

ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ЕКТОПІЧНОЇ ВАГІТНОСТІ

С. М. Ясніковська¹, С. А. Куріцина²¹Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці; Україна²КНП «Центральна міська клінічна лікарня» Чернівецької міської ради, м. Чернівці; Україна

Ключові слова:
ектопічна вагітність,
лікування, метотрексат.

Клінічна та
експериментальна
патологія 2024. Т.23,
№2 (88). С. 120-124.

DOI 10.24061/1727-4338.
XXIII.2.88.2024.19

E-mail:
jasnikovska.svitlana@
bsmu.edu.ua

У статті представлено результати лікування ектопічної трубної вагітності (ЕВ). Встановлено, що повторновагітні з епізодами штучного, мимовільного переривання попередніх вагітностей, наявністю в анамнезі ектопічної вагітності, запальними захворюваннями верхнього відділу статевого тракту, безпліддям, діагностично-лікувальними інвазіями в порожнину матки з приводу доброякісних пухлин чи фонових процесів ендометрію, рецидивуючими інфекціями нижнього відділу статевого тракту та перенесеною лапаротомією/скопією з приводу хірургічної патології становлять високу групу ризику з розвитку ектопічної вагітності. У більшості з них (76,5 %) мала місце відсутність прегравідарної підготовки. Очікувальна тактика ведення мала місце у 14,7 % спостережень. Більшість епізодів ЕВ (67,7 %) завершено оперативним шляхом, з яких майже в половині випадків (43,5 %) вдалося провести органозберігаючі операції на трубі. Ефективність консервативної терапії ЕВ метотрексатом за нашими даними становить 50 %. Отримано позитивний досвід використання метотрексату з інтерпретацією певних симптомів, які виникали після його застосування у пацієнток, що перебували під нашим спостереженням.

Key words:
ectopic pregnancy,
treatment, Methotrexate.

TREATMENT EXPERIENCE OF ECTOPIC PREGNANCY

S. M. Yasnikovska, S. A. Kuritsyna

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

Clinical and experimental
pathology 2024. Vol.23,
№ 2 (88). P. 120-124.

The article presents the results of treatment of ectopic tubal pregnancy. Multiparous with episodes of artificial, involuntary termination of previous pregnancies, ectopic pregnancy in the previous history, inflammatory diseases of the upper portion of the reproductive tract, infertility, diagnostic-therapeutic invasions into the uterine cavity because of benign tumors or underlying processes in the endometrium, relapsing infections of the lower portion of the reproductive tract, and experienced laparotomy/laparoscopy because of surgical pathology are found to be in a high risk group concerning development of ectopic pregnancy. The majority of them (76,5 %) had a lack of pre-gravid training. Expectant tactics of patient management took place in 14,7 % of observations. The majority of cases of ectopic pregnancy (67,7 %) resulted in surgery. Practically in a half of them (43,5 %) organ-preserving surgery of the fallopian tube were performed. According to our studies, effective conservative treatment of ectopic pregnancy with Methotrexate was 50 %. Positive experience with Methotrexate administration was obtained with interpretation of certain symptoms occurring after its use in patients being under our observation.

Вступ

Ектопічна вагітність (ЕВ) – це будь-яка вагітність, імплантована поза порожниною матки. Останнім часом цю термінологію не розглядають як синонім позаматкової вагітності, оскільки спостерігається зростання кількості випадків ЕВ із локалізацією поза порожниною матки, але в межах матки, наприклад, шийкова, інтерстиційна, інтрамуральна вагітність та у рубці після кесаревого розтину [1].

Ця патологія є важкою для діагностики на стадії свого прогресування і, на жаль, може призвести до летальних випадків у разі її переривання. Кровотеча внаслідок розриву фаллопієвої труби або інших структур, у яких імплантована ЕВ, є основною причиною материнської смертності в першому триместрі і становить від 4 до 10 % усіх смертей, пов'язаних із вагітністю. До госпіталізації або під час транспортування пацієнтки до закладу охорони здоров'я відбувається більшість цих смертей [2, 3, 4].

