



Смолей Н.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Клинико-диагностический алгоритм и тактика ведения при подозрении на эктопическую беременность

Конфликт интересов: не заявлен.

Подана: 11.04.2024

Принята: 03.06.2024

Контакты: smolei_natalia@mail.ru

Резюме

Приведен анализ различных клинических случаев эктопической беременности, включающих шеечную беременность, эктопическую беременность в культе маточной трубы после перенесенной тубэктомии, сочетание нарушенной трубной беременности слева и прогрессирующей трубной беременности справа. Рассмотрены основные этиологические факторы, приводящие к возникновению данной патологии, клинико-диагностический алгоритм и тактика ведения.

Ключевые слова: беременность, трубная беременность, шеечная беременность, хорионический гонадотропин, кровотечение

Smoley N.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Clinical Diagnostic Algorithm and Management Tactics for Suspected Ectopic Pregnancy

Conflict of interest: nothing to declare.

Submitted: 11.04.2024

Accepted: 03.06.2024

Contacts: smolei_natalia@mail.ru

Abstract

There is analysis of various clinical cases of ectopic pregnancy that include cervical pregnancy, ectopic pregnancy in the fallopian tube stump after tubectomy, the case of a combination of disturbed tubal pregnancy on the left and progressive tubal pregnancy on the right. The etiological factors of this pathology, clinical and diagnostic aspects and management tactics are discussed.

Keywords: pregnancy, tubal pregnancy, cervical pregnancy, chorionic gonadotropin, hemorrhage

■ ВВЕДЕНИЕ

Известно, что беременность, при которой оплодотворенная яйцеклетка имплантируется и развивается вне полости матки, называется внематочной или эктопической. Согласно мировой статистике, 0,5–4% всех беременностей оказываются эктопическими. При этом наиболее частое место имплантации – маточные трубы (98–99%), реже беременность развивается на яичнике (0,1–0,7%), брюшине (0,3–0,4%), между двумя связками матки (0,1%), в рудиментарном роге матки (0,1–0,9%), в шейке матки (0,1–0,4%). Кроме того, существуют факторы риска развития эктопической беременности, к которым относят повреждение маточных труб (инфекции органов малого таза (ОМТ)), внематочную беременность в анамнезе, стерилизацию женщин в анамнезе, возраст 35–44 года, использование внутриматочных средств контрацепции, эндометриоз. Установлено, что при возникновении шеечной беременности плодное яйцо имплантируется в цилиндрическом эпителии канала шейки матки. При этом ворсины трофобласта глубоко проникают в шейку, что вызывает разрушение ее тканей и сосудов, приводя к массивному кровотечению и необходимости экстренного оперативного вмешательства. Поэтому данная локализация эктопической беременности наиболее опасна для жизни женщины. Следовательно, своевременная диагностика любых форм эктопической беременности является важным этапом профилактики и лечения акушерских кровотечений, начиная с ранних сроков беременности [1, 2].

На основании данных литературы, а также полагаясь на опыт практического здравоохранения, можно утверждать, что диагностический алгоритм при подозрении на эктопическую беременность включает в себя сбор анамнеза, общий осмотр, осмотр шейки матки в зеркалах, влагалищное исследование, бимануальное исследование, анализ крови на уровень хорионического гонадотропина человека (ХГЧ) в динамике, ультразвуковое исследование (УЗИ) ОМТ, а также магнитно-резонансную томографию (МРТ). Следует отметить, что в настоящее время МРТ во время беременности технически доступна в большинстве медицинских учреждений. Для качественного диагностического исследования во время беременности следует придерживаться определенного алгоритма. При этом необходимо четко определиться с показаниями для МРТ во время беременности. Ими являются все неотложные ситуации, когда нет возможности получить искомую информацию другими методами. МРТ также выполняется, когда ее результат может повлиять на тактику ведения беременности, а проведение исследования в постнатальном периоде может оказаться несвоевременным. Наиболее частым показанием к МРТ во время беременности является выявленная при УЗИ патология, требующая уточнения характера изменений. В то же время МРТ является полезным инструментом для оценки многочисленных акушерских и неакушерских патологических состояний. Этот метод исследования имеет отличное пространственное и контрастное разрешение, не использует ионизирующего излучения и наименее чувствителен к влиянию человеческого фактора. Преимуществом данного метода также является высокая чувствительность и специфичность к мягким тканям [3–5].

В то же время очевидно, что УЗИ является визуализирующим исследованием первого выбора при подозрении на гинекологические заболевания, но не всегда полезно для диагностики из-за глубоких анатомических изменений во время беременности. Наличие беременной матки и плода может закрывать ОМТ от луча УЗИ, что

делает возможную диагностику и распознавание патологического процесса во время беременности весьма сложными. МРТ при этом обеспечивает многоплоскостную визуализацию и отличный контраст мягких тканей в области таза [6, 7].

