: 02.04.2026;
рецензирована: 16.04.2026; принята:17.04.2026.

Литература

1. *Bouyer J., Coste J., Fernandez H. et al.* Sites of ectopic pregnancy: a 10-year population-based study of 1800 cases // Hum Reprod. 2002; 17 (12): 3224–3230. DOI: 10.1093/humrep/17.12.3224.
2. *Alkatout I., Honemeyer U., Strauss A. et al.* Clinical diagnosis and treatment of ectopic pregnancy // Obstet Gynecol Surv. 2013; 68 (8): 571–581. DOI: 10.1097/OGX.0b013e31829cdbeb.
3. *Hossain M.A., Begum F., Jahan S. et al.* Embarazo a término de ligamento ancho con un recién nacido sano // Medicina. 2019; 31 (1): 60–63. DOI: 10.3329/medtoday.v31i1.40324.
4. *Ramirez Cabrera J., Zapata Diaz B., Campos Siccha G. et al.* Embarazo abdominal postérmino. Reporte de un caso // Rev Peru Ginecol Obstet. 2019; 65 (2): 209–212. DOI: 10.31403/rpgo.v65i2176.
5. *Poole A., Haas D., Magann E.F.* Early abdominal ectopic pregnancies: a systematic review of the literature // Gynecol Obstet Invest. 2012; 74 (4): 249–260. DOI: 10.1159/000342997.
6. *Rabinerson D., Berezowsky A., Gabbay-Benziv R.* Advanced abdominal pregnancy // Harefuah. 2017; 156 (2): 114–117.
7. *Nielsen S.K., Møller C., Glavind-Kristensen M.* Abdominal ektopisk graviditet // Ugeskr Laeger. 2020; 182 (15): V08190467.
8. *Lamina M.A., Akinyemi B.O., Fakoya T.A. et al.* Abdominal pregnancy: a cause of failed induction of labour // Niger J Med. 2005; 14 (2): 213–217. DOI: 10.4314/njm.v14i2.37183.
9. *Chen L., Liu J., Shu J. et al.* Successful laparoscopic management of diaphragmatic pregnancy: a rare case report and brief review of literature // BMC Pregnancy Childbirth. 2019; 19 (1): 99. DOI: 10.1186/s12884-019-2248-0.
10. *Hendriks E., Rosenberg R., Prine L.* Ectopic Pregnancy: Diagnosis and Management // Am Fam Physician. 2020; 101 (10): 599–606.