Показник частоти виникнення ЕВ досить високий і не має тенденції до зниження. У 2021 році в нашій країні за даними, що опубліковані Державним закладом «Центр медичної статистики МОЗ України», зафіксовано 4791 випадків ЕВ, з яких майже чверть (18,28 %) жінок були доставлені до стаціонару пізніше 24 годин від початку захворювання. Частота ЕВ на 1000 жінок фертильного віку становить 0,50, на 1000 вагітностей – 15,26, на 1000 народжених живими – 18,39 [1]. У Великобританії захворюваність становить приблизно 11/1000 вагітностей, щороку діагностується майже 11000 ектопічних вагітностей. Частота ЕВ у жінок, які відвідують лікаря на ранніх термінах вагітності, становить 2-3 % [5].

Найбільш частим місцем ектопічної імплантації є маткові труби, на частку яких припадає понад 90 % випадків. Проте може мати місце імплантація в шийку матки (1 %), яєчник (1-3 %), черевну порожнину (1 %) та рубець після кесаревого розтину

Клінічна та експериментальна патологія. 2024. Т.23, № 2 (88)

(1-3 %), що часто призводить до негативних наслідків через пізню діагностику і лікування [6-9]. Можливе також поєднання ЕВ з матковою вагітністю, так звана гетеротопічна вагітність, ризик розвитку якої серед жінок з природним настанням вагітності оцінюється в діапазоні від 1 з 4000 до 1 з 30000, тоді як цей ризик серед жінок, які перенесли екстракорпоральне запліднення, оцінюється як 1 зі 100 [10].

Серед найпоширеніших факторів ризику ЕВ розглядають пошкодження маткових труб після операції або інфекції, куріння та застосування допоміжних репродуктивних технологій, безпліддя, вік жінки старших за 35 років, використання внутрішньоматкового контрацептиву. Однак у більшості жінок із ЕВ неможливо визначити конкретний фактор ризику, а у кожної другої з них немає будь-якого із відомих [11, 12].

Ризик рецидиву зростає у жінок, які вже мали в анамнезі ЕВ. Так, у жінки з однією ектопічною вагітністю в анамнезі ймовірність повторної ЕВ становить приблизно 10 % (відношення шансів [ВШ] 3,0; 95 % ДІ, 2,1-4,4). У жінки з двома або більше попередніми ЕВ ризик рецидиву збільшується до більш ніж 25 % (ВШ, 11,17; 95 % ДІ, 4,0-29,5) [10].

Існують різноманітні підходи до вибору лікувальної тактики при ектопічній вагітності. У літературі останніх років з'являється все більше повідомлень щодо успішного застосування метотрексату в лікувальному протоколі ЕВ [13-16]. Однак, незважаючи на значні досягнення сучасного акушерства з проблеми ЕВ, питання своєчасної діагностики та визначення тактики ведення залежно від її локалізації залишаються відкритими і потребують подальших досліджень.

Мета дослідження

Визначити ефективність різних підходів до лікування ектопічної вагітності.

Матеріал та методи дослідження

Проведено аналіз результатів лікування 34 пацієнток, госпіталізованих у гінекологічне відділення з блоком ендоскопічних та мінімальноінвазивних технологій КНП «Центральна міська клінічна лікарня» Чернівецької міської ради (м. Чернівці) за період з січня 2023 року по червень 2024 року, яких було прооперовано чи консервативно проліковано щодо ектопічної вагітності.

При обстеженні хворих застосовували стандартні методи клінічного обстеження, включаючи трансвагінальне ультразвукове дослідження органів малого тазу, визначення рівня сироваткового бета-хоріонічного гонадотропіну людини (β -ХГЛ).

Перед хірургічним лікуванням проводили стандартне обстеження для ургентного оперативного втручання, визначення об'єму крововтрати відповідно до чинних галузевих стандартів медичної допомоги, моніторинг артеріального тиску, пульсу, сатурації крові за даними пульсоксиметрії, діурезу жінки. Остаточний діагноз при хірургічному лікуванні ЕВ підтверджувався результатами патологогістологічного дослідження операційного матеріалу.

Перед призначенням медикаментозного лікування, крім визначення рівня сироваткового β -ХГЛ, виконували такі лабораторні обстеження: клінічний аналіз крові, печінкові проби, визначення рівня сечовини, електролітів, групи крові, резус фактора.

Статистичну обробку результатів досліджень здійснювали з використанням сучасних методів варіаційної статистики за допомогою стандартних програм статистичного аналізу Microsoft Excel 5.0.

Результати та їх обговорення

Вік обстежених пацієнток був у межах від 23 до 43 років, у середньому – 31,1 \pm 0,6 року.

