

УДК 618.31-07

3.1.4 Акушерство и гинекология

DOI: 10.37903/vsgma.2025.3.38 EDN: WOJVBТ

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ГЕТЕРОТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ И ЕЕ ИСХОДА**© Мельникова А.Б.¹, Никифоровская Е.Н.¹, Крюковский А.С.², Лукина Н.В.²**¹Смоленский государственный медицинский университет, Россия, 214019, Смоленск, ул. Крупской, 28²Клиническая больница №1, Россия, 214006, Смоленск, ул. Фрунзе, 40*Резюме*

В статье приводится описание случая редкой патологии в акушерско-гинекологической практике: спонтанной гетеротопической беременности, при котором маточная и трубная беременности развивались одновременно. Это ургентное состояние, опасное как для женщины, так и для развивающегося в матке плода. Гетеротопическая беременность имеет сложности в диагностике, причем трансвагинальное ультразвуковое исследование имеет ведущее значение в ней. Также данное состояние требует экстренной хирургической помощи. Однако хирургическое вмешательство в ранние сроки гестации при пролонгированной маточной беременности является фактором риска осложненного течения беременности. В статье описаны особенности диагностики гетеротопической беременности, тактика ведения такой пациентки при желанной маточной беременности и ее исход.

Ключевые слова: гетеротопическая беременность, лапароскопия, атрезия пищевода

A CASE REPORT WITH A HETEROTOPIC PREGNANCY WITH CLINICAL OUTCOME**Melnikova A.B.¹, Nikiforovskaya E.N.¹, Kryukovskiy A.S.², Lukina N.V.²**¹*Smolensk State Medical University, 28, Krupskoj St., Smolensk, 214019, Russia*²*Clinical Hospital №1, 40, Frunze St., Smolensk, 214006, Russia**Abstract*

In this article provided description of a rare pathology in obstetric and gynecological practice: spontaneous heterotopic pregnancy, in which case uterine and tubal pregnancies were developing at the same time. This is an urgent condition which is dangerous both for a woman and a fetus developing in the uterus.

Heterotopic pregnancy has difficulties in diagnosis, at that transvaginal ultrasound has a leading value in it (in diagnosis). Also this condition requires emergency surgical care. However surgical intervention in early gestation, when the uterine pregnancy is prolonged, is a risk factor for complicated course of pregnancy. In this article described the features of diagnosis of heterotopic pregnancy, management tactics for such a patient with a desired uterine pregnancy and its outcome.

Keywords: heterotopic pregnancy, laparoscopic surgery, esophageal atresia

Введение

Гетеротопическая беременность определяется как состояние, при котором маточная и эктопическая беременности развиваются одновременно. Это ургентное состояние, требующее незамедлительной диагностики и лечения. Частота встречаемости – 1 на 30 тыс. спонтанных беременностей [1]. Впервые описанная в 1708 г., сегодня гетеротопическая беременность становится все более распространенным и актуальным заболеванием из-за широкого распространения методов репродуктивных технологий (ВРТ) и стимуляции яичников для лечения бесплодия, составляя от 1:100 до 1:500 беременностей после применения всех видов ВРТ [1, 3]. Кроме того, очевидным фактором риска как эктопической, так и гетеротопической беременности являются воспалительные заболевания органов малого таза, предшествующие хирургические вмешательства, в особенности, реконструктивно-пластические операции на маточных трубах.

В подавляющем большинстве случаев (95%) эктопическая беременность развивается в трубе, другие варианты локализации – шейка матки, послеоперационный рубец от предыдущего кесарева сечения, яичник, брюшина, органы брюшной полости [4].

Однако, несмотря на достаточно хорошую осведомленность медицинского сообщества о возрастании частоты патологических форм беременностей, настороженность в отношении гетеротопической формы гестации, как вероятной причины острого живота, а также осведомленность о тактике ведения маточной беременности при этом, достаточно низкая. Повышение уровня сонографического исследования, а также технического оснащения кабинетов пренатальной диагностики представляется одним из наиболее оптимальных путей для своевременного выявления этого заболевания.

