

**Информация для цитирования:**

Фетищева Л.Е., Петрич Л.Н., Елгина С.И., Рудаева Е. В., Мозес К.Б. ОВАРИАЛЬНАЯ ЭКТОПИЧЕСКАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ) // Медицина в Кузбассе. 2023. №4. С. 100-102.

**Фетищева Л.Е., Петрич Л.Н., Елгина С.И., Рудаева Е. В., Мозес К.Б.**

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



## ОВАРИАЛЬНАЯ ЭКТОПИЧЕСКАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Эктопическая беременность, к сожалению, является грозным диагнозом для пациентки, так как характеризуется развитием массивного кровотечения, которое может привести не только к утрате репродуктивной функции, но и к гибели пациентки. Частота редких форм эктопической беременности достигает 5-8,3 % из числа всех внематочных беременностей. Поэтому так актуальна ранняя диагностика таких форм беременности.

Представленный в статье случай редкой формы внематочной овариальной беременности, несомненно, представляет клинический интерес для акушеров-гинекологов.

**Ключевые слова:** внематочная овариальная беременность; диагностика; лечение

**Fetishcheva L.E., Petrich L.N., Elgina S.I., Rudaeva E.V., Moses K.B.**

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

### SPONTANEOUS OVARIAN HYPERSTIMULATION SYNDROME (CLINICAL CASE)

Ectopic pregnancy, unfortunately, is a formidable diagnosis for the patient, as it is characterized by the development of massive bleeding, which can lead not only to the loss of reproductive function, but also to the death of the patient. The frequency of rare forms of ectopic pregnancy reaches 5-8.3% of all ectopic pregnancies. Therefore, early diagnosis of such forms of pregnancy is so relevant.

The case of a rare form of ectopic ovarian pregnancy presented in the article is undoubtedly of clinical interest for obstetricians and gynecologists.

**Key words:** ectopic ovarian pregnancy; diagnosis; treatment

В России в 2017 году, согласно данным Росстата, внематочная беременность в структуре материнской смертности составила 8,1 %, а в 2018 году снизилась в 2 раза, составив 4,1 % [1].

Ранняя диагностика и своевременное лечение ВБ снижает показатель материнской смертности. Кроме того, ранняя диагностика позволяет использование малоинвазивных и органосохраняющих методов лечения [2-4].

Частота редких форм эктопической беременности достигает 5-8,3 % из числа всех внематочных беременностей, а течение характеризуется массивным кровотечением, нередко с фатальным исходом [2]. Эктопическая беременность, к сожалению, является грозным диагнозом для пациентки, так как характеризуется развитием массивного кровотечения, которое может привести не только к утрате репродуктивной функции, но и к гибели пациентки [5-7]. Поэтому так актуальна ранняя диагностика таких форм беременности [8, 9].

Представленный в статье случай редкой формы внематочной овариальной беременности, несомненно, представляет клинический интерес для акушеров-гинекологов.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

**Большая С., 37 лет**, находилась в ККБСМП им. М.А. Подгорбунского с диагнозом овариальная эктопическая беременность. Нами проведены своевременная диагностика и лапароскопическое хирургическое лечение внематочной беременности.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Пациентка С. бригадой скорой медицинской помощи (БСМП) доставлена в дежурный гинекологический стационар с жалобами на резкие боли в нижних отделах живота. Из анамнеза заболевания известно, что на фоне полного благополучия отметила резкие боли внизу живота, ранее такого состояния не отмечала, в связи с чем вызвала БСМП.

**Анамнез жизни:** соматически здорова, в 2007 году операция лапароскопия, цистэктомия по поводу опухоли яичника справа, 2022 год — холецистэктомия. Из акушерско-гинекологического анамнеза известно, что менструации с 14 лет, менструальная функция не нарушена, последняя менструация 3 недели назад, в срок как обычно. Беременностей 2, ро-

ды 1 (2010 год срочные роды в сроке 38 недель – 6/0), медицинский аборт – 1 (в раннем сроке без осложнений). Гинекологические заболевания отрицает.