ЕВ була першою у 6 (17,6 %) пацієнток, причому одна з них (2,9 %) настала в результаті екстракорпорального запліднення (ЕКЗ). Серед 28 повторно вагітних один штучний аборт із вишкрібанням порожнини матки в анамнезі мали 4 (14,3 %) жінки, два і більше штучних переривань вагітності – одна (3,6 %), мимовільні викидні або викидень, що не відбувся – 12 (42,8 %) пацієнток. ЕВ в анамнезі мала місце у 3 (10,7 %) обстежуваних, причому в однієї – двічі (перший епізод завершився видаленням труби, другий – туботомією). Бажаною цю вагітність вважали 26 (76,5 %) жінок, але при цьому планували її тільки 8 (23,5 %).

Гінекологічна патологія в обстежених пацієнток представлена достатньо різноманітно, зокрема запальні захворювання верхніх відділів статевих шляхів (хронічний ендометрит, хронічний сальпінгоофорит) серед обстежуваних пацієнток були діагностовані у 8,8 % випадків, така ж кількість пацієнток неодноразово лікувалась із приводу кольпітів та вульвовагінітів різної етіології. У 14,7 % пацієнток мала місце ектопія шийки матки, у 17,6 % – тазово-перитонеальні злуки I-II ступеня. З частотою по 8,8 % були діагностовані вузлова міома тіла матки, пухлини яєчників, поліп ендометрія з подальшою гістероскопією. Первинне або вторинне безпліддя відзначали 4 (11,8 %) пацієнтки.

Основне місце в структурі соматичної захворюваності у вагітних посідали захворювання шлунково-кишкового тракту, серед яких: хронічний гастрит – у 14,7 %, синдром подразненого кишківника з переважанням закріпів – у 11,8 %, хронічний холецистит – у 8,8 %, хронічний панкреатит – у 2,9 % випадків. Привертала увагу і висока частота пацієнток із порушенням ліпідного обміну, з них 14,7 % вагітних мали ожиріння I-II ступеня і 1 (2,9 %) – ожиріння III ступеня. Усі інші варіанти екстрагенітальної патології реєструвалися значно рідше – до 2,9 % (серцево-судинні захворювання, патологія сечовивідних шляхів). Сумарна частота соматичної патології становила 35,3 %.

Діагноз ектопічної вагітності виставляли на підставі скарг, збору акушерсько-гінекологічного анамнезу, загального фізикального та спеціального об'єктивного обстеження, даних трансвагінального УЗД і тесту на вагітність із подальшим визначенням рівня сироваткового β -ХГЛ.

При поступленні у відділення жінки висловлювали скарги на: затримку менструації (100 %), біль

у животі (у правій чи лівій здухвинній ділянках) (76,5 %), відчуття тиску на пряму кишку або біль при дефекації (11,8 %), вагінальні кров'янисті виділення різної інтенсивності (76,5 %), запаморочення, загальну слабкість чи короткочасну втрату свідомості (2,9 %), чутливість молочних залоз (73,5 %). Тест на вагітність виконували всім жінкам, позитивним він був у 97,1 %, сумнівним – в однієї пацієнтки (2,9 %).

За даними фізикального обстеження, майже всі жінки (97,1 %) були гемодинамічно стабільними. Одна пацієнтка (2,9 %) поступила у відділення з ознаками геморагічного шоку внаслідок внутрішньочеревної кровотечі з перерваною вагітністю за типом «розриву труби», яка була негайно прооперовано лапаротомним доступом із видаленням труби та дренажуванням черевної порожнини. Загальна крововтрата у неї становила 1200 мл, у подальшому вона була компенсована згідно чинних галузевих стандартів медичної допомоги.

При спеціальному об'єктивному обстеженні пацієнток виявляли: здуття живота (8,8 %), болочість при пальпації живота (61,8 %), болочість при раптовому послабленні тиску на передню черевну стінку або перитонеальні ознаки (26,4 %), чутливість у ділянці органів малого тазу (52,9 %), збільшення тіла матки (26,4 %), болочість придатків матки (79,4 %), чутливість при зміщенні шийки матки (47,1 %).

Трансвагінальне УЗД є найкращим методом діагностики ЕВ. За результатами його застосування у пацієнток, що перебували під нашим спостереженням, було виявлено УЗ-ознаки, які були підставою для верифікації діагнозу ЕВ: відсутність плідного яйця у порожнині матки (100 %); візуалізація утворення чи плідного яйця в ділянці придатків матки, яке при УЗД рухається окремо від яєчника (97,1 %); локалізація ЕВ у інтерстиціальному (2,9 %), істмічному (50 %) і ампулярному (44,2 %) відділах фаллопієвої труби; наявність вільної рідини за маткою (35,3 %). В однієї жінки (2,9 %) ЕВ розташовувалася у додатковому розі матки.

