



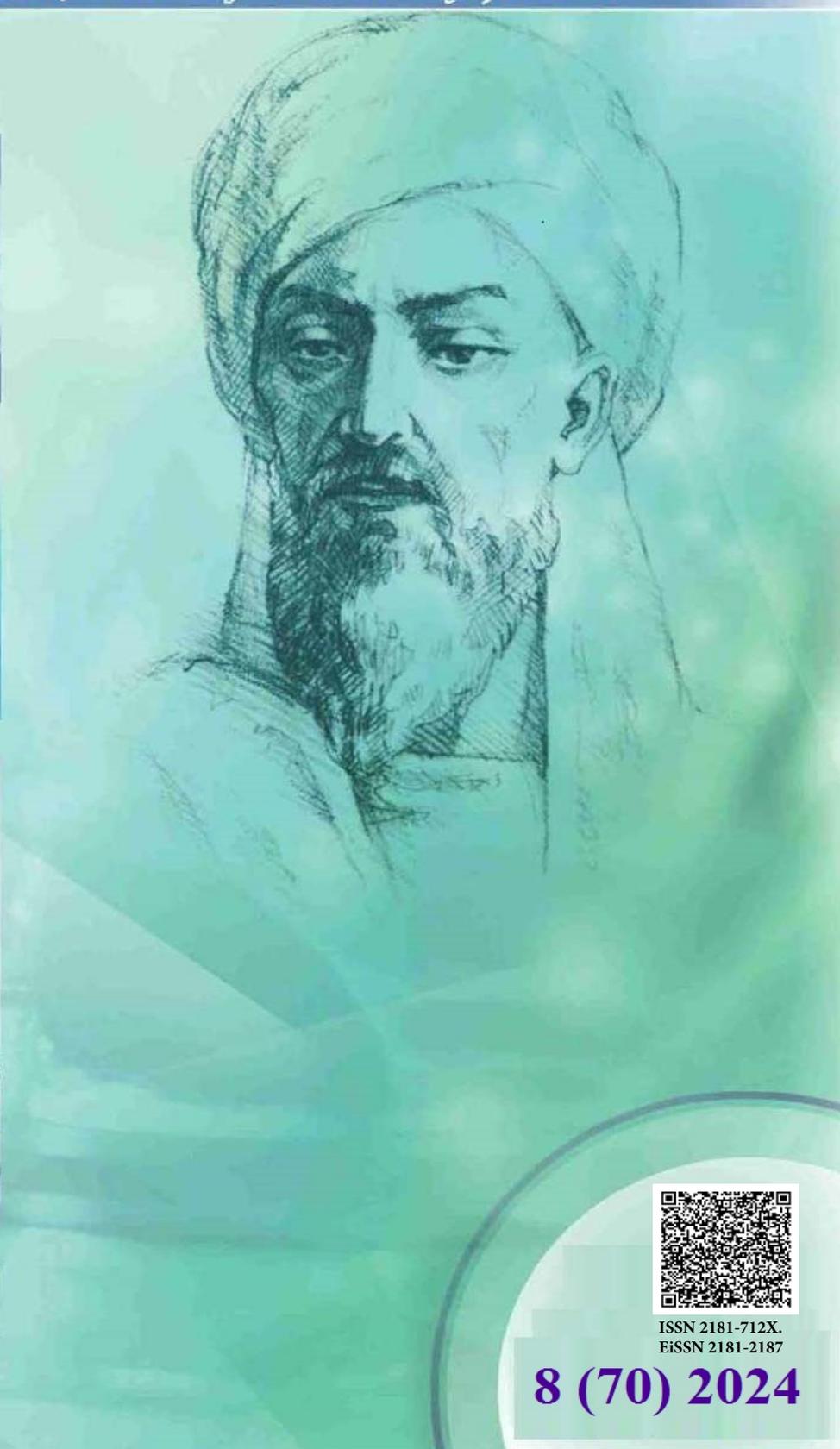
**New Day in Medicine**  
**Новый День в Медицине**

