

Статья поступила в редакцию 20.09.2021 г.

Келлер А.В., Рыбников С.В., Павленко В.В., Пачгин И.В., Рудаева Е.В., Карелина О.Б., Мозес В.Г., Елгина С.И.

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

ПОВТОРНАЯ ЭКТОПИЧЕСКАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Эктопическая беременность является одной из ключевых проблем urgent гинекологии, невзирая на совершенствование современных методов диагностики и лечения. Прогноз для жизни и дальнейшая реализация репродуктивной функции пациенток зависят от своевременной диагностики патологии и оказания адекватной хирургической помощи.

Ключевые слова: повторная эктопическая беременность; патология беременности; диагностика; хирургическое лечение

Keller A.V., Rybnikov S.V., Pavlenko V.V., Pachgin I.V., Rudaeva E.V., Karelina O.B., Moses V.G., Elgina S.I.

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

RECURRENT ECTOPIC PREGNANCY (CLINICAL CASE)

Ectopic pregnancy is one of the key problems of urgent gynecology, despite the improvement of modern methods of diagnosis and treatment. The prognosis for life and the realization of the reproductive function of patients depend on the timely diagnosis of pathology and the provision of adequate surgical care.

Key words: recurrent ectopic pregnancy; pregnancy pathology; diagnosis; surgical treatment

А типичная локализация плодного яйца является одним из наиболее опасных осложнений гестационного периода. Частота эктопической (внематочной) беременности по данным различных авторов составляет 1-2 % от всех зарегистрированных беременностей [1, 2].

Наиболее распространенным местом локализации внематочной беременности является маточная труба (до 95 % всех случаев). К более редким формам относятся интерстициальная, брюшная, яичниковая, шеечная, гетеротопическая беременности, а также беременность, возникшая в рубце после операции кесарева сечения [3, 4].

У половины всех женщин, которым поставлен диагноз внематочной беременности, нет никаких известных факторов риска. К известным факторам риска относятся предшествующие оперативные вмешательства, наличие воспалительных процессов, спаечная болезнь органов малого таза, использование внутриматочной контрацепции и другие состояния, способствующие нарушению миграции эмбриона и правильной его имплантации [5-8]. Женщины с внематочной беременностью в анамнезе подвержены повышенному риску рецидива. Повторные случаи эктопической беременности встречаются в 7,5-22 % случаев, а у 36-80 % пациенток возникает вторичное бесплодие [9-11].

По данным литературы, в ранние гестационные сроки эмбрион нередко находится в интерстициальном отделе, затем следует его миграция в полость

матки, однако в редких случаях правильной локализации не происходит и развивается внематочная беременность. Заслуживает внимания тот факт, что указанный вариант эктопической беременности может прогрессировать вплоть до второго триместра беременности [12, 13].

Несмотря на улучшения в диагностике и лечении, прерывание эктопической беременности по-прежнему остается значительной причиной смертности и заболеваемости, связанной с беременностью. Отмечается, что распространенность внематочной беременности среди женщин, обратившихся в отделение неотложной помощи с вагинальным кровотечением в первом триместре или болью в животе, или и тем и другим, достигает 18 % [14]. Большинство случаев трубной внематочной беременности, выявленных на ранней стадии, можно успешно лечить [15, 16].

При подозрении на эктопическую беременность, для определения локализации и жизнеспособности беременности на ранних сроках, необходимо проведение качественного трансвагинального ультразвукового исследования [17]. Для подтверждения диагноза требуется последовательная оценка с помощью трансвагинального ультразвукового исследования и измерения уровня ХГЧ в сыворотке крови. Женщины с клиническими признаками прервавшейся эктопической беременности, такими как гемодинамическая нестабильность или острый живот, должны быть обследованы и срочно пролечены [18, 19].

Информация для цитирования:

10.24411/2686-7338-2021-4-48-52

Келлер А.В., Рыбников С.В., Павленко В.В., Пачгин И.В., Рудаева Е.В., Карелина О.Б., Мозес В.Г., Елгина С.И. Повторная эктопическая беременность (клинический случай) //Мать и Дитя в Кузбассе. 2021. №4(87). С. 48-52.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Пациентка И., 39 лет, в ноябре 2020 года экстренно обратилась в Кузбасскую клиническую больницу скорой медицинской помощи им. М.А. Подгорбунского с жалобами на тянущие боли внизу живота.

Из анамнеза: беременность пятая, желанная. В анамнезе одни срочные роды, три медицинских аборта в ранние сроки, в 2016 году экстраинтерстициальная беременность в правой маточной трубе, по поводу которой проведена правосторонняя сальпингэктомия. Считает себя беременной. На учете в женской консультации не состоит. Тянущие боли внизу живота беспокоят в течение последнего месяца, самостоятельно принимала дюфастон по схеме. Накануне амбулаторно проведено ультразвуковое исследование органов малого таза, заключение: Неразвивающаяся беременность в сроке 5-6 недель. Варикозное расширение вен малого таза. Метроэндометрит?

