



Случаи из практики / Cases from practice

© ЗАХАРОВ И. С., МОЗЕС В. Г., ФЕТИЩЕВА Л. Е., РУДАЕВА Е. В., ДОДОНОВ М. В.

УДК 618.12-007

DOI: 10.20333/2500136-2018-3-105-108

ОРФАННЫЕ ФОРМЫ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

И. С. Захаров¹, В. Г. Мозес¹, Л. Е. Фетищева², Е. В. Рудаева¹, М. В. Додонов¹

¹Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово 650029, Российская Федерация

²Областная клиническая больница скорой медицинской помощи им. М. А. Подгорбунского, Кемерово 650000, Российская Федерация

Резюме. В статье представлены случаи редких (орфанных) форм эктопического расположения плодного яйца – беременности в интерстициальном отделе маточной трубы и в рубце после операции кесарева сечения. Приводятся факторы риска, способствующие формированию внематочной беременности. Продемонстрирована сложность своевременной диагностики данных осложнений. Приведённые клинические случаи интересны как с научной, так и практической точки зрения. Учитывая тенденцию к увеличению распространённости факторов риска (рост частоты использования методов ВРТ, оперативного родоразрешения путём кесарева сечения), существует вероятность перехода редких форм эктопической беременности из разряда орфанных в категорию более частых патологий.

Ключевые слова: эктопическая (внематочная) беременность, орфанная (редкая) патология, интерстициальная беременность, беременность в рубце после кесарева сечения, факторы риска, трудности диагностики внематочной беременности.

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

Для цитирования: Захаров ИС, Мозес ВГ, Фетищева ЛЕ, Рудаева ЕВ, Додонов МВ. Орфанные формы внематочной беременности. *Сибирское медицинское обозрение.* 2018;(3): 105-108. DOI: 10.20333/2500136-2018-3-105-108

ORFANIC FORMS OF ECTOPIC PREGNANCY

I. S. Zakharov¹, V. G. Mozes¹, L. E. Fetischeva², E. V. Rudaeva¹, M. V. Dodonov¹

¹Kemerovo State Medical University, Kemerovo 650029, Russian Federation

²M. A. Podgorbunsky Regional Clinical Hospital of Emergency Medical Service, Kemerovo 650000, Russian Federation

Abstract. The article presents cases of rare (orphan) forms of ectopic location of fetal egg – pregnancy in interstitial fallopian tube and in the rumen after caesarean section. Risk factors that might lead to ectopic pregnancy are given. The complexity of timely diagnosis of these complications is demonstrated. The presented clinical cases are interesting both from scientific and practical point of view. Taking into account the tendency of increasing prevalence of risk factors (increased use of AFT methods, surgical delivery by caesarean section), there is a possibility for rare forms of ectopic pregnancy to transform to the category of more frequent pathologies.

Key words: ectopic (extra-uterine) pregnancy, orphan (rare) pathology, interstitial pregnancy, pregnancy in the rumen after cesarean section, risk factors, difficulties while diagnosing ectopic pregnancy.

Conflict of interest. The authors declare the absence of obvious and potential conflicts of interest associated with the publication of this article.

Citation: Zakharov IS, Mozes VG, Fetischeva LE, Rudaeva EV, Dodonov MV. Orfanic forms of ectopic pregnancy. *Siberian Medical Review.* 2018;(3): 105-108. DOI: 10.20333/2500136-2018-3-105-108

Атипичная локализация плодного яйца является одним из наиболее опасных осложнений гестационного периода. Частота эктопической беременности составляет около 1 %, при этом материнская смертность достигает 7 % [1, 2]. Среди вариантов внематочной беременности чаще всего встречается трубная ампулярная локализация (до 95 % всех случаев). Более редкие формы – интерстициальная, брюшная, яичниковая, шеечная, гетеротопическая беременности, а также возникшая в рубце после операции кесарева сечения [3–5].

