

Редкие формы эктопической беременности

В.А.Лебедев, М.Н.Шахламова, А.И.Давыдов
Первый московский государственный
медицинский университет им. И.М.Сеченова,
Москва

В статье описаны редкие формы эктопической беременности. Особое внимание уделено шейчной и яичниковой беременности. Описано клиническое наблюдение яичниковой беременности у пациентки 27 лет. Диагноз был поставлен в дооперационном периоде. Основным методом диагностики – трансвагинальная эхография, при которой было установлено наличие плодного яйца в области левого яичника. Выполнено эндоскопическое лечение в объеме резекции яичников (в правом яичнике была киста желтого тела). Акцентируется внимание на возможности современной трансвагинальной эхографии, которая позволила установить правильный диагноз яичниковой беременности в предоперационном периоде.

Ключевые слова: эктопическая беременность, трансвагинальная эхография, клинический случай.

The Rare Forms of Ectopic Pregnancy

V.A.Lebedev, M.N.Shahlamova, A.I.Davydov
I.M.Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow

The article describes the rare forms of ectopic pregnancy. Particular attention is paid to the cervical and the ovarian pregnancies. The clinical observation of the ovarian pregnancy in a 27 year old patient is described. The diagnosis was made in the preoperative period. The main method of diagnosis – transvaginal sonography, during which the presence of a gestational sac in the left ovary has been established. Endoscopic treatment was carried out in the form of resection of the ovaries (there was a cyst of the corpus luteum in the right ovary). The attention is focused on the possibilities of modern transvaginal sonography, which allowed to establish the correct diagnosis of ovarian pregnancy in the preoperative period.

Keywords: ectopic pregnancy, transvaginal sonography, clinical case.

По определению эктопическая (от греч. ektopos – неуместный, не на своем месте) или внематочная беременность представляет собой развитие оплодотворенной яйцеклетки вне полости матки [2, 4, 7]. За последние десятилетия наметилась стойкая тенденция к увеличению частоты этого заболевания. Так, с 1970 по 1995 г. частота эктопической беременности возросла в 6 раз. В индустриально развитых странах средняя частота внематочной беременности составляет 1,2–1,4% по отношению к общему числу беременностей. В США с 1970 г. частота эктопической бе-

ремениности увеличилась в 6 раз и в настоящее время встречается в 2,5% всех беременностей, причем примерно 85–90% внематочных беременностей возникают у повторно беременных. У женщин негроидной расы в США частота внематочной беременности почти в 2 раза выше, чем у женщин белой расы. В России внематочная беременность встречается в 1,13 случаях на 100 беременностей [5, 6]. В Москве за последние 5 лет частота внематочной беременности составила 3,8% от числа родов.

Рост частоты эктопической беременности объясняется следующими факторами. Это увеличение распространенности воспалительных процессов внутренних половых органов; возрастание числа хирургических вмешательств на маточных трубах, которые проводятся с целью восстановления репродуктивной функции; увеличение количества женщин, пользующихся внутриматочными контрацептивами; распространение практики ЭКО. В то же время за последние годы улучшились диагностические возможности, позволяющие выявлять ненарушенную внематочную беременность [2, 9, 10].

Кроме возрастания частоты, значимость проблемы эктопической беременности обусловлена нередкостью трудностями диагностического поиска (при прогрессировании беременности и невыраженной клинической симптоматике, обусловленной незначительной кровопотерей). Это заболевание является одной из причин массивного внутрибрюшного кровотечения, приводящего к полиорганной недостаточности или летальному исходу. Внематочная беременность служит основной причиной смерти женщин в I триместре беременности. Риск внематочной беременности повышается с возрастом и наиболее высок у женщин 35–44 лет. Относительный риск летального исхода при внематочной беременности примерно в 10 раз выше, чем при родах, и в 50 раз выше, чем при искусственном аборте [3]. В структуре причин материнской смертности на долю внематочной беременности приходится 7,4%, т.е. внематочная беременность занимает стабильное 4–5-е место в структуре причин материнской смертности в цивилизованных странах мира [12, 14, 15].

