

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ: СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Н. А. Смолей, Н. В. Хворик, Ю. А. Журун



Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Эктопическая беременность представляет собой патологическое состояние, при котором имплантация оплодотворенной яйцеклетки происходит вне полости матки. Согласно статистическим данным, самая распространенная локализация эктопической беременности – маточные трубы (98-99% случаев), в то время как шейка матки – редко встречающееся место имплантации (0,1-0,4%). Вместе с тем, анализируя осложнения гестационного процесса, можно сказать, что именно шеечная беременность повышает риск возникновения кровотечения, приводя к необходимости экстренного оперативного вмешательства. В представленной статье приведен случай из практики, характеризующий тактику диагностики и лечения в случае подозрения на шеечную беременность. Анализ ведения данной беременности доказал необходимость дифференцированного подхода к каждому случаю эктопической беременности. Такой алгоритм способствует быстрой и точной постановке диагноза и разработке тактики ведения беременности при развитии кровотечения.

Ключевые слова: беременность, шеечная беременность, кровотечение, магнитно-резонансная томография.

Для цитирования: Смолей, Н. А. Дифференцированный подход к диагностике и лечению акушерских кровотечений при эктопической беременности: случай из практики / Н. А. Смолей, Н. В. Хворик, Ю. А. Журун // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. 2023. Т. 21, № 3. С. 299-303. <https://doi.org/10.25298/2221-8785-2023-21-3-299-303>.

Введение

Известно, что беременность, при которой оплодотворенная яйцеклетка имплантируется и развивается вне полости матки, называется вне-маточной, или эктопической. Согласно мировой статистике, 0,5-4% всех беременностей оказываются эктопическими. При этом наиболее частое место имплантации – маточные трубы (98-99%), реже беременность развивается на яичнике (0,1-0,7%), брюшине (0,3-0,4%), между двумя связками матки (0,1%), в рудиментарном роге матки (0,1-0,9%), в шейке матки (0,1-0,4%). Кроме того, существуют факторы риска развития эктопической беременности, к которым относят повреждение маточных труб (инфекции органов малого таза), внематочную беременность в анамнезе, стерилизацию женщин в анамнезе, возраст 35-44 года, использование внутриматочных средств контрацепции, эндометриоз [1, 2].

Установлено, что при возникновении шеечной беременности плодное яйцо имплантируется в цилиндрическом эпителии канала шейки матки. При этом ворсины трофобласта глубоко проникают в шейку, что приводит к разрушению ее тканей и сосудов и массивному кровотечению. Поэтому данная локализация эктопической беременности наиболее опасна и связана с серьезным прогнозом для жизни женщины. Следовательно, своевременная диагностика любых форм эктопической беременности – важный этап профилактики и лечения акушерских кровотечений, начиная с ранних сроков беременности [1, 3, 4].

На основании данных литературы, а также полагаясь на опыт практического здравоохранения, можно утверждать, что диагностический алгоритм при подозрении на эктопическую беременность включает сбор анамнеза, общий осмотр, осмотр шейки матки в зеркалах, влагалищное исследование, бимануальное исследование,

анализ крови на хорионический гонадотропин в динамике, ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза, а также магнитно-резонансную томографию (МРТ). Следует отметить, что в настоящее время МРТ во время беременности технически доступна в большинстве медицинских учреждений. Для качественного диагностического исследования во время беременности следует придерживаться определенного алгоритма. При этом необходимо четко определиться с показаниями для МРТ во время беременности – все неотложные ситуации, когда нет возможности получить искомую информацию другими методами. МРТ также выполняется, когда ее результат может повлиять на тактику ведения беременности, а проведение исследования в постнатальном периоде может оказаться несвоевременным. Наиболее частое показание к МРТ во время беременности – выявленная при УЗИ патология, требующая уточнения характера изменений. МРТ служит полезным инструментом для оценки многочисленных акушерских и неакушерских патологических состояний. Этот метод исследования имеет отличное пространственное и контрастное разрешение, не использует ионизирующего излучения и наименее чувствителен к влиянию человеческого фактора. Преимущество данного метода также в его высокой чувствительности и специфичности к мягким тканям [4-6].

