

НАРУШЕННАЯ ПЕРВИЧНАЯ БРЮШНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Лялина Е.А.*¹, кандидат медицинских наук,
Керимкулова Н.В.¹, кандидат медицинских наук,
Ратманов М.А.²

¹ Кафедра акушерства, гинекологии и неонатологии ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава», 153012, Иваново, Ф. Энгельса, 8

² МУЗ «Городская клиническая больница № 8 г. Иваново», 153040, Иваново, Станкостроителей, 4

Ключевые слова: эктопическая беременность, брюшная беременность, внутрибрюшное кровотечение.

* Ответственный за переписку (corresponding author): e-mail: aprel91@mail.ru.

Опыт практической деятельности акушера-гинеколога свидетельствует о том, что наибольшие сложности для врача представляют клинические ситуации, требующие неотложной помощи больным. Правильно и своевременно оказанная, рационально спланированная и проведенная щадящими методами экстренная помощь способна не только спасти жизнь больной, но и сохранить её репродуктивную функцию.

В ургентной гинекологии внутренние кровотечения в первую очередь обусловлены нарушением внематочной беременности.

Во второй половине XX столетия во всём мире наметилась стойкая тенденция к возрастанию частоты внематочной беременности. За последнее десятилетие количество случаев эктопической беременности увеличилось почти втрое. Согласно результатам мировой статистики, в настоящее время около 1% всех беременностей – внематочные [1, 4, 5].

Увеличение частоты эктопической беременности обусловлено следующими факторами:

- неуклонным ростом числа воспалительных заболеваний внутренних половых органов, в основном специфической этиологии (это объясняется возрастанием сексуальной активности, наличием нескольких половых партнёров, увеличением числа аборт);
- широким распространением оперативных способов и методов экстракорпорального оплодотворения в лечении трубной и трубно-перитонеальной форм бесплодия;
- увеличением числа женщин, применяющих внутриматочные средства контрацепции [5, 8, 13].

Наиболее распространённой формой эктопической беременности является трубная беременность – 93–98,5%. К редким формам внематочной беременности относят яичниковую (93–98,5%), брюшную (0,1–0,9%), беременность в роге матки (0,2–0,9%), шеечную (0,1–0,4%), интралигаментарную (0,1%). Казуистическими являются чрезвычайно редкие случаи многоплодной беременности с разнообразной локализацией: сочетания маточной и трубной, двусторонняя трубная и другие сочетания эктопической локализации плодного яйца [1, 5, 8, 12].

Частота брюшной беременности колеблется от 0,1 до 0,9%, а по отношению к родам – от 1 на 3 000 до 1 на 10 000.

Брюшная беременность бывает первичной и вторичной. При первичной брюшной беременности плодное яйцо изначально имплантируется на париетальной или висцеральной брюшине органов брюшной полости. Вторичная брюшная беременность встречается значительно чаще. Она возникает при имплантации плодного яйца, попавшего в брюшную полость в результате трубного аборта, разрыва маточной трубы.

Брюшная беременность сопровождается высоким риском осложнений и смерти. Материнская смертность при брюшной беременности в 7–8 раз выше, чем при трубной, и в 90 раз выше, чем при маточной. Встречаются сообщения о доношенной брюшной беременности. При этом высок риск перинатальной гибели плода. В большинстве случаев она связана с внутриутробной задержкой или пороками развития ребенка. Их частота достигает 20–40%. Чаще всего наблюдаются конт-

Lyalina E.A., Kerimkulova N.V., Ratmanov M.A.

INCOMPLETE PRIMARY ABDOMINAL PREGNANCY

Key words: ectopic pregnancy, abdominal pregnancy, abdominal hemorrhage.

рактуры суставов, аномалии лицевого скелета и гипоплазия лёгких.

Риск возникновения брюшной беременности несколько повышается в позднем репродуктивном периоде, особенно при лечении вторичного бесплодия.

Клинические проявления зависят от срока беременности. В первом и начале второго триместра они мало отличаются от симптомов трубной беременности. В более поздние сроки беременные жалуются на боли при шевелении плода, ощущение шевелений плода в эпигастральной области или внезапное прекращение шевелений.

При физикальном исследовании обнаруживаются болезненность живота при пальпации, неправильное положение плода, смещение шейки матки. Части плода пальпируются отдельно от матки.

Уровень β -субъединицы ХГ ниже, чем при физиологической маточной беременности. При ультразвуковом сканировании выявляется отсутствие стенки матки вокруг плодного пузыря, наличие «пустой» матки, части плода визуализируются за её пределами. Ультразвуковая диагностика в ранние сроки брюшной беременности неинформативна, её диагностическая ценность возрастает после 16 недель беременности. Проводят рентгенографию живота, компьютерную и магнитно-резонансную томографию.

Сразу после постановки диагноза назначают хирургическое лечение. Стремятся выделить и перевязать сосуды, кровоснабжающие плаценту, и удалить её. При больших сроках беременности ворсины плаценты глубоко проникают в подлежащую ткань, поэтому приходится вместе с плацентой удалять плацентарную площадку: производить ампутацию или экстирпацию матки, удалять придатки, выполнять резекцию кишки, ампутировать часть большого сальника, что требует совместного участия в операции хирурга и гинеколога [2, 3, 4, 7, 8, 12].

Под нашим наблюдением находилась больная Л., 25 лет, которая поступила в МУЗ ГKB № 8 в экстренном порядке с клиникой нарушенной внематочной беременности и внутрибрюшного кровотечения.

Из анамнеза: росла и развивалась в соответствии с возрастом. Менструации – с 12 лет, установились сразу, регулярные, умеренные, через 28 дней, безболезненные, по 5 дней. Половая жизнь – с 24 лет вне брака. Настоящая беременность первая, желанная. Женщина состояла на диспансерном учете с 8 недель беременности. В сроке 8–10 недель находилась на лечении в дневном стационаре с клиникой угрозы прерывания. В

женскую консультацию было сделано 2 явки. В сроке 8 недель проводилось УЗИ, при котором подтверждена маточная беременность. Осматривалась терапевтом, лор-врачом, окулистом, по заключению которых пациент здорова. В исследуемых анализах крови и мочи патологии не обнаружено.

На фоне полного здоровья у беременной появились резкие схваткообразные боли в нижних отделах живота, слабость, недомогание. Самостоятельно принимала спазмолитики, эффекта не было, боли усилились, вызвала машину скорой помощи, госпитализирована в МУЗ ГKB № 8.

При осмотре состояние расценивается как средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледной окраски, пульс – 102 уд./мин, АД – 100/70 мм. рт.ст. Тоны сердца ритмичные, дыхание в легких везикулярное. Живот умеренно вздут, резко болезненный в нижних отделах, симптомы раздражения брюшины положительные в нижних отделах. При гинекологическом исследовании обнаруживалась болезненная увеличенная до 7/8 недель матка, справа к углу матки прилегло резко болезненное округлое образование тугоэластичной консистенции размерами 10х12х18 см. Выполнено эхографическое исследование, при котором справа у угла матки обнаружено образование диаметром 80 мм, внутри которого определялся 1 плод, КТР – 68 мм, БПР – 27 мм, плацента утолщена до 20 мм, плодное яйцо содержало околоплодные воды, имело тонкие стенки. В малом тазу и в брюшной полости – умеренное количество свободной жидкости.

Был выставлен диагноз нарушенной правосторонней эктопической беременности, внутрибрюшного кровотечения. В экстренном порядке произведено оперативное вмешательство лапаротомным доступом. При осмотре органов малого таза выявлено: в брюшной полости около 1 литра алой крови со сгустками, правые и левые придатки не изменены, тело матки увеличено до 9 недель беременности мягкой консистенции, по правому ребру матки, ближе к углу, определялась плацентарная площадка размерами 8х6х8 см, диффузно кровоточила, прорастания в полость матки не обнаружено. В животе над маткой свободно плавало в оболочке плодное яйцо (плод 13 недель беременности и плацента). Выставляется диагноз: нарушенная брюшная беременность. Внутрибрюшное кровотечение.