При поступлении в стационар общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Молочные железы мягкие, соски чистые, без уплотнений. Выделений из сосков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс 78 ударов в минуту. АД 120/80 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Печень пальпируется по краю реберной дуги, безболезненная. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул не нарушен.

При исследовании гинекологического статуса: слизистая влагалища нормального цвета, шейка матки цилиндрической формы, гиперемирована вокруг наружного зева, с кистозно-расширенными железами. Наружный зев закрыт. Тело матки увеличено до 6 недель беременности, мышечной консистенции, чувствительное при пальпации. Тракции за шейку матки безболезненные. Фиброматозные узлы не определяются. Придатки матки нормальных размеров с обеих сторон. Своды свободные. Выделения светлые, скудные. Объемные образования, инфильтраты малого таза не определяются.

В условиях приёмного отделения проведено трансвагинальное ультразвуковое исследование: матка отклонена кзади, контуры четкие, ровные. Размеры матки: 62 × 51 × 60 мм. Эхоструктура обычная. Эхогенность средняя. Полость матки не расширена, не деформирована (рис. 1). Эндометрий до 12 мм, повышенной эхогенности. Плодное яйцо в полости матки отсутствует.

В проекции правого угла тела матки (интерстициального отдела правой маточной трубы) сканируется плодное яйцо СВД 24 мм (на 7 недель 5 дней), в просвете эмбрион до 4 мм (6 недель 5 дней), ЧСС эмбриона не определяется. Хориальная ткань доходит до серозного покрова матки в проекции правого

угла (рис. 2). Яичники: правый не сканируется; левый расположен в типичном месте, визуализируется четко, контуры четкие, ровные, структура обычная, размеры нормальные. Мочевой пузырь пустой. Свободной жидкости в заднем своде нет.

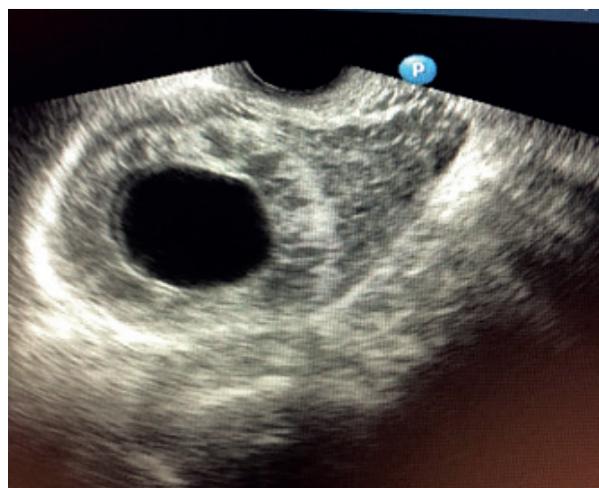
Заключение: Неразвивающаяся беременность в сроке 6 недель 5 дней с локализацией плодного яйца в проекции интерстициального отдела правой маточной трубы.

Пациентке установлен диагноз: Интрамуральная беременность справа.

Рисунок 1
На эхограмме сканируется полость матки без плодного яйца
Figure 1
The echogram scans the uterine cavity without the fetal egg



Рисунок 2
На эхограмме сканируется плодное яйцо в проекции правого угла матки, хориальная ткань доходит до серозного покрова
Figure 2
On the echogram, the fetal egg is scanned in the projection of the right corner of the uterus, the chorionic tissue reaches the serous cover



Произведено оперативное лечение. Во время проведения операции обнаружено: в брюшной полости, преимущественно в малом тазу, следы крови. Матка увеличена до 8 недель за счет правого маточного угла, который представляет собой плодместилище размерами 6 × 7 см, с истонченной стенкой и просвечивающим плодным яйцом (рис. 3). Яичники нормальных размеров с обеих сторон, визуально не изменены. Маточной трубы справа нет — удалена ранее. Слева маточная труба извита, ампулярный отдел свободный, фимбрии розовые, отделяемого из маточной трубы нет. Остальные органы брюшной полости визуально не изменены.

Проведено оперативное лечение в объеме: Метропластика с использованием видеоэндоскопических технологий (иссечение маточного угла с плодным яйцом).

После оперативного лечения проводилось динамическое ультразвуковое исследование: в зоне метропластики (в проекции правого угла матки) ультразвуковых признаков несостоятельности швов, жидкостных скоплений нет (рис. 4).