В то же время очевидно, что УЗИ – визуализирующее исследование первого выбора при подозрении на гинекологические заболевания, но не всегда полезно для диагностики из-за глубоких анатомических изменений во время беременности. Наличие беременной матки и плода может закрывать органы малого таза от луча УЗИ, что делает возможную диагностику и распознавание патологического процесса во время

беременности весьма сложными. МРТ при этом обеспечивает многоплоскостную визуализацию и отличный контраст мягких тканей в области таза [4, 7-10].

Исходя из данных литературы, можно предположить, что для диагностики осложнений беременности, в том числе акушерских кровотечений, могут применяться разные способы, включая УЗИ и МРТ.

Вместе с тем следует отметить, что при подозрении на эктопическую беременность стоит применять комплексный и индивидуальный подход, позволяющий точно выставить диагноз и назначить превентивную терапию, что будет способствовать профилактике акушерских кровотечений.

Исходя из данных литературы и результатов собственных исследований, очевидно, что из всех форм эктопической беременности самая распространенная – трубная (98-99% случаев). В таких случаях при своевременной диагностике эктопической беременности до начала развития кровотечения матку удается сохранить. Вместе с тем шеечная беременность, несмотря на свою низкую частоту встречаемости (0,1-0,4% случаев всех эктопических беременностей), диагностируется на этапе начала профузного кровотечения и приводит к необходимости экстренного оперативного вмешательства, практически всегда связанного с удалением матки. Поэтому ценность исследования каждого случая шеечной беременности заключается в анализе диагностического алгоритма и дифференциальной диагностике шеечной беременности с кровотечением при миоме матки, особенно при субмукозном или шеечном расположении узла. Детальное изучение всех этапов диагностики и лечения позволит практическому врачу избежать ошибок на этапе постановки диагноза, выиграть время для проведения клинко-лабораторного исследования и не допустить развития кровотечения.

Цель настоящего исследования – проанализировать клинический случай осложненной эктопической беременности и установить принципы дифференцированного подхода к диагностике и лечению акушерских кровотечений.

Описание клинического случая

В учреждение здравоохранения «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно» 29.12.2021 г. поступила пациентка Н., 41 год, с жалобами на мажущие кровянистые выделения из половых путей. Из анамнеза: жалобы беспокоят с 18.12.2021 г., тест на хорионический гонадотропин человека (ХГЧ) – положительный.

Из перенесенных заболеваний пациентка отмечает хронический тонзиллит и дискинезию желчевыводящих путей. Среди оперативных вмешательств: пациентка перенесла 4 операции кесарева сечения. Наследственность не отягощена. Аллергологический анамнез отягощен: препараты ультракаин и гентамицин вызывают отек Квинке. Гемотрансфузий не было.

Последнюю менструацию пациентка отмечает 10.10.2021 г. Из анамнеза установлено, что у пациентки были 4 беременности: все закончились срочными родами путем операции кесарева сечения.

Гинекологическую патологию пациентка отрицает.

При поступлении в приемное отделение общее состояние пациентки удовлетворительное, сознание ясное. Кожный покров бледно-розовый, чистый. Органы сердечно-сосудистой, дыхательной системы, пищеварения и мочевыделительной системы – без особенностей. При гинекологическом осмотре: наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Уретра мягкая, безболезненная. Бартолиниевы железы не пальпируются. При осмотре в зеркалах слизистая влагалища и шейки матки цианотичная, чистая, выделения кровянистые, незначительные. При влагалищном исследовании: влагалище узкое, шейка матки бочкообразной формы, укорочена до 0,5 см, мягкая, канал закрыт. Тело матки в положении кпереди, увеличено до 6 недель беременности, подвижное, безболезненное при пальпации. Движения за шейку безболезненные. При бimanуальном исследовании область придатков безболезненная.

Выставлен диагноз: Шеечная беременность. Вростание в мочевой пузырь? ОАГА. Рубец на матке (трижды оперированная матка). Мед. аллергия.

На данном этапе решено было продолжить симптоматическую гемостатическую терапию. После дообследования решить вопрос об оперативном лечении.