Данные статистических исследований свидетельствуют, что у каждой четвертой больной развивается повторная внематочная беременность, у каждой 5–6-й больной – выраженный спаечный процесс в малом тазу, а у 75 % женщин после тубэктомии – вторичное бесплодие.

Основу патогенеза внематочной беременности составляют нарушения физиологического транспорта оплодотворенной яйцеклетки по маточной трубе и повышение активности трофобласта [5, 11]. Этиологические факторы эктопической беременности в настоящее время четко установлены.

Изменению нормальной миграции яйцеклетки по маточной трубе способствуют воспалительные заболевания половых органов. Хронический сальпингит обнаруживают примерно у половины женщин с внематочной беременностью. Статистически установлено, что это заболевание повышает риск внематочной беременности в 7 раз.

Перенесенные в прошлом операции на органах брюшной полости и, прежде всего, реконструктивные операции на маточных трубах, следствием которых становятся структурные (образование спаек) и функциональные (изменение сократительной способности) нарушения в маточных трубах. Так, после лапароскопической электрокоагуляции маточных труб внематочная беременность развивается в 50% случаев, а после сальпинготомии – в 15–20% случаев.

Введение препаратов, содержащих прогестерон, замедляет перистальтику маточных труб и способствует имплантации плодного яйца до его попадания в полость матки. Нарушают перистальтику труб и тем самым повышают риск внематочной беременности также следующие факторы: применение внутриматочных контрацептивов, эндокринные заболевания (патология щитовидной железы, надпочечников), стрессы, длительная послеродовая лактация. Половой инфантилизм, при котором наблюдаются длинные извитые маточные трубы с замедленной перистальтикой, также может быть причиной возникновения эктопической беременности. Риск эктопической беременности повышается при опухолях и опухолевидных образованиях в малом тазу (миома матки, опухоли и кисты яичника и др.), вызывающих механическое сдавление маточных труб.

В МКБ 10-го пересмотра выделены следующие формы внематочной (эктопической) беременности:

О00 Внематочная (эктопическая) беременность.

О00.0. Абдоминальная (брюшная) беременность.

О00.1. Трубная беременность.

О00.2. Яичниковая беременность.

О00.8. Другие формы внематочной беременности.

О00.9. Внематочная беременность неуточненная.

МКБ-10: О00.8 – Другие формы внематочной беременности.

В пояснении к заболеванию с кодом О00.8 в справочнике МКБ-10 указано, что это может быть беременность шеечная, в роге матки, интралигаментарная, стеночная.

Таким образом, классификация эктопической беременности основана на локализации (имплантации) бластоцисты. При трубной беременности (удельная частота ее достигает 98,5%) плодное яйцо локализуется в ампуле маточной трубы (50%), ее истмическом (40%) или интерстициальном (9%) отделах [5].

К редким формам внематочной беременности относят: яичниковую (1,0–3,0%), шеечную (0,1–0,4%), брюшную (0,1–1,4%), межсвязочную (0,1%), а также беременность, развивающуюся в рудиментарном роге матки (0,2–0,9%).

Брюшная беременность наблюдается в среднем в 0,4% случаев. В зависимости от первичной имплантации бластоцисты выделяют первичную и вторичную брюшную беременность. При первичной брюшной беременности плодное яйцо имплантируется непосредственно на брюшине, сальнике, кишечнике или паренхиматозных органах. Вторичная брюшная беременность формируется как исход трубной беременности: полное изгнание плодного яйца из маточной трубы завершается его вторичной имплантацией в брюшную полость. Чаще плодное яйцо располагается в позадматочном пространстве.

При данной форме эктопической беременности очень важна ранняя диагностика (УЗИ, определение b-субъединицы ХГ). При этом идентифицируется шейка матки, тело матки без плодного яйца, а само плодное яйцо с живым эмбрионом визуализируется позади или сбоку от матки [2]. Если УЗИ неинформативно, диагноз подтверждают с помощью рентгенографии, КТ и МРТ [5,13]. При более поздних сроках беременности четко определяется необычное для маточной беременности местоположение плаценты. Характерным для данной локализации эктопической беременности является отсутствие стенки матки, которая при обычной беременности окружает находящийся в амниотической жидкости плод.