**Объективно при поступлении:** Общее состояние удовлетворительное, нормотермия, гемодинамически стабильная. При осмотре живот мягкий, болезненный в гипогастрии, больше справа, со стороны других органов и систем без особенностей. Осмотрена вагинально: слизистая влагалища нормальной окраски, шейка матки цилиндрическая, не эрозирована. Наружный зев закрыт. Тело матки нормальных размеров, мышечной консистенции, подвижная, чувствительная при пальпации. Придатки с обеих сторон отчетливо не определяются, область пальпации болезненная справа. Выделения из половых путей светлые, слизистые.

Учитывая данные анамнеза, осмотра предварительно выставлен диагноз: Апоплексия яичника справа, болевая форма.

Назначено дообследование: УЗИ органов малого таза, клинический анализ крови, тест ХГЧ на беременность. С целью купирования болевого синдрома назначена инфузионно-спазмолитическая терапия.

**По результатам обследований:** тест ХГЧ на беременность положительный, по данным УЗИ ОМТ матка нормальных размеров, полость матки не расширена, не деформирована, эндометрий 8 мм. Левый яичник не визуализируется, правый яичник увеличен до 83 × 66 мм, в структуре жидкостное образование 56 × 50 мм, свободной жидкости в заднем своде нет. На фоне проводимой инфузионно-спазмолитической терапии болевой синдром полностью купировался, в общем состоянии отрицательной динамики не отмечает.

По результатам обследований выставлен *диагноз:* «Беременность раннего срока, неуточненной локализации, не исключается наличие эктопической беременности».

С пациенткой проведена беседа по поводу дальнейшей тактики ведения.

С целью исключения или подтверждения диагноза эктопическая беременность показано оперативное лечение в объеме диагностической лапароскопии. От каких-либо вмешательств пациентка на момент осмотра отказалась, госпитализирована в отделение гинекологии с целью динамического наблюдения. В ходе динамического наблюдения проводился контроль ХГЧ крови, УЗИ ОМТ, в общем состоянии отрицательной динамики не отмечалось, болевой синдром не повторялся.

ХГЧ крови в динамике 1488 ме/л, через 48 часов 2004,5 ме/л, по данным УЗИ ОМТ размеры матки 58 × 45 × 58 мм, полость матки не расширена, эндометрий до 15 мм, в структуре правого яичника жидкостное образование с множественными линейными перегородками 52 × 48 мм (фолликуляр-

ная киста?), рядом с ним жидкостное образование с неоднородным содержимым 19 × 23 мм. Размеры: 71 × 49 × 57 мм. Левый яичник без особенностей. Свободная жидкость в заднем своде толщиной 15 мм.

Учитывая рост ХГЧ в динамике, отсутствие плодного яйца в полости матки пациентке показано экстренное оперативное лечение в объеме диагностической лапароскопии. Согласие пациентки на операцию получено.

В ходе операции в малом тазу обнаружена жидкая гемолизированная кровь объемом 100 мл, аспирирована. Матка несколько увеличена в размерах, серозный покров не изменен. Левая маточная труба несколько извита, не расширена, ампулярный отдел свободный, фимбрии ярко-розового цвета. Левый яичник нормальных размеров, визуально не изменен. Правая маточная труба несколько извита, нормальных размеров, ампулярный конец свободен, фимбрины ярко-розового цвета. При надавливании на маточную трубу кровь и другой выпот не поступают. Правый яичник увеличен в размерах 7 × 5 см, на его поверхности определяется в нижнем полюсе включение с геморрагическим содержимым – желтое тело? плодное яйцо? без четко видимого разрыва. Органы брюшной полости визуально не изменены.

**Протокол операции:** Произведена резекция яичника в пределах здоровых тканей, биполярная коагуляция ложа образования, при достижении гемостаза отмечалась повышенная кровоточивость тканей яичника. Объем кровопотери во время операции 200 мл. Резецированная ткань яичника отправлена на гистологическое исследование.

**Послеоперационный диагноз:** Беременность неуточненной локализации. Подозрение на яичниковую беременность справа.

В послеоперационном периоде планируется контроль ХГЧ крови.

Послеоперационный период протекал без особенностей, отмечалось снижение ХГЧ крови в динамике 260,2 ме/л, 114,7 ме/л. Результат гистологического исследования: кровь, фибрин, ворсины хориона.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В представленной статье описан случай овариальной эктопической беременности со своевременной диагностикой и благоприятным исходом для женщины.