**NDM**



# TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



**AVICENNA-MED.UZ**



ISSN 2181-712X.  
EiSSN 2181-2187

**8 (70) 2024**

**Сопредседатели редакционной  
коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,  
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ  
А.А. АБДУМАЖИДОВ  
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ  
Л.М. АБДУЛЛАЕВА  
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ  
М.А. АБДУЛЛАЕВА  
Х.А. АБДУМАЖИДОВ  
Б.З. АБДУСАМАТОВ  
М.М. АКБАРОВ  
Х.А. АКИЛОВ  
М.М. АЛИЕВ  
С.Ж. АМИНОВ  
Ш.Э. АМООНОВ  
Ш.М. АХМЕДОВ  
Ю.М. АХМЕДОВ  
С.М. АХМЕДОВА  
Т.А. АСКАРОВ  
М.А. АРТИКОВА  
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)  
Е.А. БЕРДИЕВ  
Б.Т. БУЗРУКОВ  
Р.К. ДАДАБАЕВА  
М.Н. ДАМИНОВА  
К.А. ДЕХКОНОВ  
Э.С. ДЖУМАБАЕВ  
А.А. ДЖАЛИЛОВ  
Н.Н. ЗОЛотова  
А.Ш. ИНОЯТОВ  
С. ИНДАМИНОВ  
А.И. ИСКАНДАРОВ  
А.С. ИЛЬЯСОВ  
Э.Э. КОБИЛОВ  
А.М. МАННАНОВ  
Д.М. МУСАЕВА  
Т.С. МУСАЕВ  
М.Р. МИРЗОЕВА  
Ф.Г. НАЗИРОВ  
Н.А. НУРАЛИЕВА  
Ф.С. ОРИПОВ  
Б.Т. РАХИМОВ  
Х.А. РАСУЛОВ  
Ш.И. РУЗИЕВ  
С.А. РУЗИБОВЕВ  
С.А.ГАФФОРОВ  
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)  
Ж.Б. САТТАРОВ  
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)  
И.А. САТИВАЛДИЕВА  
Ш.Т. САЛИМОВ  
Д.И. ТУКСАНОВА  
М.М. ТАДЖИЕВ  
А.Ж. ХАМРАЕВ  
Д.А. ХАСАНОВА  
А.М. ШАМСИЕВ  
А.К. ШАДМАНОВ  
Н.Ж. ЭРМАТОВ  
Б.Б. ЕРГАШЕВ  
Н.Ш. ЕРГАШЕВ  
И.Р. ЮЛДАШЕВ  
Д.Х. ЮЛДАШЕВА  
А.С. ЮСУПОВ  
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ  
М.Ш. ХАКИМОВ  
Д.О. ИВАНОВ (Россия)  
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)  
DONG JINCHENG (Китай)  
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)  
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)  
В.А. МИТИШ (Россия)  
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)  
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)  
А.А. ПОТАПОВ (Россия)  
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)  
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)  
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)  
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)  
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН  
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ  
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал  
Научно-реферативный,  
духовно-просветительский журнал*

**УЧРЕДИТЕЛИ:**

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский  
исследовательский центр хирургии имени  
А.В. Вишневского является генеральным  
научно-практическим  
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных  
изданий, рецензируемых Высшей  
Аттестационной Комиссией  
Республики Узбекистан  
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

**РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:**

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)  
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)  
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)  
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)  
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)  
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)  
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)  
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)  
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)  
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)  
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

**8 (70)**

**2024**

*август*

[www.bsmi.uz](http://www.bsmi.uz)

<https://newdaymedicine.com> E:

[ndmuz@mail.ru](mailto:ndmuz@mail.ru)

Тел: +99890 8061882

Received: 20.07.2024, Accepted: 02.08.2024, Published: 10.08.2024

УДК 618.12-089-073:612.017.1

## КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ, ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА (Обзор литературы)

Абдурахмонов М.М. <https://orcid.org/0000-0001-8394-5453>

Гайбуллоева Г.У. <https://orcid.org/0009-0007-8851-7053>

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан, г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: [info@bsmi.uz](mailto:info@bsmi.uz)