После установления правильного диагноза выполняется оперативное лечение, объем которого зависит от срока беременности: при малых сроках плодное яйцо удаляется без особых трудностей. В случае прорастания плаценты в брыжейку кишечника, паренхиматозные органы объем операции расширяется вплоть до резекции кишки или печени, для чего приглашается высококвалифицированный абдоминальный хирург.

К редким формам внематочной беременности относится локализация плодного яйца в зачаточном (рудиментарном, добавочном) роге матки. С позиций топографической анатомии подобная имплантация бластоцисты характерна для маточной беременности, в то же время, клинические проявления этой беременности (разрыв плодовместилища, сопровождающийся обильным кровотечением) позволяют рассматривать ее как вариант внематочной беременности. Имплантация плодного яйца в добавочном роге матки в конечном итоге заканчивается грозным осложнением беременности – разрывом матки, а материнская смертность при этом достигает 5%. Диагностика данной локализации внематочной беременности трудна. Дифференциальную диагностику следует проводить с интерстициальной локализацией внематочной беременности, а также с маточной беременностью, субсерозной миомой матки, имеющей вторичные изменения, опухолями яичников. Хирургическое лечение, заключается в иссечении добавочного рога с плодным яйцом и маточной трубой [2].

Крайне редко встречается межсвязочная (интралигаментарная) внематочная беременность, когда плодное яйцо развивается между листками широкой связки матки, куда попадает (вторично) после разрыва стенки трубы в сторону мезосальпинкса. Иногда беременная труба может замуровываться межсвязочно. Диагностика межсвязочной локализации плодного яйца очень трудна и практически возможна только во время оперативного лечения. Производятся разрез брюшины, вскрытие межсвязочного пространства и удаление плодного яйца. При выраженных анатомических изменениях маточной трубы показана тубэктомия на стороне эктопической беременности [2].

Чрезвычайно редко (1:30 000) наблюдается гетеротопическая (многоплодная) беременность, при которой имеет место маточная нидация одной или нескольких бластоцист, а формирование другого плодного яйца происходит вне полости матки. Но в последние годы, в связи с использованием вспомогательных репродуктивных технологий при лечении бесплодия, частота гетеротопической беременности увеличилась до 1:100 беременностей [2, 5].

Среди всех форм эктопической нидации трофобласта его шеечная локализация занимает лидирующие позиции и, по разным оценкам, частота шеечной беременности составляет 0,1–0,4% [16]. Наиболее вероятны причины шеечной беременности: дистрофические изменения в эндометрии, подслизистая миома матки, синдром Ашермана, использование ВМК, аномалии развития матки [1, 3, 5].

Несмотря на развитие и совершенствование медицинских технологий, главным методом лечения больных с шеечной беременностью остается хирургическое вмешательство. Это обусловлено тем, что ворсины хориона активно проникают в глубину шейки матки, прорастают в кровеносные сосуды и, тем самым, усиливают кровоснабжение хориальной площадки. Воздействие на нее медикаментозными средствами неэффективно, а выскабливание канала

шейки матки чревато возникновением неконтролируемого кровотечения из истонченной шейки матки, которая не способна к сокращению.

Диагностика шеечной беременности не простая. При клиническом обследовании определяли увеличение и асимметрию шейки матки, реже – симптом «песочных часов». При трансвагинальной эхографии основными критериями мы считали: визуализацию плодного яйца и хориона в резко расширенном канале шейки матки в сочетании с закрытым внутренним зевом, отрицательным симптомом «скольжения» плодного яйца; обнаружение цветковых локусов за пределами трофобласта, форму матки в виде песочных часов. Данные УЗИ подтверждаются нарастанием уровня β -ХГ.

