

საშვილოსნოსბარე ორსულობა

კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია

(გაიდლაინი)

კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია (გაიდლაინი) „საშვილოსნოსგარე ორსულობა“ მიღებულია კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციების (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასების და დანერგვის ეროვნული საბჭოს 2007 წლის 21 მარტის №1 სხდომაზე და დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 21 დეკემბრის № 359/ო ბრძანებით.

კლინიკური რეკომენდაციების ზოგადი მიზანი

- ⇒ სტანდარტების დაწესება ქალთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესების მიზნით
- ⇒ მოცემული ინსტრუქცია არის საშვილოსნოსგარე ორსულობის დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის პირველი გაიდლაინი-სახელმძღვანელო, რომელიც შემუშავებული და გამოცემულია გაეროს მოსახლეობის ფონდის და საქართველოს შრომის, სოციალური და ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს შეკვეთით, საქართველოს გინეკოლოგ-ენდოსკოპისტთა ასოციაციის მიერ 2006 წლის სექტემბერში.
- ⇒ კლინიკური ინსტრუქციები წარმოადგენს სისტემატიურად შემუშავებულ მონაცემებს, რომლებიც კლინიკოსებსა და პაციენტებს ეხმარება ამა თუ იმ კონკრეტულ მდგომარეობაში შესაფერის მკურნალობასთან დაკავშირებული გადაწყვეტილების მიღებაში. მოცემული რეკომენდაციების მიზანს არ წარმოადგენს მკურნალობის ექსკლუზიური კურსის მითითება. ისინი შეფასებული უნდა იქნას პაციენტის ინდივიდუალური საჭიროებების, დაწესებულებაში არსებული რესურსებისა და შეზღუდვების, ადგილობრივ მოსახლეობაში არსებული განსხვავებების გათვალისწინებით. იმედია, ადგილობრივი მფლობელობის ეს პროცესი ხელს შეუწყობს მოცემული ინსტრუქციების გაერთიანებას ყოველდღიურ პრაქტიკაში. ყურადღება გამახვილებულია კლინიკური უზუსტობის იმ სფეროებზე, რომლებშიც აუცილებელია დამატებითი კვლევა-ძიების ჩატარება.

მტკიცებულებათა დონეებისა და რეკომენდაციების ბრალადიის სქემა

მონაცემები, რომლებიც ამ სახელმძღვანელოში იქნა გამოყენებული, კლასიფიცირებულია ქვემოთ მოყვანილი სქემის მიხედვით, ხოლო რეკომენდაციები ფორმულირებულია იგივე წესით, სტანდარტული კლასიფიკაციის სქემის მიხედვით.

| მონაცემების კლასიფიკაცია | ხარისხის რეკომენდაციების კლასიფიკაცია |
|---|--|
| <p>Ia რანდომიზებული კონტროლირებადი ცდების მეტა-ანალიზის შედეგად მიღებული მონაცემები;</p> | <p>A მოითხოვს არანაკლებ ერთ რანდომიზებულ კონტროლირებად კვლევას საერთო მაღალი ხარისხისა და თანმიმდევრობის დაცვის მიზნით ამა თუ იმ კონკრეტული რეკომენდაციის მიცემით;</p> |
| <p>Ib არანაკლებ ერთი რანდომიზებული კონტროლირებადი ცდის შედეგად მიღებული მონაცემები;</p> | <p>B მოითხოვს კარგად კონტროლირებად, მაგრამ არა რანდომიზებულ კლინიკურ კვლევებს რეკომენდაციების საგანთან დაკავშირებით (მონაცემების კლასი IIa, IIb, III);</p> |
| <p>IIa არანაკლებ ერთი კონტროლირებადი ცდის – რანდომიზაციის გარეშე - შედეგად მიღებული მონაცემები;</p> | <p>C მოითხოვს მონაცემებს, რომლებიც მიღებულია ექსპერტთა კომიტეტის ანგარიშებიდან ან დასკვნებიდან და/ან შესაბამისი ორგანოების კლინიკური გამოცდილებიდან. მიუთითებს პირდაპირ გამოსაყენებელი, მაღალი ხარისხის კლინიკური კვლევების დეფიციტზე; (მონაცემთა კლასი IV);</p> |
| <p>IIb არანაკლებ ერთი სხვა ტიპის კვაზი-ექსპერიმენტალური ცდის შედეგად მიღებული მონაცემები;</p> | <p>კარგი გამოცდილების პუნქტი</p> |
| <p>III ისეთი კარგად დაპროექტებული, არა-ექსპერიმენტალური აღწერითი ცდების შედეგად მიღებული მონაცემები, როგორცაა შედარებითი კვლევები, კორელაციური კვლევები და კონკრეტული შემთხვევების გამოკვლევები;</p> | <p>რეკომენდირებული მოწინავე გამოცდილება, რომელიც ეფუძნება ინსტრუქციების შემმუშავებელი ჯგუფის კლინიკურ გამოცდილებას.</p> |
| <p>IV მონაცემები, რომლებიც მიღებულია ექსპერტთა კომიტეტის ანგარიშებიდან ან დასკვნებიდან და/ან შესაბამისი ორგანოების კლინიკური გამოცდილებიდან.</p> | |

საშვილოსნოსგარე ორსულობა

1. ღეჟინიცია, სინონიმები, კლასიფიკაცია

საშვილოსნოს ღრუს გარეთ განაყოფიერებული კვერცხუჯრედის იმპლანტაციას საშვილოსნოსგარე ორსულობა ეწოდება. სინონიმი – ექტოპიური ორსულობა.(1)

დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციით (2) განარჩევენ ექტოპიური ორსულობის შემდეგ ფორმებს:

1. აბდომინური ანუ მუცლის ღრუს ორსულობა;
2. კვერცხსავალი მილის ორსულობა:
 - მილის მთლიანობის შენარჩუნებით;
 - მილის მთლიანობის დარღვევით (კვერცხსავალი მილის გასკდომა-რუბტურა);
 - მილის აბორტის ტიპით მიმდინარე ორსულობა;
3. საკვერცხის ორსულობა;
4. საშვილოსნოსგარე ორსულობის სხვა ფორმები:
 - საშვილოსნოს ყელის ორსულობა;
 - საშვილოსნოს რქის ორსულობა;
 - იოვთაშორისი ორსულობა;
 - ნაწლავის ჯორჯლის ორსულობა;
 - კომბინირებული ექტოპიური ორსულობა;
 - დაუდგენელი ლოკალიზაციის ორსულობა;

2. დაავადების ეპიდემიოლოგია

ექტოპიური ორსულობის სიხშირე CDC –ის მონაცემებით შეადგენს 200 ორსულობიდან 1-ს. საშვილოსნოსგარე ორსულობისას ყველაზე ხშირად (98%-ში) გვხვდება კვერცხსავალი მილის ორსულობა, საკვერცხის ორსულობა აღინიშნება 0.1-0.2%-ში, აბდომინალური ორსულობა – 0.4%-ში, ხოლო საშვილოსნოს ყელის ორსულობა 0.7-1%-ში.

ბოლო 3 წლის მანძილზე (2002-2005) საქართველოში ექტოპიური ორსულობის 2701 დიაგნოზი დაისვა. საყურადღებოა, 2002-2005 წლებში, საქართველოში ექტოპიური ორსულობის შედეგად დაიღუპა 2 ორსული.

ანამნეზში ექტოპიური ორსულობის მქონე ქალების 60%-ში ფერტილობა შენარჩუნებულია, მათგან 12% კვლავ საშვილოსნოს გარეთ ვითარდება, ხოლო საშვილოსნოს ღრუში განვითარებული ორსულობის 15-20% სპონტანური აბორტით სრულდება.

3. ეტიოპათოგენეზი

საშვილოსნოსგარე ორსულობის განვითარების ძირითადი მიზეზებია:

1. კვერცხსავალი მილის გამავლობის დარღვევით განპირობებული კვერცხუჯრედის შენელებული გადაადგილება კვერცხსავალ მილში;
2. ტროფობლასტის პროტეოლიზური აქტივობის დარღვევები.

ამ მიზეზების განვითარებას ხელს უწყობენ შემდეგი ფაქტორები:

- სასქესო ორგანოების ანთებითი დაავადებები;
- საშვილოსნოსშიდა კონტრაცეპტივების გამოყენების ფონზე განვითარებული ორსულობა;
- კვერცხსავალ მილებზე ჩატარებული რეკონსტრუქციულ-პლასტიკური ოპერაციები;
- ექტოპიური ორსულობა ანამნეზში;
- უნაყოფობა;
- მუცლის ღრუს ორგანოებზე წარმოებული ოპერაციები;
- ჩვეული სპონტანური აბორტი;
- კრიმინალური აბორტი
- ადენოსალპინგიტი;
- სასქესო ინფანტილიზმი;
- სასქესო ორგანოების განვითარების და მდებარეობის ანომალიები;
- სანაყოფო კვერცხის მიგრაციის დარღვევა;
- ტროფობლასტის პროტეოლიზური აქტივობის მომატება;
- ენდოკრინული დაავადებები.