### ✓ Резюме

*В статье рассмотрены проблемы патологий в гинекологической практике, приводящей к снижению, а также потере репродуктивной функции. Внематочная беременность является одной из частых причин, приводящих к бесплодию. Эктопическая беременность не относится к учитываемым репродуктивным потерям, однако до настоящего времени продолжает оставаться одной из основных проблем репродуктологии, имеющей отношение к последующей фертильности женщины. После перенесенной внематочной беременности у многих развивается спаечный процесс в малом тазу, у 60-80 % больных — бесплодие, у 20-30 % пациенток — повторная внематочная беременность.*

*Ключевые слова: Внематочная беременность; факторы риска.*

## ЕКТОПИК HOMILADORLIKNING KLINIK XUSUSIYATLARI, ASOSIY XAVF OMILLARI (Adabiyotlar sharhi)

Abdurahmonov M.M. <https://orcid.org/0000-0001-8394-5453>

Gaybulloeva G.U. <https://orcid.org/0009-0007-8851-7053>

Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti, O'zbekiston, Buxoro, st. A. Navoiy. 1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: [info@bsmi.uz](mailto:info@bsmi.uz)

### ✓ Rezyume

*Maqolada ginekologik amaliyotda reproduktiv funktsiyaning pasayishi va yo'qolishiga olib keladigan patologiya muammolari muhokama qilinadi. Ektopik homiladorlik bepustlikka olib keladigan keng tarqalgan sabablardan biridir. Ektopik homiladorlik reproduktiv yo'qotish deb hisoblanmaydi, ammo hozirgi kungacha ayolning keyingi tug'ilishi bilan bog'liq reproduktiv fanning asosiy muammolaridan biri bo'lib qolmoqda. Ektopik homiladorlikdan so'ng ko'pchilik tos bo'shlig'ida bitishmalar paydo bo'ladi, bemorlarning 60-80 foizida bepustlik, 20-30 foiz bemorlarda takroriy ektopik homiladorlik kuzatiladi.*

*Kalit so'zlar: Bachadondan tashqari homiladorlik; xavf omillari.*

## CLINICAL FEATURES OF ECTOPIC PREGNANCY, MAIN RISK FACTORS

(Review of Literature)

Abdurakhmonov M.M. <https://orcid.org/0000-0001-8394-5453>

Gaybulloeva G.U. <https://orcid.org/0009-0007-8851-7053>

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara, st. A. Navoi. 1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: [info@bsmi.uz](mailto:info@bsmi.uz)

### ✓ Resume

*The article discusses the problems of pathology in gynecological practice, leading to a decrease and loss of reproductive function. Ectopic pregnancy is one of the common causes leading to infertility. Ectopic pregnancy is not considered a reproductive loss, but to this day continues to be one of the main problems of reproductive science related to a woman's subsequent fertility. After an ectopic pregnancy, many develop adhesions in the pelvis, 60-80% of patients experience infertility, and 20-30% of patients experience a repeat ectopic pregnancy.*

*Key words: Ectopic pregnancy; risk factors.*

### Актуальность

ри внематочной беременности (ВП) происходит имплантация вне матки; примерно в 95 % случаев это происходит в маточных трубах. Внематочная беременность (ВП) представляет значительную угрозу для жизни женщин детородного возраста. По данным итальянских ученых Lazzarini M, Barbi E, (2020) [1] частота внематочной беременности составляет около 1% у женщин в возрасте 24–44 лет, а в западных странах 85 % случаев выявляются до их разрыва. Если болезнь не диагностирована на ранней стадии, она может привести к неотложной гинекологической ситуации со значительным кровотечением в брюшную полость, гиповолемическим шоком и материнской смертью. По мнению ведущих ученых Узбекистана Бабаджановой Г.С. 2019; Маматкуловой Ф. (2023) [2] внематочная беременность возникает, когда ткань плода имплантируется вне матки или прикрепляется к аномальной или покрытой рубцами части матки. Среди срочных гинекологических операций оперативные вмешательства по поводу ВБ занимают одно из первых мест и составляют около 50%.

Различные факторы риска внематочной беременности выявлено: предшествующую внематочную беременность, предшествующие операции на органах малого таза, индукция овуляции, использование внутриматочной спирали, воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) в анамнезе и курение во время зачатия (Bouyer J, Coste J, Shojaei T и др.) [3].