К 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 [6–9]. Повторные случаи

эктопической беременности встречаются в 7,5–22,0 % случаев, а у 36,0–80,0 % пациенток возникает вторичное бесплодие [10]. В свою очередь использование методов вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) также приводит к увеличению вероятности атипичной локализации плодного яйца. Так, у 27 % женщин, перенесших сальпингоэктомию с последующим применением ВРТ, беременность располагалась в маточном углу [11, 12]. По данным литературы, в ранние гестационные сроки эмбрион нередко находится в интерстициальном отделе, однако затем следует его миграция в полость матки и только в редких случаях правильной локализации не происходит, а развивается внематочная беременность [3]. Заслуживает внимания тот факт, что указанный вариант эктопической беременности может прогрессировать вплоть до второго триместра. В кли-

ническом плане прогрессирующая интерстициальная беременность может себя никак не проявлять вплоть до момента её прерывания. Данное осложнение гестационного периода представляет большую опасность, так как плодное яйцо окружено не стенкой маточной трубы, а миометрием. В связи с этим разрыв плододвместилища возникает вследствие прорастания ворсин хориона в миометрий, это в свою очередь ведёт к разрыву маточного угла и профузному кровотечению.

Ниже описан клинический случай течения интерстициальной беременности, возникшей вследствие экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) и достигшей гестационного срока 20 недель.

Клинический случай интерстициальной беременности

Беременная З., 35 лет состояла на учёте в женской консультации г. Кемерово по поводу индуцированной беременности. Данная беременность явилась третьей и возникла с использованием ЭКО. В 2007 и 2014 гг. у пациентки были трубные беременности, в связи этим проводились сальпингэктомии. Женщина страдала хроническим пиелонефритом, имелось ожирение 2 ст., в 2007 году перенесла сифилис.

В эмбриональном периоде в матке находилось два эмбриона, но в сроке 7 недель произошла гибель одного из них. В 8 недель высказано предположение о локализации жизнеспособного эмбриона в интерстициальном отделе маточной трубы. Однако при проведении первого ультразвукового скрининга подозрение на внематочную локализацию беременности было отвергнуто. Выполнение второго УЗ-скрининга в сроке 20 недель отклонений в развитии плода не определило, было отмечено, что из-за выраженного подкожно-жирового слоя женщины визуализация затруднена.

30 октября 2016 беременная поступила в ГАУЗ КО «Областная клиническая больница скорой медицинской помощи им. М. А. Подгорбунского» г. Кемерово с жалобами на боли в области живота, кровянистые выделения из половых путей. По данным ультразвукового исследования органов брюшной полости выявлен холецистолитиаз.

В связи с наличием признаков «острого живота», проводилась дифференциальная диагностика начавшегося позднего выкидыша с хирургической патологией (острым панкреатитом, калькулёзным холециститом). С целью уточнения диагноза выполнена диагностическая видеолапароскопия. При этом было выявлено: в брюшной полости большое количество свободной крови со сгустками, в малом тазу – выраженный спаечный процесс. Учитывая наличие внутрибрюшного кровотечения, для уточнения его источника сделано расширение операции до лапаротомии.

Интраоперационно обнаружено следующее (рис. 1): справа в области маточного угла, захватив часть правого ребра, дна и передней стенки матки, определялось синюшно-багровое образование округлой формы, мягковатой консистенции, размерами 20*15*20 см. Стенки данного образования были истончены. Через них легко определялись мелкие части плода. Правые придатки и левая маточная труба отсутствовали

(удалены ранее). В месте разрыва, определялся плодный пузырь, после вскрытия которого и извлечения плода, стало хорошо визуализироваться тело матки, отклонённое влево плододвместилищем. При этом размеры тела матки соответствовали 7–8 неделям условного срока беременности. Было выполнено удаление сегмента матки, где располагалось плододвместилище. Стенки органа ушиты. Общая кровопотеря составила 2500 мл. В послеоперационном периоде проводилась гемотрансфузионная терапия в адекватном объёме.



Рисунок 1. Плододвместилище интерстициальной беременности, извлечённое из операционной раны.

Figure 1. Uterus of interstitial pregnancy, extracted from operative wound.

При патоморфологическом исследовании материала были обнаружены элементы маточной трубы. Данное обстоятельство явилось подтверждением предположения о локализации плодного яйца в области интерстициального отдела маточной трубы.

Приведённый клинический случай атипичного расположения плода в интерстициальном отделе маточной трубы, при котором беременность прогрессировала вплоть до 20 недель беременности, является достаточно редким осложнением гестационного периода. Возможно, ключевую роль сыграл фактор проведения ЭКО. Затруднения при своевременной постановке диагноза были связаны с отсутствием чёткой визуализации при ультразвуковом исследовании. Кроме того, заслуживает внимания неоднозначность клинической картины прерывания беременности, которая была замаскирована под хирургическую патологию, что создало определённые сложности при проведении дифференциальной диагностики.