Ранее основным методом лечения данной патологии являлась экстирпация матки. В настоящее время предложены различные методы органосохраняющего хирургического лечения: гистероскопическая резекция лож плодного яйца с последующей коагуляцией цервикального канала; селективная эмболизация маточных артерий с последующим удалением плодного яйца и выскабливанием слизистой цервикального канала; лазерная вапоризация хориально-го ложа; кюретаж после перевязки нисходящих ветвей маточной артерии; ампутация шейки матки. В строго ограниченных случаях отдельные авторы предлагают использование метотрексата (локальные и системные инъекции) [1].

Основными этапами электрохирургического гистерорезектоскопического лечения шеечной беременности являются следующие [3, 4]. После введения гистерорезектоскопа в шеечный канал устанавливается локализация эктопического плодного яйца, оценивается его величина. Далее холодной петлей резектоскопа производится иссечение тканей плодного яйца до полного удаления его «свободных» фрагментов. Такой «кюретаж» позволяет максимально бережно удалить элементы плодного яйца, не повреждая хориальную площадку и, тем самым, избежать активного кровотечения из ложа эктопического трофобласта. После максимального освобождения шеечного канала выполняется деструкция эктопического хориона с помощью электродашара в режимах «резка+коагуляция», а также чистая коагуляция. На заключительном этапе операции производят осмотр полости тела матки, кюретаж ее стенок с целью удаления децидуального эндометрия. В послеоперационном периоде необходимо отслеживать динамику снижения уровня β -ХГ. Уменьшение этого показателя в 1,5 раза и более в течение 48 ч свидетельствует о полном разрушении эктопического трофобласта.

Одной из редких форм эктопической беременности является яичниковая. Ее частота колеблется от одного до трех процентов всех случаев внематочной беременности, а ее отношение к родам составляет 1:7000 [1, 2, 5, 9, 10]. Первое упоминание о яичниковой беременности относится к средним векам (Saint Maurice, 1682 г.). В начале 20 века Boving (1923) представил собранные им данные, касающиеся 100 опубликованных случаев яичниковой беременности.

Несмотря на сравнительно невысокую частоту данной патологии, раннее распознавание этого заболевания представляет важную и сложную задачу. Однако врачам необходимо знать о данной патологии, так как в практической деятельности иногда приходится сталкиваться с ней. Клиническая значимость данной нозологической формы заключается в отсутствии достоверных симптомов дооперационной диагностики, а также крайней степени опасно-

сти не только для здоровья, но и для жизни женщины [6, 8, 10]. Это обусловлено тем, что прерывание этих форм, вследствие анатомо-физиологических особенностей органов, служащих ложем для плодного яйца, достаточно часто сопровождается массивным внутрибрюшным кровотечением, которое и по сей день остается одной из ведущих причин материнской летальности [1, 2, 5].

Чаще всего прерывание яичниковой беременности происходит по типу наружного разрыва плодместилища с последующим внутрибрюшным кровотечением, при этом симптоматика аналогична нарушению трубной беременности.

Различают следующие виды яичниковой беременности:

- 1) интрафолликулярную (первичная) – оплодотворение зрелой яйцеклетки происходит непосредственно в овулировавшем фолликуле;
- 2) овариальную или эпиоофоральную (вторичная) – плодное яйцо имплантируется на поверхности яичника (как возможный исход полного трубного аборта).

Первичная яичниковая беременность встречается крайне редко, а вторичная чаще развивается в результате полного трубного аборта в том случае, если плодное яйцо имплантируется на поверхности яичника [5, 12, 14].

Факторами риска возникновения яичниковой беременности являются воспалительные заболевания матки и ее придатков, применение стимуляторов овуляции, внутриматочная контрацепция (среди женщин, использующих метод внутриматочной контрацепции, частота яичниковой беременности почти в 9 раз выше, чем в общей популяции) [7].

Работами ряда авторов было установлено, что женщины, использующие ВМК, имеют повышенное соотношение яичниковой беременности к общему числу эктопических беременностей (1:9), чем неиспользующие. ВМК препятствует внутриматочной имплантации в 99,5% случаев, трубной имплантации в 95% и совсем не препятствует яичниковой имплантации. Яичниковая беременность может встречаться при синдроме поликистозных яичников и после ЭКО и переноса эмбриона. Также сообщалось, что индукция овуляции кломифеном, может быть причиной гетеротопической овариальной беременности.