Как отмечено в литературе, ведущим фактором риска развития внематочной беременности считается воспалительный процесс органов малого таза, чему способствуют токсические, инфекционные, иммунологические и гормональные причины. Повышенная продукция провоспалительных цитокинов после повреждения маточных труб способствует имплантации плодного яйца и ангиогенезу в маточной трубе (Hoenderboom B. M. et al.2019) [4].

Французские авторы (Bouyer J. 2003) [5] отмечают, что в настоящее время заболеваемость ВП при контрацепции продолжает снижаться, в то время как заболеваемость ВП без контрацепции увеличивается. Три четверти ВП являются ампулярными, а 4,5% – внутрубными. Двумя основными факторами риска развития ВП без контрацепции являются наличие инфекции в анамнезе или операции на маточных трубах и курение. Количественно их взаимосвязь с риском ВП схожа. Другими факторами риска являются возраст, предшествующий самопроизвольный аборт, ранее индуцированный аборт, предыдущее использование внутриматочной спирали и бесплодие в анамнезе. Суммарный относимый риск всех этих факторов составляет 76%.

Разрывы внематочной беременности (ВП) являются основной причиной материнской смертности в первый триместр беременности с частотой 9–14% и частотой 5–10% все случаи смерти, связанные с беременностью. (Houser M, Kandalaft N. 2022) [6]. Гестационный мешок, который Имплантаты в месте, не являющемся маткой, определяются как ВП. Женщины с ВП может иметь неспецифические симптомы, такие как боль внизу живота и вагинальное кровотечение, часто клинически сходно с аппендицитом, мочевыми камнями, ранними потерей беременности или травма. Женщины с таким предлежанием в первом триместре имеют распространенность ВП в отделениях неотложной помощи достигает 18%, что может быть легко ошибочно диагностирован как ранее описанная клиническая мимика (ACOG, 2018) [7].

В России ежегодно диагностируется до 45 тысяч случаев ВБ, что составляет 1,2–2,2% по отношению ко всем беременностям, 1,6–4,7% к родам и от 2 до 12% от общего числа госпитализированных в гинекологические стационары (Гаспаров А. С., Косаченко А. Г., Тер-Овакимян Э. А., Бабичев И. А. и др., 2005; Кулаков В. П., 2002). Частота внематочной беременности за последние тридцать лет увеличилась с 0,5 до 1–2% от общего числа беременностей и имеет тенденцию к увеличению: в Великобритании и во Франции частота увеличилась в 2 раза (15 случаев на 1000 беременностей), в США – 5 раз (19,7 случаев на 1000 беременностей). В странах Центральной Европы частота ВБ колеблется от 11 до 19 случаев на 1000 беременностей (Кулаков В. И., 2006; MacRae R., Olowu O., Rizzuto M. I., Odejinmi F., 2009). Данные литературы свидетельствуют, что клинические проявления этой патологии чрезвычайно многообразны и зависят не только от характера прерывания беременности, но и от длительности его пребывания вне матки, а также индивидуального порога болевой чувствительности пациентки (Гаспаров А. С., Каушанская Л. В., 2007) [8].

По данным Sokalska A, Rambhatla A (2023) [9] локализация включает яичник, шейку матки, брюшную полость, интерстициальную часть фаллопиевой трубы и рубец от кесарева сечения. Нетрубная беременность встречается редко. Неспецифические признаки и симптомы

внематочной внематочной беременности затрудняют постановку диагноза и во многих случаях значительно затягивают, что приводит к высокому уровню заболеваемости. Несмотря на то, что хирургическое лечение остается основой лечения, появляется все больше доказательств того, что некоторые из них могут быть лечены медикаментозно или с использованием комбинации медицинских и хирургических подходов с хорошим результатом. Авторами обобщены современные методы диагностики, терапевтические возможности и исходы внематочной беременности вне труб. Возможности диагностики и управления могут быть ограничены, особенно в условиях ограниченных ресурсов. Поэтому понимание доступных вариантов имеет решающее значение. Необходимо подчеркнуть, что редкость случаев и трудности в организации этически обоснованных рандомизированных исследований приводят к отсутствию хорошо зарекомендовавших себя рекомендаций по ведению внематочной беременности без трубной внематочной беременности.