Представлено наблюдение гетеротопической беременности с исходом своевременных родов и рождением ребенка с пороком развития желудочно-кишечного тракта.

Описание и обсуждение клинического случая

Пациентка А., 31 года, самостоятельно обратилась в гинекологическое отделение КБСМП города Смоленска с жалобами на тянущие боли внизу живота. Поводом для обращения послужили результаты ультразвукового исследования малого таза, выполненного амбулаторно, при котором была диагностирована маточная беременность малого срока и заподозрена левотрубная беременность. Дано направление на госпитализацию.

Общеанамнестические данные благоприятные. Пациентка замужем, муж здоров. В семье пациентки случаи многоплодной беременности не отмечались, в семье мужа зафиксирован случай рождения спонтанной дихориальной двойни. Рождения детей с пороками развития и ранней детской смертностью в семейном анамнезе у обоих супругов не было.

Из перенесенных заболеваний беременная указала мочекаменную болезнь с уретеролитоэкстракцией цистоскопическим доступом.

Гинекологический анамнез отягощен кандидозным вагинитом. В цикле, предшествующему фертильному, отмечала явления ОРВИ. Беременность запланированная, однако никакие препараты для прегравидарной подготовки пациентка не принимала. Биохимическое подтверждение беременности выполнено пациенткой самостоятельно при задержке менструации на 2 дня, уровень ХГЧ составил 86 мЕд/мл.

При предположительном сроке гестации 5 недель у пациентки появился дискомфорт внизу живота слева, выполнено ультразвуковое исследование малого таза, диагностирована маточная беременность малого срока и заподозрена левотрубная беременность. Дано направление на госпитализацию.

Состояние при поступлении удовлетворительное. При объективном обследовании кожные покровы чистые, обычной окраски. Рост 167 см вес 64 кг, ИМТ 22,9 кг/м², температура тела 36,6°C. Пульс 74/мин, АД 110/70, ЧДД 16/мин.

Дыхание везикулярное, тоны сердца ритмичные, звучные. Язык чистый, живот мягкий безболезненный при пальпации во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины и симптом Пастернацкого не выявлялись. Физиологические отправления без особенностей. При бимануальном влагалищном исследовании обращало на себя внимание некоторое увеличение левых придатков с их незначительной болезненностью при пальпации. Тракции за шейку матки безболезненны, нависания сводов влагалища не выявлено. Выделения из половых путей светлые. Результаты общего анализа крови и мочи без клинически значимых отклонений.

В стационаре выполнено повторное ультразвуковое исследование органов малого таза, при котором в полости матки определялось одно плодное яйцо 12×7×7 мм, желточный мешок и эмбрион не визуализировались, в левом яичнике лоцировалось одно желтое тело диаметром 16 мм, левая маточная труба была на всем протяжении расширена до 15 мм. Состояние расценено как угрожающий выкидыши при беременности малого срока, не исключалась гетеротопическая беременность. Пациентке назначены спазмолитики для симптоматической терапии угрозы прерывания беременности, местные антимикотические препараты для лечения выявленного кандидозного вагинита.

При динамическом ультразвуковом исследовании малого таза было зафиксировано должное развитие маточной беременности. Так, через 3 дня от момента первого исследования в стационаре было зафиксировано появление желточного мешка. Одновременно увеличивались размеры придаткового образования рядом с левым яичником. Через 7 дней от момента госпитализации, при очередном ультразвуковом исследовании малого таза, наряду с фиксацией роста внутриматочного эмбриона и определением его сердцебиения была обнаружена свободная жидкость в брюшной полости.