### 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. Clinical recommendations "Ectopic (ectopic) pregnancy". Approved by the Ministry of Health of the Russian Federation. 2021. Russian (Клинические рекомендации «Внематочная (эктопическая) беременность». Утверждены Минздравом РФ. 2021 г.) Режим доступа: [http://disuria.ru/\\_id/10/1092\\_kr21O00O08MZ.pdf](http://disuria.ru/_id/10/1092_kr21O00O08MZ.pdf)

- Gynecology. National leadership. /ed. G.M. Savelyeva, G.T. Sukhikh, I.B. Manukhina. Brief edition. M.: GEOTAR-Media, 2017. 704 p. Russian (Гинекология. Национальное руководство /под ред. Г.М. Савельева, Г.Т. Сухих, И.Б. Манухина. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. 704 с.)
- Lebedev VA, Shakhlamova MN, Davydov AI. Rare forms of ectopic pregnancy. *Difficult Patient*. 2016; 14(8-9): 13-18. Russian (Лебедев В.А., Шахламова М.Н., Давыдов А.И. Редкие формы эктопической беременности //Трудный пациент. 2016. Т. 14, № 8-9. С. 13-18.)
- Rybalka AN, Sulima AN, Romyantseva ZS, Beglitse DA, Simacheva SA, Anikin SS, Puchkina GA. Ectopic pregnancy. Simferopol: LLC "Elin'о", 2021. 160 p. Russian (Рыбалка А.Н., Сулима А.Н., Румянцева З.С., Беглицэ Д.А., Симачева С.А., Аникин С.С., Пучкина Г.А. Внематочная беременность. Симферополь: ООО «Элиньо», 2021. 160 с.)
- Aryutin DG, Varinova EK, Ordiyants IM, Damirova SFK, Tvaradze IE, Boon MG. Ovarian pregnancy: a clinical case. *Obstetrics and gynecology. News. Opinions. Training*. 2020; 8(3): 116-120. Russian (Арютин Д.Г., Баринаова Э.К., Ордиянц И.М., Дамирова С.Ф.К., Тварадзе И.Э., Бун М.Г. Яичниковая беременность: клинический случай //Акушерство и гинекология. Новости. Мнения. Обучение. 2020. Т. 8. № 3. С. 116-120.) DOI: 10.24411/2303-9698-2020-13919
- Ushakova GA, Elgina SI. Methodology and organization of prevention of violations of the formation of the reproductive system of girls. *Reproductive health of children and adolescents*. 2008; 6: 29-35. Russian (Ушакова Г.А., Елгина С.И. Методология и организация профилактики нарушений формирования репродуктивной системы девочек // Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2008. № 6. С. 29-35.)
- Alkatout I, Honemeyer U, Noé GK, Eckmann-Scholz C, Maass N, Elessawy M, Mettler L. Diagnostic and treatment modalities for all localizations of ectopic pregnancy. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*. 2017; 5(2): 82-89. DOI: 10.15296/ijwhr.2017.16
- Diagnosis and management of ectopic pregnancy (Green-top Guideline №. 21). RCOG/AEPU: Joint Guideline, 2016. 41 p.
- Elson CJ, Salim R, Potdar N, Chetty M, Ross JA, Kirk EJ. Diagnosis and management of ectopic pregnancy. *BJOG*. 2016; 123(13): e15-e55.

#### Сведения об авторах:

ФЕТИШЕВА Лариса Егоровна, кандидат медицинских наук, заведующая отделением гинекологии, ККБСМП им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово, Россия. E-mail: fetisova56tatyana@mail.ru

ПЕТРИЧ Любовь Никитична, кандидат медицинских наук, врач акушер-гинеколог, ККБСМП им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово, Россия. E-mail: petrchl@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

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

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

#### Information about authors:

FETISCHEVA Larisa Egorovna, candidate of medical sciences, head of the department of gynecology, Kuzbass Clinical Hospital of Emergency Medical Care named after M.A. Podgorbunsky, Kemerovo, Russia. E-mail: fetisova56tatyana@mail.ru

PETRICH Lyubov Nikitichna, candidate of medical sciences, obstetrician-gynecologist, Kuzbass Clinical Hospital of Emergency Medical Care named after M.A. Podgorbunsky, Kemerovo, Russia. E-mail: petrchl@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

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

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

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

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