4. კლინიკური სიმპტომატიკა

ექტოპიური ორსულობის პათოგნომური სიმპტომი არ არსებობს. ამ პათოლოგიის კლინიკა ძალზედ მრავალფეროვანია და დამოკიდებულია დაავადების ტიპზე.

ექტოპიური ორსულობის დროს შემთხვევათა 50%-ში, ძირითადად დარღვეული ექტოპიური ორსულობის დროს, გამოხატულია სიმპტომთა კლასიკური ტრიადიდან ორი სიმპტომი მაინც:

- მენსტრუაციის გადაცდენა;
- ვაგინალური სისხლდენა, არამენსტრუალური გენეზის;
- ტკივილი (ცალმხრივი ან ორმხრივი, ყრუ ან მწვავე, მუდმივი ან შეტევითი, სხვადასხვა ლოკალიზაციის), რომელიც ვითარდება უეცრად მილის მთლიანობის დარღვევის მხარეს და ირადიაციას იძლევა ეპიგასტრიუმისკენ.

ფიზიკალური კვლევით:

- პალპაციით მუცლის წინა კედლის მცირედ მტკივნეულობა ან ტკივილის არარსებობა;
- მუცლის წინა კედლის დაჭიმულობა;
- დადებითი შნოტკინ-ბლუმბერგის სიმპტომი;
- ბიმანუალური გასინჯვისას საშვილოსნოს ყელის მტკივნეულობა;
- საშოს უკანა თაღის ჩამობერვა და მტკივნეულობა;
- დანამატის არეში მომკვრივო-ელასტიური მოცულობითი წარმონაქმნი.

5. დიაგნოსტიკა

საშვილოსნოსგარე ორსულობის თანამედროვე დიაგნოსტიკა ემყარება:

- ⇒ კლინიკურ გამოკვლევას;
- ⇒ პლაზმატური ქორიოგონინის დონის განსაზღვრასა;
- ⇒ ულტრაბგერით დიაგნოსტიკას.

ამ მეთოდებისგან არცერთი ცალ-ცალკე, იშვიათი გამონაკლისების გარდა, არ იძლევა ზუსტი დიაგნოზის დასმის საშუალებას, მაგრამ როდესაც ხორციელდება მათი მონაცემების შედარება და კომპლექსური ანალიზი, საშვილოსნოსგარე ორსულობის ზუსტი დიაგნოზის დადგენის ალბათობა 93-97% აღწევს.

თუ საქმე ეხება საშვილოსნოსგარე ორსულობას კვერცხსავალი მილის გახეთქვით, ან მასიური სისხლდენით მილისმიერი აბორტის დროს, მონაცემების ინტერპრეტაცია და კლინიკური გამოკვლევა საკმაოდ გართულებულია. ამიტომ განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს ამ პათოლოგიის გამოვლენის ადრეულ დიაგნოსტიკას.

ყველაზე ხშირად კლინიკური გამოკვლევის მიზანს წარმოადგენს არა ზუსტი დიაგნოზირება, არამედ გარე ორსულობის საეჭვო სიმპტომების გამოვლენა, შემდგომი გამოკვლევების ჩატარების მიზნით.

პაციენტის გამოკითხვის დროს ყურადღებას იქცევს შემდეგი **სიმპტომები**:

- **ამენორეა** (გვხვდება 75-85 % შემთხვევებში) – სირთულეს წარმოადგენს სიტუაციები, როდესაც ქალი კონსულტაციაში ხვდება მოსალოდნელი მენსტრუაციის ვადამდე ადრე, ან აღნიშნავს ციკლის არარეგულარობას, არ ახსოვს ბოლო მენსტრუაციის თარიღი.
- **მეტრორაგია** (გვხვდება პაციენტების 80% შემთხვევებში). როგორც წესი, არაჭარბი და არარეგულარულია, ზოგჯერ მას შეუძლია სიმულირება გაუკეთოს თვითნებურ აბორტს ორსულობის ადრეულ სტადიაზე (ე.წ. **კლასიკური დიაგნოსტიკური ხაფანგი!**).
- **ტკივილები** (85-დან 100%-მდე შემთხვევებში) – კლასიკური, მილისმიერი ჭვალის ტიპის უნილატერალური ტკივილები იშვიათია. ხშირად ისინი დიფუზურ ხასიათს ატარებენ, ერთ-ერთი მხარის სიჭარბით, და ვარირებენ ინტენსიურობის მიხედვით.

ანამნეზის შეგროვების დროს ასევე ყურადღება უნდა მიექცეს:

- ადრე გადატანილ საშვილოსნოსგარე ორსულობას;
- ანამნეზში კვერცხსავალი მილის პლასტიკურ ოპერაციას;
- ქირურგიულ ჩარევას, მუცლის ღრუს გახსნით;
- შიდა სასქესო ორგანოების ინფექციას;
- თამბაქოს მოხმარებას.

6. საშვილოსნოსგარე ორსულობის ბამოკვლევების სქემა

გინეკოლოგიური კვლევის ჩატარებას იწყებენ საშვილოსნოს ყელის სარკეებში გასინჯვით. საშვილოსნოს ყელის არხში სეკრეტორული საცობის აღმოჩენა (**“გუგის სიმპტომი”**) წარმოადგენს საშვილოსნოსგარე ორსულობის გამორიცხვის ყველაზე სწრაფ და იაფ საშუალებას გაურკვეველი ეტიოლოგიის მენჯის ტკივილების დროს. (**“გუგის სიმპტომი” არასოდეს არ გვხვდება საშვილოსნოსგარე ორსულობის დროს!**)

ორსულობის კლასიკური ნიშანი – საშვილოსნოს ყელის ციანოზური შეფერილობა – ხშირად არ არის გამოხატული, განსაკუთრებით თუ გამოკვლევა ადრეულ სტადიაზე ტარდება.

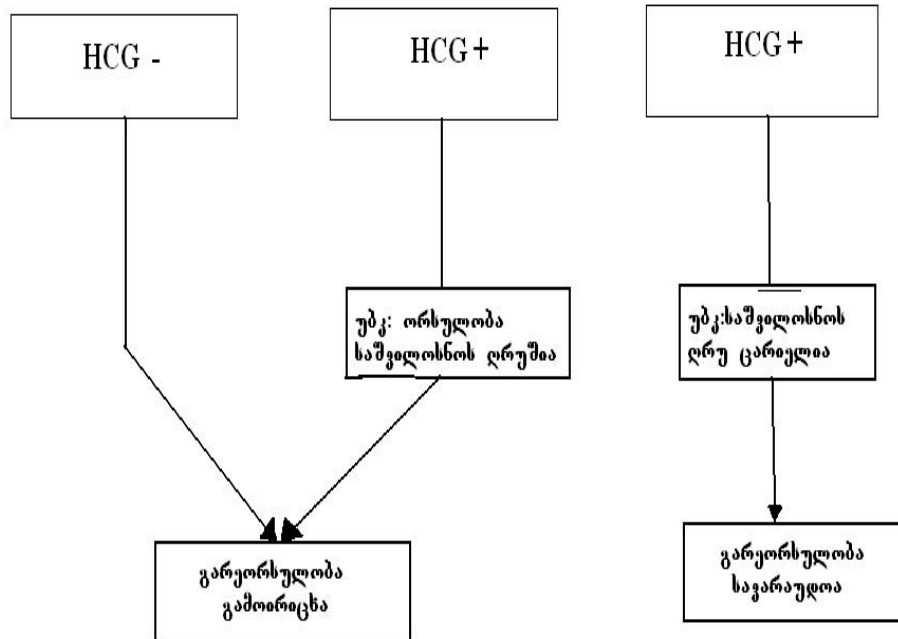
მუცლის პალპაციის დროს საშვილოსნოსგარე ორსულობის განვითარების ადრეულ სტადიებზე ვლინდება მუცლის ქვემო ნაწილისა და ბოქვენზედა არის ტკივილი. გამოხატული დეფანსი, როგორც წესი, არ არის. შესაძლოა გამოვლინდეს პერიტონეალური გაღიზიანების ნიშნებიც.

იმ პერიოდში, როდესაც, საშვილოსნოსგარე ორსულობაზე მხოლოდ ეჭვი არსებობს, ბიმანუალური გამოკვლევის დროს შეიმჩნევა საშოს კუთხის თაღების გამოუხატავი მტკივნეულობა, ხანდახან მეტად მწვავე ერთი მხიდან. აგრეთვე ხშირად მტკივნეულია უკანა თაღის პალპაცია, რაც მოწმობს დუგლასის სივრცეში გარკვეული რაოდენობის სისხლის არსებობას. ცხადია, რომ საშვილოსნოს ერთ-ერთი მხრიდან მოცულობითი წარმონაქმნის არსებობის გასინჯვა იშვიათად ხერხდება, განსაკუთრებით საშვილოსნოსგარე ორსულობის განვითარების ადრეულ პერიოდში.