Клиническое течение прогрессирующей яичниковой беременности ничем не отличается от обычной маточной. Диагностика данного заболевания крайне сложна – патогномичные симптомы заболевания отсутствуют, а большинство пациенток обращается в медицинские учреждения уже на стадии прерывания беременности (поскольку задержка менструации наблюдается лишь у 16% беременных, причем, продолжительность ее, как правило, незначительная; а субъективные жалобы обычно расцениваются как симптомы маточной беременности).

Яичниковая беременность прерывается преимущественно в ранние сроки (происходит разрыв капсулы плодместилища). Это обусловлено топографо-анатомическими особенностями нидации бластоцисты: стенка фолликула тонкая и лишена крупных кровеносных сосудов. Протеолитические свойства ворсин хориона быстро приводят к повреждению стенки фолликула и рядом расположенных сосудов, что проявляется кровотечением различной степени интенсивности.

Нарушенная яичниковая беременность нередко сопровождается теми же самыми клиническими симптомами, что и нарушенная трубная беремен-

ность. Выраженность ее клинических проявлений определяется интенсивностью внутрибрюшного кровотечения. Боли внизу живота отмечаются в 91,6% наблюдений, нарушения менструального цикла – в 79,2%, кровянистые выделения из половых путей – в 62,5%; при влагалищном исследовании у большинства пациенток в области придатков матки пальпируется образование, как правило болезненное [5–7].

Нарушенную яичниковую беременность следует дифференцировать с кровоизлиянием в желтое тело или разрывом кисты желтого тела. Поэтому для уточнения диагноза данные клинического исследования дополняют результатами тестирования β -субъединицы ХГ в плазме крови (диагностика беременности как таковой) и трансвагинального ультразвукового сканирования. При этом диагностическими признаками яичниковой беременности являются: отсутствие изменений со стороны маточной трубы на пораженной стороне; расположение плодного яйца с сосудистым компонентом по периферии («огненное кольцо») в проекции пораженного яичника; обнаружение признаков внутрибрюшного кровотечения (анэхогенное содержимое в свободной брюшной полости), возможность выполнения визуального кульдоцентеза. При эхографическом исследовании идентифицировать плодный мешок и эмбрион удается редко, так как яичниковая беременность прерывается достаточно рано.

Отдельные авторы указывают на повышение диагностической ценности МРТ-исследования в определении яичниковой беременности [6, 13]. Они сообщают, что при трансвагинальной эхографии были определены эхогенные включения в правом яичнике, а признаки трубной беременности отсутствовали. Исследователи считают, что МРТ-метод позволил выполнить детальный дифференциальный диагноз. При этом на T2-взвешенных томограммах было установлено наличие структуры разнородной высокой интенсивности, смешанной с включенными очагами, четко определяемыми сигналами низкой интенсивности, что было расценено как наличие плодного яйца в правом яичнике.

При отсутствии убедительных данных выполняется лапароскопия – основной метод догистологической диагностики нарушенной яичниковой беременности.

Критерии хирургической диагностики яичниковой беременности: интактная маточная труба на пораженной стороне; плодное яйцо расположено в яичнике и соединяется с маткой посредством собственной связки яичника [4, 10, 15]. При этом обязательным является гистологически подтвержденная овариальная ткань в стенке плодного яйца.

По мере роста беременности хорион разрывает и выходит из яичника; а поскольку эмбрион рядом с трубой, то клинические проявления подобны трубной беременности. Диагностические тесты (ХГ) и данные УЗИ помогают не более, чем при трубной беременности. Редко плодное яйцо идентифицируется при УЗИ внутри яичника. Точная локализация в большинстве случаев устанавливается при лапароскопии, лапаротомии или гистологически. Дооперационная диагностика чаще всего: трубная беременность, киста желтого тела яичника или опухоль яичника. Лапароскопически труба нормальная, а яичниковая беременность может быть неправильно определена как разрыв кисты желтого тела.

