



Внематочная беременность: сложности своевременной диагностики

М.И. Агаева¹, З.А. Агаева²

¹ АО «Группа компаний «Медси»», Москва, Россия;

² ГБУЗ «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия

madlen1690@mail.ru

Аннотация

Внематочная беременность является важной медико-социальной проблемой, угрожающей не только репродуктивной функции женщин, но и ее жизни. Частота эктопической беременности не имеет тенденции к снижению, однако высокая настороженность в отношении данной патологии и комплексный подход к диагностике, включающий изучение клинических данных, ультразвуковое исследование, а также контроль уровня β -субъединицы хорионического гонадотропина в сыворотке крови, позволили значительно сократить показатель материнской смертности вследствие данной патологии. При этом существующие современные методы лечения позволяют обойтись без радикальных операций и сохранить репродуктивную функцию пациенток.

Ключевые слова: беременность, внематочная беременность, хорионический гонадотропин.

Для цитирования: Агаева М.И., Агаева З.А. Внематочная беременность: сложности своевременной диагностики. Клинический разбор в общей медицине. 2021; 7: 52–55. DOI: 10.47407/kr2021.2.7.00089

Ectopic pregnancy: difficulties of timely diagnosis

Madina I. Agaeva¹, Zoya A. Agaeva²

¹ Medsi Group of Companies JSC, Moscow, Russia;

² Sklifosovsky Research Institute of Emergency Medicine, Moscow, Russia

madlen1690@mail.ru

Abstract

Ectopic pregnancy is an important medical and social problem that threatens not only the reproductive function of women, but also her life. The frequency of ectopic pregnancy does not tend to decrease, however, high alertness with regard to this pathology, an integrated approach to diagnosis, including the study of clinical data, ultrasound examination, as well as monitoring the level of beta-subunit of chorionic gonadotropin in blood serum, has significantly reduced the maternal mortality rate due to this pathology. At the same time, the existing modern methods of treatment make it possible to do without radical operations and preserve the reproductive function of patients.

Key words: pregnancy, ectopic pregnancy, chorionic gonadotropin.

For citation: Agaeva M.I., Agaeva Z.A. Ectopic pregnancy: difficulties of timely diagnosis. Clinical review for general practice. 2021; 7: 52–55. DOI: 10.47407/kr2021.2.7.00089

Внематочная беременность (ВБ) является грозным состоянием, характеризующимся аномальной имплантацией плодного яйца вне полости матки [1]. Все случаи ВБ являются жизнеугрожающими состояниями и имеют высокий удельный вес в структуре материнской смертности.

Согласно данным мировой статистики, на долю эктопической беременности (ЭБ) приходится 1,2–2,0% всех беременностей. В последние годы выявлена четкая тенденция роста случаев ЭБ, что связано с увеличением числа воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ), в особенности специфической этиологии, а также с распространенностью оперативных методов лечения на органах малого таза и широким внедрением вспомогательных репродуктивных технологий [2, 3]. При этом следует уточнить, что в последние годы отмечается снижение показателей смертности вследствие ВБ. Так, по данным Росстата, ЭБ структуре материнской смертности составила 8,1% за 2017 г., а в 2018 г. данный показатель снизился в 2 раза, составив 4,1% [4], что связано с высокой настороженностью и ранней диагностикой данной патологии.

Факторами риска ВБ являются: операции на маточных трубах, ЭБ в анамнезе, ВЗОМТ, внутриматочная контрацепция, внутриматочные вмешательства, курение, применение гормональной контрацепции, в особенности чисто прогестинных препаратов, пороки развития половых органов (беременность в рудиментарном роге), эндометриоз и наличие рубца на матке [5, 6].

Согласно современной классификации (МКБ-10) выделяют следующие разновидности ВБ в зависимости от локализации плодного яйца, характера течения и наличия осложнений. Наиболее распространенным анатомическим вариантом ЭБ является трубная беременность, которая подразделяется на истмическую, ампулярную и фимбриальную. Гораздо реже встречается яичниковая, шеечная и брюшная имплантация плодного яйца. Крайне редко встречается гетеротопическая форма ЭБ, а также беременность в рубце после кесарева сечения и в рудиментарном роге матки [2, 5]. По характеру течения ВБ подразделяется на прогрессирующую и нарушенную.

Клинические проявления ВБ зависят от характера течения, но в основном сводятся к тянущим болям

внизу живота, задержке менструаций, появлению скудных «мажущих» кровяных выделений из половых путей, при нарушенной беременности болевой синдром становится более выраженным, могут присоединяться головокружение, обморок, тошнота, симптомы раздражения брюшины [1, 6].