Dvash S, Cuckle H, Smorgick N (2021) [10] израильские ученые отмечают, что трубные ВП являются наиболее распространенным типом и характеризуются высокой материнской заболеваемостью и смертностью при разрыве. Частота разрыва ОЗВ составляет примерно 15% в Западной Европе ретроспективное исследование, показывающее повышенную частоту разрывов во время пандемии COVID-19. Гетеротопические ВП особенно сложны, и их частота составляет за счет корреляции с вспомогательными репродуктивными технологиями (ВРТ), с частота 1/100 беременностей при экстракорпоральном оплодотворении (ЭКО) и 1/7000 беременности с помощью ВРТ с индукцией овуляции. Растущие показатели ЭКО коррелирует с ростом числа сообщений об ОЗВ среди этих людей. Частота ВП среди ЭКО Беременность после переноса эмбрионов составляет 2,1–8,6% по сравнению с 2% при естественной концепции. Кроме того, Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) отмечает увеличение частоты кесарева сечения, которое в настоящее время составляет 21% от общего числа родов во всем мире, что, в свою очередь, может увеличить частоту ВП рубцов после кесарева сечения (CSP) по сравнению с временем.

Сатыбалдина Б. А. и др. 2016 [11] яичниковая беременность – одна из редких форм эктопической беременности, ее частота составляет 0,1-0,7%. Различают две формы указанной беременности: интрафолликулярную и эпиофоральную. При первой оплодотворение и имплантация происходят в фолликуле, при второй – на поверхности яичника. Яичниковая беременность наблюдается крайне редко, однако в настоящее время уже нельзя сомневаться в возможности существования этой формы внематочной беременности. Механизм образования яичниковой беременности можно себе представить в виде двух форм. После разрыва граафова пузырька яйцо остается на внутренней его поверхности, не будучи увлечено током излившейся фолликулярной жидкости. Через полученный разрыв в полость фолликула проникают сперматозоиды, которые и оплодотворяют яйцо. Привитие оплодотворенного яйца в полости граафова фолликула происходит путем внедрения трофобласта в стенку фолликула. Яичниковая беременность чаще всего прерывается на 6-8-й нед по типу наружного разрыва плодместилища с кровоизлиянием внутрь последнего и гибелью яйца. Интересен факт, что яичниковая беременность может доходить до последних месяцев. Вероятно, это возможно вследствие того, что яичник обладает особой тканеобразовательной способностью, позволяющей ему развить достаточно прочную плодную камеру для растущего яйца. В этих случаях процесс образования необходимых тканей напоминает собой тот же процесс, свойственный развитию нередко огромных псевдомуцинозных кист, снабженных плотной наружной стенкой. Возможна и вторая форма привития яйца. Здесь уже вышедшее из яичника яйцо, оплодотворенное в брюшной полости, прививается на поверхности яичника в одной из многочисленных складок и бухт его поверхности.

Китайские ученые Fei H, Yin Y, Guo X, (2024) [12] рассматривают интересный редкий случай спонтанной внематочной беременности (ВП) после частичной сальпингэктомии, леченной лапароскопией. Внематочная беременность встречается примерно в 1,5–2,0% случаев среди всех беременностей, но составляет 5–10% всех смертей, связанных с беременностью. Девяносто пять процентов внематочной беременности происходят в фаллопиевой трубе, и примерно 2,5% случаев происходят в интерстициальной позе. Примерно у 10% пациенток с внематочной беременностью возникает рецидивирующая внематочная беременность. Некоторые беременности культей маточных труб протекают вторично по отношению к посттубной перевязке. Описан случай спонтанной беременности культей маточных труб после частичной сальпингэктомии вследствие перекрута ножки кисты левого яичника. Женщина поступила с болью внизу живота в течение 1 дня и аменореей в течение 1 недели. Уровень хорионического гонадотропина человека (ХГЧ) в сыворотке крови составил 2278 МЕ/л, а трансвагинальное УЗИ органов малого таза (ВУЗИ) показало гетерогенный эхо (0,9 см × 0,8 см × 0,7 см) возле левого яичника. CDFI (цветная доплеровская визуализация) показывает сигнал кровотока при внематочной беременности. При клиническом осмотре выявлена