Анатомо-морфологические признаки яичниковой беременности: а) интактная маточная труба на стороне имплантации плодного яйца (особое внимание

уделяют состоянию фимбриального отдела); б) расположение плодного яйца в проекции анатомической локализации яичника; в) собственная связка яичника соединяет плодное яйцо с маткой; г) при гистологическом исследовании в стенке капсулы плодного яйца идентифицируют ткань яичника.

Лечение яичниковой беременности – хирургическое, заключается в широкой резекции яичника. Длительным выбором хирургического вмешательства является лапароскопия или мини-лапаротомия («открытая» лапароскопия). При прогрессировании беременности могут быть использованы локальные инъекции метотрексата, осуществляемые под контролем трансвагинальной эхографии. Условиями для его проведения считают: гестационный срок до 6 нед беременности; размеры плодного яйца не менее 30 мм; отсутствие сердцебиения эмбриона. Консервативное лечение позволяет сохранить овариальную ткань, предотвратить формирование спаечного процесса в полости малого таза и сохранить репродуктивную функцию у молодых женщин.

В литературе приведен ряд интересных клинических наблюдений диагностики и лечения больных с яичниковой беременностью. Анализ приведенных данных показывает, что диагностика яичниковой беременности представляет собой сложный диагностический поиск и редко бывает дооперационной. Приоритетными методами диагностики на современном этапе являются: определение β -субъединицы ХГ, трансвагинальная эхография (которую должен выполнять специалист, имеющий достаточный стаж работы), лапароскопия (реже лапаротомия) и обязательная гистологическая верификация интраоперационного материала).

Учитывая вышесказанное, при положительных показателях уровня ХГ в крови и отсутствии акустических признаков как плодного яйца в полости матки, так и патологических изменений со стороны маточных труб, сложившаяся ситуация требует исключения других видов эктопической беременности, в том числе яичниковой, как, безусловно, более опасной своими осложнениями. Интраоперационно, при отсутствии изменений со стороны маточных труб и исключении трубной локализации плодного яйца необходима тщательная ревизия всей яичниковой поверхности и внимательный осмотр париетальной и висцеральной брюшин малого таза.

В настоящей работе представлено *клиническое наблюдение*, в котором диагноз нарушенной яичниковой беременности был установлен в дооперационном периоде.

Больная П., 27 лет поступила в гинекологическое отделение клинической больницы МЗ РФ с жалобами на тянущие боли в нижних отделах живота. Менструальная функция не нарушена (менархе с 14 лет). Со слов больной, последняя менструация началась 28 дней назад, но была более скудная по сравнению с предыдущими. В анамнезе у пациентки беременностей не было (хотя она не предохранялась). Гинекологические заболевания отрицает, соматический анамнез без особенностей. Пациентка планировала беременность. Мочевой тест на беременность за день до поступления в стационар был положительным. В день поступления появились тянущие боли в нижних отделах живота, без иррадиации, в связи с чем пациентка обратилась в консультацию и бригадой скорой медицинской помощи была направлена в стационар с диагнозом «Маточная беременность 4–5 нед. Угроза прерывания беременности».

Состояние при поступлении удовлетворительное. Гемодинамика стабильная. Живот мягкий, безболез-

Рис. 1. Трансвагинальная эхография. Левый яичник, в котором определяется полость, содержащая плодное яйцо