29.12.2021 г. пациентке выполнена МРТ малого таза. Обнаружено, что матка расположена в ante flexio, размеры ее (тело+шейка): длина около 99 мм, толщина тела матки около 51 мм, толщина шейки матки около 49 мм, ширина тела матки около 63 мм, ширина шейки матки около 90-100 мм. Шейка матки слева деформирована. В шейке матке определяется жидкостная структура около 20 мм (вероятно, плодное яйцо), с прилежащим к ней дополнительным неоднородным тканевым компонентом с выраженной сосудистой сетью (размерами около 52×59×56 мм). Отмечается распространение данного компонента на левую боковую и частично нижнюю стенку матки, с вовлечением частично постоперационного рубца матки, а также его выход за пределы миометрия с деформацией наружного контура шейки матки (признаки вростания). Отмечается плотное прилегание выше описанного компонента к мочевому пузырю с отсращением его верхней стенки (вростание в нее? – неубедительно). Мочевой пузырь хорошего наполнения, внутренний контур его стенки достаточно гладкий. Зональная анатомия тела матки дифференцируется. Яичники овальной формы; левый расположен у передней стенки таза слева от тела матки, правый – у боковой стенки таза справа от матки; контуры их ровные, четкие, прослеживаются множественные мелкие фолликулы в структуре.

Размеры правого яичника 42×15×24 мм, левого 35×21×30 мм. В позадиматочном пространстве определяется полоса свободной жидкости толщиной до 6 мм.

На следующий день в плановом порядке пациентке было выполнено УЗИ органов малого таза. В ходе исследования установлено: в проекции послеоперационного рубца передней стенки матки визуализируется жидкостное образование размерами 21×14 мм с фибринозными перетяжками. Эндометрий толщиной 11,3 мм. В шейке матки визуализируется миоматозное узловое образование размерами 50×56 мм с анэхогенными участками (зоны некроза?). Правый яичник 28×17 мм, контур ровный четкий. Фолликулярный аппарат дифференцируется, доминантный фолликул: нет. Объемных образований нет. Свободной жидкости в позадиматочном пространстве нет. Вены малого таза: справа не расширены, слева расширены до 11 мм.

На данном этапе с целью определения дальнейшей тактики ведения пациентки решено созвать консилиум. 30.12.2021г. был созван консилиум в составе заместителя главного врача, доцентов кафедры акушерства и гинекологии, ассистентов кафедры акушерства и гинекологии, заведующего гинекологическим отделением, врачей-акушеров-гинекологов, врача-трансфузиолога, врача-анестезиолога. Решено выполнить УЗИ органов малого таза. При выполнении УЗИ вагинальным датчиком отмечалось повышение обильных кровянистых выделений алого цвета без сгустков в количестве 350 мл. В экстренном порядке развернута операционная. В условиях развернутой операционной выполнено влагалищное исследование. В зеркалах шейка матки бочкообразно раздута, наружный маточный зев оттеснен вправо, выделения алые, обильные. Вагинально шейка матки бочкообразно раздута, влагалищная часть около 3 см. Слева шейка матки переходит в объемное образование в левом боковом своде диаметром 6 см. Образование мягко-эластической консистенции. Матка отклонена вправо: плотная, малоподвижная. Во время осмотра выделения значительно усилились. Общая кровопотеря составила 1090 мл. Выставлен клинический диагноз: Шеечная беременность? Вращение в мочевого пузыря? ОАГА. Рубец на матке (трижды оперированная матка). Маточное кровотечение. Постгеморрагическая анемия тяжелой степени тяжести.

В операционную приглашен лаборант: произведен забор крови на общий анализ крови и коагулограмму в срочном режиме. Учитывая объем кровопотери 1090 мл, ее массивность, показано переливание эритроцитарной массы – 2 дозы с заместительной целью. Показано экстренное оперативное вмешательство: лапаротомия по Пфанненштилю с иссечением рубца на коже. Экстирпация матки с маточными трубами.

В ходе операции после антисептической обработки двукратно Йодискином и однократно Септоцидом произведена лапаротомия по Пфанненштилю с иссечением старого рубца на коже. Послойно вскрыта брюшная полость. Ге-

мостаз. При ревизии органов малого таза: тело матки слегка увеличено, контурируется шейка, бочкообразно раздута, преимущественно влево до 6 см, размягчена, цианотична. Решено произвести экстирпацию матки с маточными трубами. Поэтапно наложены зажимы на круглые связки матки, собственную яичниковую связку, маточный конец трубы, зажимы заменены на лигатурные. Поэтапно лигированы, пересечены маточные связки, мобилизация брюшины мочевого пузыря, пересечены маточные сосуды, выполнена экстирпация матки с маточными трубами (рис. 1-2).