Очевидно, что из всех форм эктопической беременности самой распространенной является трубная (98–99% случаев). В таких случаях при своевременной диагностике эктопической беременности до начала развития кровотечения матку удастся сохранить. Вместе с тем шеечная беременность, несмотря на свою низкую частоту встречаемости (0,1–0,4% случаев всех эктопических беременностей), диагностируется на этапе начала профузного кровотечения и приводит к необходимости экстренного оперативного вмешательства, практически всегда связанного с удалением матки. Поэтому ценность исследования каждого случая шеечной беременности заключается в анализе диагностического алгоритма и дифференциальной диагностике шеечной беременности с кровотечением при миоме матки, особенно при субмукозном или шеечном расположении узла. Детальное изучение всех этапов диагностики и лечения позволит практическому врачу избежать ошибок на этапе постановки диагноза, выиграть время для проведения клинико-лабораторного исследования и не допустить развития кровотечения.

Описание случая 1

В гинекологическое отделение клинического стационара г. Гродно поступила пациентка Н., 41 год, с жалобами на мажущие кровянистые выделения из половых путей. Из анамнеза: жалобы беспокоят в течение 10 дней, тест на ХГЧ – положительный. Из перенесенных заболеваний пациентка отмечает простудные. Из анамнеза установлено, что у пациентки были 3 беременности: все закончились срочными родами путем операции кесарева сечения. Гемотрансфузий не было. Гинекологическую патологию пациентка отрицает.

При поступлении в стационар общее состояние пациентки удовлетворительное, сознание ясное. Кожный покров бледно-розовый, чистый. Органы сердечно-сосудистой, дыхательной системы, пищеварения и мочевыделительной системы – без особенностей. При гинекологическом осмотре: наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Уретра мягкая, безболезненная. Бартолиневы железы не пальпируются. Данные осмотра в зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки чистая, цианотичная, выделения кровянистые, незначительные. Данные влагалищного исследования: влагалище узкое, шейка матки мягкая, бочкообразной формы, укорочена до 0,5 см, канал закрыт. Тело матки подвижное, в положении anteфлексio, увеличено до 6 недель беременности, безболезненное при пальпации. Движения за шейку безболезненны. При бимануальном исследовании область придатков безболезненна.

Выставлен клинический диагноз: шеечная беременность? ОАГА. Рубец на матке (трижды оперированная матка). Решено назначить симптоматическую гемостатическую терапию, дообследовать пациентку и решить вопрос об оперативном лечении.

Пациентке выполнена МРТ ОМТ. Обнаружено, что матка расположена в anteфлексio, ее размеры (тело + шейка): длина 99 мм, толщина тела матки 51 мм, толщина шейки матки 49 мм, ширина тела матки 63 мм, ширина шейки матки 90–100 мм. Шейка матки слева деформирована. В шейке матки определяется жидкостная структура около 20 мм (вероятно, плодное яйцо) с прилежащим к ней дополнительным

неоднородным тканевым компонентом с выраженной сосудистой сетью (размерами около 52×59×56 мм). Отмечается распространение данного компонента на левую боковую и частично нижнюю стенку матки с вовлечением частично послеоперационного рубца матки, а также его выход за пределы миометрия с деформацией наружного контура шейки матки (признаки врастания). Отмечается плотное прилегание вышеописанного компонента к мочевому пузырю с оттеснением его верхней стенки (врастание в нее? – неубедительно). Мочевой пузырь хорошего наполнения, внутренний контур его стенки достаточно гладкий. Зональная анатомия тела матки дифференцируется. Яичники овальной формы; левый расположен у передней стенки таза слева от тела матки, правый у боковой стенки таза справа от матки; контуры их ровные, четкие, прослеживаются множественные мелкие фолликулы в структуре. Размеры правого яичника 42×15×24 мм, левого – 35×21×30 мм. В позадиматочном пространстве определяется полоса свободной жидкости толщиной до 6 мм.

В дальнейшем в плановом порядке пациентке было выполнено УЗИ ОМТ. В ходе исследования установлено, что в проекции послеоперационного рубца передней стенки матки визуализируется жидкостное образование размерами 21×14 мм с фибринозными перетяжками. Эндометрий толщиной 11,3 мм. В шейке матки визуализируется миоматозное узловое образование размерами 50×56 мм с анэхогенными участками (зоны некроза?). Правый яичник 28×17 мм, контур ровный, четкий. Фолликулярный аппарат дифференцируется, доминантный фолликул: нет. Объемных образований нет. Свободной жидкости в позадиматочном пространстве нет. Вены малого таза: не расширены справа, расширены слева до 11 мм.