Вибір тактики ведення пацієнток залежав від локалізації вагітності, гемодинамічної стабільності, результатів трансвагінального УЗД і вихідного рівня β -ХГЛ у сироватці крові.

Більшість випадків трубної ЕВ (23 із 34) підлягали лікуванню хірургічним шляхом (67,7 %). При поступленні цієї жінки були гемодинамічно стабільними і їм призначено визначення рівня сироваткового β -ХГЛ для вибору подальшої консервативної тактики ведення. Однак протягом першої-другої доби перебування у стаціонарі (до отримання результатів зазначеного дослідження) їх стан погіршувався та з'являлися ознаки переривання ЕВ, що спонукало до вибору хірургічного методу лікування. Перевагу надавали лапароскопічному доступу через його численні позитиви, такі як скорочення часу операції, зменшення інтраопераційної крововтрати, скорочення часу перебування у стаціонарі, нижчу вартість, меншу потреба у знеболювальних і меншу ймовірність формування спайок [10].

Із 23 прооперованих у 11 (47,8 %) випадках була проведена тубектомія, причому не ISSN 1727-4338 <https://www.bsmu.edu.ua>

обов'язково з приводу неможливості застосування органозберігаючої операції, а в більшості випадків – за бажанням стерилізації, або з огляду на те, що ця труба вже була прооперована. Зберегти маткову трубу вдалося 10 (43,5 %) пацієнткам: переважно виконувалася резекція труби з анастомозом або фібріопластиком чи евакуація плідного яйця. Одна жінка (4,3 %) прооперована лапаротомно в об'ємі клиновидного висічення маткового кута, враховуючи локалізацію ЕВ в інтерстиціальному відділі труби, та в одному випадку (4,3 %) видалено додатковий ріг матки разом з імплантованою в ньому ЕВ.

Медикаментозна тактика ведення була застосована 6 (17,6 %) пацієнткам, які відповідали критеріям призначення метотрексату, дали згоду на застосування цього методу та не мали протипоказань до його використання відповідно до галузевого стандарту «Ектопічна вагітність» (2022р.) [1]. Метотрексат вводили внутрішньом'язово з розрахунку 50 мг/м² поверхні тіла. У 3 випадках результат був позитивним: рівні β -ХГЛ знизилися більше ніж на 15 % протягом 4-7 днів із подальшим зниженням до рівня менше 15 МО/л при повторних визначеннях щотижня.

Три (50 %) із шести випадків були вдалими: відбулося відмирання трубної ЕВ з подальшим її лізисом. У двох (33,3 %) жінок епізоди ЕВ були завершені оперативно. Одна пацієнтка 34-х років із двома пологами в анамнезі, відсутністю репродуктивних планів і небажаною цією вагітністю звернулася спочатку до лікаря жіночої консультації з незначними кров'янистими виділеннями, позитивним тестом на вагітність та даними УЗД, які вказували на наявність утворення в ампулярній частині маткової труби діаметром до 20 мм. Була госпіталізована і дала згоду на медикаментозне лікування. Рівень β -ХГЛ становив 1120 МО/л. На 4-ту добу після введення 75 мг метотрексату його рівень становив 730 МО/л (зниження на 34 %). Хвора з рекомендаціями була виписана і через 7 днів знову доставлена до стаціонару вже з ознаками «гострого» живота. При лапароскопії виявлено збільшену роздуту маткову трубу, стінки якої імбібовані кров'ю, з фібрії витікала яскрава кров. Проведена тубектомія, дані патологістологічного дослідження підтвердили ЕВ. У другому випадку жінка 40 років, також з 2 пологами в анамнезі та відсутністю репродуктивних планів, мала трубну ЕВ з вихідним рівнем β -ХГЛ 1600 МО/л та утворенням в матковій трубі діаметром 23 мм. Після введення 100 мг метотрексату на 4-ту добу рівень β -ХГЛ незначно зріс до 1780 МО/л, що потребувало введення другої дози препарату, від якого вона відмовилася та була прооперована лапароскопічно в об'ємі тубектомії з хірургічною стерилізацією другої маткової труби. Третій випадок завершився також оперативно, оскільки на першу добу після введення метотрексату з'явилися ознаки «гострого» живота, що вимагали ургентного втручання.