На седьмые сутки послеоперационного периода пациентка в удовлетворительном состоянии выписана на амбулаторный этап наблюдения с рекомендациями.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Приведенный клинический случай повторной эктопической беременности с расположением плодного яйца в интерстициальном отделе маточной трубы является редким осложнением гестационного периода. Вероятно, ключевую роль в развитии данного патологического состояния сыграли такие факторы риска, как эктопическая беременность в анамнезе и предшествующее оперативное лечение (сальпингэктомия).

Таким образом, каждая сексуально активная женщина репродуктивного возраста, предъявляющая жалобы на боли в животе или кровянистые выделения из половых путей, должна пройти обследование на беременность, независимо от того, использует ли она в настоящее время контрацепцию. Беременные, у которых имеются значительные факторы риска, должны быть оценены на предмет возможной внематочной беременности, даже при отсутствии клинических симптомов.

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. Chouinard M, Mayrand MH, Ayoub A, Healy-Profítos J, Auger N. Ectopic pregnancy and outcomes of future intrauterine pregnancy. *Fertil Steril*. 2019; 112(1): 112-119. doi: 10.1016/j.fertnstert.2019.03.019.
2. Hendriks E, Rosenberg R, Prine L. Ectopic Pregnancy: Diagnosis and Management. *Am Fam Physician*. 2020; 101(10): 599-606.

Рисунок 3

Матка, плодместилище размерами 6 × 7 см, с истонченной стенкой и просвечивающим плодным яйцом

Figure 3

The uterus, the fecundity measuring 6 × 7 cm, with a thinned wall and a translucent fetal egg

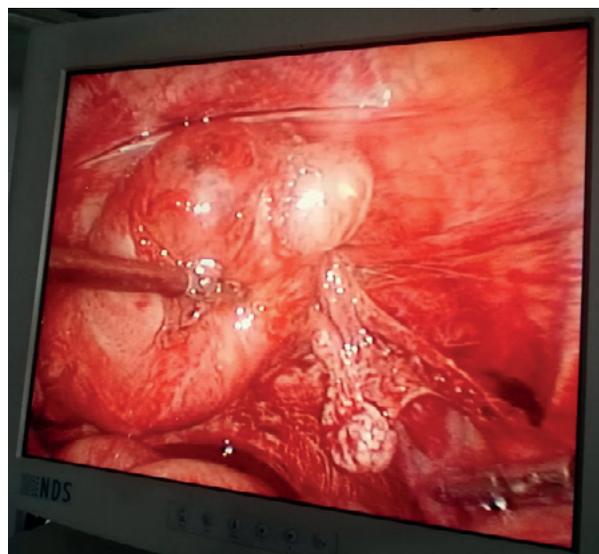


Рисунок 4

Матка, зона метропластики в правом углу

Figure 4

Uterus, metroplasty zone in the right corner



3. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins – Gynecology. ACOG Practice Bulletin N 193: Tubal Ectopic Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2018; 131(3): e91-e103. doi: 10.1097/AOG.0000000000002560.
4. Parker VL, Srinivas M. Non-tubal ectopic pregnancy. *Arch Gynecol Obstet.* 2016; 294(1): 19-27. doi: 10.1007/s00404-016-4069-y.
5. Elgina SI, Zakharov IS, Rudaeva EV. Reproductive health of women and features of eating behavior. *Fundamental and clinical medicine.* 2019; 4(3): 48-53. Russian (Елгина С.И., Захаров И.С., Рудаева Е.В. Репродуктивное здоровье женщин и особенности пищевого поведения //Фундаментальная и клиническая медицина. 2019. Т. 4, № 3. С. 48-53.)
6. Rudaeva EV, Mozes VG, Kashtalap VV, Zakharov IS, Yelgina SI, Rudaeva EG. Congenital heart disease and pregnancy. *Fundamental and Clinical Medicine.* 2019; 4(3): 102-112. Russian (Рудаева Е.В., Мозес В.Г., Кашталап В.В., Захаров И.С., Елгина С.И., Рудаева Е.Г. Врожденные пороки сердца и беременность //Фундаментальная и клиническая медицина. 2019. Т. 4, № 3. С. 102-112.)
7. Escobar-Padilla B, Perez-López CA, Martínez-Puon H. Factores de riesgo y características clínicas del embarazo ectópico [Risk factors and clinical features of ectopic pregnancy]. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2017; 55(3): 278-285.
8. Neveu ME, Carpmas P. Grossesse extra-utérine [Ectopic pregnancy]. *Rev Prat.* 2019; 69(4): e111-e115.
9. Zhang D, Shi W, Li C, Yuan JJ, Xia W, Xue RH, et al. Risk factors for recurrent ectopic pregnancy: a case-control study. *BJOG.* 2016; 123(Suppl 3): 82-89. doi: 10.1111/1471-0528.14011.
10. Zakharov IS, Moses VG, Fetishcheva LE, Rudaeva EV, Dodonov MV. Orphan forms of ectopic pregnancy. *Siberian Medical Review.* 2018; 3(111): 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(111). С. 105-108.)
11. Elgina SI, Zolotarevskaya OS, Zakharov IS, Moses VG, Rudaeva EV, Razumova VA, Kratovsky AYU. Cytological screening in the diagnosis of cervical cancer. *Mother and Baby in Kuzbass.* 2019; 3(78): 37-40. Russian (Елгина С.И., Золоторевская О.С., Захаров И.С., Мозес В.Г., Рудаева Е.В., Разумова В.А., Кратовский А.Ю. Цитологический скрининг в диагностике рака шейки матки //Мать и Дитя в Кузбассе. 2019. № 3(78). С. 37-40.)
12. Hsu JY, Chen L, Gumer AR, Tergas AI, Hou JY, Burke WM, et al. Disparities in the management of ectopic pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2017; 217(1): 49.e1-49.e10. doi: 10.1016/j.ajog.2017.03.001.
13. Islam A, Fawad A, Shah AA, Jadoon H, Sarwar I, Abbasi AU. Analysis of two years cases of ectopic pregnancy. *J Ayub Med Coll Abbottabad.* 2017; 29(1): 65-67.
14. Diagnosis and Management of Ectopic Pregnancy: Green-top Guideline N 21. *BJOG.* 2016; 123(13): e15-e55. doi: 10.1111/1471-0528.14189.
15. Shen Z, Liu C, Zhao L, Xu L, Peng B, Chen Z, et al. Minimally-invasive management of intramural ectopic pregnancy: an eight-case series and literature review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2020; 253: 180-186. doi: 10.1016/j.ejogrb.2020.08.021.
16. 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.
17. 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.
18. Brady PC. New Evidence to Guide Ectopic Pregnancy Diagnosis and Management. *Obstet Gynecol Surv.* 2017; 72(10): 618-625. doi: 10.1097/OGX.0000000000000492.
19. Mausner Geffen E, 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.