С целью определения дальнейшей тактики ведения пациентки было решено созвать консилиум в составе заместителя главного врача, сотрудников кафедры акушерства и гинекологии, заведующего гинекологическим отделением, врачей – акушеров-гинекологов, врача-трансфузиолога, врача-анестезиолога и выполнить контрольное УЗИ ОМТ. При выполнении УЗИ влагалищным датчиком отмечалось увеличение обильных кровянистых выделений алого цвета без сгустков в количестве 350 мл. В экстренном порядке была развернута операционная. В условиях развернутой операционной выполнено влагалищное исследование. В зеркалах шейка матки бочкообразно раздута, наружный маточный зев оттеснен вправо, выделения алые, обильные. При пальпации шейка матки бочкообразно расширена, влагалищная часть около 3 см. Слева шейка матки переходит в объемное образование мягкой эластической консистенции диаметром 6 см, достигающее левого бокового свода. Матка плотная, малоподвижная, отклонена вправо. Во время осмотра выделения значительно усилились. Выставлен клинический диагноз: шеечная беременность? ОАГА. Рубец на матке (трижды оперированная матка). Маточное кровотечение. Постгеморрагическая анемия тяжелой степени тяжести. В операционной произведен забор крови на общий анализ крови и коагулограмму в срочном режиме. Учитывая объем кровопотери 1090 мл, ее массивность, с заместительной целью показана гемотрансфузия. Показано экстренное оперативное вмешательство.

В ходе операции после антисептической обработки произведена лапаротомия по Пфанненштилю с иссечением старого рубца на коже. Послойно вскрыта брюшная полость. Гемостаз. При ревизии ОМТ: тело матки слегка увеличено, контурируется шейка, бочкообразно раздута, преимущественно влево до 6 см, размягчена, цианотична. Решено произвести экстирпацию матки с маточными трубами. Поэтапно наложены



Рис. 1. Экстирпированная матка. Шейка матки в разрезе. В цервикальном канале визуализируются сгустки крови и ткань, макроскопически похожая на децидуальную
Fig. 1. Extirpated uterus. Section of the cervix. Blood clots and tissue macroscopically similar to decidua are visualized in the cervical canal

зажимы на круглые связки матки, собственную яичниковую связку, маточный конец трубы, зажимы заменены на лигатуры. Поэтапно лигированы, пересечены маточные связки, мобилизация брюшины мочевого пузыря, пересечены маточные сосуды, выполнена экстирпация матки с маточными трубами (рис. 1).

Материал отправлен на гистологическое исследование. Культия влагиалища ушита обвивным ПГА швом. Перитонизация листками брюшины. Произведено дренирование брюшной полости. Туалет и ревизия органов брюшной полости. Счет материала и инструментов – все есть. Передняя брюшная стенка ушита послойно, наглухо. Йод. Асептическая повязка. Моча по катетеру светлая, 150 мл. Кровопотеря во время операции 410 мл. Общая кровопотеря составила $350 + 740 + 410 = 1500$ мл. Длительность оперативного вмешательства составила 110 минут. По результатам гистологического исследования экстирпированной матки с маточными трубами имела место шеечная беременность, эндометрий с признаками обратного развития, среди крови фрагменты децидуальной ткани с некрозом и диффузной лейкоцитарной инфильтрацией, незрелые ворсины хориона; полнокровная маточная труба, мелкая серозная паратубарная киста. Послеоперационный период у пациентки протекал без осложнений. Швы сняты на 7-е сутки послеоперационного периода, заживление первичным натяжением. Пациентка выписана домой в удовлетворительном состоянии. Даны рекомендации.

Анализ данной шеечной беременности показал, что для грамотного ведения пациентов с признаками акушерского кровотечения и с наличием беременности независимо от ее локализации большое значение имеет диагностика. С этой целью можно применять общедоступные рутинные методы исследования, УЗИ ОМТ. Однако практический опыт показывает, что для уточнения диагноза и установления точной локализации беременности и/или другого образования в малом тазу более четкую информацию дает результат МРТ. В свою очередь установлено, что при возникновении экстренной акушерской ситуации с целью профилактики массивного кровотечения точная и своевременная постановка клинического диагноза сможет помочь сделать правильный выбор в тактике ведения пациентов, быстро назначить

консервативное лечение и выполнить оперативное вмешательство. Это способствует не только сохранению жизни пациентов, но и скорому выздоровлению, уменьшению продолжительности койко-дня и улучшению реабилитации в послеоперационном периоде [6–9].

Описание случая 2

В гинекологическое отделение клинического стационара г. Гродно поступила пациентка Г., 25 лет, с жалобами на тянущие боли внизу живота, которые беспокоят в течение 3 дней, тест на ХГЧ – положительный, согласно данным УЗИ ОМТ – подозрение на внематочную беременность справа.

Из перенесенных заболеваний пациентка отмечает простудные. Оперативных вмешательств не было. Гемотранфузий не было. Наследственность не отягощена. Аллергологический анамнез без особенностей. Из анамнеза установлено, что у пациентки были 3 беременности: одна из них закончилась срочными родами через естественные родовые пути, одна – выкидышем до 12 недель беременности, одна – медицинским абортom. Из гинекологической патологии – хронический аднексит.