Вичікувальна тактика була застосована до 5 клінічно стабільних жінок (14,7 %) із діагностованою за допомогою УЗД ЕВ, зменшенням рівнів β -ХГЛ, з вихідним його рівнем меншим, ніж 1500 МО/л Клінічна та експериментальна патологія. 2024. Т.23, № 2 (88)

(до поступлення у відділення). Через 2 місяці у цих пацієнток відбувся повний лізис плідного яйця в матковій трубці та зниження β -ХГЛ до нульових значень.

При виписуванні зі стаціонару пацієнткам надавалася виписка (Форма № 027/о) з рекомендаціями щодо подальшого спостереження, методу контрацепції та планування наступної вагітності.

Висновки

Занашименими, ефективність медикаментозного ведення трубної ЕВ становила 50 %, але цей висновок не є остаточним через нерепрезентативність вибірки. Поряд із цим ми отримали позитивний досвід та зробили певні висновки щодо застосування метотрексату при ЕВ: по-перше, у кожній жінки на 2-гу добу після введення метотрексату з'являються болі внизу живота, які не призводять до погіршення загального стану і потребують знеболення та спостереження за вітальними функціями. По-друге, на відміну від внутрішньовенного введення при внутрішньом'язовому застосуванні метотрексату відсутня нудота та блювання. По-третє, ускладненнями його введення є кровотеча з місця локалізації вагітності через 1-2 тижні після застосування.

Перспективи подальших досліджень

Провести аналіз відновлення репродуктивної функції в обстежуваних жінок, які мали репродуктивні плани. З метою оптимізації менеджменту ектопічної вагітності здійснити ширше застосування метотрексату при ЕВ за наявності відповідних критеріїв його використання.

Список літератури

- Міністерство охорони здоров'я України. Ектопічна вагітність. Клінічна настанова, заснована на доказах. Київ: МОЗ України; 2022. 83 с.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Diagnosis and Management of Ectopic Pregnancy: Green-top Guideline № 21. BJOG [Internet]. 2016[cited 2024 Jun 13];123(13): e15-e55. Available from: <https://mrcog.womanhospital.cn/ueditor/php/upload/file/20190821/1566383580.pdf> doi: 10.1111/1471-0528.14189
- National Institute for Health and Care Excellence. Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management. NICE guideline [NG126] [Internet] 2019[updated 2023 Aug 23; cited 2024 Jun 13]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng126/resources/ectopic-pregnancy-and-miscarriage-diagnosis-and-initial-management-pdf-66141662244037>
- Po L, Thomas J, Mills K, Zakhari A, Tulandi T, Shuman M, et al. Guideline No. 414: Management of Pregnancy of Unknown Location and Tubal and Nontubal Ectopic Pregnancies. J Obstet Gynaecol Can. 2021;43(5):614-30. doi: 10.1016/j.jogc.2021.01.002
- Gaskins AJ, Missmer SA, Rich-Edwards JW, Williams PL, Souter I, Chavarro JE. Demographic, lifestyle, and reproductive risk factors for ectopic pregnancy. Fertil Steril 2018;110(7):1328-37. doi: 10.1016/j.fertnstert.2018.08.022
- American College of Obstetricians and Gynaecologists. ACOG Practice Bulletin № 193: Tubal Ectopic Pregnancy. Obstet Gynecol. 2018;131(3):91-103. doi: 10.1097/aog.0000000000002560
- Petersen KB, Hoffmann E, Larsen CR, Nielsen HS. Cesarean scar pregnancy: a systematic review of treatment studies. Fertil Steril 2016;105(4):958-67. doi: 10.1016/j.fertnstert.2015.12.130
- Клінічна та експериментальна патологія. 2024. Т.23, № 2 (88)
- Van den Hof MC, Smithies M, Nevo O, et al. № 375-clinical practice guideline on the use of first trimester ultrasound. J Obstet Gynaecol Can. 2019;41(3):388-95. doi: 10.1016/j.jogc.2018.09.020
- Miller R, Gyamfi-Bannerman C. Society for Maternal-Fetal Medicine Consult Series № 63: Cesarean scar ectopic pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 2022;227(3): B9-B20. doi: 10.1016/j.ajog.2022.06.024
- Kirk E, Ankum P, Jakab A, Le Clef N, Ludwin A, Small R, et al. Terminology for describing normally sited and ectopic pregnancies on ultrasound: ESHRE recommendations for good practice. Hum Reprod Open [Internet]. 2020[cited 2024 Jun 12];2020(4): hoaa055. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7738750/pdf/hoaa055.pdf> doi: 10.1093/hropen/hoaa055
- Tulandi T. Ectopic pregnancy: Clinical manifestations and diagnosis [Internet] 2022[cited 2024 Jun 12]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/ectopic-pregnancy-clinical-manifestations-and-diagnosis>
- Bobdiwala S, Christodoulou E, Farren J, Mitchell-Jones N, Kyriacou C, Al-Memar M, et al. Triaging women with a pregnancy of unknown location using a two-step triage protocol including the M6 model: a clinical implementation study. Ultrasound Obstet Gynecol. 2020;55(1):105-14. doi: 10.1002/uog.20420
- Jurkovic D, Memtsa M, Sawyer E, Donaldson AN, Jamil A, Schramm K, et al. Single-dose systemic methotrexate vs expectant management for treatment of tubal ectopic pregnancy: a placebo-controlled randomized trial. Ultrasound Obstet Gynecol. 2017;49(2):171-6. doi: 10.1002/uog.17329
- Alur-Gupta S, Cooney LG, Senapati S, Sammel MD, Barnhart KT. Two-dose versus single-dose methotrexate for treatment of ectopic pregnancy: a meta-analysis. Am J Obstet Gynecol. 2019;221(2):95-108. doi: 10.1016/j.ajog.2019.01.002
- Svirsky R, Ben-Ami I, Berkovitch M, Halperin R, Rozovski U. Outcomes of conception subsequent to methotrexate treatment for an unruptured ectopic pregnancy. Int J Gynaecol Obstet. 2017;139(2):170-3. doi: 10.1002/ijgo.12264
- Yang C, Cai J, Geng Y, Gao Y. Multiple-dose and double-dose versus single-dose administration of methotrexate for the treatment of ectopic pregnancy: a systematic review and meta-analysis. Reprod Biomed Online. 2017;34(4):383-91. doi: 10.1016/j.rbmo.2017.01.004