Диагностика прогрессирующей ВБ представляет определенные сложности, так как в основном проявляется одним или двумя симптомами, лишенными специфичности. Важную роль в ранней диагностике ЭБ в комплексе с клиническими данными выполняют эхографические исследования и определение β -субъединицы хорионического гонадотропина (β -ХГЧ) в сыворотке крови [6, 7]. Определение β -ХГЧ является единственным биохимическим маркером беременности, в том числе и эктопической.

У пациенток с подозрением на ВБ при уровне β -ХГЧ менее 1000 МЕ/л и стабильном состоянии рекомендовано динамическое исследование β -ХГЧ через каждые 48 ч под контролем ультразвукового исследования (УЗИ) органов малого таза. При нормально протекающей маточной беременности прирост β -ХГЧ составляет более 50% от исходного показателя, в то время как при ВБ такие темпы роста β -ХГЧ имеют место лишь в 17% случаев [3]. Следует отметить, что не существует регламентированных значений концентрации β -ХГЧ, характерных для аномальной имплантации плодного яйца. Медленное нарастание уровня β -ХГЧ может определяться и при прервавшейся беременности маточной локализации, а при гетеротопической форме ВБ значения хорионического гонадотропина не обладают информативностью [5, 7, 8]. Наблюдение пациенток с подозрением на ВБ должно проводиться в условиях стационара.

Применение УЗИ органов малого таза в комплексе с клиническими данными и определением концентрации β -ХГЧ в сыворотке крови является «золотым стандартом» диагностики ВБ. УЗИ позволяет определить локализацию плодного яйца и оптимизировать тактику дальнейшего ведения беременных. Считается, что ранняя ультразвуковая диагностика беременности возможна при трансвагинальной эхографии, когда размер плодного яйца достигает 2–4 мм, что обычно соответствует уровню β -ХГЧ в сыворотке крови 1000–1500 МЕ/л [9].

Согласно данным отечественных авторов, выделено три группы ультразвуковых признаков ВБ. Абсолютным признаком ЭБ является обнаружение аномально расположенного плодного яйца с живым эмбрионом, диагностическая точность составляет 100%. К вероятным признакам относят: незначительное увеличение размеров матки; обнаружение вблизи матки кистозного образования, окруженного гиперэхогенным венчиком (плодное яйцо); визуализация свободной жидкости в брюшной полости и в верхне-боковых отделах матки (свободная жидкость может обладать неоднородной эхоструктурой за счет образования кровяных сгустков) [10, 11]. Третья группа – возможные при-

знаки, к ним относят увеличение размеров матки и наличие свободной жидкости без дополнительных эхоструктур (в области придатков определяется жидкостное или смешанной неоднородной структуры образование). Данные УЗ-признаки имеют диагностическую точность 14%. Также выделяются косвенные признаки ВБ, к которым относят увеличение срединного М-эхо, что связано с децидуальной реакцией эндометрия. Частота встречаемости данного признака при ВБ составляет 14–20%. Существенно затрудняет УЗ-диагностику эктопически расположенного плодного яйца феномен ложного плодного яйца в полости матки, формирующийся за счет скопления секрета трубчатых желез, встречается у 8–20% пациенток с ВБ [2, 9–11]. Отсутствие ультразвуковой визуализации плодного яйца при уровне β -ХГЧ более 1000 МЕ/л характеризуется термином «беременность неясной локализации», требует динамического наблюдения и может быть показанием к проведению диагностической лапароскопии [2].

Основным методом терапии ВБ является хирургическое лечение, объем и метод которого определяются в зависимости от клинического состояния пациентки и формы ЭБ. Хирургическое лечение проводится как при прогрессирующей, так и при нарушенной ВБ. Основным доступом для хирургического лечения ВБ является лапароскопический, что более предпочтительно, учитывая меньший риск послеоперационных осложнений и более быструю реабилитацию в сравнении с лапаротомным доступом. Объем операции при трубной беременности сводится к проведению сальпингэктомии или сальпинготомии, при этом наличие сохранной контралатеральной маточной трубы обосновывает предпочтительность сальпингэктомии, вследствие снижения риска рецидива ВБ [1, 3, 5, 8]. Достижения медицины последних лет способствовали возможности проведения органосохраняющего лечения при беременности шеечной локализации, а также при ЭБ с имплантацией плодного яйца в рубце матки.