Выполнена резекция матки в пределах здоровых тканей в месте локализации плацентарной площадки. На матку наложен двухрядный шов викрилом. Произведена санация и ревизия брюшной полости с последующим дренированием. На кожу наложен косметический шов.

В экстренном порядке перед оперативным лечением были выполнены общий и биохимический анализы крови, коагулограмма. В крови выявлены характерные изменения, подтверждающие наличие кровотечения в организме: НВ 85 г/л, эритроциты – 3,1 в м^3 , цв. пок. – 0,83, лейкоциты – 11,2 Г/л, нейтрофилы п/я-2, с/я-82, лимфоциты – 15, моноциты – 1, СОЭ – 18 мм/ч; коагулограмма: ВСК – 9 мин, гематокрит – 28%, АПТВ-49, тромботест – IV ст., концентрация фибриногена в плазме – 4,35 г/л, б-фибриноген – отриц., фибринолитическая активность – 10,2%, протромбиновый индекс – 100%.

В послеоперационном периоде проводился курс антибактериальной терапии, в брюшную полость вводились антисептики, выполняли инфузионную терапию, введение гидроксиэтилкрахмала, свежезамороженной плазмы, коллоидов и кри-

сталлоидов, ультрафиолетовое облучение крови, симптоматическую терапию, контроль хорионического гонадотропина человека крови. Через 2-е суток уровень хорионического гонадотропина человека достиг 200 мЕ/л и постепенно снижался. На 9-е сутки послеоперационного периода выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза: тело матки – 57х67х48 мм, пониженной плотности. М-эхо – до 7 мм, рыхлое. Правый яичник – 30х27 мм с жидкостными включениями до 10 мм. Левый яичник – 37х22 мм с мелкими жидкостными включениями. Выписана в удовлетворительном состоянии под наблюдение врача женской консультации.

Выполнена органосохраняющая операция при нарушенной брюшной беременности у первобеременной женщины, что позволило сохранить репродуктивную функцию у данной пациентки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айламазян Э.К., Рябцева И.Т. Неотложная помощь при экстренных состояниях в гинекологии. – Н. Новгород: Изд-во НГМА, 1997. – С. 57–102.
2. Гинекология по Эмилю Новаку / под ред. Дж. Берека, И. Адаши, П.Хиллард: Пер. с англ. – М.: Практика, 2002. – С. 346–421.
3. Демидов В.Н., Зыкин Б.И. Ультразвуковая диагностика в гинекологии. – М.: Медицина, 1990. – С. 87–110.
4. Колгушина Т.Н. Дифференциальная диагностика некоторых неотложных состояний в гинекологии. – Минск, 1991. – С. 79–98.
5. Кулаков В.И., Фролова О.Г., Ландеховский Ю.Д. и др. Актуальные вопросы внематочной беременности: информ. письмо. – М.: МЗ РФ. – 1995. – С. 10–15.
6. Лапароскопия в гинекологии / под ред. Г.М. Савельевой. – М.: ГЕОТАРМЕДИЦИНА, 2000. – С. 200–201.
7. Митьков В.В., Медведев М.В. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике. – М.: Видар, 1997. – Т. 3. – С. 187–193.
8. Оперативная гинекология / под ред. В.И. Кулакова. – М.: Медицина, 1990. – С. 157–178.
9. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И. Оперативная лапароскопия в гинекологии. – М.: Медицина, 1995. – С. 125–153.
10. Brosensl. The value of salpingoscopy in tubal infertility // *Reprod. Med.* – 1996. – Vol. 5. – P. 1–11.
11. Donnez J., Nisolle M. Endoscopic management of ectopic pregnancy // *Obstet. gynecol.* – 1994. – Vol. 8, № 4. – P. 707–722.
12. Makinen J., Rantala M., Vanha-Kamppa O. A link between the epidemic of epidemic of ectopic pregnancy and the «baby-boom» cohort // *Am. J. Epidemiol.* – 1998. – Vol. 148, № 4. – P. 369–374.
13. Ory S.J. Ectopic pregnancy: current evaluation and treatment // *Mayo. Clin. Proc.* – 1989. – Vol. 64, № 7. – P. 874–877.

Поступила 10.09.2009 г.