Клинический случай беременности в рубце

Другой редкой формой эктопического расположения плодного яйца является беременность, возникшая в рубце после проведённого кесарева сечения. Важной проблемой современного акушерства является рост частоты кесарева сечения. Согласно клиническим рекомендациям 2017 года, утверждённым Российским обществом акушеров-гинекологов, беременность в рубце была включена в официальную классификацию, используемую в нашей стране [5].

Судить о частоте расположения беременности в рубце сложно, в связи с тем, что данный вид атипичной имплантации эмбриона на практике встречается нечасто. Публикации, касающиеся данной орфанной патологии, главным образом ограничиваются описанием клинических случаев [13, 14].

Учитывая, что работы, демонстрирующие особенности течения беременности, локализованной в рубце после кесарева сечения, немногочисленны, ниже приведён клинический случай течения данной аномалии.

Беременная К., 33 лет 26 сентября 2017 г. в 17:55 поступила в ГАУЗ КО «Областная клиническая больница скорой медицинской помощи им. М. А. Подгорбунского», предъявляя жалобы на боли внизу живота. По данным анамнеза: 20 августа 2017 г. отмечались менструалоподобные выделения, при этом уровень ХГЧ составил 199 МЕ/л. Учитывая подозрение на эктопическую беременность, была проведена диагностическая лапароскопия, однако данных за атипичное расположение плодного яйца не выявлено. Сделано заключение о нарушении менструального цикла.

С 25 сентября 2017 стали беспокоить боли внизу живота, уровень ХГЧ – 439 МЕ/л.

Ранее женщина перенесла 1 медицинский аборт и 5 самопроизвольных выкидышей. В 2008 г. произошли срочные оперативные роды путём операции кесарева сечения (показанием для операции явилась миоопия высокой степени).

Объективно при поступлении общее состояние было удовлетворительное, кожные покровы имели бледно-розовую окраску. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

При выполнении бимануального исследования тело матки имело нормальные размеры, было подвижное, безболезненное при пальпации. Придатки с обеих сторон не пальпировались, безболезненные. Своды свободные. Выделения без особенностей.

В 18:15 выполнено ультразвуковое исследование. По результатам УЗИ матка была нормальных размеров, полость не расширена, не деформирована, справа от матки визуализировалось округлое анэхогенное образование с чёткими ровными контурами диаметром до 10 мм; небольшое количество свободной жидкости в заднем своде.

Учитывая подозрение на внематочную беременность, была выполнена экстренная диагностическая лапароскопия. В брюшной полости обнаружена тёмная кровь со сгустками; при этом матка имела нормальные размеры. В нижней трети передней стенки матки, ближе к правому ребру – плоскостные спайки, между ко-

торыми сгустки крови. Вслед за разъединением спаек и удалением сгустков, стала видна ткань, которая исходила из дефекта в области рубца, по внешним признакам напоминающая хорион, исходящая из дефекта в области рубца (рис. 2). Яичники с обеих сторон имели нормальные размеры, визуально не изменены. Маточные трубы были нормальных размеров, несколько извиты, ампулярные отделы свободные, отделяемого не было. При панорамном осмотре органы брюшной полости не изменены. Иных источников кровотечения не выявлено. Учитывая полученные данные лапароскопии было принято решение о лапаротомии. Спайки в пузырно-маточном пространстве рассечены, вскрыта пузырно-маточная складка справа до 5 см, под серозным слоем располагалось плодное яйцо, имело место частичная инвазия в миометрий. Ткань плодного яйца была вылушена, края миометрия иссечены, матка ушита двурядным швом.



Рисунок 2. Внематочная беременность, локализованная в области рубца после кесарева сечения.

Figure 2. Ectopic pregnancy, localized in the scar area after cesarean section.

По данным патолого-гистологического исследования, определены элементы плодного яйца, что явилось подтверждением эктопической беременности. Вероятно, ключевую роль в патогенезе данного осложнения гестации сыграла изменённая ткань матки, где и произошла имплантация.

Заключение

Приведённые клинические случаи эктопического расположения беременности интересны как с научной, так и практической точки зрения.

Учитывая тенденцию к увеличению распространённости факторов риска – рост частоты использования методов ВРТ, оперативного родоразрешения

путём кесарева сечения существует вероятность перехода редких форм эктопической беременности из ряда орфанных в категорию более частых патологий.