References

- Ministerstvo okhorony zdorov'ia Ukrainy. Ektopichna vahitnist'. Klinichna nastanova, zasnovana na dokazakh [Ectopic pregnancy. Evidence-based clinical practice]. Kyiv: MOZ Ukrainy; 2022. 83 p. (in Ukrainian)
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Diagnosis and Management of Ectopic Pregnancy: Green-top Guideline № 21. BJOG [Internet]. 2016[cited 2024 Jun 13];123(13): e15-e55. Available from: <https://mrcog.womanhospital.cn/ueditor/php/upload/file/20190821/1566383580.pdf> doi: 10.1111/1471-0528.14189
- National Institute for Health and Care Excellence. Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management. NICE guideline [NG126] [Internet] 2019[updated 2023 Aug 23; cited 2024 Jun 13]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng126/resources/ectopic-pregnancy-and-miscarriage-diagnosis-and-initial-management-pdf-66141662244037>
- Po L, Thomas J, Mills K, Zakhari A, Tulandi T, Shuman M, et al. Guideline No. 414: Management of Pregnancy of Unknown Location and Tubal and Nontubal Ectopic Pregnancies. J Obstet Gynaecol Can. 2021;43(5):614-30. doi: 10.1016/j.jogc.2021.01.002
- Gaskins AJ, Missmer SA, Rich-Edwards JW, Williams PL, Souter I, Chavarro JE. Demographic, lifestyle, and reproductive risk factors for ectopic pregnancy. Fertil Steril 2018;110(7):1328-37. doi: 10.1016/j.fertnstert.2018.08.022
- American College of Obstetricians and Gynaecologists. ACOG Practice Bulletin № 193: Tubal Ectopic Pregnancy. Obstet Gynecol. 2018;131(3):91-103. doi: 10.1097/aog.0000000000002560
- Petersen KB, Hoffmann E, Larsen CR, Nielsen HS. Cesarean scar pregnancy: a systematic review of treatment studies. Fertil Steril 2016;105(4):958-67. doi: 10.1016/j.fertnstert.2015.12.130
- Клінічна та експериментальна патологія. 2024. Т.23, № 2 (88)
- ISSN 1727-4338 <https://www.bsmu.edu.ua>