გამოკვლევის ლაბორატორულ-ინსტრუმენტული მეთოდები ძირითადად მოიცავს სისხლში პლაზმატური ქორიოგონინის (HGG) ტიტრის განსაზღვრას და უბკ-ს (ულტრაბგერითი კვლევა).

HGG-ს დოზირება – ფუნდამენტური ანალიზია, რომელიც სუტუაციაში ორიენტირებისა და საეჭვო სიმპტომატიკის შემთხვევებში საშვილოსნოსგარე ორსულობის გამორიცხვის საშუალებას იძლევა. ქორიოგონინზე უარყოფითი ტესტი საშუალებას იძლევა გამოვრიცხოთ, როგორც საშვილოსნოს შიდა, ასევე ექტოპიური ორსულობის არსებობა.

პლაზმაში ქორიოგონინის არსებობა ტროფობლასტის არსებობაზე მოწმობს, რაც გამოკვლევების გაგრძელებას მოითხოვს.



დიაგნოსტიკისთვის მნიშვნელოვანია HGG-ს დონის დინამიკა – თუ ყოველ 48 საათში ჰორმონის დონე დაახლოებით ორჯერ იზრდება, ეს ფაქტი ნორმალურად განლაგებულ და განვითარებულ ორსულობაზე მეტყველებს. დონის სტაგნაცია ან მისი ნელი ზრდა (“პლატო”) სანაყოფო კვერცხის არანორმალურ განვითარებას მოწმობს, რაც შეიძლება როგორც საშვილოსნოსგარე ორსულობის, ასევე მოსალოდნელი თვითნებური აბორტის დროს.

უბკ – ეს ისეთი გამოკვლევაა, რომელიც HGG-ს დონის გამოკვლევის შედეგებთან ერთად შემდგომ დიაგნოსტიკურ და თერაპიულ ტაქტიკას განაპირობებს.

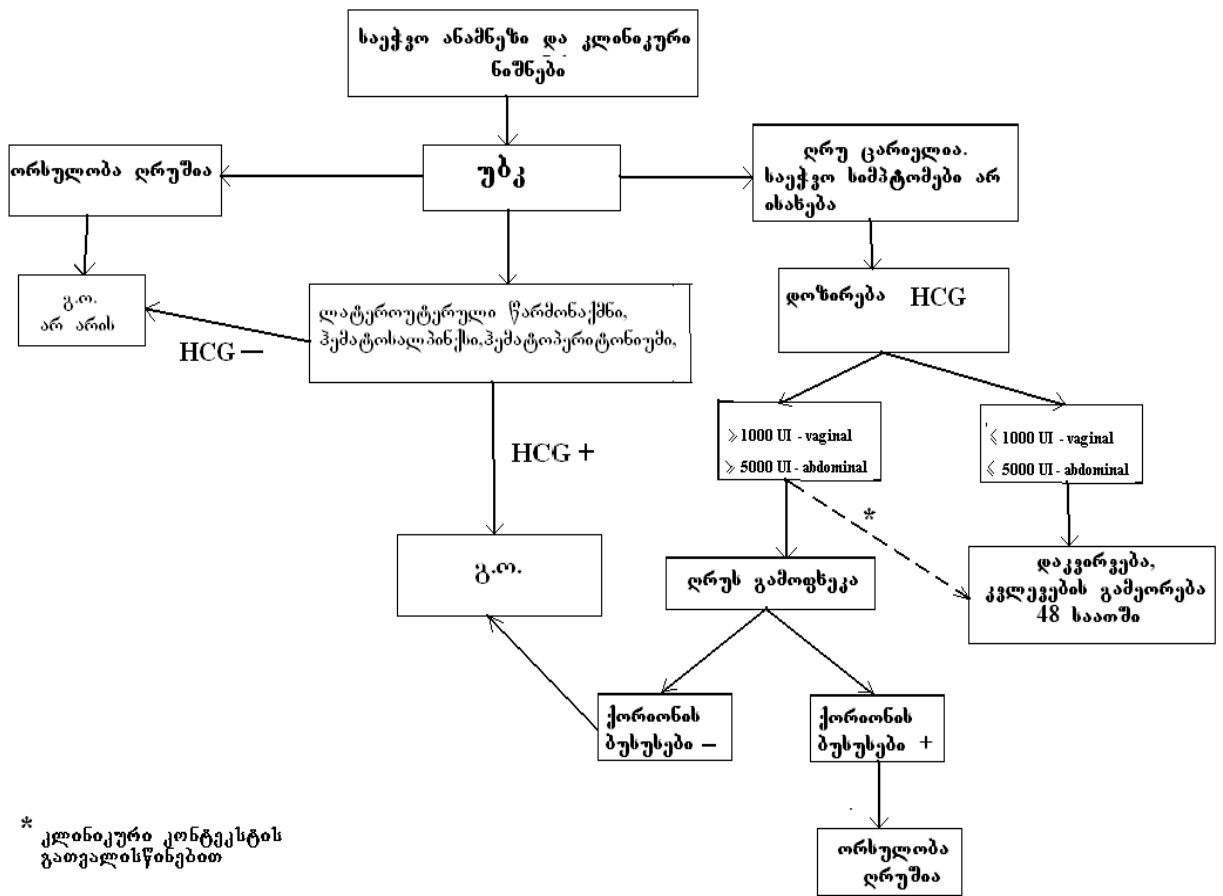
საშვილოსნოს ღრუში სანაყოფო კვერცხის, და განსაკუთრებით ემბრიონული გულისცემის ვიზუალიზაცია, ფაქტობრივად გამოირიცხავს საშვილოსნოსგარე ორსულობის შესაძლებლობას (საშვილოსნოს შიდა და გარე ორსულობის ერთდროული არსებობა ძალზე იშვიათად ხდება – 1/30000 შემთხვევა).

ძალზე მნიშვნელოვანია შემდეგი დებულებების გათვალისწინება:

- აბდომინალური უბკ-ს ჩატარების დროს სანაყოფო კვერცხის ვიზუალიზაცია შესაძლებელია ორსულობის მე-5 კვირიდან, ან როდესაც ქორიოგონინის დონე 5000 UI-ს ტოლია ან აღემატება მას;

- ვაგინალური უბკ-ს დროს შიდა ორსულობის შემჩნევა ხერხდება მე-4 კვირაზე, ან როდესაც ქორიოგონინის დონე 1000 UI-ს ტოლია ან მას აღემატება.

საშვილოსნოსგარე ორსულობის დაფიქსირება ულტრაბგერითი კვლევით საკმაოდ იშვიათად ხერხდება. გამონაკლის შემთხვევებში ექტოპიური ორსულობის დროს ხდება ემბრიონალური გულისცემის ვიზუალიზაცია, რაც უბკ უტყუარ მარკერად შეიძლება ჩაითვალოს. ხშირად ექიმი-ექოსკოპისტი დუგლასის სივრცეში საშვილოსნოს უკან ან გვერდით შეიმჩნევა ამორფული ჰეტეროგენული წარმონაქმნი (ჰემატოსალპინქსი), აგრეთვე თავისუფალი სითხე, ხშირად შედედებული სისხლის კოაგულებით.



დიფერენციალური დიაგნოზი – თვით ეს ტერმინი არც თუ ისე ჯდება საშვილოსნოსგარე ორსულობის დიანოსტიკის კონცეფციაში, რადგან ექიმს, რომელიც კონსულტირებას ეწევა, ყოველთვის უნდა ახსოვდეს საშვილოსნოსგარე ორსულობის შესახებ, და უნდა გამორიცხოს მისი არესებობა მრავალი გინეკოლოგიური თუ სხვა პათოლოგიების დროს. მხოლოდ იმის შემდეგ, რაც ექიმი ექტოპიური ორსულობის არარსებობაში დარწმუნდება, მას შეუძლია პაციენტის ჩვილებს წარმოშობის სხვა ვერსიების განხილვა.

საშვილოსნოსგარე ორსულობა უნდა გამოირიცხოს შემდეგი მდგომარეობების დროს:

- საშვილოსნოსშიდა ორსულობა;
- სპონტანური აბორტი;
- მტკივნეული ოფულაცია;
- საკვერცხის ფუნქციური კისტა, რომელსაც ხშირად თან ერთვის ამენორეა და მენჯის ტკივილები;
- საკვერცხის აპოპლექსია ან საშვილოსნოს დანამატების გადაგრეხვა დროს;
- მწვავე აპენდიციტი;
- მწვავე გაუვალობა;
- თირკმლის ჭვალი.

7. საშვილოსნოსგარე ორსულობის მკურნალობა

საშვილოსნოსგარე მილისმიერი ორსულობის მკურნალობა შესაძლებელია ლაპაროტომიის, ოპერაციული ლაპაროსკოპიისა და ზოგჯერ მედიკამენტების მეშვეობით.

საშვილოსნოსგარე ორსულობის ძირუბიული მკურნალობა

ფალოპის მილისმიერი ორსულობის ქირურგიული მკურნალობისას, პემოდინამიკურად სტაბილურ პაციენტში, რეკომენდებულია ლაპაროსკოპიური მიდგომა.