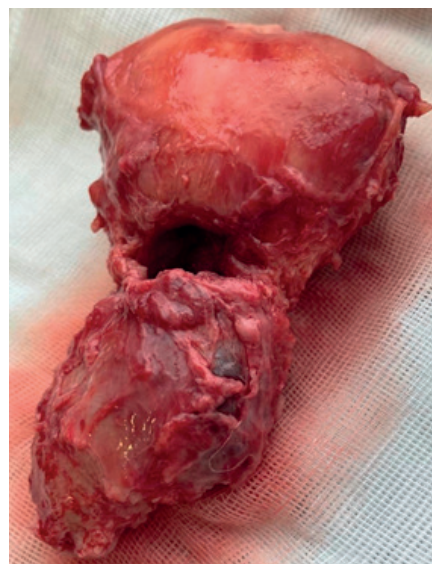


Рисунок 1. – Экстирпированная матка. Увеличенное тело матки и бочкообразно раздутая шейка матки
Figure 1. – Extirpated uterus. Enlarged uterine body and barrel-shaped swollen cervix

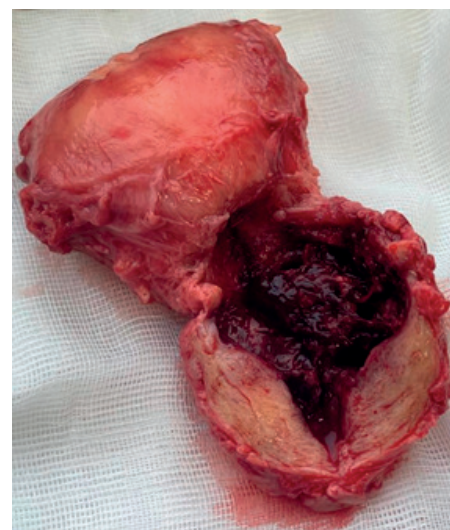


Рисунок 2. – Экстирпированная матка. Шейка матки в разрезе. В цервикальном канале визуализируются сгустки крови и ткань, макроскопически похожая на децидуальную

Figure 2. – Extirpated uterus. The cervix in the section. Blood clots and tissue macroscopically similar to decidual are visualized in the cervical canal

Материал отправлен на гистологическое исследование. Культия ушита обвивным ПГА швом. Перитонизация листками брюшины. Произведено дренирование брюшной полости. Туалет и ревизия органов брюшной полости. Счет материала и инструментов – все есть. Передняя брюшная стенка ушита послойно, наглухо. Йод. Асептическая повязка. Моча по катетеру светлая, 150 мл. Кровопотеря во время операции 410 мл. Общая кровопотеря составила 350+740+410=1500 мл. Длительность оперативного вмешательства – 110 минут.

Результат гистологического исследования экстирпированной матки с маточными трубами указал на наличие шеечной беременности. Кроме того, обнаружен эндометрий с признаками обратного развития, среди крови фрагменты децидуальной ткани с некрозами и диффузной лейкоцитарной инфильтрацией, незрелые ворсины хориона; полнокровная маточная труба, мелкая серозная паратубарная киста.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациентке сняты швы на седьмые сутки после оперативного вмешательства, заживление первичным натяжением. На 11-е сутки послеоперационного периода пациентка в удовлетворительном состоянии выписана домой. Даны рекомендации.

Анализ данной шеечной беременности показал, что для грамотного ведения пациентов с признаками акушерского кровотечения и с наличием беременности независимо от ее локализации важное значение имеет диагностика. С этой целью можно применять общедоступные рутинные методы исследования, УЗИ органов малого таза. Однако практический опыт пока-

зывает, что для уточнения диагноза и установления точной локализации беременности и/или другого образования в малом тазу более четкую информацию дает результат МРТ. В свою очередь установлено, что при возникновении экстренной акушерской ситуации с целью профилактики массивного кровотечения точная и своевременная постановка клинического диагноза сможет помочь сделать правильный выбор в тактике ведения пациентов, быстро назначить консервативное лечение и выполнить оперативное вмешательство. Это способствует не только сохранению жизни пациентов, но и скорому выздоровлению, уменьшению продолжительности койко-дня и улучшению реабилитации в послеоперационном периоде [1, 3, 5].

