

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	4
Трубная беременность (совместно с О.Ю.Огай)	6
Шеечная беременность	36
Истмическая беременность	53
Интерстициальная беременность	59
Яичниковая беременность	71
Беременность в рудиментарном роге матки	81
Брюшная беременность	92
Беременность в рубце на матке после кесарева сечения	101
Беременность в культе маточной трубы	111
Гетеротопическая беременность	115
Старая внематочная беременность	127
Сочетание апоплексии яичника с внематочной беременностью	137

ИСТМИЧЕСКАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Общезвестно, что в подавляющем большинстве случаев (95%) внематочная беременность имплантируется в каком-либо отделе маточной трубы. Наиболее часто (43—90%) это происходит в ампулярной или воронкообразной части трубы [1]. Значительно реже (7—12%) nidация наблюдается в истмическом отделе и крайне редко (2—4%) — в интерстициальном [2—6].

Однако, несмотря на то что истмическая беременность возникает не столь редко, данные о ней практически отсутствуют. Об этом свидетельствует тот факт, что как в отечественной, так и в зарубежной литературе мы встретили только единичные сообщения, посвященные этой форме внематочной беременности.

Так, Л.С. Персианинов [7], описывая истмическую беременность, сообщил, что пальпаторно она представляет собой опухолевидное образование, расположенное непосредственно рядом с маткой, плотно прилегая к ней. При этом он указал, что при имплантации плодного яйца в этой части трубы, из-за очень узкого ее просвета, происходит быстрый разрыв плодовместилища с последующим кровотечением, величина которого зависит от диаметра кровеносных сосудов.

По мнению А.Н. Стрижакова и соавт. [1], при истмической локализации плодного яйца перфорация стенки трубы происходит довольно быстро — через 4—6 нед. после оплодотворения. При этом бластоциста начинает активно внедряться в слизистую оболочку маточной трубы, а затем в ее мышцу. Прорастание серозной оболочки завершается повреждением ее сосудов и, как следствие этого, интенсивным кровотечением в брюшную полость со всеми вытекающими отсюда неблагоприятными последствиями.

Поэтому, учитывая большую практическую значимость как можно более ранней диагностики истмической беременности и фактически полное отсутствие информации о возможности ее ультразвуковой визуализации, мы решили в настоящей работе представить результаты двух наших последних наблюдений.

Наблюдение первое. Пациентка Н., 32 года, обратилась в клинику в связи с задержкой месячных на 4,5 нед и наличием незначительных кровянистых выделений из половых путей в течение 3 дней и подозрением на неразвивающуюся беременность. Настоящая беременность вторая, первая 6 лет назад закончилась нормальными своевременными родами, осложнившимися послеродовым

эндометритом. При гистеросальпингографии, выполненной 4 года назад, установлена непроходимость правой маточной трубы и частично левой. В связи с чем был поставлен диагноз «вторичное бесплодие».

При осмотре пациентка нормального телосложения. Соматически здоровая. При влагалищном исследовании матка нормальных размеров, подвижна. Придатки не увеличены. При пальпации левых придатков определяется незначительная болезненность. В результате проведенного исследования было высказано подозрение на неразвивающуюся маточную беременность 5 нед. Для уточнения диагноза было рекомендовано проведение ультразвукового исследования.

При ультразвуковом исследовании было установлено, что длина матки составляет 5,6 см, толщина — 3,2 см, ширина — 6,6 см. Эндометрий повышенной эхогенности, толщиной 5 мм. Крови в полости матки не обнаружено. В левой боковой стенке определялся интерстициально-субсерозный миоматозный узел диаметром 1,1 см. Правый яичник размером $3,9 \times 2,2 \times 1,8$ см, фолликулярный аппарат выражен; левый яичник — $4,2 \times 2,8 \times 2,6$ см, фолликулярный аппарат выражен, в нем определяется желтое тело. В полости малого таза выявлялось незначительное количество анэхогенной однородной жидкости. Слева, непосредственно примыкая к углу матки, определялось средней эхогенности, овальной формы образование размером $1,1 \times 0,8 \times 0,6$ см, с наличием в нем анэхогенного жидкостного включения диаметром 0,4 см. На основании данных анамнеза и ультразвукового исследования был поставлен диагноз «неразвивающаяся истмическая беременность 5 нед.». Уровень ХГЧ (920 МЕ) подтвердил диагноз «неразвивающаяся беременность», а лапароскопическое ее удаление — наличие неразвивающейся истмической беременности.