- factors for ectopic pregnancy. *Fertil Steril* 2018;110(7):1328-37. doi: 10.1016/j.fertnstert.2018.08.022
6. American College of Obstetricians and Gynaecologists. ACOG Practice Bulletin № 193: Tubal Ectopic Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2018;131(3):91-103. doi: 10.1097/aog.0000000000002560
7. Petersen KB, Hoffmann E, Larsen CR, Nielsen HS. Cesarean scar pregnancy: a systematic review of treatment studies. *Fertil Steril* 2016;105(4):958-67. doi: 10.1016/j.fertnstert.2015.12.130
8. Van den Hof MC, Smithies M, Nevo O, et al. № 375-clinical practice guideline on the use of first trimester ultrasound. *J Obstet Gynaecol Can.* 2019;41(3):388-95. doi: 10.1016/j.jogc.2018.09.020
9. Miller R, Gyamfi-Bannerman C. Society for Maternal-Fetal Medicine Consult Series № 63: Cesarean scar ectopic pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2022;227(3): B9-B20. doi: 10.1016/j.ajog.2022.06.024
10. Kirk E, Ankum P, Jakab A, Le Clef N, Ludwin A, Small R, et al. Terminology for describing normally sited and ectopic pregnancies on ultrasound: ESHRE recommendations for good practice. *Hum Reprod Open* [Internet]. 2020[cited 2024 Jun 12];2020(4): hoaa055. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7738750/pdf/hoaa055.pdf> doi: 10.1093/hropen/hoaa055
11. Tulandi T. Ectopic pregnancy: Clinical manifestations and diagnosis [Internet] 2022[cited 2024 Jun 12]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/ectopic-pregnancy-clinical-manifestations-and-diagnosis>
12. Bobdiwala S, Christodoulou E, Farren J, Mitchell-Jones N, Kyriacou C, Al-Memar M, et al. Triaging women with a pregnancy of unknown location using a two-step triage protocol including the M6 model: a clinical implementation study. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2020;55(1):105-14. doi: 10.1002/uog.20420
13. Jurkovic D, Memtsa M, Sawyer E, Donaldson AN, Jamil A, Schramm K, et al. Single-dose systemic methotrexate vs expectant management for treatment of tubal ectopic pregnancy: a placebo-controlled randomized trial. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2017;49(2):171-6. doi: 10.1002/ultr.17329
14. Alur-Gupta S, Cooney LG, Senapati S, Sammel MD, Barnhart KT. Two-dose versus single-dose methotrexate for treatment of ectopic pregnancy: a meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2019;221(2):95-108. doi: 10.1016/j.ajog.2019.01.002
15. Svirsky R, Ben-Ami I, Berkovitch M, Halperin R, Rozovski U. Outcomes of conception subsequent to methotrexate treatment for an unruptured ectopic pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet.* 2017;139(2):170-3. doi: 10.1002/ijgo.12264
16. Yang C, Cai J, Geng Y, Gao Y. Multiple-dose and double-dose versus single-dose administration of methotrexate for the treatment of ectopic pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Reprod Biomed Online.* 2017;34(4):383-91. doi: 10.1016/j.rbmo.2017.01.004

Відомості про авторів:

Ясніковська С. М. – кандидат медичних наук, доцент закладу вищої освіти кафедри акушерства, гінекології та перинатології Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці, Україна.

E-mail: jasnikovska.svitlana@bsmu.edu.ua

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-5826-3845>

Куріцина С. А. – доктор медичних наук, завідувачка гінекологічним відділенням з блоком ендоскопічних та мінімальноінвазивних технологій КНП «Центральна міська клінічна лікарня» Чернівецької міської ради, м. Чернівці.

E-mail: kuricyna.s@ukr.net

Information about authors:

Yasnikovska S. M. – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatology, Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine.

E-mail: jasnikovska.svitlana@bsmu.edu.ua

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-5826-3845>

Kuritsyna S. A. – Doctor of Medical Sciences, Head of the Gynecological Department with the Unit of Endoscopic and Mini-invasive Technology of the Municipal Non-Profit Institution «Central Municipal Clinical Hospital», Chernivtsi Municipal Government, Chernivtsi, Ukraine.

E-mail: kuricyna.s@ukr.net

Стаття надійшла до редакції 13.06.2024

© С. М. Ясніковська1, С. А. Куріцина2