При поступлении в стационар общее состояние пациентки удовлетворительное, сознание ясное. Кожный покров бледно-розовый, чистый. Органы дыхания, сердечно-сосудистой системы, пищеварения и мочевыделительной системы – без особенностей. При гинекологическом осмотре: половые губы не изменены, бартолиниевы железы не увеличены. Слизистая влагалища и шейки матки чистая, своды влагалища сохранены, выделения коричневого цвета, скудные. В ходе влагалищного исследования определяется несколько увеличенное тело матки, ровное, безболезненное при пальпации. При бимануальном исследовании определяется продолговатое, тестоватой консистенции болезненное образование в области левых придатков. Область правых придатков без особенностей. Выполнен кульдоцентез. Получено 5 мл крови.

Было выполнено УЗИ ОМТ. Матка расположена кпереди, обычной формы. Размеры: 60×42×55 мм. Миометрий однородный. В полости матки визуализируется плодное яйцо (GS=20 мм)? Шейка матки без особенностей. Левый яичник 36×20 мм, в структуре содержит фолликулы до 7 мм. Правый яичник увеличен до 40×26 мм. Рядом с правым яичником визуализируется округлое образование с толстыми стенками 14 мм с эхонегативным включением в центре до 5 мм. В структуре имеются эхонегативные образования 15 мм. Объемных образований нет. Свободная жидкость в малом тазу определяется в незначительном количестве. Заключение: УЗ-признаки беременности 5–6 недель? Правосторонняя внематочная беременность?

На основании данных анамнеза, общего осмотра, влагалищного исследования и объективных данных выставлен диагноз «трубная беременность слева». Принято решение об оперативном лечении.

На операции при лапароскопическом доступе в брюшной полости обнаружено около 50 мл темной крови со сгустками. Матка 5×4,5×5,5 см бледно-розового цвета с признаками хронического воспаления. Левый яичник 3×2,5 см обычной структуры. Правый яичник 2,5×2,5 см обычной структуры. Левая маточная труба извита, ретро-тообразно изменена, в спайках, в истмико-ампулярном отделе синюшна, стенка истончена с надрывом, из которого подтекает кровь.

Правая маточная труба длиной до 11 см, в истмическом отделе имеется ретро-тообразное расширение до 2×2,5 см с гладкой стенкой, бледно-розового цвета,

с прозрачным содержимым, целостность не нарушена. Правая маточная труба до расширения и после него не изменена, ампулярный отдел свободен, фимбрии выражены, подтекания крови нет. Интраоперационным консилиумом выставлен диагноз: левосторонняя нарушенная трубная беременность. Прогрессирующая правосторонняя трубная беременность? Эндометриоз правой маточной трубы? Учитывая нарушенную трубную беременность слева, целостность стенки правой маточной трубы, отсутствие кровотечения из ампулярного отдела, решено выполнить тубэктомию слева, дренировать брюшную полость. От хирургических манипуляций на правой маточной трубе решено воздержаться на данный момент и продолжить динамическое наблюдение пациентки, включая проведение УЗИ ОМТ и контроль уровня ХГЧ крови в динамике. Выполнена тубэктомия слева (рис. 2).

Гемостаз биполярной коагуляцией. В малый таз поставлен ПВХ-дренаж. Санация и ревизия органов брюшной полости. Другой патологии не выявлено. Общая кровопотеря во время операции составила 70 мл. Длительность оперативного вмешательства 45 минут. В послеоперационном периоде пациентка наблюдалась в гинекологическом отделении. Отделяемое по дренажу было серозно-геморрагическое, до 70 мл за сутки. Проведена противовоспалительная, дезинтоксикационная терапия. Выжидательная тактика. Жалобы на боли внизу живота сохраняются. Тест на ХГЧ – положительный. По заключению контрольного УЗИ ОМТ: УЗИ-признаки внематочной беременности справа.



Рис. 2. Удаленная левая маточная труба с разрывом
Fig. 2. Removed left fallopian tube with rupture

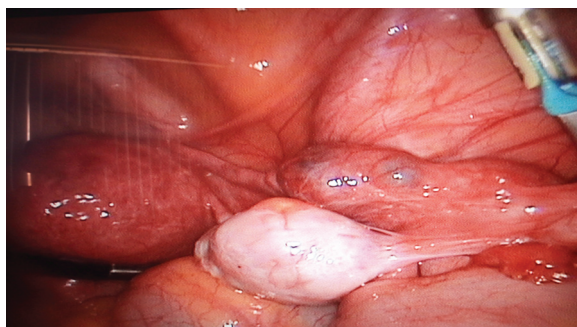


Рис. 3. Прогрессирующая трубная беременность справа
Fig. 3. Progressive tubal pregnancy on the right



С целью уточнения состояния пациентки и определения дальнейшей тактики ведения проведено влагалищное исследование, при котором придатки слева без особенностей, а справа – чувствительны при пальпации. Движения за шейку матки болезненны. Выставлен диагноз: прогрессирующая трубная беременность справа. Состояние после лапароскопии, тубэктомии слева по поводу нарушенной трубной беременности слева. Пациентке показано оперативное лечение в объеме: лапароскопия, тубэктомия справа. Согласие пациентки на операцию получено.