Выводы

На основании данных литературы и результатов собственного исследования можно сделать следующие выводы:

1. Эктопическая беременность – серьезное осложнение в акушерско-гинекологической практике и может приводить к угрожающим жизни состояниям.
2. С целью профилактики массивного кровотечения при эктопической беременности важное значение имеет диагностический этап, позволяющий определить наличие беременности, локализацию, срок и наличие осложнений.
3. Для постановки клинического диагноза эктопической беременности общедоступных рутинных методов диагностики иногда бывает недостаточно. В таких случаях допустимо применение МРТ, которая позволит своевременно поставить диагноз и назначить грамотное лечение.

Литература

1. Селихова, М. С. Современные подходы к ведению пациенток с шеечной беременностью / М. С. Селихова, М. А. Яхонтова, Е. С. Зверева // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2019. – № 4. – С. 136-139. – doi: 10.19163/1994-9480-2019-4(72)-136-139. – edn: GYZNVO.
2. Pregnancy of unknown location: a consensus statement of nomenclature, definitions, and outcome / K. Barnhart [et al.] // Fertil Steril. – 2011. – Vol. 95, iss. 3. – P. 857-866. – doi: 10.1016/j.fertnstert.2010.09.006.
3. Diagnosing ectopic pregnancy in the emergency setting / R. Lee [et al.] // Ultrasonography. – 2018. – Vol. 37, iss. 1. – P. 78-87. – doi: 10.14366/usg.17044.
4. Методические основы магнитно-резонансной томографии у беременных [Электронный ресурс] / Н. Н. Руденко [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2020. – № 3. – С. 149. – Режим доступа: <https://doi.org/10.17513/spno.29911>. – Дата доступа: 20.05.2023. – edn: IYMYTK.
5. Шираева, А. Х. Применение метода магнитно-резонансной томографии во время беременности [Электронный ресурс] / А. Х. Шираева, А. М. Свирава // Стольпинский вестник. – 2022. – Т. 4, № 4. – Режим доступа: <https://stolypin-vestnik.ru/wp-content/uploads/2022/08/56.pdf>. – Дата доступа: 20.05.2023. – edn: WEIOL.
6. Трудности и ошибки диагностики внематочной беременности на догоспитальном этапе / И. Б. Манухин [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2018. – № 8. – С. 98-105. – doi: 10.18565/aig.2018.8.98-104. – edn: YANEEX.
7. Interstitial ectopic pregnancy: A rare and difficult clinicasonographic diagnosis / R. Rastogi [et al.] // J Hum Reprod Sci. – 2008. – Vol. 1, iss. 2. – P. 81-82. – doi: 10.4103/0974-1208.44116.
8. Study on the incidence and influences on ectopic pregnancy from embryo transfer of fresh cycles and frozen-thawed cycles / Y. L. Zhang [et al.] // Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi. – 2012. – Vol. 47, iss. 9. – P. 655-658.
9. Клиническое наблюдение эктопической беременности (трубной и ретроперитонеальной) у женщины после экстракорпорального оплодотворения с переносом двух эмбрионов / В. П. Колядко [и др.] // Эндоскопическая хирургия. – 2018. – Т. 24, № 2. – С. 48-50. – doi: 10.17116/endoskop201824248. – edn: XSMZTV.
10. Использование видеолaparоскопии в диагностике и лечении различных форм трубной беременности / И. В. Анчабадзе [и др.] // Эндоскопическая хирургия. – 2008. – Т. 14, № 3. – С. 55-58. – edn: LFTVWB.

References

1. Selihova MS, Yahontova MA, Zvereva ES. Modern approaches to care of patients with cervical pregnancy. *Journal of Volgograd State Medical University.*

