

ORIENTAL JOURNAL OF MEDICINE AND NATURAL SCIENCES

Open Access, Peer Reviewed Journal

Scientific Journal



- Medicine
- Pharmaceuticals
- Biology
- Chemistry
- Geology
- Agriculture



+998 33 5668868

www.innoworld.net



INNOVATIVE WORLD

ORIENTAL JOURNAL OF MEDICINE AND NATURAL SCIENCES

Volume 2, Issue 3 2025

Journal has been listed in different indexings



The official website of the journal:

www.innoworld.net

Andijon-2025



УДК 618.311-618.312

**ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИМЕНЯЕМАЯ ПРИ
ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ****Облокулова Олима Абдурашидовна**

ассистент, кафедры клинической фармакологии

Бухарский государственный

медицинский институт,

Email: oblokulova.olima@bsmi.uz

Аннотация. Эктопическая беременность — это аномальное развитие беременности за пределами матки, обычно в фаллопиевых трубах. Это опасное состояние, которое может угрожать жизни женщины.

Ключевые слова: беременность, яичники, маточные трубы, метотрексат, операция.

Актуальность

Существует несколько факторов, которые могут привести к эктопической беременности:

1. Повреждения фаллопиевых труб: Если фаллопиевы трубы повреждены (например, из-за инфекций, туберкулеза или предыдущих операций), это может помешать перемещению яйцеклетки в матку, и она начнет развиваться в трубах.

2. Инфекции и воспаления: Воспаления, такие как сальпингит (воспаление фаллопиевых труб), пельвиоперитонит (воспаление органов малого таза), а также инфекции, передающиеся половым путем, могут повредить или заблокировать фаллопиевы трубы, что может привести к эктопической беременности.

3. Гормональные нарушения: Нарушения в балансе гормонов, таких как прогестерон и эстроген, могут повлиять на нормальную функцию фаллопиевых труб и вызвать эктопическую беременность.

4. Эндометриоз: При эндометриозе внутренний слой матки развивается за ее пределами, что может привести к нарушению функции фаллопиевых труб и развитию эктопической беременности.

5. Неправильное использование контрацептивов: Некоторые контрацептивы, такие как внутриматочные устройства (ВМС) или трубэктомия, могут повышать риск эктопической беременности.

6. Задержка в планировании беременности: Пожилой возраст или длительные проблемы с репродуктивным здоровьем могут увеличивать риск эктопической беременности.

7. Личный анамнез: Если у женщины уже была эктопическая беременность, то вероятность повторения этого состояния увеличивается[1].

Виды эктопической беременности

Трубная эктопическая беременность	• Наиболее распространенный тип, когда эмбрион развивается в фаллопиевых трубах.
Яичниковая беременность	• Очень редкая форма, при которой эмбрион развивается в яичнике.
Перитонеальная беременность	• Эмбрион развивается в брюшной полости, в перитонеуме.
Корпоральная беременность	• Эмбрион развивается на наружной стороне матки.
Шейковая беременность	• Эмбрион развивается в шейке матки, что представляет собой опасную для жизни ситуацию.

Симптомы могут быть не всегда очевидными, но обычно включают:

- Резкие боли внизу живота с одной стороны.
- Кровотечения из влагалища, отличающиеся от обычных менструаций.
- Усталость, тошнота, головная боль.
- Острая боль и кровотечения в случае разрыва фаллопиевой трубы[2].

Диагностика

1. Тест на ХГЧ: Уровень гормона ХГЧ в крови может быть ниже, чем при нормальной беременности.

2. Ультразвуковое исследование (УЗИ): Основной метод диагностики, который помогает оценить состояние матки и фаллопиевых труб.

3. Лапароскопия: Минимально инвазивное исследование для точного определения местоположения беременности.

4. Анализы крови: Оценка уровня прогестерона и ХГЧ для подтверждения диагноза[3].

Лечение. Основная цель лечения эктопической беременности — сохранить жизнь женщины и ее репродуктивное здоровье. Лечение включает:

1. Медикаментозное лечение: Применение метотрексата для остановки развития беременности, что позволяет избежать хирургического вмешательства.

2. Хирургическое лечение: В случае, если медикаментозное лечение не помогает или беременность вызывает сильное осложнение,

проводится операция, например, сальпингэктомия (удаление фаллопиевой трубы)[4].

Основные цели лечения эктопической беременности — это остановка развития плода и защита здоровья женщины. Для этого применяются два основных метода лечения: медикаментозное лечение (метотрексат) и хирургическое вмешательство. Ниже приведены подробности каждого из методов[5,6].

1. Медикаментозное лечение: Метотрексат

Метотрексат — это препарат, который используется для остановки деления клеток и лечения эктопической беременности. Он останавливает рост плода и препятствует его дальнейшему развитию. Применение метотрексата при эктопической беременности включает следующие процессы[7]. Метотрексат обычно используется для остановки развития беременности. Он блокирует фолиевую кислоту (витамин B9), что приводит к прекращению синтеза ДНК и остановке деления клеток. Когда деление клеток прекращается, развитие плода становится невозможным. Метотрексат эффективен только на ранних стадиях беременности, когда плод еще небольшой и фаллопиевы трубы не повреждены[8, 9].

Метотрексат обычно вводится однократной инъекцией. Иногда, в зависимости от размера плода и его расположения, может потребоваться несколько инъекций. После назначения препарата состояние женщины регулярно отслеживается. Измеряется уровень ХГЧ (гормона беременности), поскольку метотрексат останавливает развитие беременности и уровень ХГЧ должен снижаться. Если уровень ХГЧ снижается, значит, метотрексат выполняет свою задачу. Если после первой дозы метотрексата уровень ХГЧ не снижается до требуемого уровня или развитие плода продолжается, может быть назначена вторая или третья доза[8].