На операции обеспечен лапароскопический доступ. При ревизии в брюшной полости около 20 мл серозно-геморрагической жидкости. Матка 5,0×4,5×5,5 см бледно-розового цвета без видимой патологии. Левый яичник 3×2×2 см обычной структуры, с фолликулом и желтым телом. Правый яичник 2,5×2×2 см обычной структуры. Правая маточная труба 13×4 см, ретортообразно изменена в истмико-ампулярном отделе, синюшна, стенка истончена. Левая маточная труба отсутствует. Выполнена тубэктомия справа (рис. 3).

Гемостаз биполярной коагуляцией. Санация и ревизия органов брюшной полости. Другой патологии не выявлено. Общая кровопотеря во время операции минимальная. Длительность оперативного вмешательства 35 минут. Гистологическое исследование левой маточной трубы: фрагменты ткани маточной трубы с массивными кровоизлияниями в стенке, свертки крови в просвете, с гнойным очаговым воспалением, комплексами незрелых аваскулярных слабоотечных ворсин хориона со стороны брюшины в одном из участков. Гистологическое исследование правой маточной трубы: трубная беременность.

Пациентка выписана на 5-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, УЗИ ОМТ не является предопределяющим методом диагностики для верификации диагноза, что обусловлено малым сроком беременности. В то же время отсутствие признаков кровотечения, болевого синдрома и воспаления у пациентки после выполненной первой операции привело к отсутствию клинической картины прогрессирующей трубной беременности в оставленной маточной трубе. Динамическое наблюдение за состоянием пациентки позволило выбрать правильную тактику лечения и своевременно выполнить второе оперативное вмешательство.

Описание случая 3

В гинекологическое отделение клинического стационара г. Гродно поступила пациентка Б., 32 года, обратившаяся самостоятельно с жалобами на тянущие боли внизу живота, кровянистые выделения из половых путей. Из анамнеза: боли беспокоят в течение 2 дней, тест на ХГЧ – положительный. По заключению УЗИ ОМТ, выполненного накануне, в области дна матки со стороны правого яичника визуализируется желточный мешок 4 мм, имплантированный в миометрий и правый трубный угол. Эндометрий толщиной 17 мм децидуально изменен. В области правого яичника визуализируется желтое тело беременности 18×22 мм. Заключение: внематочная беременность 5–6 недель (локализация в области малого таза – дно матки – правый трубный угол) (рис. 4).

Из перенесенных заболеваний пациентка отмечает простудные. Среди оперативных вмешательств пациентка перенесла тубэктомию справа по поводу трубной

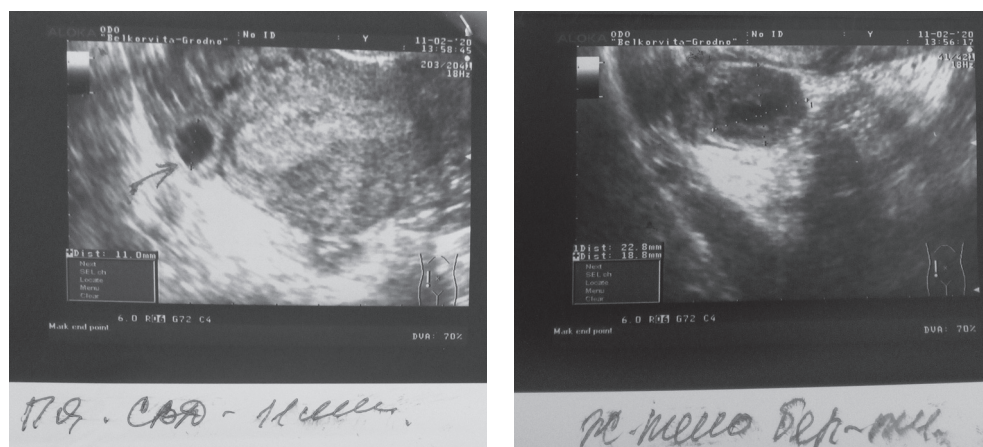


Рис. 4. Локализация плодного яйца в области правого трубного угла по данным УЗИ
Fig. 4. Localization of the ovum in the area of the right tubal angle according to ultrasound data

беременности и операцию кесарева сечения. Наследственность неотягощена. Аллергологический анамнез без особенностей. Гемотрансфузий не было.

Из анамнеза установлено, что у пациентки были 3 беременности: одна из них закончилась срочными родами путем операции кесарева сечения, одна – выкидышем до 12 недель беременности, одна – трубэктомией справа по причине трубной беременности. Из гинекологической патологии пациентка указывает на хронический аднексит в анамнезе и эктопическую беременность.