ლაპაროსკოპიური ოპერაცია შედარებული იქნა ღია ოპერაციასთან 228 ქალში, სამ რანდომიზირებულ, კონტროლს დაქვემდებარებულ ცდაში (RCT) (A დონე). ხანმოკლე ოპერაციებთან შედარებით ლაპაროსკოპიური პროცედურების უპირატესობაა სისხლის ნაკლები დანაკარგი, ხანმოკლე სტაციონარული რეჯიმი და შედარებით მცირე ანალგეტიკური მოთხოვნილება.⁴ (A დონე). ამ ორ მიდგომას შორის მიღების საერთო გამტარობის მხრივ განსხვავება არ აღინიშნა (RR 0.89, 95% CL 0.74-1.1) (A დონე). იმ ქალებში, რომლებსაც სურდათ მომავალში განაყოფიერება (n=145), მომდევნო საშვილოსნოსშიდა ორსულობის მაჩვენებლები მსგავსი იყო (RR 1.2, 95% CI 0.88-1.15) და ლაპაროსკოპიური მიდგომის გამოყენების შემთხვევაში დაფიქსირდა განმეორებითი ექტოპიური ორსულობის შედარებით დაბალი მაჩვენებლისაკენ ტენდენცია (RR 0.43, 95% CI 0.15-1.2). (A დონე)

ფალოპის მილის ორსულობის მკურნალობა, პემოდინამიკური არასტაბილურობის დროს რეკომენდებულია ჩატარდეს ლაპაროტომიით.

თუ პაციენტს აღინიშნება ჰიპოვოლემიური შოკის ნიშნები, საშვილოსნოს მილისმიერი ორსულობის ან სავარაუდო გარე ორსულობის დროს მედიკამენტური თერაპია მიზანშეწონილი არ არის. საშოსშიდა (ტრანსვაგინალური) ულტრასონოგრაფია სწრაფად დაადასტურებს პემოპერიტონეუმის არსებობას, თუ რაიმე სახის დიაგნოსტიკურ უზუსტობას

აქვს ადგილი, მაგრამ მიღებული უნდა იქნას შესაბამისი რეანიმაციული და ოპერატიული ზომები. გამოცდილ ოპერატორებს სპეციალიზებულ ცენტრებში შეუძლიათ ლაპაროსკოპიური მეთოდით უსაფრთხოდ უმკურნალონ ქალებს დიდი ჰემოპერიტონემის დროსაც კი, ხოლო უმეტეს ცენტრებში აღნიშნულ პროცედურას წარმოადგენს ლაპაროტომია.

ჯანმრთელი კონტრალატერალური მილის შემთხვევაში სალპინგოტომიის გამოყენების უპირატესობა სალპინგექტომიასთან შედარებით გამოხატულად დადასტურებული არ არის.

სისტემატიური განხილვების მთელ რიგში შესწავლილი იქნა ის შედეგები, რომლებიც აღინიშნა საშილოსნოს მილისმიერი ორსულობის სალპინგოტომიით ან სალპინგექტომიით მკურნალობის შემდეგ. ეს მასალები გვიჩვენებს, რომ შემდგომი საშილოსნოს შიდა ორსულობის შესაძლებლობა არ იზრდება სალპინგოტომიის შემდეგ – სალპინგექტომიასთან შედარებით..¹⁰⁻¹⁶

საშილოსნოსგარე ორსულობის მკურნალობისას ლაპაროსკოპიულ სალპინგოტომიას უპირატესობა ენიჭება იმ შემთხვევაში, თუ აღინიშნება კონტრალატერალური მილის დაავადება და თუ პაციენტს შემდგომი ფერტილურობის სურვილი აქვს.

იმ ქალებში, რომელთაც აღინიშნებოდა დაზიანებული ან ამოკვეთილი კონტრალატერალური მილი, სალპინგექტომიის შემთხვევაში, სავარაუდოდ, საჭირო იქნება *in vitro* განაყოფიერება. პოსტოპერაციული მკურნალობის პერიოდისა და პერსისტენტული ტროფობლასტის მკურნალობის აუცილებლობის გამო სალპინგოტომიის მოკლევადიანი ხარჯები სალპინგექტომიასთან შედარებით მაღალია.²¹ **(C დონე)** თუმცა, მხედველობაში მიღებულია გარე (დამხმარე) ჩასახვის შემდგომი საჭიროება, საშილოსნოს შიდა ორსულობის მაჩვენებლის მხოლოდ 3%-ით ზრდა სალპინგოტომიას სალპინგექტომიასთან შედარებით ბევრად უფრო ნაკლებხარჯიანს გახდის.¹⁹ **(C დონე)** კონტრალატერალური მილის დაავადების შემთხვევაში, სასურველია შედარებით კონსერვატიული ქირურგიის გამოყენება. ქალებს უნდა გააცნონ შემდგომი ექტოპიური ორსულობის რისკი.

საშვილოსნოსბარე ორსულობის მემბრანული მკურნალობა

მედიკამენტური თერაპიის გამოყენება შეიძლება მხოლოდ განსაზღვრულ შემთხვევებში. ექტოპიური ორსულობის მკურნალობაში მეტოტრექსატის გამოყენებისათვის აუცილებელია მკურნალობისა და შემდგომი მკურნალობის პროტოკოლების წარმოება.

საშოსშიდა (ტრანსვაგინალური) ულტრასონოგრაფია, რომელიც კომბინირებულია სისხლის შრატში hCG ანალიზთან, ქმნის ექტოპიური ორსულობის ზუსტი დიაგნოზირების შესაძლებლობას ლაპაროსკოპიის ჩატარების გარეშე.²²⁻²⁴ ლაპაროსკოპიის გამოყენება ექტოპიური ორსულობის დადგენის მიზნით ხშირად ქირურგიული ჩარევის გამოყენების მთავარ მიზეზს წარმოადგენს.

არაკონტროლირებადი და კონტროლირებადი კვლევების განხილვამ ცხადყო ის, რომ **სტაბილურ პაციენტებში** მედიკამენტური მკურნალობის ნაირსახეობა ისეთივე ეფექტურია, როგორც ქირურგია.²⁵ **(B დონე)** ყველაზე ფართოდ ამჟამად გამოიყენება მედიკამენტური მკურნალობა კანქვეშ მეტოტრექსატის დანიშვნის სახით, რომელიც კეთდება ერთჯერადი დოზით, რომელიც, თავის მხრივ, გამოითვლება პაციენტის სხეულის ზედაპირის ფართობის მიხედვით (50 მგ/მ²). ქალების უმეტესობისათვის აღნიშნული დოზა შეადგენს 75-90 მგ-ს. სისხლის შრატში hCG კონცენტრაცია მოწმდება მეოთხე და მეშვიდე დღეს და თუ hCG კონცენტრაცია არ იკლებს 15%-ზე მეტს მეოთხე და მეშვიდე დღეებს შორის პერიოდში, კეთდება მეტოტრექსატის კიდევ ერთი დოზა.^{16, 27, 28} დიდი არაკონტროლირებადი კვლევები ცხადყოფს, რომ ქალთა დაახლოებით 14%-ს ესაჭიროება მეტოტრექსატის ერთზე მეტი დოზა, ხოლო 10%-ზე ნაკლები, რომლებსაც უტარდება მეტოტრექსატით მკურნალობის კურსი, საჭიროებს ქირურგიულ ჩარევას.^{25, 26} **(C დონე)**. იგივე იქნა დაფიქსირებული რანდომიზებულ ცდებშიც მეტოტრექსატის შედარებისას ლაპაროსკოპიულ ქირურგიასთან.^{27, 28} **(A დონე)**.

თუ უპირატესობა ენიჭება მედიკამენტურ მკურნალობას, ქალს უნდა მიეცეს სრული ინფორმაცია (სასურველია წერილობითი ფორმით) შემდგომი მკურნალობის შესაძლო აუცილებლობისა და მკურნალობის შემდგომი უკურეაქციების შესახებ.

თითქმის 75% მკურნალობის შემდეგ განიცდის აბდომინალურ ტკივილს. ზოგჯერ ქალებს შეიძლება განუვითარდეს კონიუნქტივიტი, სტომატიტი და გასტროინტესტინალური აშლილობა. ტუბოაბდომინალური აბორტის შედეგად გამოწვეული ე.წ. “სეპარაციის ტკივილის” განსხვავება მილის მთლიანობის დარღვევის შედეგად გამოწვეული ტკივილისაგან შეიძლება რთული აღმოჩნდეს, ამიტომ ქალთა გარკვეულ ნაწილს მეტოტრექსატით მკურნალობის შემდეგ უნდა ჩაუტარდეს საშოსშიდა ულტრაბერითი გამოკვლევა.^{25, 29} ქალებს ასევე უნდა მიეცეს რჩევა, მკურნალობის პერიოდში თავი შეიკავონ სქესობრივი კავშირისაგან, დიდი რაოდენობით მიიღონ სითხე და საიმედო ჩასახვის საწინააღმდეგო საშუალებები გამოიყენონ მეტოტრექსატის მიღებიდან სამი თვის განმავლობაში – შესაძლო ტერატოგენური რისკის გამო.