Наблюдение второе. Пациентка Р., 36 лет, поступила в Центр в связи с задержкой менструации на 16 дней, с болями внизу живота, больше справа, кровянистыми выделениями из половых путей, появившимися 5 дней назад, и подозрением на неразвивающуюся беременность. Настоящая беременность третья, первая 10 лет назад закончилась нормальными своевременными родами, вторая — выскабливанием полости матки в связи с неразвивающейся беременностью малого срока. Пациентка замужем, мужу 38 лет. Супруги соматически здоровы, наследственность у них не отягощена.

При осмотре состояние пациентки удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Частота пульса — 84 уд./мин, артериальное давление — 110 и 75 мм рт. ст. При двуручном влагалищном исследовании установлено, что матка подвижна, болезненна. Придатки с обеих сторон не пальпируются. Отмечаются умеренные кровянистые выделения из половых путей.

При ультразвуковом исследовании установлено, что длина матки составляет 4,9 см, ширина — 4,9 см, толщина — 3,9 см. Полость матки расширена до 1 мм за счет жидкостного содержимого, плодное яйцо не определяется. Толщина эндометрия — 0,6 см. Правый яичник размером $2,9 \times 1,3 \times 1,7$ см, левый — $2,3 \times 1,6 \times 1,7$ см. К правому углу матки прилежит округлое образование средней эхогенности аморфной внутренней структуры диаметром 1,1 см. В малом тазу выявляется скудное количество свободной жидкости. Показатель бета-ХГЧ в крови — 597 МЕ. На основании данных анамнеза и проведенных исследований, был поставлен диагноз «неразвивающаяся истмическая беременность малого срока». При проведении лапароскопии диагноз «неразвивающаяся истмическая беременность» подтвержден.

Представленные данные свидетельствуют о том, что ультразвуковая диагностика истмической беременности не представляет существенных трудностей. Эта патология в наших наблюдениях на сканограммах проявлялась либо наличием непосредственно примыкающего к углу матки патологического образования округлой или овальной формы, внутренняя структура которого могла быть представлена либо кистозным включением небольших размеров, как в первом из наших наблюдений, либо иметь среднеэхогенное аморфное внутреннее строение, как во втором случае.

В настоящее время существует несколько методов лечения истмической беременности. Это тубэктомия, резекция части трубы, туботомия и медикаментозная терапия. Так, С. Chapron и соавт. [8] в своем исследовании отметили довольно высокую эффективность тубэктомии при лечении истмической беременности. В частности, они установили, что при применении этого оперативного вмешательства в последующем маточная беременность наступила у 63,3% женщин, а повторная внематочная — только у 9,1%.

М. Senterman и соавт. [2] считают туботомию недостаточно эффективным методом лечения истмической беременности в связи со значительным поражением трубы при этой патологии и указывают на необходимость проведения дальнейших исследований в целях выяснения целесообразности ее использования.

По мнению А.Н. DeCherney, S.P. Boyers [9], наиболее целесообразным является применение метода сегментарной резекции пораженного участка трубы с использованием микрохирургической техники.

В доступной литературе удалось встретить только одно сообщение, где для лечения истмической беременности применялась медикаментозная терапия [10]. В этом наблюдении с целью более быстрого рассасывания плодного яйца (диаметр которого составил 2 мм) и неразвивающейся беременности был однократно внутримышечно введен метотрексат. Однако через 12 дней после его применения, несмотря на снижение уровня ХГЧ, произошел разрыв маточной трубы, приведшей к кровопотере, составившей 2 л. На основании этих данных авторы пришли к выводу, что вопрос о возможности применения метотрексата при этой форме внематочной беременности остается еще не решенным.