Преимущества метотрексата. Отсутствие необходимости в хирургическом вмешательстве: С помощью метотрексата можно лечить эктопическую беременность без хирургического вмешательства, что сокращает время восстановления и снижает риск инфекции. Меньше времени на восстановление и боли: При применении метотрексата восстановление происходит быстрее, и дополнительные препараты для обезболивания, как правило, не требуются.

Недостатки метотрексата. Плод может не остановить свое развитие: Если метотрексат не применяется вовремя или если развитие плода не останавливается, может потребоваться операция[11].

Побочные эффекты. Метотрексат может вызвать побочные эффекты, такие как проблемы с сердцем, печенью, почками и кровеносной системой, а также тошноту, головную боль, диарею и воспаление соседних органов[10].

Хирургическое лечение: Сальпингэктомия (удаление фаллопиевой трубы) и другие вмешательства. Если лечение метотрексатом неэффективно или эктопическая беременность представляет собой угрозу для здоровья, используется хирургическое лечение. Наиболее распространенный метод хирургического лечения эктопической беременности — сальпингэктомия (удаление фаллопиевой трубы)[12].

Сальпингэктомия (удаление фаллопиевой трубы).

Показания. Если фаллопиева труба разорвана или если в ней продолжается развитие плода, необходимо удалить трубу. Операция может быть выполнена под общей или местной анестезией.

Лапароскопия. Это минимально инвазивный метод, при котором через небольшие разрезы удаляется поврежденная труба. Этот метод характеризуется более быстрым восстановлением и меньшими разрезами[13].

Абдоминальная операция. Если лапароскопия невозможна или имеются осложнения, применяется стандартная операция (разрез на животе).

Преимущества операции. Необходимость операции, если метотрексат не помогает: Если развитие беременности продолжается или фаллопиева труба разорвана, сальпингэктомия необходима для устранения проблемы.

Полное устранение эктопической беременности. Хирургическое вмешательство позволяет удалить поврежденные ткани, что снижает риск повторной эктопической беременности[14,15]

Недостатки сальпингэктомии. Влияние на репродуктивное здоровье: Если удалена одна из фаллопиевых труб, это может повлиять на возможность забеременеть в будущем. Удаление обеих труб приведет к невозможности естественного зачатия. Как и любая операция, сальпингэктомия сопряжена с рисками кровотечений, инфекций, болей и других осложнений.

Восстановление после метотрексата. Если использован метотрексат, процесс восстановления будет минимально инвазивным, и женщина не потребует длительной госпитализации.

Восстановление после операции (сальпингэктомии). После операции женщина может потребовать несколько дней госпитализации. Восстановление после лапароскопической операции быстрее, чем после абдоминальной операции[16].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Лечение эктопической беременности включает использование метотрексата и хирургических методов. Если метотрексат эффективен, операция может быть избегнута. Однако, если метотрексат не помогает или беременность развивается до опасной стадии, требуется сальпингэктомия или другие хирургические вмешательства. Оба метода являются важными для сохранения здоровья женщины и устранения эктопической беременности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Souter, I., & Montgomery, R. (2019). Ectopic pregnancy: diagnosis and treatment. *Obstetrics & Gynecology Clinics of North America*, 46(1), 125-140.
2. Barnhart, K. T. (2009). Clinical management of ectopic pregnancy. *The New England Journal of Medicine*, 361(4), 379-387.
3. Koonings, P. P., & Campbell, K. A. (1990). Ectopic pregnancy: Incidence and risk factors. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 162(1), 163-168.
4. Coughlan, C., & Shorten, M. (2015). Medical treatment of ectopic pregnancy with methotrexate. *Irish Journal of Medical Science*, 184(1), 127-133.
5. Mol, B. W., & Ankum, W. M. (2004). Ectopic pregnancy and fertility: Impact of treatment options. *Human Reproduction Update*, 10(1), 53-64.
6. Sivalingam, V., & Lenton, E. A. (2017). Salpingectomy versus salpingostomy for the management of ectopic pregnancy. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10.
7. Elson, J., & Godwin, M. (2018). Risk factors for ectopic pregnancy: A review of the literature. *Canadian Family Physician*, 64(5), 354-361.
8. Stovall, T. G., & Robinson, J. N. (1998). Diagnosis and management of ectopic pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynecology*, 91(2), 296-302.
9. Wrenn, T. E. (1996). Ectopic pregnancy: Medical and surgical management. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 14(2), 275-284.
10. ACOG Committee on Practice Bulletins—Gynecology. (2017). Practice Bulletin No. 193: Ectopic pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, 130(3), e65-e77.
11. Westwood, M., & Chandrasekaran, V. (2005). Surgical management of ectopic pregnancy: A review. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 25(1), 1-5.
12. Gupta, A., & Polan, M. L. (2002). Methotrexate in the treatment of ectopic pregnancy: A review of current management strategies. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 29(1), 107-121.
13. Mastroianni, L., & Pizzuto, M. (2015). Laparoscopy in the diagnosis and management of ectopic pregnancy. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 193(1), 4-10.
14. Hooker, A., & Chan, S. (2013). A review of early diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13(1), 135.
15. Dunselman, G. A. J., & Vermeulen, N. (2007). Methotrexate in the management of ectopic pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD003373.
16. Yamamoto, M., & Takeda, S. (2014). The impact of ectopic pregnancy on fertility outcomes. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 210(4), 347-356.