Консервативное лечение трубной беременности заключается в использовании медикаментозной терапии метотрексатом в сочетании с фолиевой кислотой. Показания для лечения метотрексатом: гемодинамическая стабильность, уровень сывороточного β -ХГЧ не более 5000 МЕ/л, отсутствие регистрации сердечной деятельности у плода по результатам УЗИ, уверенность в отсутствии маточной беременности, отсутствие противопоказаний и повышенной чувствительности к метотрексату [6, 7, 10, 11]. При использовании метотрексата рекомендован динамический контроль β -ХГЧ на 4 и 7-е сутки после инъекции, при снижении уровня β -ХГЧ менее чем на 15% за 4–7 дней повторно проводят трансвагинальное УЗИ, при обнаружении признаков ВБ показана повторная инъекция метотрексата. Если β -ХГЧ уменьшится более чем на 15% за 4–7 дней, проводят динамический контроль уровня хорионического гонадотропина 1 раз в неделю до уровня менее 15 МЕ/л. Применение метотрексата не исключает последующее оперативное лечение [11].

При оперативном лечении ВБ рекомендовано исследование уровня β -ХГЧ в сыворотке крови через 7 дней после операции, далее 1 раз в неделю до получения отрицательного результата [2].

Своевременная диагностика ВБ является актуальной проблемой современного здравоохранения, с которой сталкиваются не только акушеры-гинекологи, но и врачи других специальностей.

Клинический пример

Пациентка В., 38 лет, обратилась к гинекологу по направлению хирурга с жалобами на тянущие боли внизу живота справа, тошноту, возникшие 3,5 ч назад.

Анамнез заболевания: со слов пациентки, через 30 мин после плотного обеда ощутила острую боль в правой подвздошной области и тошноту. Самостоятельно приняла ибупрофен в дозировке 200 мг 2 раза с интервалом 1 ч, после чего отметила уменьшение болевого синдрома. Самостоятельно обратилась к хирургу для исключения острого аппендицита. Осмотрена хирургом, cito взяты общий анализ крови и мочи, направлена на консультацию к врачу акушеру-гинекологу.

Анамнез жизни: по данным опроса, семейный анамнез, аллергоанамнез, наследственность не отягощены. Из перенесенных заболеваний – вирусная пневмония. Операции, травмы, гемотрансфузии, вредные привычки, инфекции, передаваемые половым путем, отрицает.

Менархе с 12 лет. Менструации регулярные, резко болезненные, обильные. Дату последней нормальной менструации не помнит. Перенесенные гинекологические заболевания: эндометриоз, в течение 3 лет использует внутриматочную рилизинг-систему.

Беременность – 3, роды – 2. Медикаментозный аборт – 1.

Объективный статус: общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, кожные покровы бледной окраски. Частота сердечных сокращений – 82 уд/мин. Артериальное давление – 90/60 мм рт. ст. Молочные железы мягкие, безболезненные при пальпации. Живот не увеличен в размерах, умеренно болезненный в правой подвздошной области. Симптом Щеткина–Блюмберга слабо положительный справа.

Гинекологический статус: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. Осмотр в зеркалах: стенки влагалища обычной окраски, шейка матки цилиндрической формы, наружный зев – щелевидный, с циркулярной эктопией. При двуручном влагалищно-абдоминальном исследовании: шейка матки обычной консистенции, тракции за шейку матки болезненны. Тело матки увеличено до 5–6 нед беременности. Придатки справа тестообразной консистенции, умеренно-болезненные. Слева – придатки не определяются, область их безболезненна. Своды свободные, умеренно болезненные справа. Выделения слизистые, обильные. На приеме cito проведен мочевого тест на β -ХГЧ, результат – слабоположительный.

УЗИ органов малого таза: матка размерами 60×45×60 мм, в полости матки определяется внутрима-

точный контрацептив. М-эхо – сомкнуто. Справа от матки определяется округлое образование неоднородной структуры, диаметром 5 мм, болезненное при тракции вагинальным датчиком. Яичники справа – размерами 40×35×25 мм, с неоднородным включением звездчатой формы (желтое тело) – 13 мм. Левый яичник размерами 33×18×24 мм. В позадиматочном пространстве умеренное количество свободной жидкости с эхопозитивными включениями.

Результаты клинического анализа крови и общего анализа мочи в пределах нормы.

Выставлен диагноз: нарушенная трубная беременность. Кровотечение в полость малого таза.

Пациентка госпитализирована по каналу скорой медицинской помощи в отделение гинекологии ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского». В условиях стационара проведена видеолaparоскопическая тубэктомия справа. Внутриматочная спираль удалена. Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациентка выписана на 4-е сутки после операции.

Уровень β -ХГЧ до операции – 1200 МЕ/л, на 7-е сутки после операции – 13 МЕ/л. Результаты клинико-лабораторного обследования, проведенного после оперативного лечения, соответствуют референсным значениям.