Литература/ References

1. Стрижаков АН, Давыдов АИ, Шахламова МН, Белоцерковцева ЛД. Внематочная беременность. М.: Медицина; 2001. 215 с. [Strizhakov AN, Davydov AI, Shakhlamova MN, Belotserkovtseva LD. Ectopic pregnancy. Moscow: Medicine; 2001. 215 p. (in Russian)]
2. Гуриев ТД, Сидорова ИС. Внематочная беременность. М.: Практическая медицина, 2007. 96 с. [Guriev TD, Sidorova IS. Ectopic pregnancy. Moscow: Practical medicine; 2007. 96 p. (in Russian)]
3. Хачкурузов СГ. Ультразвуковая диагностика внематочной беременности. М.: МЕДпресс-информ; 2009. 448 с. [Khachkuruzov SG. Ultrasound diagnosis of ectopic pregnancy. Moscow: MEDpress-inform; 2009. 448 p. (in Russian)]
4. Фетищева ЛЕ, Захаров ИС, Ушакова ГА, Мозес ВГ. Интерстициальная беременность – трудности диагностики. *Мать и дитя в Кузбассе*. 2017; (2): 55-8. [Fetishcheva LE, Zakharov IS, Ushakova GA, Mozes VG. Interstitial pregnancy – the difficulties of diagnosis. *Mother and Baby in Kuzbass*. 2017; (2): 55-8. (in Russian)]
5. Клинические рекомендации (протокол лечения): Внематочная (эктопическая беременность), утверждённые Российским обществом акушеров-гинекологов и согласованные с Минздравом России от 06.07.2017 г. № 15-4/10/2-729. [Clinical recommendations (protocol of treatment): Ectopic (ectopic pregnancy), approved by the Russian Society of Obstetricians and Gynecologists and coordinated with the Ministry of Health of 06.07.2017. № 15-4/10/2-729. (in Russian)]
6. Уткин ЕВ, Кулавский ВА. Воспалительные заболевания органов малого таза у женщин. М.; 2015. 112 с. [Utkin YeV, Kulavskiy VA. Inflammatory diseases of the pelvic organs in women. Moscow; 2015. 112 p. (in Russian)]
7. Беженарь ВФ, Айламазян ЭК, Байлюк ЕН, Цыпурдеева АА. Этиология, патогенез и профилактика спайкообразования при операциях на органах малого таза. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2011; (2): 90-100. [Bezhenar VF, Aylamazyan EK, Baylyuk EN, Tsyurdeeva AA. Etiology, pathogenesis and prevention of adhesion during operations on pelvic organs. *Russian Bulletin of Obstetrician-Gynecologist*. 2011; (2): 90-100. (in Russian)]
8. Адамян ЛВ, Козаченко АВ, Кондратович ЛМ. Спаечный процесс в брюшной полости: история изучения, классификация, патогенез (Обзор литературы). *Проблемы репродукции*. 2013; (6): 7-13. [Adamyan LV, Kozachenko AV, Kondratovich LM. Adhesive process in the abdominal cavity: history of study, classification, pathogenesis (Review of literature). *Russian Journal of Human Reproduction*. 2013; (6): 7-13. (in Russian)]
9. Захаров ИС, Ушакова ГА, Демьянова ТН, Болотова СН, Фетищева ЛЕ, Петрич ЛН, Додонова ГХ. Спаечная болезнь органов малого таза: современные возможности профилактики. *Consilium Medicum*. 2016; 18(6): 71-3. [Zakharov IS, Ushakova GA, Dem'yanova TN, Bolotova SN, Fetisheva LE, Petrich LN, Dodonova GKH. Adhesive disease of the pelvic organs: modern prevention opportunities. *Consilium Medicum*. 2016; 18(6): 71-3. (in Russian)]

ova GKH. Adhesive disease of the pelvic organs: modern prevention opportunities. *Consilium Medicum*. 2016; 18(6): 71-3. (in Russian)]

10. Голота ВЯ, Мартинова ЛІ. Поширеність поза-маткової вагітності в сучасних умовах. *Педіатрія, акушерство та гінекологія*. 2001; (6): 106-8. [Holota VYa, Martynova LI. Prevalence of ectopic pregnancy in modern conditions. *Pediatrics, akusherstvo ta hinekolohiya*. 2001; (6): 106-8. (in Ukrainian)]

11. Іванюта ЛІ, Барнаш АМ. Ефективність застосування лапароскопії в обстеженні та лікуванні жінок з поєднанням ендометріозу та трубно-перитонеальної форми неплідності. *Здоров'я жінчини*. 2004; 3(19): 126-9. [Ivanyuta LI, Barnash AM. Efficiency of the use of laparoscopy in the examination and treatment of women with a combination of endometriosis and tube-peritoneal infertility. *Zdorov'e zhenshchyny*. 2004; 3(19): 126-9. (in Ukrainian)]

12. Аникин СС, Лившиц ІВ, Рыбалка АН. Этиопатогенез трубной беременности и ее влияние на репродуктивное здоровье женщин. *Крымский журнал экспериментальной и клинической медицины*. 2012; 2(3-4): 4-9. [Anikin SS, Livshits IV, Rybalka AN. Etiopathogenesis of tubal pregnancy and its impact on women's reproductive health. *Crimea Journal of Experimental and Clinical Medicine*. 2012; 2(3-4): 4-9. (in Russian)]

13. He F, Li JQ, Tang XL, Lin Y, Su CH, Chen DJ. Expectant management of 11 cases of cesarean scar pregnancy. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi*. 2017; 52(9): 594-9. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0529-567X.2017.09.004

14. Caserta NMG, Bacha AM, Grassioto OR. Cesarean scar ectopic pregnancy: invasion of the bladder wall detected by magnetic resonance imaging. *The Journal Radiologia Brasileira*. 2017; 50(3): 197-8. DOI: 10.1590/0100-3984.2014.1855

Сведения об авторах

Захаров Игорь Сергеевич, д.м.н., профессор, Кемеровский государственный медицинский университет; адрес: Российская Федерация, 650029, г. Кемерово, ул. Ворошилова, 22а; тел.: +7(3842)465177; e-mail: isza@mail.ru

Мозес Вадим Гельевич, д.м.н., профессор, Кемеровский государственный медицинский университет; адрес: Российская Федерация, 650029, г. Кемерово, ул. Ворошилова, 22а; тел.: +7(3842)465177; e-mail: vadimmoses@mail.ru

Фетищева Лариса Егоровна, врач отделения гинекологии, Областная клиническая больница скорой медицинской помощи им. М. А. Подгорбунского; адрес: Российская Федерация, 650000, г. Кемерово, ул. Николая Островского, д. 22; тел.: +7(3842)465081

Рудаева Елена Владимировна, к.м.н., доцент, Кемеровский государственный медицинский университет; адрес: Российская Федерация, 650029, г. Кемерово, ул. Ворошилова, 22а; тел.: +7(3842)465177

Додонов Максим Владимирович, к.б.н., доцент, Кемеровский государственный медицинский университет; адрес: Российская Федерация, 650029, г. Кемерово, ул. Ворошилова, 22а; тел.: +7(3842)465177

Author information

Igor S. Zakharov, Dr.Med.Sci., Professor, Kemerovo State Medical University; Address: 22a, Voroshilov Str., Kemerovo, Russian Federation 650029; Phone: +7(3842)465177; e-mail: isza@mail.ru

Vadim G. Mozes, Dr.Med.Sci., Professor, Kemerovo State Medical University; Address: 22a, Voroshilov Str., Kemerovo, Russian Federation 650029; Phone: +7(3842)465177; e-mail: vadimmoses@mail.ru

Larisa E. Fetisheva, doctor of gynecology department, M. A. Podgorbunsky Regional Clinical Hospital of Emergency Medical Service; Address: 22, Nikolay Ostrovsky Str., Kemerovo, Russian Federation 650000; Phone: +7(3842)465081

Elena V. Rudaeva, Cand. Med. Sci., Associate Professor, Kemerovo State Medical University; Address: 22a, Voroshilov Str., Kemerovo, Russian Federation 650029; Phone: +7(3842)465177

Maxim V. Dodonov, Cand. Biol. Sci., Associate Professor, Kemerovo State Medical University; Address: 22a, Voroshilov Str., Kemerovo, Russian Federation 650029; Phone: +7(3842)465177

Поступила 28.01.2018 г.

Принята к печати 05.04.2018 г.

Received 28 January 2018

Accepted 05 April 2018