При поступлении в приемное отделение общее состояние пациентки удовлетворительное, сознание ясное. Кожный покров бледно-розовый, чистый. Органы сердечно-сосудистой, дыхательной системы, пищеварения и мочевыделительной системы – без особенностей. При гинекологическом осмотре: половые губы не изменены, бартолиниевы железы не увеличены. Слизистая влагалища и шейки матки чистая, своды влагалища сохранены, выделения кровянистые, скудные. При влагалищном исследовании определяется тело матки в норме, безболезненное при пальпации. При бимануальном исследовании в области правых придатков отмечается незначительная болезненность. Выполнен кульдоцентез. Получено 5 мл серозной жидкости. Выполнено УЗИ ОМТ. Матка расположена кпереди, обычной формы. Размеры: 61×42×60 мм. Миометрий однородный. В правом углу матки визуализируется плодное яйцо диаметром 10 мм.

На основании данных анамнеза, общего осмотра, влагалищного исследования и объективных данных выставлен диагноз: эктопическая беременность. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. Принято решение об оперативном лечении.

На операции обеспечен лапароскопический доступ. При ревизии в брюшной полости около 50 мл темной крови. Матка 7×8,5×7 см, бледно-розового цвета, увеличена до 6 недель беременности. Левый яичник 3,0×3,0×2,5 см, обычной структуры. Правый яичник 2,5×2,5×3,0 см, обычной структуры. Левая маточная труба не изменена. Правая маточная труба отсутствует. Маточный угол справа цианотичен, расширен, истекает кровь (рис. 5).



Рис. 5. Локализация плодного яйца в области правого трубного угла по данным лапароскопии
Fig. 5. Localization of the ovum in the area of the right tubal angle according to laparoscopy



Рис. 6. Вид матки после иссечения и коагуляции правого трубного угла по данным лапароскопии
Fig. 6. View of the uterus after excision and coagulation of the right tubal angle according to laparoscopy

Выполнено иссечение маточного угла справа. Гемостаз биполярной коагуляцией (рис. 6).

На область маточного угла наложено 2 гемостатических шва. Брюшная полость промыта, осушена, контроль на гемостаз. В Дугласово пространство введен дренаж. Пневмоперитонеум снят. Инструменты извлечены. Швы на кожу. Йод. Асептические наклейки. Общая кровопотеря составила 100 мл, диурез – 100 мл, моча светлая, прозрачная. При выскабливании полости матки получен умеренный соскоб, отправлен на гистологическое исследование. Длительность оперативного вмешательства составила 80 минут. Послеоперационный период протекал без осложнений.

При гистологическом исследовании обнаружены маточная труба с атрофичной слизистой с единичными клетками хориального эпителия, а также гравидарно измененный эндометрий.

Пациентке сняты швы на 5-е сутки после оперативного вмешательства. Пациентка выписана из стационара на 6-е сутки послеоперационного периода в удовлетворительном состоянии.

Описание случая 4

Данный клинический случай представляет особый интерес, поскольку сочетание маточной и эктопической беременности встречается крайне редко. В гинекологическое отделение клинического стационара г. Гродно поступила пациентка П., 25 лет, с жалобами на ноющие боли внизу живота. Из анамнеза: боли беспокоят в течение 2 дней, тест на ХГЧ – положительный.

Из перенесенных заболеваний пациентка отмечает лишь простудные, из оперативных вмешательств – удаление околоушных лимфоузлов в детстве. Наследственность неотягощена. Аллергологический анамнез без особенностей. Гемотрансфузий не было. Из анамнеза установлено, что у пациентки была 1 беременность, закончившаяся срочными родами через естественные родовые пути. Вторая беременность – настоящая. Гинекологические заболевания отрицает.

При поступлении в приемное отделение общее состояние пациентки удовлетворительное, сознание ясное. Кожный покров бледно-розовый, чистый. Органы дыхания, сердечно-сосудистой системы, пищеварения и мочевыделительной системы – без особенностей. При гинекологическом осмотре: половые губы не изменены, бартолиниевы железы не увеличены. Слизистая влагалища и шейки матки чистая, своды влагалища сохранены, выделения коричневатого цвета, скудные. При влагалищном исследовании определяется увеличенное тело матки до 12 недель беременности, безболезненное при пальпации.

Выполнено УЗИ ОМТ. Матка расположена кпереди. Правый рог матки 11,6×7,7 см, в нем плодное яйцо 9,0×4,1 см, КТР плода 7,1 см. Сердцебиение +, движение +. Второй рог матки 9,7×7,2 см, в нем плодное яйцо 6,4×5,2 см, КТР плода 6,8 см. Сердцебиение +, движение +. Заключение: двурогая матка. Беременность 12 недель в обоих рогах матки.

Учитывая данные клинико-лабораторного и инструментального обследования, пациентке решено выполнить диагностическую лапароскопию. В ходе операции установлено: матка увеличена до 12 недель беременности. Из левого угла матки исходит рудиментарный рог размерами 11,0×11,0×12,0 см, толщина ножки около 4 см. Придатки с обеих сторон без видимой патологии, расположены правильно. Интраоперационно принято решение об иссечении рудиментарного рога матки и сохранении маточной беременности, что и было выполнено. Гемостаз биполярной коагуляцией. Брюшная полость промыта, осушена, контроль на гемостаз. Швы на кожу. Йод. Асептические наклейки. Диагноз после операции: беременность 12 недель двойней. Сочетание маточной и эктопической беременности в рудиментарном роге матки.

В послеоперационном периоде проводилась сохраняющая беременность терапия. Послеоперационный период протекал без особенностей. На 12-е сутки пациентка выписана домой беременной в удовлетворительном состоянии под наблюдением врача – акушера-гинеколога женской консультации по месту жительства.

Впоследствии установлено, что данная пациентка была родоразрешена в плановом порядке в сроке беременности 262 дня путем операции кесарева сечения.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

На основании данных литературы и результатов собственных исследований установлено, что трубная беременность – наиболее частая форма эктопической беременности (90–98% случаев), которая занимает второе место в структуре острых гинекологических заболеваний и первое – среди нозологических форм, сопровождающихся внутрибрюшным кровотечением. Известно, что клиническая картина и степень тяжести состояния зависит от локализации плодного яйца, стадии развития, варианта прерывания и срока. Так, прогрессирующая трубная беременность ранних сроков может не проявляться клинически и иметь анамнестические данные, не отличающиеся от таковых при нормальной маточной беременности. И только в динамике наблюдения отмечаются отставание увеличения матки в размерах по сравнению со сроком беременности и наличие опухолевидного образования справа или слева от нее, которое прогрессирует в размерах. Не исключается гибель плодного яйца при трубной беременности. В таких случаях она протекает как хроническое воспаление придатков матки и затянувшийся трубный выкидыш. Эктопическая беременность в интерстициальном участке маточной трубы может развиваться на поздних

сроках после 12 недель и при отсутствии своевременной диагностики в таких случаях заканчивается разрывом плодовместилища. При этом происходит быстрое нарастание синдрома массивной кровопотери или геморрагического шока в сочетании с перитонеальным [1, 2, 6, 10].

Вместе с тем, по мнению многих авторов, внематочная беременность вызывает в организме женщины такие же изменения, как и маточная: задержку менструации, нагрубание молочных желез, появление молозива, тошноту, извращение вкуса. Отмечается цианоз преддверия и слизистой оболочки влагалища, а также шейки матки. Матка увеличена, размягчена, слизистая оболочка матки трансформируется в децидуальную оболочку. В яичнике формируется желтое тело беременности. Иммунологическая реакция на беременность положительная [1, 2, 6, 11].

Согласно данным многочисленных исследований, частой жалобой при внематочной беременности является боль, которая и мотивирует в большинстве случаев обращаться за медицинской помощью. Постановка диагноза прогрессирующей трубной беременности в ранние сроки исключительна трудна. Однако имеются признаки, характерные больше для внематочной беременности, чем для маточной: содержание ХГЧ несколько ниже, чем при маточной беременности аналогичного срока; увеличение размеров матки не соответствует предполагаемому сроку беременности; в области придатков матки пальпируется опухолевидное образование тестоватой консистенции, болезненное при исследовании. Кроме этого, установлено, что достоверные диагностические признаки эктопической беременности могут быть выявлены при УЗИ ОМТ (определение плодного яйца в маточной трубе) и в ходе выполнения лапароскопии. Кроме того, «золотым стандартом» в диагностике эктопической беременности, особенно при уровне ХГЧ в сыворотке крови более 1000 МЕ/л и отсутствии визуализации плодного яйца (так называемая беременность неясной локализации), является мониторинг концентрации β -субъединицы ХГЧ в сыворотке крови и выполнение трансвагинального УЗИ в динамике [2, 11].

Нами установлено, что динамическое наблюдение за пациенткой с подозрением на прогрессирующую внематочную беременность должно проводиться только в стационаре с круглосуточно действующей операционной, так как часто прерывание беременности происходит внезапно вследствие разрыва маточной трубы и сопровождается кровотечением в брюшную полость, в результате чего приходится выполнять радикальные операции, в том числе удаление маточной трубы [2, 10, 11].

В ходе исследования обнаружено, что наиболее сложной для диагностики является интерстициальная локализация трофобласта, так как нередко имитирует маточную беременность. Кроме того, благодаря большому объему мышечной ткани, окружающей плодное яйцо, интерстициальная беременность может прогрессировать до 10 недель беременности и более. Интерстициальная беременность опасна тем, что при разрыве плодовместилища может возникнуть массивное кровотечение, угрожающее жизни пациентки. Согласно данным многочисленных исследований, интерстициальная локализация плодного яйца чаще устанавливается интраоперационно. Проведенное УЗИ на дооперационном этапе позволяет лишь предположить наличие внематочной беременности [7, 8].

Вместе с тем при решении вопроса о возможности проведения органосохраняющих операций необходимо учитывать следующие факторы: характер оперативного доступа (лапароскопия или лапаротомия); желание пациентки иметь беременность

в будущем; морфологические изменения стенки трубы («старая» внематочная беременность, истончение стенки трубы на всем протяжении плодместилища); повторная беременность в трубе, ранее подвергнутой органосохраняющей операции; локализация плодного яйца в интерстициальном отделе маточной трубы; выраженный спаечный процесс органов малого таза; эктопическая беременность после реконструктивно-пластических операций на маточных трубах по поводу трубно-перитонеального бесплодия. Очень важна лапароскопическая оценка другой трубы: при неизменной трубе риск повторной трубной беременности равен 9%, в то время как при патологических изменениях трубы он возрастает до 52%. Пациенткам с геморрагическим шоком должна быть проведена классическая лапаротомия, во всех остальных случаях методом выбора является лапароскопия. В случае разрыва трубы гемоперитонеум должен быть аспирирован [1, 8].

Согласно многочисленным исследованиям, при гистологическом изучении удаленной маточной трубы эмбрион, как правило, отсутствует, а в мышечной оболочке обнаруживают ворсины хориона. Кроме того, возможна имплантация ворсин хориона в брюшной полости. В последнее время частота персистирующей внематочной беременности возросла. Это объясняется широким распространением органосохраняющих операций на маточных трубах. Характерно отсутствие снижения β -субъединицы ХГЧ после операции. Рекомендуется определение β -субъединицы ХГЧ или прогестерона на 6-е сутки после операции и затем каждые третьи сутки. Риск персистирующей внематочной беременности зависит от типа операции, исходного уровня ХГЧ, срока беременности и размеров плодного яйца. Задержка менструации менее чем на 3 недели и диаметр плодного яйца менее 2 см повышают риск персистирующей внематочной беременности [2, 10].

■ ВЫВОДЫ

На основании данных литературы и результатов собственного исследования можно сделать следующие выводы:

1. Эктопическая беременность является серьезным осложнением в акушерско-гинекологической практике и может приводить к угрожающим жизни состояниям.
2. С целью профилактики массивного кровотечения при эктопической беременности большое значение имеет диагностический этап, позволяющий определить наличие беременности, точную локализацию, срок и наличие осложнений. В то же время отсутствие признаков внутреннего или наружного кровотечения при задержке месячных свидетельствует о необходимости проведения дифференциальной диагностики маточной и внематочной беременности.
3. Для постановки клинического диагноза эктопической беременности общедоступных рутинных методов диагностики иногда бывает недостаточно. В таких случаях допустимо применение МРТ, которая позволит своевременно поставить диагноз и назначить грамотное лечение.
4. В приведенных нами случаях своевременная полная диагностика и принятие решения об оперативном лечении позволили избежать массивного кровотечения и сохранить жизнь пациенткам.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Duda V. *Gynecology: studies for higher students. textbook institutions specializing in general medicine*. Minsk: Adukatsiya i vyhavanne. 2012;712 p.
2. Manuhin I. Difficulties and errors in diagnosing ectopic pregnancy at the prehospital stage. *Obstetrics and gynecology*. 2018;8:98–104.
3. Rudenko N. Methodological principles of magnetic resonance imaging in pregnant women. *Modern problems of science and education*. 2020;3.
4. Selihova M., Yahontova M., Zvereva E. Modern approaches to the management of patients with cervical pregnancy. *Vestn. Volg. state honey. un-ta*. 2019;4(72):136–139.
5. Shiraeva A., Svirava A. Application of magnetic resonance imaging during pregnancy. *Stolyp. Vestn*. 2022;4:2304–2318.
6. Kolyadko V. Clinical observation of ectopic pregnancy (tubal and retroperitoneal) in a woman after in vitro fertilization with the transfer of two embryos. *Endoscopic surgery*. 2018;24(2):48–50.
7. Lee R., Dupuis C., Chen B., Smith A., Kim Y.H. Diagnosing ectopic pregnancy in the emergency setting. *Ultrasonography*. 2018;37(1):78–87.
8. Anchabadze I. The use of videolaparoscopy in the diagnosis and treatment of various forms of tubal pregnancy. *Endoscopic surgery: scientific and practical journal*. 2008;14(3):55–58.
9. Kulakov V., Savel'eva G., Manuhin I. *Gynecology: national guidelines*. Moscow: Litterra. 2009;300 p.
10. Barnhart K. Pregnancy of unknown location: a consensus statement of nomenclature, definitions, and outcome. *Fertil. Steril*. 2011;95(3):857.
11. Lee R. Diagnosing ectopic pregnancy in the emergency setting. *Ultrasonography*. 2018;37(1):78–87.