После выписки через 7 дней обратилась амбулаторно к гинекологу: жалоб на момент осмотра нет. Область троакарных проколов – без особенностей. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Гинекологический статус: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. Осмотр в зеркалах: стенки влагалища обычной окраски, шейка матки цилиндрической формы, наружный зев – щелевидный, с циркулярной эктопией. При двуручном влагалищно-абдоминальном исследовании: шейка матки обычной консистенции, тракции за шейку безболезненны. Тело матки не увеличено. Придатки справа – не определяются, область их безболезненна. Слева придатки не определяются, область их безболезненна. Своды свободные, умеренно болезненные справа. Выделения слизистые, умеренные.

Учитывая, что пациентка не планирует беременность, возраст пациентки и ее настойчивое желание, рекомендована установка имплантата с этногестролом с целью контрацепции.

Клинические проявления ВБ многообразны, что создает существенные сложности в маршрутизации пациенток и значительно осложняет своевременную диагностику, увеличивая риски радикальных оперативных вмешательств и летальных исходов среди беременных с данной патологией. Таким образом, проблема ВБ не теряет своей актуальности и обосновывает важность тщательной диагностики не только для врачей-гинекологов, но и для других специалистов.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests. The authors declare that there is not conflict of interests.

Литература / References

1. Выкидыши в ранние сроки беременности: диагностика и тактика ведения. Клинические рекомендации (протокол лечения) Минздрава России и РОАГ. №15-4/10/2-3482. М., 2016. [Miscarriage in early pregnancy: diagnosis and management tactics. Clinical recommendations (treatment protocol) of the Ministry of Health of Russia and ROAG. №15-4/10/2-3482. Moscow, 2016 (in Russian).]
2. Внематочная эктопическая беременность. Клинические рекомендации (протокол лечения) Минздрава России и РОАГ. ID-642. М., 2021. [Ectopic pregnancy. Clinical recommendations (treatment protocol) of the Ministry of Health of Russia and ROAG. ID-642. Moscow, 2021 (in Russian).]
3. American College of Obstetricians and Gynecologists et al. ACOG Practice Bulletin №193:tubal ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol* 2018; 131 (3): e91-e103.
4. Lunderff P et al. Laparoscopic surgery in ectopic pregnancy: a randomized trial versus laparotomy. *Acta Obstetric Gynecol Scandinavica* 1991; 70 (4-5).
5. Sharrock AE et al. Management and closure of the open abdomen after damage control laparotomy for trauma. A systematic review and meta-analysis. *Injury* 2016; 47 (2): 296-306.
6. Серов В.Н., Сухих Г.Т. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. 4-е изд. (Проблемы репродукции). М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. [Serov V.N., Sukhikh G.T. *Klinicheskie rekomendatsii. Akusherstvo i ginekologiya*. 4 ed. (Problemy reproduksii). Moscow: GEOTAR-Media, 2017 (in Russian).]
7. Савельева Г.М. и др. Национальное руководство. Акушерство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. [Savel'eva G.M. et al. *Natsional'noe rukovodstvo. Akusherstvo*. Moscow: GEOTAR-Media, 2015 (in Russian).]
8. Vymazal T. Massive hemorrhage management—a best evidence topic report. *Therapeutics and clinical risk management*. 2015; 11: 1107.
9. Дамиров М.М., Титова Г.П., Анчабадзе И.В., Медведев А.А. Внематочная беременность. М.: Бинорм, 2019. [Damirov M.M., Titova G.P., Anchabadze I.V., Medvedev A.A. *Vnematochnaia beremennost'*. Moscow: Binorm, 2019 (in Russian).]
10. Wikkelsø A et al. Thromboelastography (TEG) or rotational thromboelastometry (ROTEM) to monitor haemostatic treatment in bleeding patients: a systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis. *Anaesthesia* 2017; 72 (4).
11. Yang C et al. Multiple-dose and double-dose versus single-dose administration of methotrexate for the treatment of ectopic pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Reproductive Biomedicine Online* 2017; 34 (4): 383-91.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ / INFORMATION ABOUT THE AUTHOR

Агаева Мадина Ильясовна – канд. мед. наук, врач акушер-гинеколог отделения женского здоровья, АО «Группа компаний «Медси»». ORCID: 0000-0001-5138-8357. E-mail: madlen1690@mail.ru

Madina I. Agaeva – Women's Health Department of Medsi Group of Companies JSC. ORCID: 0000-0001-5138-8357. E-mail: madlen1690@mail.ru

Агаева Зоя Абуевна – д-р мед. наук, старший преподаватель отдела ультразвуковых и функциональных методов исследований, ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского». E-mail: zoya466@mail.ru

Zoya A. Agaeva – Department of Ultrasound and Functional Diagnostics N.V. Sklifosovsky Research Institute of Emergency Medicine. E-mail: zoya466@mail.ru

Статья поступила в редакцию / The article received: 08.10.2021

Статья принята к печати / The article approved for publication: 14.10.2021