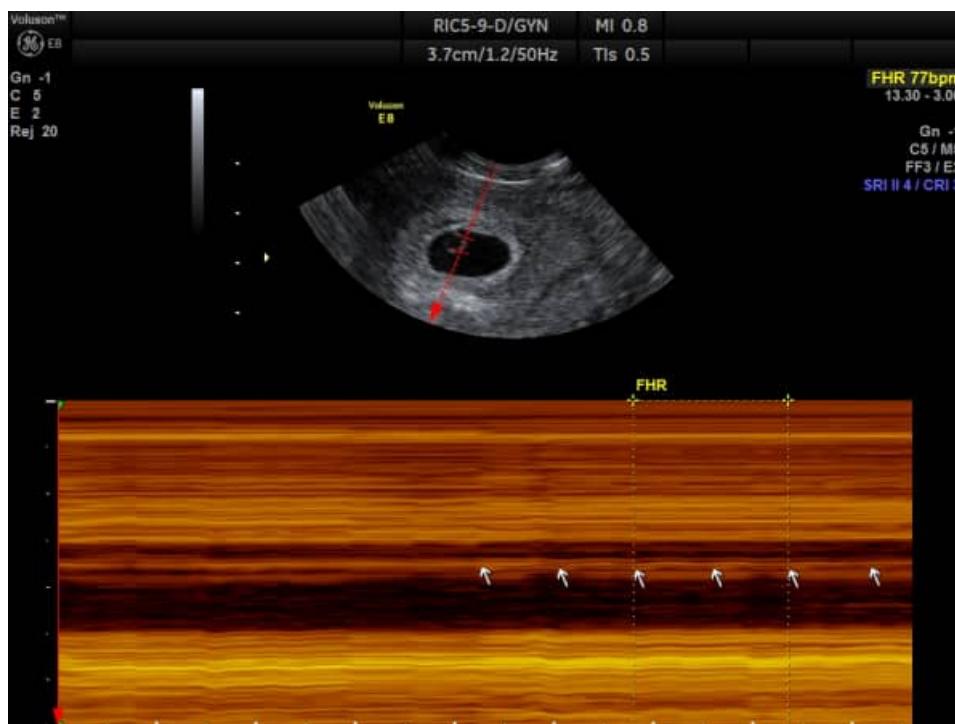


Рис. 1. Ультразвуковое исследование матки до оперативной лапароскопии, определение ЧСС эмбриона, М-режим (стрелками указаны сокращения сердца)

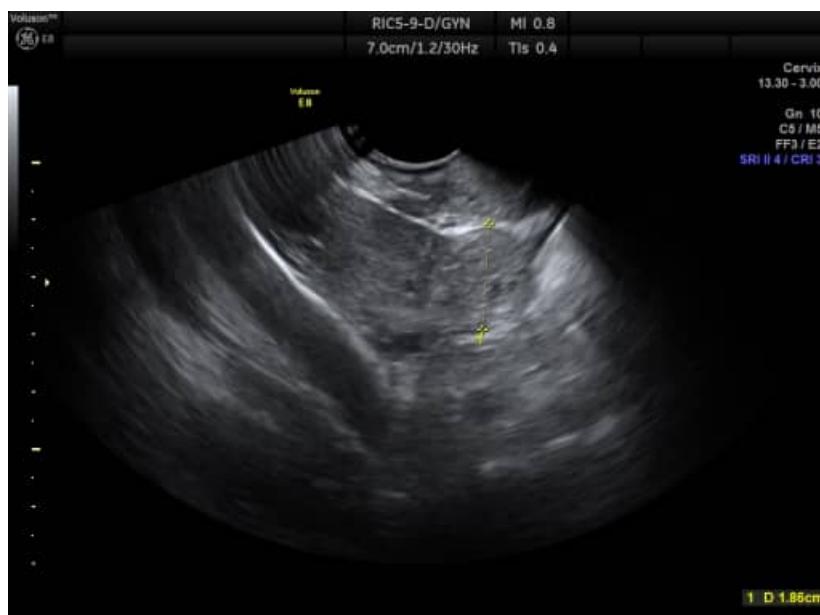


Рис. 2. Ультразвуковое исследование малого таза до оперативной лапароскопии. Левая маточная труба – на изображение округлое включение 19 мм неоднородно-повышенной эхогенности, подвижное относительно левого яичника