боль в животе со стабильными жизненными показателями. У пациентки было подозрение на левостороннюю интерстициальную трубную беременность; Таким образом, была проведена экстренная лапароскопия. При лапароскопии в полости малого таза отсутствовала свободная кровь, а на левой сальпингеальной культе отмечалась внематочная беременность. Матка была нормального размера, ее поверхность была гладкой, аномалий в двусторонней морфологии яичников не наблюдалось. В правой фаллопиевой трубе явных отклонений не выявлено. Удалена левая трубка сальпингеальной культы, в ней обнаружена ворсинчатая ткань. Полость малого таза промыли солевым раствором, и операция была прекращена. В первые сутки после операции уровень ХГЧ у пациента снизился до 662,1 МЕ/л. Уровень ХГЧ в крови продолжал снижаться, и выздоровление пациента протекало без осложнений. Пациент был выписан на третьи сутки после операции и находился под наблюдением в амбулаторных условиях. Гистологический анализ показал наличие трофобластических тканей, подтверждающих диагноз внематочной беременности

### Заключение

Таким образом, варианты лечения внематочной беременности должны зависеть от ее локализации. Для лечения разных внематочных беременностей следует выбирать разные варианты. ВП в рубце кесарева сечения или в шейке матки более доступны для введения местных препаратов и позволяют избежать системных нежелательных явлений. Трубная внематочная беременность менее доступна, но новые препараты, включая летрозол и gefitinib (даже если они используются в сочетании с метотрексат), могут уменьшить количество нежелательных явлений, повысить эффективность и изменить фактический золотой стандарт. Доказательств эффективности представленных методов лечения недостаточно, но проведенные исследования представляются многообещающими.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Lazzerini M, Barbi E, Apicella A, Marchetti F, Cardinale F, Trobia G. Delayed access or provision of care in Italy resulting from fear of COVID-19. //Lancet Child Adolesc Health. 2020 May;4(5):e10-e11.
2. Маматкулова Ф., Хусанова Б., Муминова Р. Внематочная беременность //Евразийский журнал медицинских и естественных наук. 2023;3(1/1):163-170.
3. Bouyer J, Coste J, Shojaei T, Pouly JL, Fernandez H, Gerbaud L, Job-Spira N. Risk factors for ectopic pregnancy: a comprehensive analysis based on a large case-control, population-based study in France. //Am J Epidemiol. 2003 Feb 1;157(3):185-94.
4. Hoenderboom B. M. et al. Relation between Chlamydia trachomatis infection and pelvic inflammatory disease, ectopic pregnancy and tubal factor infertility in a Dutch cohort of women previously tested for chlamydia in a chlamydia screening trial //Sexually transmitted infections. 2019;95(4):300-306.
5. Bouyer J. Epidémiologie de la grossesse extra-utérine: incidence, facteurs de risque et conséquences. //J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2003 ноябрь;32(7):8-17.
6. Houser M, Kandalaf N, Khati NJ. Ectopic pregnancy: a resident's guide to imaging findings and diagnostic pitfalls. //Emerg Radiol 2022;29(1):161-172.
7. ACOG. ACOG practice bulletin no. 193: tubal ectopic pregnancy. //Obstetrics and Gynecology 2018;131:91–103.
8. Каушанская Людмила Владимировна Внематочная беременность: патогенез, клиника, диагностика, отдаленные результаты внедрения: /Автореф. Дис... д-ра. Мед. наук. -М., 2010; 40 с.
9. Sokalska A, Rambhatla A, Dudley C, Bhagavath B. Nontubal ectopic pregnancies: overview of diagnosis and treatment. //Fertil Steril. 2023 Sep;120(3 Pt 2):553-562.
10. Dvash S, Cuckle H, Smorgick N, Vaknin Z, Padoa A, Maymon R. Increase rate of ruptured tubal ectopic pregnancy during the COVID-19 pandemic. //Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2021 Apr;259:95-99.
11. Сатыбалдина Б.А. и др. Клинические случаи редко встречающихся форм внематочной беременности //Вестник Казахского национального медицинского университета. 2016;1:20-23.
12. Fei H, Yin Y, Guo X, Jin X. Spontaneous Ectopic Tubal Pregnancy After Partial Salpingectomy. //Int J Womens Health. 2024 May 23;16:917-922.

Поступила 20.07.2024