КОРРЕСПОНДЕНЦИЮ АДРЕСОВАТЬ:

ЕЛГИНА Светлана Ивановна

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

Тел: 8 (3842) 73-46-00 E-mail: elginas.i@mail.ru

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

INFORMATION ABOUT AUTHORS

КЕЛЛЕР Андрей Владимирович, зав. отделением ультразвуковой диагностики, ГАУЗ ККБСМП им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово, Россия. E-mail: andrej.keller.1990@mail.ru

KELLER Andrey Vladimirovich, head of the department of ultrasound diagnostics, Kuzbass Clinical Emergency Hospital named after M.A. Podgorbunsky, Kemerovo, Russia. E-mail: andrej.keller.1990@mail.ru

РЫБНИКОВ Сергей Валериевич, доктор мед. наук, зам. главного врача по гинекологии, ГАУЗ ККБСМП им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово, Россия. E-mail: rsvdok@mail.ru

RYBNIKOV Sergey Valerevich, doctor of medical sciences, deputy chief physician for gynecology, Kuzbass Clinical Emergency Hospital named after M.A. Podgorbunsky, Kemerovo, Russia. E-mail: rsvdok@mail.ru

ПАВЛЕНКО Владимир Вячеславович, доктор мед. наук, доцент, профессор кафедры госпитальной хирургии, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: pavlenkovv@mail.ru

PAVLENKO Vladimir Vyacheslavovich, doctor of medical sciences, docent, professor of the department of hospital surgery, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: pavlenkovv@mail.ru

ПАЧГИН Игорь Вадимович, канд. мед. наук, главный врач, ГАУЗ ККБСМП им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово, Россия. E-mail: rsvdok@mail.ru

PACHGIN Igor Vadimovich, candidate of medical sciences, chief physician, Kuzbass Clinical Emergency Hospital named after M.A. Podgorbunsky, Kemerovo, Russia. E-mail: rsvdok@mail.ru

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

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: rudaevae@mail.ru

КАРЕЛИНА Ольга Борисовна, канд. мед. наук, доцент, доцент кафедры акушерства и гинекологии им. Г.А. Ушаковой, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия.
E-mail: ivolga.karelina@mail.ru

МОЗЕС Вадим Гельевич, доктор мед. наук, доцент, профессор кафедры акушерства и гинекологии им. Г.А. Ушаковой, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия.
E-mail: vadimmoses@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

INFORMATION ABOUT AUTHORS

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

KARELINA Olga Borisovna, candidate of medical sciences, docent, docent of the G.A. Ushakova department of obstetrics and gynecology, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia.
E-mail: ivolga.karelina@mail.ru

MOSES Vadim Gelievich, doctor of medical sciences, docent, professor of the G.A. Ushakova department of obstetrics and gynecology, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia.
E-mail: vadimmoses@mail.ru

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