ქალებში, რომლებსთვისაც შეიძლება მეტოტრექსატი დანიშვნა, სისხლის შრატში hCG შემცველობა არ უნდა აღემატებოდეს 3000 iu/l-ს; მათ ასევე უნდა აღენიშნებოდეთ მინიმალური სიმპტომები.

დიდ არაკონტროლირებად კვლევებში მეტოტრექსატი გამოყენებული იქნა ქალებში, რომლებსაც აღენიშნებოდათ სისხლის შრატში hCG დონის სხვადასხვა მაჩვენებლები, თუმცა, ამ ქალთა უმეტესობაში აღნიშნული მაჩვენებელი არ აღემატებოდა 5000 iu/l-ს.^{15, 16 (C დონე)}. შემდგომი პერიოდის ხანგრძლივობა, მეტოტრექსატი დასაბუთებითი დოზების საჭიროება და ქირურგიული ჩარევის ალბათობა იზრდება შრატში hCG კონცენტრაციის შესაბამისად.²⁶

მიუხედავად იმისა, რომ მედიკამენტური მკურნალობა შეიძლება წარმატებული აღმოჩნდეს იმ შემთხვევაში, როდესაც სისხლის შრატში hCG კონცენტრაცია მნიშვნელოვნად აღემატება 3000 iu/l-ს, მთელი რიგი მონაცემები (სოცოცლხის ხარისხის შეფასება) გვიჩვენებს, რომ მეტოტრექსატი მკურნალობა დასაშვებია მხოლოდ იმ ქალებისათვის, რომელთა hCG კონცენტრაცია სისხლის შრატში არ აღემატება 3000 iu/l-ს.^{30, 31}

ექტოპიური ორსულობის მოცულობის შედეგებთან დაკავშირებული მონაცემები ნაკლებად გამომხატულია, მაგრამ დიდი ადნექსალური წონის ქალებში მიღების მთლიანობის დარღვევის ალბათობა შედარებით დიდია.²⁶

ამბულატორიული მედიკამენტური მკურნალობა მეტოტრექსატი ერთჯერადი დოზით ასოცირებულია მკურნალობის ხარჯების დაზოგვასთან.

მედიკამენტური თერაპიის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან უპირატესობას წარმოადგენს მკურნალობის ხარჯების საგრძნობი ეკონომიის შესაძლებლობა. ეკონომიკური შეფასებები, რომლებიც ჩატარდა რანდომიზებულ კვლევებთან ერთად, სადაც ხდებოდა მეტოტრექსატი და ლაპაროსკოპიური ქირურგიის ურთიერთშედარება, გვიჩვენებს, რომ როგორც პირდაპირი, ასევე არაპირდაპირი ხარჯები მედიკამენტური მკურნალობის დროს იმ ხარჯების ნახევარზე ნაკლებია, რომლებიც საჭიროა ლაპაროსკოპიისათვის. თუმცა, ამ ორივე რანდომიზებულ კვლევაში ხარჯების დაზოგვა არ დაფიქსირდა იმ შემთხვევებში, როდესაც სისხლის შრატში hCG კონცენტრაცია აღემატებოდა 1500 iu/l-ს – დამატებითი მკურნალობის აუცილებლობისა და შემდგომი პერიოდის ხანგრძლივობის გამო. (A დონე).

მკურნალობის მოცდითი-დაკვირვებითი ტაქტიკა წარმოადგენს ერთ-ერთ ვარიანტს კლინიკურად სტაბილური ქალებისათვის მინიმალური სიმპტომებითა და ნაყოფის უცნობი ადგილმდებარეობით.

საექვო ექტოპიური ორსულობის მკურნალობაში ყურადღება ექცევა სისხლის შრატში hCG კონცენტრაციას, რომელზეც, როგორც მიღებულია, თითოეული სიცოცხლისუნარიანი საშვილოსნოს შიდა ორსულობა ვიზუალიზებული იქნება ტრანსვაგინალური ულტრაბერითი გამოკვლევით. მას უწოდებენ დისკრიმინატორულ ზონას.³² როდესაც სისხლის შრატში hCG კონცენტრაციები დისკრიმინატორულ ზონაზე ნაკლებია (< 1000 iu) და ორსულობა (საშვილოსნოს შიდა თუ გარე) არ ჩანს ტრანსვაგინალური ულტრაბერის სკანოგრამაზე, ორსულობა შეიძლება აღწერილი იქნას, როგორც უცნობი ადგილმდებარეობის.³³

დისკრიმინატორული ზონის კონცეფციას გარკვეული ზღვრები აქვს. hCG კონცენტრაციები: 1000 iu/l, 1500 iu/l და 2000 iu/l გამოყენებული იქნა

დისკრიმინატორულ კონცენტრაციებად.^{23, 24, 33} ეს კონცენტრაციები დამოკიდებულია ულტრაბგერითი აპარატურის ხარისხზე, სონოგრაფიის სპეციალისტის გამოცდილებაზე, ქალის რისკისა და სიმპტომების წინასწარ შესწავლაზე და ისეთი ფიზიკური ფაქტორების არსებობაზე, როგორცაა საშვილოსნოს ფიბრომები და მრავალნაყოფიანი ორსულობა. სპეციალური დანადგარებისათვის, რომლებითაც წარმოებს მაღალი ხარისხის ვაგინალური ულტრაბგერითი გამოკვლევა ქალის სიმპტომებისა და hCG კონცენტრაციის წინასწარი შესწავლის პირობებში შეიძლება გამოყენებული იქნას 1000 iu/l დისკრიმინატორული ზონა. სხვა დანადგარებში, რომლებითაც წარმოებს დიაგნოსტიკური ტრანსვაგინალური სკანოგრაფია წინასწარი კლინიკური თუ ბიოქიმიური გამოკვლევის გარეშე, მისაღებია 1500 iu/l ან 2000 iu/l დისკრიმინატორული ზონა.

დაკვირვებაზე დაფუძნებული ხუთი კვლევის შედეგებმა გვიჩვენა, რომ უცნობი ადგილმდებარეობის ორსულობის 44 - 69% წყდება თვითნებურად მკურნალობის მომლოდინეობითი ტაქტიკით.³⁴⁻³⁸ სავარაუდოა, რომ თვითნებურად შეწყვეტილი ორსულობების თუ რეგრესიული ტროფობლასტის³⁵ რიგი შემთხვევები მოცემულ კვლევებში წარმოადგენდა მცირე ექტოპიურ ორსულობებს, რომლებიც თვითნებურად იქნა აბსორბირებული თუ შეწყვეტილი ტუბოაბდომინალური აბორტის შედეგად. დანარჩენი წარმოადგენდა ადრეულ, საშვილოსნოს შიდა ორსულობებს, რომლებიც შეწყვეტილი იქნა. ექტოპიური ორსულობა დიაგნოზირებული იქნა უცნობი ადგილმდებარეობის ორსულობების შემთხვევათა 14-28%-ში.^{36, 38} (C დონე).

სისხლის შრატში hCG 1000 – 1500 iu/l კონცენტრაციის საწყისი ზედა ზღვრის გამოყენება უცნობი ადგილმდებარეობის ორსულობის დადგენის მიზნით, მინიმალური ან ნულოვანი სიმპტომების მქონე, ექტოპიური ორსულობის რისკის ქალებში უნდა ჩატარდეს მომლოდინეობითი ტაქტიკის მკურნალობა 48 – 72 საათის განმავლობაში, ხოლო თუ ექტოპიური ორსულობის სიმპტომები ვლინდება, სისხლის შრატში hCG კონცენტრაცია იზრდება და აღემატება დისკრიმინატორულს (1000 iu/l) ან კონცენტრაციები იწყებს დაცემას, აქტიური ინტერვენციის შესაძლებლობა უნდა იქნას განხილული.^{36, 38}

ინტერვენცია, როგორც აღმოჩნდა, საჭირო გახდა შემთხვევათა 23-29%-ში^{34,36}, მაგრამ მეტ გამოცდილებასთან ერთად, შესაძლებელია შედარებით დაბალი ინტერვენციული დონის მიღწევა.³⁷ თუ ქალებს უნიშნავენ მომლოდინეობითი ტაქტიკის მკურნალობას, ჩატარებული უნდა იქნას hCG ანალიზების ციკლი, ვიდრე აღნიშნული კონცენტრაცია არ მიაღწევს 20 iu/l-ზე ნაკლებ მაჩვენებელს. გარდა ამისა, იმ ქალებს, რომლებიც შერჩეულნი იქნენ უცნობი ადგილმდებარეობის ორსულობის მომლოდინეობითი ტაქტიკის მკურნალობისათვის, უნდა მიეცეს გარკვეული ინფორმაცია (სასურველია წერილობითი ფორმით) შემდგომ მკურნალობის მნიშვნელობის შესახებ.