- 2019;4:136-139. doi: 10.19163/1994-9480-2019-4(72)-136-139. edn: GYZNVO. (Russian).
2. Barnhart K, van Mello NM, Bourne T, Kirk E, Van Calster B, Bottomley C, Chung K, Condous G, Goldstein S, Hajenius PJ, Mol BW, Molinaro T, O'Flynn O'Brien KL, Husicka R, Sammel M, Timmerman D. Pregnancy of unknown location: a consensus statement of nomenclature, definitions, and outcome. *Fertil Steril*. 2011;95(3):857-66. doi: 10.1016/j.fertnstert.2010.09.006.
 3. Lee R, Dupuis C, Chen B, Smith A, Kim YH. Diagnosing ectopic pregnancy in the emergency setting. *Ultrasonography*. 2018;37(1):78-87. doi: 10.14366/usg.17044.
 4. Rudenko NN, Fokin AV, Maschenko IA, Semenova ES, Zhuravel AV, Novikova EV. Methodical bases of magnetic resonance tomography in pregnant women. *Modern problems of science and education* [Internet]. 2020;3:149. Available from: <https://doi.org/10.17513/spno.29911>. edn: IYMYTK. (Russian).
 5. Shiraeva AKH, Svirava AM. Application of the method of magnetic-resonance imaging during pregnancy. *Stolypin Annals* [Internet]. 2022;4(4):55. Available from: <https://stolypin-vestnik.ru/wp-content/uploads/2022/08/56.pdf>. edn: WEIOL. (Russian).
 6. Manukhin IB, Ramazanova SS, Firichenko SV, Smirnova SO. Difficulties and errors in the prehospital diagnosis of ectopic pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*. 2018;8:98-105. doi: 10.18565/aig.2018.8.98-104. edn: YAHEEX. (Russian).
 7. Rastogi R, GI M, Rastogi N, Rastogi V. Interstitial ectopic pregnancy: A rare and difficult clinicasonographic diagnosis. *J Hum Reprod Sci*. 2008;1(2):81-82. doi: 10.4103/0974-1208.44116.
 8. Zhang YL, Sun J, Su YC, Guo YH, Sun YP. Study on the incidence and influences on ectopic pregnancy from embryo transfer of fresh cycles and frozen-thawed cycles. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi*. 2012;47(9):655-658.
 9. Kolyadko VP, Degovtsov EN, Kolyadko PV, Satinov AV. Ectopic pregnancy (tubal and retroperitoneal) after in vitro fertilization with double embryo transfer. *Endoscopic surgery*. 2018;24(2):48-50. doi: 10.17116/endoskop201824248. edn: XSMZTV. (Russian).
 10. Anchabadze IV, Samsonov VT, Alekseechikina OA, Kobzeva EN. Use of video-assisted laparoscopy in the diagnosis and treatment of different forms of tubal pregnancy. *Endoscopic surgery*. 2008;14(3):55-58. edn: LFTVWB. (Russian).

DIFFERENTIATED APPROACH TO THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF OBSTETRIC BLEEDING IN ECTOPIC PREGNANCY: A CASE FROM CLINICAL PRACTICE

N. A. Smalei, N. V. Chvorik, Ju. A. Zhurun

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Ectopic pregnancy is a pathological condition in which the implantation of a fertilized egg occurs outside the uterine cavity. According to statistics, the most common localization of ectopic pregnancy is the fallopian tubes (98-99% of cases), while the cervix is a rare implantation site (0.1-0.4%). At the same time, analyzing the complications of the gestational process, we can say that it is cervical pregnancy that increases the risk of bleeding leading to the need for emergency surgery. The article presents a case from clinical practice that characterizes the tactics of diagnosis and treatment in case of suspected cervical pregnancy. The analysis of the management of this pregnancy proved the need for a differentiated approach to each case of ectopic pregnancy. This algorithm contributes to the rapid and accurate diagnosis and development of tactics for management pregnancy with bleeding.

Keywords: pregnancy, cervical pregnancy, bleeding, magnetic resonance imaging.

For citation: Smalei NA, Chvorik NV, Zhurun JuA. Differentiated approach to the diagnosis and treatment of obstetric bleeding in ectopic pregnancy: a case from practice. *Journal of the Grodno State Medical University*. 2023;21(3):299-303. <https://doi.org/10.25298/2221-8785-2023-21-3-299-303>.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Финансирование. Исследование проведено без спонсорской поддержки.

Financing. The study was performed without external funding.

Соответствие принципам этики. Пациент подписал информированное согласие на публикацию своих данных.

Conformity with the principles of ethics. The patient gave written informed consent to the publication of his data.

Об авторах / About the authors

*Смолей Наталья Анатольевна / Smalei Natalia, e-mail: smolei_natalia@mail.ru, ORCID: 0009-0005-8052-4545

Хворик Наталья Валерьевна / Chvorik Natalia, e-mail: kafedra2.bsmp@mail.ru.

Журун Юлия Андреевна / Zhurun Julia, e-mail: julia_zhurun@mail.ru.

* – автор, ответственный за переписку / *corresponding author*

Поступила / Received: 10.02.2023

Принята к публикации / Accepted for publication: 23.05.2023