Было принято решение о необходимости выполнения диагностической лапароскопии для исключения эктопической беременности. При проведении лапароскопии под эндотрахеальным наркозом было выявлено: в малом тазу 10 мл темной крови, в левом яичнике – два желтых тела, левая маточная труба в ампулярном отделе расширена до 2 см, синюшного цвета, содержит плодное яйцо. Интраоперационный диагноз: нарушенная левотрубная беременность. Выполнена тубэктомия слева без технических особенностей. Кровопотеря составила 10 мл.



Рис. 3. Диагностическая лапароскопия: увеличенная матка, левая маточная труба расширена в ампулярном отделе, цианотичная, свободная кровь в малом тазу в незначительном количестве

Послеоперационный период протекал без особенностей. Пациентка получала микронизированный прогестерон интравагинально в дозировке 600 мг в сутки. Выписана в удовлетворительном состоянии на 7 сутки после операции. При контрольном ультразвуковом исследовании малого таза зафиксировано дальнейшее развитие маточной беременности.



Рис. 4. Ультразвуковое исследование малого таза после оперативной лапароскопии

На учёт в женской консультации пациентка встала в 9 недель, регулярно посещала врача, прошла весь объем обследования, необходимого при физиологической беременности. Инфекционных и экстрагенитальных заболеваний за период беременности не было. Из акушерских осложнений – гестационный сахарный диабет, контролируемый сбалансированной диетой. Ультразвуковые скрининги проведены в должные сроки, отклонений от нормальной анатомии плода выявлено не было.

Своевременные роды у пациентки произошли при сроке беременности 40(+6), недель, физиологические. Кровопотеря составила 250 мл. Новорожденная девочка имела вес 3280 г, рост 55 см. Осмотр ребенка в родильном зале без особенностей. Оценка по шкале Апгар – 8-9 баллов. Ребенок с рождения находился на совместном пребывании с матерью. Через 9 часов после рождения при кормлении у ребенка появилось пенистое отделяемое изо рта. Проведен осмотр неонатолога, реаниматолога, детского хирурга. При попытке зондирования пищевода зонд не проходит дальше 6 см. На обзорной рентгенограмме с контрастом выявлена атрезия пищевода. Ребенок переведен в ФГБУ «НМИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Минздрава России, где было успешно выполнена хирургическая коррекция порока. Ребенок был выписан домой в удовлетворительном состоянии.

При патогистологическом исследовании плаценты выявлено: плацента 3 триместра, массой 595 г, обычного созревания. Отмечен ложный узел пуповины, полнокровие ворсин, кровоизлияния в межворсинчатые пространства.

Заключение

Тактика ведения пациентки в рассматриваемом случае соответствовала общепринятым в медицинском сообществе. Выбор метода лечения определяется состоянием пациентки, гестационным сроком, локализацией и размерами плодного яйца, анамнезом пациентки и ее репродуктивными планами. Возможна выжидательная тактика при бессимптомном течении эктопической беременности, небольших размерах плодного яйца и отсутствии сердечной активности эмбриона. В случае появления признаков прервавшейся беременности выполняется экстренное хирургическое вмешательство лапаротомным или лапароскопическим доступом с удалением эктопически расположенного плодного яйца [3, 7]. При этом риск прерывания маточной беременности высок и составляет в среднем 25% [5]. В связи с этим назначение гестагенной терапии, безусловно, показано для увеличения шансов ее пролонгирования.

В данном случае благоприятный исход маточной беременности в своевременные роды, к сожалению, осложнился рождением плода с пороком развития ЖКТ – атрезией пищевода, не диагностированным пренатально. Атрезия пищевода – порок, развитие которого связано с нарушением эмбриогенеза головного отдела первичной кишки, встречается с частотой 1:3000-5000 новорожденных. Порок формируется с 20 по 32 дни гестации. Причины его формирования до конца не установлены. Имеют значения генетические факторы, воздействие токсических продуктов, гербицидов, инсектицидов, прием некоторых лекарственных препаратов (эстрогенов, метимазола). У пациенток старшего возраста, особенно первородящих, риск рождения ребенка с атрезией пищевода выше популяционного. И хотя мнение исследователей о природе спорадической атрезии пищевода неоднозначно, все считают изолированные формы порока мультифакториальными [6].

Специфичных ультразвуковых симптомов для пренатальной диагностики порок не имеет. Косвенными признаками являются: полигидрамнион и отсутствующий или маленький желудок. Лишь визуализация дилатированного и гипертрофированного орального сегмента пищевода, что возможно только благодаря улучшенному разрешению современных сонографических сканеров, является наиболее достоверным признаком атрезии пищевода [2].

Описанная клиническая ситуация демонстрирует современные возможности медицины в диагностике сложных случаев, выборе оптимального метода лечения с сохранением желанной маточной беременности и успех хирургической коррекции порока развития плода, что позволило семье реализовать родительство. Многофакторность этиопатогенеза данного порока не позволяет сделать однозначный вывод о возможном тератогенном факторе.

Литература (references)

1. Барановская Е.И., Федосенко А.В., Красницкий А.В. Гетеротопическая беременность с естественным зачатием и донашиванием плода // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2018. – N18(6). – С. 70-72. [Baranovskaya E.I., Fedoseenko A.V., Krasniczkiij A.V. Rossijjskij vestnik akushera-ginekologa. Russian Bulletin of the obstetrician-gynecologist. – 2018. – N18(6). – P. 70-72. (in Russian)]

2. Козлов Ю.А., Подкаменев В.В., Новожилов В.А. Атрезия пищевода – М: ГЭОТАР-Медиа. – 2015. – 352 с. [Kozlov Yu.A., Podkamenev V.V., Novozhilov V.A. Atresia of the esophagus. – Moscow: GEOTAR-Media. – 2015. – 352 p. (in Russian)]
3. Černiauskaitė M., Vaigauskaitė B., Ramašauskaitė D., Šilkūnas M. Spontaneous Heterotopic Pregnancy: Case Report and Literature // Medicina. – 2020. – N56(8) – P. 365.
4. Chukus A., Tirada N., Restrepo R., Reddy N.I. Uncommon Implantation Sites of Ectopic Pregnancy: Thinking beyond the Complex Adnexal Mass // Radiographics. – 2015. – N35. – P. 946-959.
5. Li J.B., Kong L.Z., Yang J.B. et al. Management of Heterotopic Pregnancy: Experience From 1 Tertiary Medical Center // Medicine (Baltimore). – 2016. – N95. – P.570
6. Oddsberg J. Environmental factors in etiology of esophageal atresia // J Pediatr Gastroenterol Nutr. – 2011. – V.52(suppl. 1). – P. 4-5.
7. Yu Y., Xu W., Xie Z., Huang Q., Li S. Management and outcome of 25 heterotopic pregnancies in Zhejiang, China // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. – 2014. – N180 – P. 157.

Информация об авторах

Мельникова Анна Борисовна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии с курсом пренатальной диагностики ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: annabm@list.ru

Никифоровская Елена Николаевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии с курсом пренатальной диагностики ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: nikiforovskaya@bk.ru

Крюковский Александр Сергеевич – врач ультразвуковой диагностики медико-генетической консультации ОГБУЗ «Клиническая больница №1» Перинатальный центр. E-mail: krukovskiy@bk.ru

Лукина Наталья Викторовна – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии с курсом пренатальной диагностики ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России; врач-генетик, заведующая медико-генетической консультацией ОГБУЗ «Клиническая больница №1» Перинатальный центр. E-mail: LNV1976@yandex.ru

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Поступила 24.05.2025

Принята к печати 25.09.2025