Таким образом, наш многолетний опыт работы и результаты настоящего исследования свидетельствуют о том, что основным эхографическим признаком истмической беременности является выявление на сканограммах, в зависимости от наличия прогрессирующей или замершей беременности, округлой или овальной формы патологического образования, непосредственно примыкающего к углу матки. При развивающейся беременности на сканограммах это будет образование, включающее в себя гиперэхогенное кольцо, обрамленное ворсинчатым хорионом, а при неразвивающейся — в основном среднеэхогенное образование аморфной внутренней структуры.

В заключение следует отметить, что применение эхографии позволяет получить ценную информацию в отношении возможности диагностики истмической беременности, которая в дальнейшем может быть использована для выбора наиболее рациональной тактики лечения этой патологии.

Анатомические формы трубной беременности:

- а) ампулярная
- б) воронковая
- в) истмическая
- г) интерстициальная

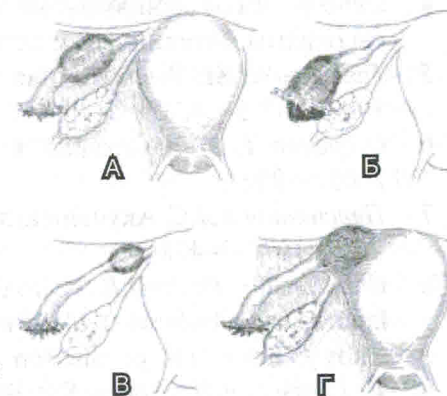


Рис. 1. Схема анатомических форм трубной беременности

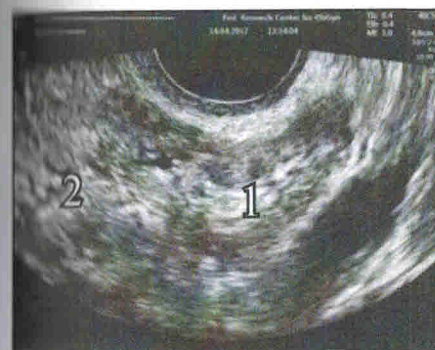


Рис. 2. Беременность в истмическом отделе левой маточной трубы. Поперечное ТВ-сканирование матки. 1 — истмическая беременность, 2 — матка



Рис. 3. Беременность в истмическом отделе правой маточной трубы. Поперечное ТВ-сканирование матки. 1 — истмическая беременность, 2 — матка

ЛИТЕРАТУРА

1. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Шахламова М.Н., Белоцерковцева Л.Д. Внематочная беременность. — М.: Медицина, 2001. — 212 с.
2. Senterman M., Jibodh R., Tulandi T. Histopathologic study of ampullare and isthmic tubal ectopic pregnancy // Am. J. Obstet. Gynecol. — 1988. — Vol. 159 (4). — P. 939–941.
3. Dubuisson J.B., Aubriot F.X., Pichard C. et al. Chronic salpingitis and extra-uterine pregnancy. Results of the histologic study of 215 tubal pregnancy // J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. — 1987. — Vol. 16 (1). — P. 27–31.

БРЮШНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Под брюшной беременностью понимают такую беременность, при которой плодное яйцо имплантируется и развивается непосредственно в брюшной полости. Она представляет собой один из наиболее редких и опасных как для матери, так и для плода вариантов эктопической беременности. Ее частота колеблется от 1:3000–1:10 000 до 1:25 000 к общему числу беременностей [1–3].

Известно, что в основном брюшная беременность бывает однородной. Однако в доступной литературе нам удалось встретить два наблюдения [4, 5], где брюшная беременность двойней закончилась рождением здоровых детей, и два наблюдения [6, 7] сочетания маточной и брюшной беременности, наступившей после ЭКО, также закончившихся благоприятно как для матери, так и для плода.

В одном из представленных в литературе наблюдений гетеротопической брюшной беременности одно плодное яйцо локализовалось в трубе, а другое было прикреплено к серозной поверхности двенадцатиперстной кишки. Причем первоначально при лапароскопии была обнаружена только трубная беременность, а затем через три недели в связи с нарастанием симптомов заболевания установлена еще и брюшная беременность [8].

В зависимости от первичной имплантации оплодотворенной яйцеклетки выделяют первичную и вторичную брюшную беременность. При первой из них плодное яйцо сразу имплантируется в брюшной полости, при второй оно первоначально локализуется в половых органах, а затем прививается в брюшной полости вследствие трубного выкидыша или разрыва трубы [9, 10]. Последний вариант, как свидетельствуют данные литературы [11], встречается значительно чаще.

Однако необходимо иметь в виду, что в ряде случаев брюшная беременность может возникнуть вследствие разрыва рудиментарного маточного рога. О двух подобных наблюдениях сообщили М. Fekih и соавт. [12] и В. Amritha и соавт. [6]. Причем в первом из них брюшная беременность была установлена только в третьем триместре беременности, во втором — во время операции кесарева сечения. При этом следует отметить, что во всех этих случаях беременность закончилась благоприятно как для матери, так и для плода.

В патологический процесс при этой патологии могут вовлекаться передняя брюшная стенка, матка, маточные трубы, большой сальник, брыжейка тонкой кишки, кишечник, прямая кишка, мочевой пузырь [13–16].

В литературе представлено одно наблюдение [17] врастания плаценты в печень, что потребовало ее резекции. Об одном случае редкой формы брюшной беременности с имплантацией плодного яйца в селезенку, установленной в 13 недель с помощью компьютерной томографии, сообщили С. J. Aguh и соавт. [8].

Клиническая диагностика брюшной беременности, особенно на ранних этапах ее развития, практически невозможна. Это обусловлено тем, что она не имеет характерных патогномоничных клинических признаков [9].

Следует отметить, что, помимо задержки менструации, наиболее часто встречающимся проявлением данной патологии являются боли в первом триместре беременности, которые отмечаются почти у всех женщин [14–20]. Последнее, как полагают, является следствием либо разрыва маточной трубы, либо трубного выкидыша. В большинстве случаев боли сохраняются на протяжении всей беременности [15–17, 21, 22]. При этом наиболее характерным для данной патологии является появление или усиление болей во время шевеления плода [6, 16, 18]. К одной из особенностей брюшной беременности следует также отнести довольно частое пальпирование мелких частей плода непосредственно под передней брюшной стенкой женщины [9, 10, 23, 24].

Среди других признаков отмечают смещение матки вверх и в сторону, неправильные положения плода и выявление в ряде случаев при влагалищном исследовании неувеличенной в размерах матки, расположенной отдельно от плодовместилища [9, 25, 26].

Некоторые авторы [2, 16, 27] в отдельных случаях наблюдали так называемые «несостоявшиеся роды», что, по их мнению, могло служить косвенным подтверждением наличия брюшной беременности.

D. N. Nunyalulendho, E. M. Einterz [28] на основании анализа клинических наблюдений пришли к выводу, что основными проявлениями брюшной беременности являются: 1) кровотечения или абдоминальные боли в начале беременности; 2) аборт в анамнезе и оперативные вмешательства на тазовых органах; 3) бесплодие; 4) кровотечения и боли в III триместре беременности; 5) указание женщины на прекращение шевелений плода; 6) ощущение женщиной или врачом, что «что-то не так»; 7) неправильное положение плода; 8) высокое расположение предлежащей части плода.

Однако представленные выше клинические признаки брюшной беременности обычно не способствовали правильной ее диагностики. Поэтому в подобных случаях в основном ставился диагноз угрозы

прерывания беременности, внематочной беременности, старой внематочной беременности, миомы матки, опухоли брюшной полости, эхинококка [4, 15–17, 22, 28–30].

В настоящее время для диагностики брюшной беременности широко используют эхографию. По мнению А.Н. Стрижакова и соавт. [9], о брюшной беременности может свидетельствовать: 1) наличие пустой матки; 2) атипичное расположение плаценты; 3) отсутствие изображения стенки матки между плодом и мочевым пузырем женщины; 4) необычное расположение плода. По мнению этих авторов, диагностическая ценность эхографии возрастает с увеличением срока беременности; до 16 недель диагноз брюшной беременности крайне затруднителен. К.У. Куп и соавт. [31] к основным признакам брюшной беременности относят отсутствие на сканограммах изображения стенки матки и наличие частей плода непосредственно под брюшной стенкой женщины.

И.А. Озерская [32], обобщив данные литературы, пришла к выводу, что основными эхографическими признаками брюшной беременности являются следующие: 1) выраженное маловодие; 2) атипичное (высокое) расположение плода; 3) утолщение плаценты; 4) нечеткий и неровный контур плаценты; 5) отсутствие изображения стенки матки; 6) задержка развития плода; 7) аномалии его развития; 8) гемоперитонеум.

Однако, как свидетельствуют данные литературы, указанные выше признаки недостаточно надежны и не всегда способствуют своевременной и правильной диагностике. Так, по результатам исследований, представленных рядом авторов [13, 19], правильная диагностика данной патологии представляется возможной только в 50% случаев. Не способствовало сколько-нибудь заметному повышению точности диагностики брюшной беременности применение компьютерной и магнитно-резонансной томографии. Частично это может быть связано с тем, что данные методы исследования применяются крайне редко [8, 33, 34].

Об отсутствии сколько-нибудь существенного повышения точности диагностики брюшной беременности после внедрения в клиническую практику современных методов исследования свидетельствуют данные, представленные D.N. Nunyalulendho, E.M. Einterz [28]. Из них следует, что если до внедрения в клиническую практику описанных выше диагностических методов исследования точность диагностики рассматриваемой патологии составляла 48,4%, то после их применения она увеличилась только на 6,9% и составила

в среднем 55,3%. О недостаточной их информативности свидетельствует и то, что в подавляющем большинстве случаев диагноз брюшной беременности ставится в III и значительно реже — во II триместре беременности [34–38].

В литературе имеется также ряд наблюдений, когда брюшная беременность была выявлена только после несостоявшихся своевременных родов [2, 5] или непосредственно во время операции кесарева сечения [7, 20, 23, 39].

Принято считать, что наибольшее число осложнений при брюшной беременности возникает в послеродовом периоде. По результатам исследований D.N. Nunyalulendho, E.M. Einterz [28], они наблюдаются у 55% женщин. Однако, как свидетельствуют данные литературы, довольно большое число осложнений отмечается и в период беременности.

Опасным осложнением, по мнению Р.Р. Маркова [10], является вторичное инфицирование погибшего плодного яйца. При этом заболевание принимает как острый, так и затяжной характер. Вскрытие гнойника может произойти через брюшную стенку, влагалище или прямую кишку. Точный диагноз в подобных случаях, по мнению автора, может быть поставлен только после обнаружения в выделявшемся гное частей плодного яйца.

О двух случаях инфицирования плодного яйца сообщили Е.И. Кулешова [40] и В.В. Завьялов [29]. В первом из них при нагноившейся брюшной беременности через перфорационное отверстие в прямой кишке размерами 5×6 см выделился мацерированный плод, соответствующий 20–22 неделям беременности. Во втором имела место старая нагноившаяся брюшная беременность 15-летней давности. В данном случае фрагменты костного скелета плода отходили через прямую кишку вследствие наличия перфорационного отверстия в слепой кишке. В обоих этих случаях исход был благоприятным, что наблюдается не всегда. Об одном случае инфицирования плодного яйца, закончившимся летальным исходом на пятые сутки после операции, сообщила К.В. Браиловская [41].

Наиболее благоприятным исходом, особенно при больших сроках, Р.Р. Макаров [10] и Л.С. Персианинов [25] считают мумификацию и петрификацию плода. Причем такой окаменевший плод (литопедион) может находиться в брюшной полости многие годы, что подтверждается множественными клиническими наблюдениями. Так, А.Д. Волпин [42] описал случай литопедиона при доношенной беременности 10-летней давности, П.М. Пантус [27] — случай

литопедиона при доношенной беременности 11-летней давности М.А. Мусабаева и Р.Н. Альпиева [22] — случай литопедиона при 7-месячной беременности 13-летней давности, Н.В. Казимирина [30] — случай литопедиона при 24-недельной беременности 16-летней давности, И.С. Спирина [43] — случай литопедиона при 5–6-месячной беременности 20-летней давности, А.А. Козбаров [44] — случай литопедиона при доношенной беременности 25-летней давности, Э.М. Мурадинов [45] — случай литопедиона при 6–7-месячной беременности 42-летней давности.

Клинические наблюдения свидетельствуют, что брюшная беременность является наиболее серьезным осложнением гестационного периода. Так, материнская смертность при этой патологии колеблется от 0,5–8% [22] до 12% [28], что, по данным Н.К. Atrash и соавт. [3], в 7 раз выше, чем при трубной беременности, и в 90 раз выше, чем при обычных родах, а перинатальная смертность варьирует в пределах 40–95% [46] — 72% [28].

А.Н. Стрижаков и соавт. [9], основываясь на статистических данных, представленных в литературе, пришли к заключению, что пороки развития при брюшной беременности наблюдаются более чем у половины плодов. По данным С.А. Stevens [1], они встретились в значительно меньшем числе наблюдений — в 21%. Однако проведенные нами исследования не подтверждают этого положения. Так, из проанализированных данных пороки развития встретились только у двух плодов. У одного из них [15] была обнаружена асимметрия лицевых костей, грыжа белой линии живота и косолапость левой стопы, у другого [18] — отсутствие плюсневой кости и пальцев левой стопы.

С.А. Stevens [1] к основной причине возникновения аномалий развития относит компрессию плода, обусловленную малым количеством околоплодных вод. Среди них отмечают деформации конечностей и суставов, лица, асимметрию лица и костей черепа, пороки центральной нервной системы. В тех случаях, когда имело место нормальное количество околоплодных вод, пороки развития обычно не наблюдались.

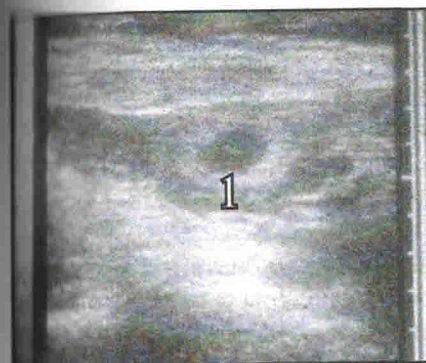


Рис. 1. Брюшная беременность 12 нед. Анэмбриония. ТА-сканирование. 1 — плодное яйцо

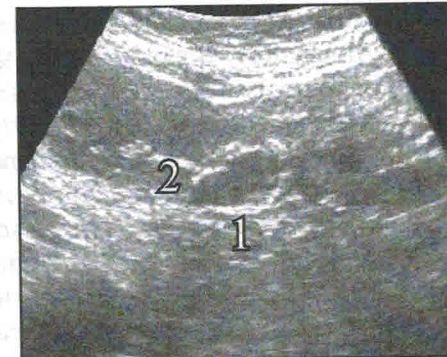


Рис. 2. Неразвивающаяся брюшная беременность. Пергаментный плод. Размеры плода соответствуют 11 нед. ТА-сканирование. 1 — туловище, 2 — рука плода

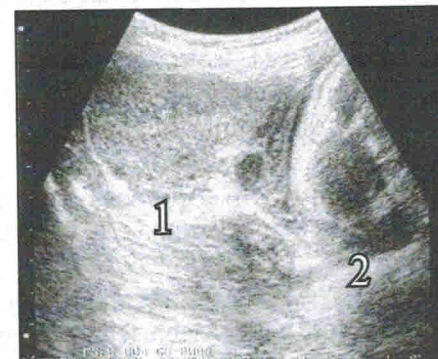


Рис. 3. Брюшная беременность 36 нед. ТА-сканирование. 1 — нормально развитая матка, 2 — голова плода

ЛИТЕРАТУРА

1. Stevens C.A. Malformations and deformations in abdominal pregnancy // *Am. J. Med. Genet.* — 1993; 47 (8): 1189–95.
2. Desai B.R., Patted Shobhana S., Pujar Yeshita V., Ruge Jayashree. Advanced secondary abdominal pregnancy following rupture of rudimentary horn. J // *Obstet. Gynecol. India.* — 2005. — 55 (2): 180.
3. Atrash H.K., Friede A., Hogue C.J. Abdominal pregnancy in the United States: frequency and maternal mortality // *Obstet. — Gynecol.* — 1987; 69 (3, Pt 1): 333–7.
4. Бурханов А.Н. Случай почти доношенной первичной брюшной беременности живой двойней. *Акушерство и гинекология.* — 1951. — 2: 49–50.