მოცდითი-დაკვირვებითი მკურნალობის ტაქტიკა წარმოადგენს ერთ-ერთ ვარიანტს კლინიკურად სტაბილური, ნულოვანი სიმპტომების მქონე ქალებისათვის, რომელთაც ულტრაბგერითი გამოკვლევით დაუსვეს ექტოპიური ორსულობის დიაგნოზი და რომელთა სისხლის შრატში აღინიშნება hCG კონცენტრაციის კლება - საწყის ეტაპზე 1000 iu/l-ზე ნაკლებამდე.

მოცდითი-დაკვირვებითი მკურნალობის ტაქტიკის როლის შემსწავლელი კვლევები ერთმანეთისაგან განსხვავდება დიაგნოსტიკების მეთოდების მიხედვით.

მომლოდინეობითი ტაქტიკის მკურნალობამდე ზოგჯერ გამოყენებულია ექტოპიური ორსულობის ლაპაროსკოპიული იდენტიფიკაცია.^{39, 40} სხვა შემთხვევებში არ არსებობს არავითარი ქირურგიული დადასტურება იმისა, რომ ის ექტოპიური ორსულობები, რომელთა მიმართ გამოყენებული იქნა მოცდითი-დაკვირვებითი მკურნალობის ტაქტიკა, სინამდვილეში ექტოპიური ადგილმდებარეობისა იყო. მოცემულ ინსტრუქციაში, მხოლოდ ის კვლევები იქნა განხილული, რომლებშიც გამოყენებული იქნა ექტოპიური გესტაციის სკანოგრამა ან პრედომინანტურად მყარი გარე საკვერცხის ადნექსალური მასა ან ხაოს არარსებობა ენდომეტრიულ ნიმუშებში. თითოეულ განხილულ კვლევაში პაციენტის მიმართ წამოყენებულ მოთხოვნას წარმოადგენს კლინიკური სტაბილურობა და მინიმალური სიმპტომები. კვლევათა უმეტესობაში აუცილებელი იყო ისეთი ადნექსალური მასის არსებობა, რომელიც არ აღემატებოდა 4 სმ-ს^{41, 42} ან 5 სმ-ს⁴⁴ და თავისუფალი სითხე, რომელიც არ აღემატებოდა 50 მლ-ს⁴³ ან 100 მლ-ს⁴². საწყისი hCG კლება 15%-ზე მეტით 24 საათის განმავლობაში საჭირო იყო ერთ კვლევაში ჩასართავად.⁴³

განხილული იქნა სამი დაკვირვებითი კვლევა; სულ 478 ქალს ჩაუტარდა მომლოდინეობითი მკურნალობა.³⁹⁻⁴⁵ **(C დონე)** მომლოდინეობითი მკურნალობის ტაქტიკა წარმატებული აღმოჩნდა 318 ქალში (67%). დაბალი საწყისი hCG კონცენტრაციის მაჩვენებლები თვითნებური შეწყვეტის ერთ-ერთ უმნიშვნელოვანეს წინაპირობას წარმოადგენდა.⁴⁴ მომლოდინეობითი ტაქტიკა შედარებით წარმატებული აღმოჩნდა (88%) იმ შემთხვევებში, როდესაც საწყისი hCG კონცენტრაცია ნაკლები იყო 1000 iu/l-ზე.⁴² - Cohen *et al.*⁴⁶ **(C დონე)**. კვლევის განხილვის შედეგად დადასტურებული დასკვნა. გარდა ამისა, სწრაფად კლებადი hCG კონცენტრაციის მაჩვენებელი კეთილსასურველ შედეგზე მეტყველებდა.⁴²⁻⁴⁵ **(C დონე)**. იდენტიფიცირებადი საშვილოსნოს გარე გესტაციური სკანოგრამის დეფიციტი ტრანსვაგინალური ულტრაბგერითი გამოკვლევის დროს თვითნებური შეწყვეტის შესაძლებლობას ზრდიდა 5.6-ჯერ.⁴⁴ **(C დონე)** თუმცა, არ არის დაზუსტებული, წარმოადგენს თუ არა ექტოპიური ორსულობის საწყისი ზომა შესაძლო შედეგის წინაპირობას, იმ ერთი კვლევის მიხედვით, რომელსაც არ დაუდასტურებია არავითარი ზემოქმედება.⁴⁴ **(C დონე)**. წარმატებული შეწყვეტისათვის მნიშვნელოვან ფაქტორს, როგორც აღმოჩნდა, წარმოადგენდა ადნექსალური მასის საშუალო დიამეტრის შემცირება მეშვიდე დღისათვის.⁴⁵ **(C დონე)**.

მოცდითი-დაკვირვებითი ტაქტიკა წარმოადგენს შერჩეულ შემთხვევებში ექტოპიური ორსულობის მკურნალობის გამოსადეგ ფორმას. თუმცა, ეს ფორმა მისაღებია მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ იგი ქალისათვის მინიმალურ რისკს მოიცავს. მომლოდინეობითი ტაქტიკა გამოყენებული უნდა იქნას მხოლოდ უსიმპტომო ქალებში ექტოპიური ორსულობის ულტრაბგერითი გამოკვლევის შედეგად დასმული დიაგნოზით, დუგლასის სივრცეში სისხლის არსებობის გარეშე და hCG კონცენტრაციის კლებადი მაჩვენებლებით, რომლებიც არ აღემატება 1000 iu/l-ს საწყის მონაცემებს და დუგლასის სივრცეში 100 მლ-ზე ნაკლები ოდენობის სითხის არსებობით. იმ ქალებს, რომლებსაც უტარდება მომლოდინეობითი ტაქტიკის მკურნალობა, კვირაში ორჯერ უნდა ჩაუტარდეს hCG ციკლური ანალიზი, ხოლო კვირაში ერთხელ – ტრანსვაგინალური გამოკვლევა სწრაფად კლებადი hCG კონცენტრაციის მაჩვენებლისა (საუკეთესო შემთხვევაში - მისი საწყისი კონცენტრაციის 50%-ით ნაკლები შვიდი დღის განმავლობაში) და მეშვიდე დღისათვის ადნექსალური მასის შემცირების უზრუნველყოფის მიზნით. ამის შემდეგ რეკომენდირებულია ყოველკვირეული hCG და ტრანსვაგინალური ულტრაბგერითი გამოკვლევის ჩატარება, ვიდრე hCG

კონცენტრაციის მაჩვენებელი 20 iu/l-ზე ნაკლები არ აღმოჩნდება, რამდენადაც ცალკეულ შემთხვევებში, დაბალი βhCG კონცენტრაციის მაჩვენებლის პირობებში, დაფიქსირებული იქნა მილის მთლიანობის დარღვევა.⁴⁷

პერსისტენტული ტროფობლასტი

როდესაც სალპინგოტომია გამოიყენება საშვილოსნოს მიღების ორსულობის მკურნალობის მიზნით, აუცილებელია პროტოკოლების წარმოება იმ ქალთა იდენტიფიკაციისა და მკურნალობისათვის, რომლებსაც აღენიშნება პერსისტენტული ტროფობლასტი.

პერსისტენტული ტროფობლასტის დადგენა ხდება იმ შემთხვევაში, როდესაც სისხლის შრატში hCG კონცენტრაციის კლება არ შეინიშნება საწყისი მკურნალობის შემდეგ. აღნიშნული პრობლემა სალპინგოტომიის – და არა სალპინგექტომიის - შემდეგ იჩენს თავს. მიუხედავად იმისა, რომ პერსისტენტული ტროფობლასტის არსებობის შემთხვევაშიც კი hCG კონცენტრაციის მაჩვენებლები შეიძლება ყოველგვარი გართულების გარეშე დაუბრუნდეს ნორმას, დაფიქსირებული იქნა ტროფობლასტით გამოწვეული გვიანი სისხლდენის შემთხვევები⁴⁸, ეს კი წარმოადგენს ქალების hCG ციკლური ანალიზის ჩატარებისა და მეტოტრექსატის დანიშვნის საფუძველს იმ შემთხვევაში, როდესაც აღნიშნული კონცენტრაციის მაჩვენებლები არ იკლებს იმ დონემდე, როგორც მოსალოდნელი იყო.

კონტროლირებადი და არაკონტროლირებადი კვლევების განხილვებში, პერსისტენტული ტროფობლასტის მაჩვენებლები მონაცემთა ბაზის მიხედვით შეადგენდა 3.9-4.1%-ს ღია სალპინგოტომიის შემდეგ.^{15, 16, 49} **(B დონე)** ფაქტორები, რომლებიც სავარაუდოდ წარმოადგენდა პერსისტენტული ტროფობლასტის განვითარების გაზრდილ რისკს, მოიცავს წინასაოპერაციო პერიოდში სისხლის შრატში hCG კონცენტრაციის შედარებით მაღალ მაჩვენებლებს (> 3000 iu/l),⁵⁰ სწრაფ წინასაოპერაციო ზრდას hCG კონცენტრაციის მაჩვენებლებში⁵¹ და მიღებიდან აქტიური სისხლდენის არსებობას.⁵⁰

ტროფობლასტური ქსოვილების სრული ამოკვეთის შემდეგ სისხლის შრატში hCG კონცენტრაციის მაჩვენებლები დაეცემა პროგნოზირებადი გაწმენდის მრუდამდე⁴⁹, მაგრამ იმ ქალთა პროპორცია, რომლებსაც ჩაუტარდა მკურნალობა პერსისტენტულ ტროფობლასტზე, ნაწილობრივ დამოკიდებული იქნება პოსტოპერაციული ანალიზის სიხშირესა და მისი განსაზღვრისათვის აღებულ ნიმუშებზე.

ერთ კვლევაში პერსისტენტული ტროფობლასტის მკურნალობა იწყებოდა იმ შემთხვევაში, თუ სისხლის შრატში hCG კონცენტრაცია 10%-ზე მეტით აღემატებოდა პრეოპერაციულ მაჩვენებელს ქირურგიიდან ათი დღის შემდეგ.⁵² მეორე კვლევის მიხედვით მკურნალობის დაწყება სასურველია იმ შემთხვევაში, თუ hCG მაჩვენებლები საწყისთან შედარებით 65%-ით მეტია ქირურგიული ჩარევიდან 48 საათის შემდეგ.⁵³

50 მკ/მ² დოზის მეტოტრექსატი ფართოდ გამოიყენებოდა ერთჯერადი დოზის სახით განმეორებითი ქირურგიული პროცედურის ნაცვლად, თუმცა ჩატარებული არ ყოფილა არავითარი ფორმალური შედარებითი კვლევები. პროფილაქტიკური მეტოტრექსატი გამოიყენებული იქნა ლაპაროსკოპიური სალპინგოტომიის შემთხვევაშიც, ხოლო ერთ-ერთ რანდომიზებულ ცდაში და მარტივ სალპინგოტომიასთან შედარებისას აღინიშნა მნიშვნელოვანი კლება

პერსისტენტული ტროფობლასტის მაჩვენებლებში (1.9% 14%-ის წინააღმდეგ, RR 0.12, 95% CI 0.02 – 0.97)⁵⁴. (A დონე)

ანტი-D იმუნოგლობულინი

არასენსიბილიზირებული, რეზუს-უარყოფითმა ქალებმა საეჭვო თუ დადასტურებული ექტოპიური ორსულობის დიაგნოზის შემთხვევაში უნდა მიიღონ ანტი-D იმუნოგლობულინი.

მეანთა და გინეკოლოგთა სამეფო კოლეჯის ინსტრუქცია № 22-ის შესაბამისად, რომ ანტი-D იმუნოგლობულინი 250 iu (50 მიკროგრამი) დოზით მიღებული უნდა იქნას ყველა რეზუს-უარყოფითი არასენსიბილიზირებული ქალის მიერ, რომელსაც აღენიშნება ექტოპიური ორსულობა.⁵⁹

8. პაციენტების მონაწილეობა და ინფორმირება

ქალებს, შეძლებისდაგვარად, საფუძვლიანად უნდა ჩაუტარდეს კონსულტაცია ექტოპიური ორსულობის მკურნალობის მიზნით გამოყენებული თითოეული მიდგომის დადებით და უარყოფით შედეგებთან დაკავშირებით. ისინი მონაწილეობას უნდა იღებდნენ მაქსიმალურად შესაფერისი მკურნალობის მეთოდის შერჩევაში.

ადრეულ ეტაპზე ორსულობის შეწყვეტის ფსიქოლოგიურმა ზემოქმედებამ შეიძლება სერიოზული ზიანი მიაყენოს ქალთა მნიშვნელოვან ნაწილს, მათ პარტნიორებსა და ოჯახებს.⁵⁵ შემდგომი პერიოდის გეგმები ნათლად უნდა იქნას ჩამოყალიბებული ადრეული ორსულობის კლინიკიდან გაწერის რეკომენდაციებში. ქალებს უნდა მიაწოდონ წერილობითი ინფორმაცია მათი მკურნალობის ვარიანტებთან, შემდგომ პერიოდსა და ადგილობრივი თუ ქვეყნის წამყვან რეპროდუქციულ ცენტრებთან დაკავშირებით.

მონაცემების მიხედვით, ფსიქოლოგიურ შედეგებში მცირედი განსხვავება არსებობს ექტოპიური ორსულობის მკურნალობის ქირურგიული და მედიკამენტური მეთოდების ურთიერთშედარებისას.^{28, 60}

9. ალტერნატიული ბაიფლანინი არ არსებობს.

10. ბაიფლანინის ბადსინჯვისა და ბანახლების ვადა – 3 წელი

11. გამომყენებული ლიტერატურა:

1. Lewis G, Drife J, editors. *Why Mothers Die 1997-1999. The Fifth Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom*. London: RCOG Press; 2001.
2. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. *Searching for evidence*. Clinical Governance Advice No 3. London: RCOG Press; 2001.
3. Murphy AA, Nager CW, Wujek JJ, Kettel LM, Torp VA, Chin HG. Operative laparoscopy versus laparotomy for the management of ectopic pregnancy. *Fertil Steril* 1992;57;1180-5

4. Vermesh M, Silva P, Rosen G, Stein AL, Fossum GT, Sauer MV. Management of unruptured ectopic gestation by linear salpingostomy: a prospective, randomized clinical trial of laparoscopy versus laparotomy. *Obstet Gynecol* 1989; 73:400-4
5. Lundorff P, Thorburn J, Hahlin M, Kallfelt B, Lindblom B. Laparoscopic surgery in ectopic pregnancy : a randomized trial versus laparoscopy. *Acta Obstet Scand* 1991;70:343-8
6. Lundorff P, Thorburn J, Lindblom B. Fertility outcome after conservative surgical treatment of ectopic pregnancy evaluative in a randomized trial. *Fertil Steril* 1992;57:998-1002
7. Gray D, Thorburn J, Lundorff P, Strandell A, Lindblom B. A cost-effectiveness study of a randomised trial of laparoscopy versus laparotomy for ectopic pregnancy. *Lancet* 1995;345:1139-43
8. Popat R, Adams C. Diagnosis of ruptured ectopic pregnancy by dedside ultrasonography. *J Emerg med* 2002;22:409-10
9. Li Z, Leng J, Lang J, Liu Z, Sun D, Zhu L. Laparoscopic surgery in patients with hypovolemic shock due to ectopic pregnancy. *Zbonghua Fu Chan Ke Za Zhi* 2002;37:653-5
10. Thornton K, Diamond M, DeCorney A. Linear salpingostomy for ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1991;18:95-109
11. Clausen I. Conservative versus radical surgery for tubal pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1996;75:8-12
12. Mol BW, Hajenius PJ, Engelsbel S, Ankum WM, Hemrika DJ, van der Veen F, et al. Is conservative surgery for tubal pregnancy preferable to salpingectomy? An economic analysis. *Br J Obstet Gynaecol* 1997;104:834-9
13. Parker J, Bisits A. Laparoscopic surgical treatment of ectopic pregnancy: salpingectomy or salpingostomy? *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1997;37:115-7
14. Tulandi T, Saleh A. Surgical management of ectopic pregnancy. *Clin Obstet Gynecol* 1999;42:31-8
15. Yao M, Tulandi T. Current status of surgical and nonsurgical management of ectopic pregnancy. *Fertil Steril* 1997;67:421-33.
16. Sowter M, Frappel J. The role of laparoscopy in the management of ectopic pregnancy. *Rev Gynaecol Practice* 2002;27:73-82
17. Silva P, Schaper A, Rooney B. Reproductive outcome after 143 laparoscopic procedures for ectopic pregnancy. *Fertil Steril* 1993;81:710-5
18. Job-Spira N, Bouyer J, Pouly J, Germain E, Coste J, Aublet-Cuverelie B, et al. Fertility after ectopic pregnancy: first results of a population-based cohort study in France. *Hum Reprod* 1996;11:99-104
19. Mol B, Matthijsee H, Tinga D, Huynh T, Hajenius P, Ankum W, et al. Fertility after conservative and radical surgery for tubal pregnancy. *Hum Reprod* 1998;13:1804-9
20. Bangsgaard N, Lund C, Ottesen B, Nilas L. Improved fertility following conservative surgical treatment of ectopic pregnancy. *Br J Obstet Gynaecol* 2003;110:765-70
21. Rulin M. Is salpingostomy the surgical treatment of choice for unruptured tubal pregnancy? *Obstet Gynecol* 1995;86:1010-3

22. Ankum W. Laparoscopy in the diagnosis of ectopic pregnancy. In: Grudzinskas JG, O'Brien PMS, editors. *Problems in Early Pregnancy: Advances in Diagnosis and Treatment*. London: RCOG Press; 1997. p. 154-9
23. Ankum W, Hajenius P, Schrevel L, Van der Veen F. Management of suspected ectopic pregnancy: impact of new diagnostic tools in 686 consecutive cases. *J Reprod Med* 1996;41:724-8
24. Lipscomb G, Bran D, McCord M, Portera J, Ling F. Analysis of three hundred fifteen ectopic pregnancies treated with single-dose methotrexate. *Am J Obstet Gynecol* 1998;178:1354-8
25. Lipscomb G, McCord M, Stovall T, Huff G, Portera S, Ling F. Predictors of success of methotrexate treatment in women with tubal ectopic pregnancies. *N Engl J Med* 1999;341:197-8
26. Saraj A, Wilcox J, Najmabadi S, Stein S, Johnson M, Paulson R. Resolution of hormonal markers of ectopic gestation: a randomized trial comparing single-dose intramuscular methotrexate with salpingostomy. *Obstet Gynecol* 1998;92:989-94
27. Sowter M, Farquhar C, Petrie K, Gudex G. A randomised trial comparing single dose systemic methotrexate and laparoscopic surgery for the treatment of unruptured tubal pregnancy. *Br J Obstet Gynecol* 1999;93:590-3
28. Lipscomb G, Puckett K, Bran D, Ling F. Management of separation pain after single-dose methotrexate therapy for ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol* 1999;93:590-3
29. Sowter M, Farquhar C, Gudex G. An economic evaluation of single dose systemic methotrexate and laparoscopic surgery for the treatment of unruptured ectopic pregnancy. *Br J Obstet Gynecol* 2001;108:204-12
30. Mol B, Hajenius P, Engelsbel S, Ankum W, Hemrika D, Van der Veen F, *et al.* Treatment of tubal pregnancy in the Netherlands: an economic comparison of systemic methotrexate administration and laparoscopic salpingostomy. *Am J Obstet Gynecol* 1999;181:945-51
31. Kadar N, DeVore G, Romero R. Discriminatory hCG zone use in the sonographic evaluation for ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol* 1981;58:156-61
32. Cacciatore B, Stenman U, Ylostolalo P. Diagnosis of ectopic pregnancy by vaginal ultrasonography in combination with a discriminatory serum hCG level of 1000 iu/(IRP). *Br J Obstet Gynecol* 1990;97:904-8
33. Hahlin M, Thorburn J, Bryman I. The expectant management of early pregnancies of uncertain site. *Hum Reprod* 1995;10:1223-7
34. Ankum W, Van der Veen F, Hamerlynck J, Lammes F. Suspected ectopic pregnancy. What to do when human chorionic gonadotropin levels are below the discriminatory zone. *J Reprod Med* 1999;40:525-8
35. Banerjee S, Aslam N, Zosmer N, Woelfer B, Jurkovic D. The expectant management of women with early pregnancy of unknown location. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1999;14:231-6.
36. Banerjee S, Aslam N, Woelfer B, Lawrence A, Elson J, Jurkovic D. Expectant management of early pregnancies of unknown location: a prospective evaluation of methods to predict spontaneous resolution of pregnancy. *BJOG* 2001;108:158-63

37. Hajenius P, Mol B, Ankum W, Van der Veen F, Bossuyt P, Lammes F. Suspected ectopic pregnancy: expectant management in patients with negative sonographic findings and low serum β -hCG concentrations. *Early Pregnancy* 1995;1:258-62
38. Makinen J, Kivijarvi A, Irjala K. Success of non-surgical management of ectopic pregnancy. *Lancet* 1990;335:1099
39. Shalev E, Peleg D, Tsabari A, Romano S, Bustan M. Spontaneous resolution of ectopic tubal pregnancy: natural history. *Fertil Steril* 1995;63:15-9
40. Ylostalo P, Cacciatore B, Korhonen J, Kaariainen M, Makela P, Sjoberg J, et al. Expectant management of ectopic pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1993;49:83-4
41. Trio D, Strobelt N, Picciolo C, Lapinski R, Ghidini A. Prognostic factors for successful expectant management of ectopic pregnancy. *Fertil Steril* 1995;63:469-72
42. Cacciatore B, Korhonen J., Stenman U, Ylostalo P. Transvaginal sonography and serum hCG in monitoring of presumed ectopic pregnancies selected for expectant management. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1995;5:297-300.
43. Atri M, Chow C, Kintzen J., Stenman U, Ylostalo P. Transvaginal sonography and serum hCG in monitoring of presumed ectopic pregnancies: clinical and sonographic predictors. *Am J Roentgenol* 2001;176:123-7
44. Korhonen J, Stenman U, Ylostalo P. Serum Human chorionic gonadotrophin dynamics during spontaneous resolution of ectopic pregnancy. *Fertil Steril* 1994;61:632-6
45. Cohen M, Sauer M. Expectant management of ectopic pregnancy. *Clin Obstet Gynecol* 1999;42:48-54
46. Tulandi T, Hemmings R, Khalifa F. Rupture of ectopic pregnancy in women with low and declining serum -human chorionic gonadotrophin concentrations. *Fertil Steril* 1991;56:786-7
47. Kelley R, Martin S, Strickler R. Delayed hemorrhage in conservative surgery for ectopic pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1979;133:225-6
48. Hajenius P, Mol B, Ankum W, van der Veen F, Bossuyt P, Lammes F. Clearance curves of serum human chorionic gonadotrophin for the diagnosis of persistent trophoblast. *Hum Reprod* 1995;10:683-7
49. Lundorff P, Hahlin M, Sjoblom P, Lindblom B. Persistent trophoblast after conservative treatment of ectopic pregnancy: prediction and detection. *Obstet Gynecol* 1991;77:129-33
50. Kemmann E, Trout S, Garcia A. Can we predict patients at risk for persistent ectopic pregnancy after laparoscopic salpingotomy? *J Am Assoc Gyneco Laparosc* 1994;1:122-6
51. Sauer M, Vidali A, James W. Treating persistent ectopic pregnancy by methotrexate using a sliding scale: preliminary experience. *J Gynecol Surg* 1997;13:13-6
52. Pouly J, Chapron C, Mage G, Mahnes H, Wattiez A. The drop in the level of HCG after conservative laparoscopic treatment of ectopic pregnancy. *J Gynecol Surg* 1991;7:211-7
53. Graczykowski J, Mishell D. Methotrexate prophylaxis for persistent ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol* 1997;89:118-22

54. Recommendations arising from the 33rd RCOG Study Group: Problems in Early pregnancy - advances in diagnosis and management. In: Grudzinskas JG, O'Brien PMS, editors. *Problems in Early Pregnancy: Advances in Diagnosis and Treatment*. London: RCOG Press; 1997. p. 327-31
55. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. *The management of early pregnancy loss*. Clinical Guideline No. 25. London: RCOG Press; 2000
56. Cooray H, Harilall M, Farquahar C. A six year audit of the management of ectopic pregnancy. *Aust N Z J Obstet Gynecol* 2002;42:538-42
57. Mohamed H, Maiti S, Philips G. Laparoscopic management of ectopic pregnancy: a 5-year experience. *J Obstet Gynecol* 2002;22:411-4.
58. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. *The use of anti-D immunoglobulin for rhesus prophylaxis*. Guideline No. 22. . London: RCOG Press; 2002.
59. Nieuwkerk P, Hajenius P, Van F, Ankum W, Wijker W, Bossuyt P. Systemic methotrexate therapy versus laparoscopic salpingostomy in tubal pregnancy. Part II. Patient preferences for systemic methotrexate. *Fertil Steril* 1998;70:518-22.

ავტორთა ჯგუფი:

საქართველოს გინეკოლოგ-ენდოსკოპისტთა ასოციაცია:

- ⇒ არსენ გვენეტაძე – მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, ასოცირებული პროფესორი, თსუ-ის მენობა გინეკოლოგიისა და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დეპარტამენტი, ი. ჟორდანიას სახ. ადამიანის რეპროდუქციის ს/კ ინსტიტუტის ქირურგიული განყოფილების ხელმძღვანელი.
- ⇒ ნიკოლოზ კინტრია – მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, სრული პროფესორი, თსუ მენობა გინეკოლოგიის დეპარტამენტის ხელმძღვანელი, ს/ს აკად. კ. ჩაჩავას სახ. მეანობა გინეკოლოგიისა და პერინატალური მედიცინის ს/კ ინსტიტუტის გინეკოლოგიური სექტორის ხელმძღვანელი.

მსპარტები:

- ⇒ პალიკო კინტრია – მეან-გინეკოლოგი, აკად. ჩაჩავას სახ. მეან-გინეკოლოგიის და პერინატალური მედიცინის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტის დირექტორი, პროფესორი;
- ⇒ თენგიზ ასათიანი – მეან-გინეკოლოგი, თსუ პოსტდიპლომური სამედიცინო განათლების და უწყვეტი პროფესიონალური განვითარების ინსტიტუტის რეპროდუქციული ჯანმრთელობის დეპარტამენტის ხელმძღვანელი, ასოცირებული პროფესორი, საქართველოს მეან-გინეკოლოგთა ასოციაციის პრეზიდენტი;
- ⇒ ლელა წოწორია – საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტი;

⇒ თეა თავიდაშვილი – საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტი.