

Статья поступила в редакцию 1.08.2024 г.

Фетищева Л.Е., Рудаева Е.В., Елгина С.И., Лаврова Е.В., Ахмадеева А.Р.,
Мозес К.Б., Рудаева Е.Г.

Кузбасская клиническая больница скорой медицинской помощи им. М.А. Подгорбунского,
Кемеровский государственный медицинский университет,
г. Кемерово, Россия

РЕДКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГЕТЕРОТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

В статье приводится описание клинического случая гетеротопической беременности с обнаружением плодного яйца в полости матки после сальпингэктомии по поводу трубной беременности. Гетеротопическая беременность – достаточно редкая патология в акушерско-гинекологической практике. Опасность данного заболевания заключается в нарушении репродуктивной функции женщины, возможном кровотечении и летальном исходе. Среди вариантов гетеротопической беременности наиболее часто встречается сочетание маточной и трубной локализации. В статье рассмотрены сложности диагностики данного состояния. Трансвагинальное ультразвуковое исследование наиболее информативно и позволяет визуализировать плодное яйцо на раннем сроке беременности. Также обсуждаются лечебные подходы при данном виде патологии.

Ключевые слова: гетеротопическая беременность; плодное яйцо; маточная труба; ультразвуковое исследование; лапароскопия

Fetishcheva L.E., Rudaeva E.V., Elgina S.I., Lavrova E.V., Akhmadeeva A.R., Moses K.B., Rudaeva E.G.

Kuzbass Clinical Hospital of Emergency Medical Care named after M.A. Podgorbunsky,
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

A RARE CLINICAL CASE OF HETEROTOPIC PREGNANCY

The article describes a clinical case of heterotopic pregnancy with detection of the ovum in the uterine cavity after salpingectomy for tubal pregnancy. Heterotopic pregnancy is a rare pathology in obstetrics and gynecology. The danger of this disease lies in the violation of the reproductive function of a woman, possible bleeding and death. Among the variants of heterotopic pregnancy, the most common is a combination of uterine and tubal localization. The article discusses the difficulties of diagnosing this condition. Transvaginal ultrasound is the most informative and allows visualizing the ovum in the early stages of pregnancy. Treatment approaches for this type of pathology are also discussed.

Key words: heterotopic pregnancy; ovum; fallopian tube; ultrasound; laparoscopy

Гетеротопическая беременность – редкое клиническое состояние, при котором одновременно развиваются как минимум два плодных яйца в различных местах имплантации и только одно из них находится в полости матки. Большинство зарегистрированных внематочных локализаций плодных яиц при гетеротопической беременности находятся в маточной трубе. Реже встречаются в рубце после кесарева сечения, яичниках, брюшной полости и шейке матки [1, 2].

В последнее время частота гетеротопической беременности резко возросла до 1 на 3900 беременностей, в связи с увеличением числа наступления беременностей с помощью вспомогательных репродуктивных технологий, переносе более одного эмбриона или индукции овуляции, по сравнению с 1 на 30 000 при спонтанном зачатии. Кроме того, риск гетеротопических беременностей повышают воспалительные заболевания органов малого таза, оперативные вмешательства на органах малого таза

и предшествующие операции на маточных трубах [3-5].

Симптомы гетеротопической беременности неспецифичны. Бессимптомное течение возможно в 24 % случаев. Боль в животе является наиболее частым симптомом гетеротопической беременности, хотя вагинальное кровотечение и гиповолемический шок также распространены [1, 6].

В настоящее время не существует стандартных протоколов лечения и диагностики гетеротопической беременности. Диагностика затруднена, поскольку симптоматика не специфична, повышен уровень β -ХГЧ в сыворотке крови, а ложно обнаруживающее присутствие плодного яйца в полости матки по данным ультразвукового исследования часто задерживает своевременное оперативное вмешательство [7, 8].

Основная цель лечения гетеротопической беременности – обеспечить безопасность беременных женщин при минимизации повреждений внутриу-

Информация для цитирования:



10.24412/2686-7338-2024-3-113-116



EBTLTZ

Фетищева Л.Е., Рудаева Е.В., Елгина С.И., Лаврова Е.В., Ахмадеева А.Р., Мозес К.Б., Рудаева Е.Г. РЕДКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГЕТЕРОТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ // Мать и Дитя в Кузбассе. 2024. №3(98). С. 113-116.



тробной беременности. Поэтому ранняя диагностика и соответствующее лечение могут снизить возможные осложнения, такие как разрыв фаллопиевой трубы, геморрагический шок и другие [8-10].

Послеоперационная поддержка лютеиновой фазы в этих случаях остается спорной. Пока еще не было исследований, которые предполагают, что использование прогестерона в этих условиях увеличивает частоту живорождения [1, 10].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В статье представлен случай гетеротопической трубной беременности, которая была диагностирована после разрыва маточной трубы, с последующим проведением лапароскопической сальпингоэктомии. Маточная беременность успешно пролонгировалась и закончилась срочными родами.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Пациентка Д., 36 лет, была доставлена в гинекологическое отделение № 1 ГАУЗ ККБСМП им. М.А. Подгорбунского бригадой скорой медицинской помощи на каталке с установленным периферическим венозным катетером и инфузией NaCl 0.9%, с жалобами на постоянные диффузные боли в нижних отделах живота, чувство распирания и вздутия в животе, головокружение, слабость, отсутствие мочеиспускания в течение последних шести часов при сроке беременности 11 недель + 6 дней. На догоспитальном этапе был зарегистрирован эпизод гипотензии до 80/60 мм рт. ст.

Из анамнеза: Впервые боли в нижних отделах живота появились в сроке 9 недель + 4 дня гестации, в связи с чем пациентка была госпитализирована в гинекологическое отделение. На фоне проведенной консервативной терапии была выписана в удовлетворительном состоянии с прогрессирующей беременностью. Через неделю вновь стали беспокоить тянущие боли в нижних отделах живота. За несколько часов до поступления в гинекологическое отделение появились резкие боли в нижних отделах живота, с иррадиацией в верхние отделы живота, нарастала слабость и головокружение. Была доставлена в приемное отделение № 1 ГАУЗ ККБСМП им. М.А. Подгорбунского на каталке.

Акушерско-гинекологический анамнез не отягощен, менструальная функция не нарушена. Настоящая беременность первая, наступила самопроизвольно, без проведения прегравидарной подготовки.

При поступлении: Общее состояние средней степени тяжести. Повышенного питания, ИМТ 30 кг/м². Кожные покровы и видимые слизистые бледные, температура тела 36 градусов, пульс 100 ударов в минуту, АД 90/60 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. В легких везикулярное дыхание, проводится по всем отделам, хрипов нет. Живот напряжен, болезненный при пальпации во всех отделах. Перитонеальные симптомы положи-

тельные. Симптом поколачивания отрицательный. Стул регулярный, оформленный. Мочевой пузырь катетеризован, получено 50 мл светлой мочи.

По данным влагалищного исследования: Шейка матки цилиндрической формы, не изменена. Матка увеличена до 10-11 недель беременности, справа от матки определяется объемное образование с нечеткими контурами, размерами до 8 см, резко болезненное. Выделения из половых путей светлые.

Выставлен *диагноз:* Основной: Беременность 11 недель + 6 дней. Осложнения: Разрыв опухоли яичника? Геморрагический шок 1-2 степени. Сопутствующий: Ожирение IА (ИМТ 30 кг/м²).

По данным лабораторного и инструментального исследования при поступлении выявлена анемия легкой степени тяжести, гипопропротеинемия, синусовая тахикардия.

По данным УЗИ ОМТ: В полости матки сканируется одно плодное яйцо, расположенное в верхней трети полости тела матки. Средний внутренний диаметр плодного яйца 57 мм — соответствует 11 неделям и 6 дням беременности. Желточный мешок сканируется. Эмбрион сканируется, КТР 46 мм соответствует 11 неделям и 6 дням беременности. ЧСС 182 в минуту, ритмичное. Придатки не сканируются. Ультразвуковых признаков отслойки хориона на момент осмотра нет. Справа от матки, в проекции правой маточной трубы сканируется образование до 8 × 5 см, в структуре плодное яйцо, средний внутренний диаметр плодного яйца 50 мм — соответствует 11 неделям беременности. В просвете желточный мешок и эмбрион, КТР 39 мм соответствует 11 неделям и 2 дням беременности. Умеренное количество жидкости во всех отделах брюшной полости.

В сопровождении анестезиологической бригады проведена предоперационная подготовка, продолжена инфузия кристаллоидов, выполнена катетеризация подключичной вены.

Проведено экстренное оперативное лечение в объеме лапароскопической сальпингоэктомии. Интраоперационно: в брюшной полости обнаружено около 1500 мл темной жидкой гемолизированной крови и сгустков. Матка увеличена до 11 недель беременности. Слева придатки не изменены. Рядом с маткой справа определялась увеличенная маточная труба размерами 8 × 10 см с истонченными стенками, через которые просвечивала плацента, и разрывом (рис.). В маточной трубе визуализировалось множество сгустков. Яичник справа нормальных размеров. При панорамном осмотре органы брюшной полости визуально не изменены. При помощи биполярной коагуляции была проведена сальпингэктомия вместе с плодным яйцом справа. Санация и дренирование брюшной полости через правую подвздошную область. Общая кровопотеря составила 1600 мл. Интраоперационно была проведена гемотрансфузия.

Послеоперационный диагноз: Основной: Гетеротопическая беременность. Маточная беременность 11 недель + 6 дней. Осложнения: Прервавшаяся



трубная беременность справа по типу разрыва трубы. Геморрагический шок 2 степени. Сопутствующий: Ожирение IА (ИМТ 30 кг/м²).

В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная, гормональная терапия, тромбопрофилактика, коррекция постгеморрагической анемии препаратами железа. Лабораторно была выявлена анемия тяжелой степени тяжести.

По данным УЗИ ОМТ на шестые сутки послеоперационного периода: размеры плода соответствовали 12 неделям и 3 дням гестации. Предполагаемая масса плода 65 грамм. ЧСС плода 162 удара в минуту. Преимущественная локализация плаценты: задняя стенка. Толщина плаценты 13 мм, структура однородная, степень зрелости плаценты 0. Пуповина имеет 3 сосуда, в области шеи петли пуповины не визуализируются. Амниотический индекс в норме. Тонус матки повышен. Внутренний зев замкнут. Ультразвуковых признаков отслойки плаценты нет.

Течение послеоперационного без осложнений. Пациентка была выписана на девятые сутки послеоперационного периода в удовлетворительном состоянии с пролонгированной беременностью. Беременность закончилась срочными родами без осложнений.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У всех беременных женщин с абдоминальной болью или вагинальным кровотечением следует исключать гетеротопическую беременность, особенно если беременность наступила с помощью вспомогательных репродуктивных технологий. Комбинированные измерения уровня сывороточного β-хорионического гонадотропина человека и трансвагинальное УЗИ, несомненно, эффективны для диагностики гетеротопической беременности. Во время проведения трансвагинального ультразвукового исследования необходим тщательный мониторинг придатков матки.

При своевременной диагностике и лечении гетеротопическая беременность имеет благоприятные исходы для маточной беременности.

Лапароскопическая хирургия является безопасным и эффективным методом лечения для удаления внематочной беременности без увеличения риска аборта или врожденных дефектов у новорожденных. Несмотря на совершенствование медицинских знаний и технологий, даже при наличии маточной беременности, нельзя забывать простое изречение «думай, что это внематочная беременность».

Информация о финансировании и конфликте интересов

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

ЛИТЕРАТУРА/ REFERENCES:

1. Webster K, Eadon H, Fishburn S, Kumar G. Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management: summary of updated NICE guidance. *BMJ*. 2019; 367: l6283. doi: 10.1136/bmj.l6283

- Yang C, Cai J, Geng Yu, 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): 383-391. doi: 10.1016/j.rbmo.2017.01.004
- Yushchenko M.A., Ananyeva T.V., Nekrasova E.V., Moses V.G., Rudaeva E.V., Elgina S.I., A clinical case of conservative myomectomy using laparoscopic technologies for giant cervical uterine fibroids. *Mother and Baby in Kuzbass*. 2023; 1(92): 89-93. Russian (Ющенко М.А., Ананьева Т.В., Некрасова Е.В., Мозес В.Г., Рудаева Е.В., Елгина С.И., и др. Клинический случай консервативной миомэктомии с использованием видеоэндоскопических технологий при шеечной миоме гигантских размеров //Мать и Дитя в Кузбассе. 2023. № 1(92). С. 89-93.) doi: 10.24412/2686-7338-2023-192-89-93
- Zakharov IS, Mozes VG, Fetishcheva LE, Rudaeva EV, Dodonov MV. Orphanic forms of ectopic pregnancy. *Siberian Medical Review*. 2018; (3): 105-108. Russian (Захаров И.С., Мозес В.Г., Фетищева Л.Е., Рудаева Е.В., Додонов М.В. Орфанные формы внематочной беременности //Сибирское медицинское обозрение. 2018. № 3. С. 105-108.) doi: 10.20333/2500136-2018-3-105-108
- Geffen EM, Slywotzky C, Bennett G. Pitfalls and tips in the diagnosis of ectopic pregnancy. *Abdom Radiol (NY)*. 2017; 42(5): 1524-1542. doi: 10.1007/s00261-016-1020-4
- Scibetta EW, Han CS. Ultrasound in Early Pregnancy: Viability, Unknown Locations, and Ectopic Pregnancies. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2019; 46(4): 783-795. doi: 10.1016/j.ogc.2019.07.013
- Hawrylyshyn K, McLeod SL, Thomas J, Varner C. Ectopic pregnancy outcomes in patients discharged from the emergency department. *CJEM*. 2019; 21(1): 71-74. doi: 10.1017/cem.2018.13
- Shen Z, Liu C, Zhao L, Xu L, Peng B, Chen Z, et al. Minimally-invasive management of intramural ectopic pregnancy: a n-eight-case series and literature review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2020; 253: 180-186. doi: 10.1016/j.ejogrb.2020.08.021
- Keller AV, Rybnikov SV, Pavlenko VV, Pachgin IV, Rudaeva EV, Karelina OB, et al. Recurrent ectopic pregnancy (clinical case). *Mother and Baby in Kuzbass*. 2021; 4(87): 48-52. Russian (Келлер А.В., Рыбников С.В., Павленко В.В., Пачгин И.В., Рудаева Е.В., Карелина О.Б., и др. Повторная эктопическая беременность (клинический случай) //Мать и Дитя в Кузбассе. 2021. № 4(87). С. 48-52.) doi: 10.24411/2686-7338-2021-4-48-52
- Fan Y, Du A, Zhang Y, Xiao N, Zhang Y, Ma J, et al. Heterotopic cervical pregnancy: Case report and literature review. *Obstet Gynaecol Res*. 2022; 48(5): 1271-1278. doi: 10.1111/jog.15193

КОРРЕСПОНДЕНЦИЮ АДРЕСОВАТЬ:

ЕЛГИНА Светлана Ивановна

650029, г. Кемерово, ул. Ворошилова, д. 22а, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России

Тел: 8 (3842) 73-48-56 E-mail: elginas.i@mail.ru

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

INFORMATION ABOUT AUTHORS

ФЕТИЩЕВА Лариса Егоровна, канд. мед. наук, зав. гинекологическим отделением № 1, ГАУЗ ККБСМП им.М.А. Подгорбунского, г. Кемерово, Россия.
E-mail: alex-fl2018@yandex.ru

FETISHCHEVA Larisa Egorovna, candidate of medical sciences, head of the gynecology department N 1, Kuzbass Regional Clinical Hospital for Emergency Medical Care named after M.A. Podgorbunsky, Kemerovo, Russia. E-mail: alex-fl2018@yandex.ru

РУДАЕВА Елена Владимировна, канд. мед. наук, доцент, доцент кафедры акушерства и гинекологии им. Г.А. Ушаковой, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия.
E-mail: rudaeva@mail.ru

RUDAeva Elena Vladimirovna, candidate of medical sciences, docent, docent of the department of obstetrics and gynecology named after G.A. Ushakova, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: rudaeva@mail.ru

ЕЛГИНА Светлана Ивановна, доктор мед. наук, доцент, профессор кафедры акушерства и гинекологии им. Г.А. Ушаковой, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия.
E-mail: elginas.i@mail.ru

ELGINA Svetlana Ivanovna, doctor of medical sciences, docent, professor of the department of obstetrics and gynecology named after G.A. Ushakova, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: elginas.i@mail.ru

ЛАВРОВА Елизавета Владимировна, врач акушер-гинеколог гинекологического отделения № 1, ГАУЗ ККБСМП им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово, Россия.
E-mail: lavrova.liza_33@mail.ru

LAVROVA Elizaveta Vladimirovna, obstetrician-gynecologist of the gynecology department N 1, Kuzbass Regional Clinical Hospital for Emergency Medical Care named after M.A. Podgorbunsky, Kemerovo, Russia. E-mail: lavrova.liza_33@mail.ru

АХМАДЕЕВА Алена Рамиловна, врач акушер-гинеколог гинекологического отделения № 1, ГАУЗ ККБСМП им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово, Россия.
E-mail: akhmadeeva.alyona@yandex.ru

AKHMADEEVA Alena Ramilovna, obstetrician-gynecologist of the gynecology department N 1, Kuzbass Regional Clinical Hospital for Emergency Medical Care named after M.A. Podgorbunsky, Kemerovo, Russia. E-mail: akhmadeeva.alyona@yandex.ru

МОЗЕС Кира Борисовна, ассистент кафедры поликлинической терапии и сестринского дела, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: kbsolo@mail.ru

MOZES Kira Borisovna, assistant, department of polyclinic therapy and nursing, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: kbsolo@mail.ru

РУДАЕВА Елена Германовна, канд. мед. наук, доцент, доцент кафедры детских болезней, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия.

RUDAeva Elena Germanovna, candidate of medical sciences, docent, docent of the department of childhood diseases, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia.