

УДК 618.31-07-08

Л.Д. ЭГАМБЕРДИЕВА¹, Н.И. ТУХВАТШИНА², Г.Ф. АХМЕТШИНА¹¹Казанский государственный медицинский университет, 420012, г. Казань, ул. Бутлерова, д. 49²Республиканская клиническая больница МЗ РТ, 420064, г. Казань, Оренбургский тракт, д. 138

Современные методы диагностики и лечения эктопической беременности. Клиническое наблюдение

Эгамбердиева Люция Дмухтасибовна — доцент кафедры акушерства и гинекологии № 1, тел. +7-904-765-22-62, e-mail: lutsia1@yandex.ru**Тухватшина Наиля Иршатовна** — заведующая гинекологическим отделением, тел. +7-903-313-71-78, e-mail: tuxvatshina@bk.ru**Ахметшина Гузель Фаридовна** — врач-интерн, тел. +7-987-003-89-33, e-mail: GuzelFaridovna@mail.ru

Эктопическая беременность является серьезной гинекологической проблемой, поскольку представляет собой угрозу здоровью и жизни женщины. В статье представлены вопросы современной диагностики и лечения внематочной беременности, возможности органосохраняющих операций. Проведен ретроспективный анализ 288 историй болезни пациенток с эктопической беременностью. Приведена демонстрация клинического случая внематочной беременности в интерстициальном отделе маточной трубы.

Ключевые слова: внематочная беременность, интерстициальный отдел маточной трубы, эмболизация маточных артерий.

L.D. EGAMBERDIEVA¹, N.I. TUKHVATSHINA², G.F. AKHMETSHINA¹¹Kazan State Medical University, 49 Butlerov St., Kazan, Russian Federation, 420012²Republican Clinical Hospital of the MH of RT, 138 Orenburgskiy Trakt, Kazan, Russian Federation, 420064

Modern methods of diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. Clinical observation

Egamberdieva L.D. — Associate Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology № 1, tel. +7-904-765-22-62, e-mail: lutsia1@yandex.ru**Tuhvatshina N.I.** — Head of the Gynecology Department, tel. +7-903-313-71-78, e-mail: tuxvatshina@bk.ru**Ahmetshina G.F.** — doctor-intern, tel. +7-987-003-89-33, e-mail: GuzelFaridovna@mail.ru

Ectopic pregnancy is a serious gynecological problem as a threat to the health and lives of women. This article describes the topical issues of modern diagnosis and treatment of ectopic pregnancy, opportunities organ saving operations. A retrospective analysis of 288 case histories of patients with ectopic pregnancy. We have demonstrated the clinical case of ectopic pregnancy in the interstitial department of the fallopian tube.

Key words: ectopic pregnancy, interstitial compartment of the fallopian tube, uterine artery embolization.

Внематочная беременность несет в себе непосредственную опасность для жизни пациентки и до настоящего времени является одной из основных проблем акушерства и гинекологии. Данные литературы последних лет говорят о наличии стойкой тенденции к увеличению частоты внематочной беременности (ВБ). Несмотря на большие диагностические и лечебные возможности, внематочная беременность представляет угрозу здоровью и жизни женщины, являясь одной из ведущих причин материнской смертности [1]. По данным Государственного статистического комитета РФ, летальность при внематочной беременности в структуре материнской смертности составляет 4-7%. В России частота смертельных исходов при эктопической беременности (ЭБ) в 3 раза выше, чем в США, и в 2-3 раза выше, чем в странах Европы. Различия

в статистике внематочной беременности России и США объясняются соотношением родов и аборт в этих странах. Рост частоты ВБ также связан с ростом воспалительных заболеваний женских половых органов, особенно гонорейной и хламидийной этиологии, введением программы экстракорпорального оплодотворения *in vitro* [2].

В последнее время как в отечественных, так и зарубежных литературных источниках, появляются сообщения о редких формах внематочной беременности. В работах ученых подчеркивается, что внедрение новых, более совершенных методов диагностики и лечения, а также широкое распространение консервативно-пластических операций на маточных трубах, сочетается с ростом частоты ВБ. Актуальность изучаемой проблемы обусловлена и тем, что эктопическая беременность является



одной из основных причин бесплодия трубно-перитонеального генеза. Согласно отечественным и зарубежным источникам, более 50-80% больных после хирургического лечения ВБ в дальнейшем страдают бесплодием, а частота повторных ЭБ составляет от 2 до 30%. Удаление даже одной маточной трубы в 70-80% наблюдений обуславливает развитие вторичного бесплодия, эндокринных расстройств, повышает риск возникновения ВБ в оставшейся маточной трубе, а также ведет к развитию послеоперационного спаечного процесса, что еще больше ухудшает перспективы дальнейшего наступления маточной беременности [3].

Тубэктомия до сих пор остается наиболее частой хирургической операцией при ВМ, приводящая к многим проблемам, в том числе социальным. Поэтому большое внимание и интерес вызывают вопросы ранней диагностики, возможности проведения максимально щадящих, органосохраняющих операций на маточных трубах, а правильные реабилитационные мероприятия после оперативного вмешательства определяют успех в снижении смертности среди женщин с ВБ и эффективности восстановления репродуктивной функции пациенток [5, 6].

Цель работы — оптимизация методов диагностики и лечения больных с внематочной беременностью.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ 288 историй болезни пациенток, наблюдавшихся в гинекологическом отделении РКБ г. Казани за период с 2013 по 2014 г. по поводу внематочной беременности. Возраст пациенток варьировал от 18 до 40 лет. Возраст менархе колебался от 11 до 17 лет, но у большинства женщин менархе приходилось на 12-13 лет — 138 пациенток (47,9%) и 14-15 лет — 109 пациенток (37,8%). Менструальный цикл установился сразу у 259 женщин (89,3%), через 1-1,5 года у 20 (6,9%) и не установился до настоящего времени у 9 пациенток (3,1%). Репродуктивная функция женщин с ВБ: 31,6% женщин не имели беременности ранее, остальные 68,4% были повторно беременными. Раннее начало половой жизни было отмечено у 22,9% (66 женщин), 73 женщины (25,3%) имели несколько половых партнеров. До наступления внематочной беременности в анамнезе роды были у 144 женщин (50%), из них по одному ребенку родили 110 женщин (38,1%), по 2 и более ребенка имели 34 женщины (11,8%). Выкидыши зарегистрированы у 15 женщин (5,2%). Аборты в анамнезе были у 173 женщин (60,0%). По 1 аборту было у 83 женщин (28,8%), по 2-3 аборта у 62 женщин (21,5%), по 4-5 аборта у 20 женщин (6,9%), более 6 абортов было у 8 женщин (2,7%). Выявление повторной внематочной беременности в противоположной трубе отмечено у 62 женщин (21,5%). Гинекологические заболевания в анамнезе были у 79,8% женщин. Основными жалобами при поступлении в клинику были: кровянистые выделения, задержка менструации у 259 (89,3%), боли внизу живота у 110 (38,1%). Экстренно (с разрывом трубы) поступили 4 женщины (1,3%).

При поступлении в клинику, кроме общеклинических, всем (288) проводили исследование крови на содержание бета-субъединицы хорионического гонадотропина (ХГЧ) в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа [4]. Всем осуществ-

лялось ультразвуковое исследование органов малого таза и брюшной полости на ультразвуковом аппарате Philips HD 15 в режиме реального времени по стандартной общепринятой методике. У всех 288 пациенток определялся положительный бета-субъединицы хорионического гонадотропин в пределах от 30 до 1500 ММЕ/мл. УЗИ органов малого таза позволяло исключить маточную беременность у всех 288 пациенток. Установление диагноза и принятие дальнейшего тактического решения проходило в течение 2 суток с момента поступления в клинику пациенток, подвергшихся оперативному лечению. Предоперационный период пациента составлял от 30 минут до 2 суток.

Результаты

Объем хирургического вмешательства определялся исходя из локализации трубной беременности, возраста пациентки и характера реализации репродуктивной функции. Тубэктомия произведена 72 (25%) оперированным, туботомия — 194 (67,3%), резекция угла матки — 2 (0,69%), эмболизация маточных артерий — 20 (6,9%) [7, 8]. Интраоперационно плодное яйцо локализовалось ампулярно у 215 (74,6%), в истмическом отделе трубы — у 66 (22,9%), интрамурально — у 3 (1,04%), фимбриально — у 4 (1,38%).

Несмотря на выполнение «золотого» стандарта диагностики (исследование бета-субъединицы хорионического гонадотропина в сыворотке крови и ультразвуковое исследование органов малого таза и брюшной полости), остаются сложности в вопросе диагностики и лечения внематочной беременности в интерстициальном отделе маточной трубы.

Пациентка Б., 32 года, поступила в гинекологическое отделение РКБ 14.01.2015 г. с жалобами на тянущие боли внизу живота и темные мажущие кровянистые выделения из половых путей. Менархе с 13 лет, менструации установились сразу, по 5 дней, через 30 дней, регулярные, безболезненные, умеренные. Последние нормальные месячные в октябре 2014 г. Беременностей всего — 3, самопроизвольных родов — 1, самопроизвольных абортов — 1 (на сроке 5-6 недель). Настоящая беременность — 3-я. Половая жизнь с 19 лет. Боли при coitus — нет, контактных кровотечений — нет. Не предохраняется.

Анамнез заболевания: 05.12.14 установлен диагноз: маточная беременность раннего срока. 05.12.14 — вакуум-аспирация на сроке 5 недель (4-кратные попытки безуспешны, хорион не получен). В связи с этим 05.12.14 проведено выскабливание полости матки в условиях гинекологического отделения. Однако процедура контроля ультразвукового исследования не проведена. 8.12.14 — безуспешное повторное выскабливание полости матки, по УЗИ от 08.12.14 — плодное яйцо сохраняется. 08.12.14 решено провести лапароскопическую операцию: вскрытие маточного угла слева, вакуум-аспирация плодного яйца, коагуляция, наложение клипс на область маточного угла. Интраоперационно: плодное яйцо локализовано в трубном левом углу матки с переходом в интерстициальный отдел.

Диагноз при поступлении: Состояние после операции по поводу эктопической беременности. Персистенция плодного яйца? Женщина настаивает на органосохраняющем лечении. Проведено ультразвуковое исследование органов малого таза и исследование крови на содержание бета-субъеди-

ницы хорионического гонадотропина. УЗИ малого таза от 15.01.2015: Тело матки 57х40х58 мм. В левом углу матки опухолевидное образование d — 38 мм, с интенсивным перитрофобластическим кровотоком, большими лакунами, с мощными спиралевидным кровотоком, с инвазией до серозной оболочки, по структуре беременность в интерстициальном отделе левой трубы, с прорастанием в окружающий миометрий, с образованием сосудистой мальформации. Миометрий: В перешейке сзади интерстициальный узелок d — 8 мм, с интенсивным кровотоком по периферии. Эндометрий: толщина 1,2 мм, тонкий. Полость матки не расширена. Длина шейки 29 мм. Правый яичник: без особенностей. Левый яичник: В нем желтое тело d — 15 мм, с хорошим кровотоком. Бета-субъединица хорионического гонадотропина от 15.01.15: 366 Мме/мл.

С учетом анамнеза, сохранения интенсивного перитрофобластического кровотока и локализации беременности, решено провести эмболизацию маточных артерий с целью эмболизации хориона, решить вопрос об эндоартериальном введении метотрексата по результату бета-субъединицы хорионического гонадотропина. По решению консилиума проведено органосохраняющее лечение 16.01.2015: эмболизация маточных артерий с внутриаартериальным введением метотрексата (25 мг).

Клинико-лабораторные данные в динамике:

— бета-субъединица хорионического гонадотропина от 16.01.15: 272 Мме/мл;

— бета-субъединица хорионического гонадотропина от 20.01.15: 81,1 Мме/мл;

— ультразвуковое исследование малого таза от 20.01.2015: плодное яйцо в интерстициальном отделе левой маточной трубы 19х15 мм, уменьшилось, кровоток в нем не определяется, кровоток в миометрии восстановился полностью. Эндометрий: толщина 2 мм, тонкий. Полость матки не расширена;

— ультразвуковое исследование малого таза от 22.03.15: данные те же.

Выписана под наблюдение врача акушера-гинеколога по месту жительства.

Выводы

Клиническая картина внематочной беременности является многообразной. Некоторые непростые случаи, такие как локализация беременности в атипичных, «трудных» местах, требуют проведения диагностических и лечебных манипуляций в многопрофильных больницах. Факторами риска остаются позднее менархе, раннее начало половой жизни, частая смена половых партнеров, нерегулярный менструальный цикл, аборт и гинекологические заболевания в анамнезе, а также другие оперативные вмешательства.

Основными этапами диагностики пациенток с трубной беременностью остаются анамнез, общеклинические исследования, ультразвуковое исследование на оборудовании высокого класса и определение уровня хорионического гонадотропина в крови. Это позволяет определить дальнейшую тактику и объем адекватного оперативного вмешательства. Рациональная диагностика и лечение эктопической беременности с локализацией в шеечном, интрамуральном и других «трудных» отделах возможно в условиях многопрофильного лечебного учреждения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Специальный выпуск: Технологии XXI века в гинекологии. 2008. — С. 32-33.
2. Уорли К.С., Гнат М.Д., Каннингем F.G. Внематочная беременность: диагностические и терапевтические проблемы // Американский журнал акушеров-гинекологов. — 2008. — С. 297.
3. Бани Одех Е.Ю. Репродуктивное здоровье пациенток после хирургического лечения трубной беременности: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2003. — 114 с.
4. Гаспаров А.С., Хилькевич Е.Г., Векилян О.М. Современные методы диагностики внематочной беременности // Проблемы репродукции.
5. Ян С.М., Мок К.М. Лапароскопическая диагностика редких видов внематочной беременности // Hong Kong Medical Journal. — 2010. — Vol. 2. — С. 132-136.
6. Адамян Л.В., Зурабиани З.Р., Козаченко А.В. и др. Современные подходы к хирургическому лечению внематочной беременности // Эндоскопия в диагностике, лечении и мониторинге женских болезней. Сборник научных трудов. — 2000. — С. 533-556.
7. Ю В., Дуглас Н.З., Guarnaccia М.М. и другие. Эмболизация маточных артерий // Архив Gynecol. Obstet. — 2014.
8. Капранов С.А., Бреусенко В.Г., Доброхотова Ю.Э. и др. Эмболизация маточных артерий: современный взгляд на проблему // Диагностическая и интервенционная радиология. — 2007. — Т. 1, №1. — С. 72-86.