Рис. 2. Правый яичник, содержащий кисту желтого тела с кровоизлиянием



Рис. 3. Резецированная часть левого яичника, содержащая плодное яйцо

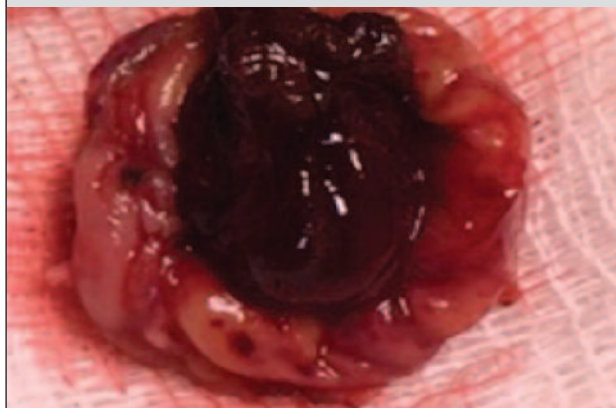
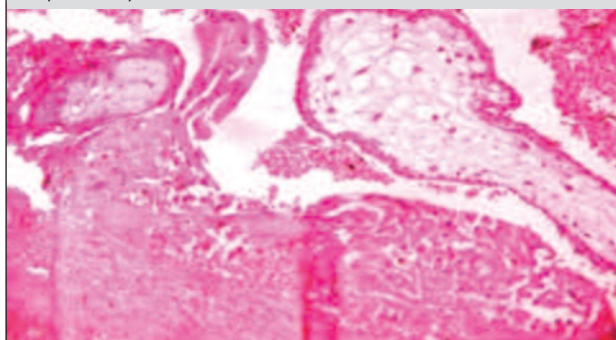


Рис. 4. Гистологическое исследование резецированной части левого яичника

Окр. гематоксилин-эозин. Ув. 150. Внизу – ткань яичника, сверху справа – хорион.



ненный, без перитонеальных симптомов. При влагалищном исследовании установлено: матка нормальных размеров, в ретрофлексии, безболезненная. Придатки с обеих сторон были несколько увеличены, больше слева, область их была болезненной; своды влагалища свободные; выделения из половых путей слизистые.

В отделении больной была выполнена трансвагинальная эхография, при которой было установлено следующее. Тело матки по средней линии, размерами 51×44 мм, миометрий однородный. М-эхо – 16 мм, плодное яйцо не визуализируется. Левый яичник размерами 43×25 мм, в его проекции визуализируется плодное яйцо (средний внутренний диаметр – 22 мм) с желточным мешком (2,7 мм) и линейной гиперэхогенной структурой (4 мм) (рис. 1). При цветном картировании в режиме энергетического доплера в проекции гиперэхогенной структуры выявлена пульсация и фокусы васкуляризации вокруг плодного яйца («огненное кольцо»). Правый яичник 41×38,5 мм, с кистозным желтым телом до 31 мм в диаметре (рис. 2); в позадаточном углублении – небольшое количество свободной жидкости с мелкой эхопозитивной взвесью. Заключение: Яичниковая беременность (в левом яичнике). Внутрибрюшное кровотечение.

Уровень β -ХГЧ в сыворотке крови – 3426 мМЕ/мл.

В экстренном порядке лапароскопическим доступом выполнена операция: резекция левого яичника. Санация и дренирование брюшной полости. Обезболивание: эндотрахеальный наркоз.

В ходе операции обнаружено: в брюшной полости 100 мл темной жидкой крови, тело матки нормальных размеров, розовой окраски. Левый яичник увеличен в размерах за счет округлого образования диаметром 3 см, синюшного цвета, с гладкой наруж-

ной поверхностью и дефектом до 2–3 мм, из которого истекает кровь. Правый яичник с кистозным желтым телом (до 3 см в диаметре); правая и левая маточные трубы визуально не изменены.

Хирургический диагноз: «Нарушенная левосторонняя яичниковая беременность (первичная). Внутрибрюшное кровотечение».

Выполнена резекция левого яичника, при которой произведено удаление плодного яйца. Ложе плодного яйца представлено тканью желтого цвета, визуально напоминающей желтое тело. Гемостаз обеспечен биполярной электрокоагуляцией. Интраоперационная кровопотеря – 150 мл.

В операционном макропрепарате в резецированной части яичника хорошо различимо плодное яйцо (рис. 3).

Гистологическое исследование подтвердило диагноз яичниковой беременности: рядом с элементами плодного яйца (хорионом) было установлено наличие яичниковой ткани (рис. 4).

Течение послеоперационного периода было гладким, больная была выписана на 5-е сутки. При проведении контрольной трансвагинальной эхографии: левый яичник размерами 34×22 мм, нормальной эхоструктуры; свободной жидкости в полости малого таза нет. Уровень β -ХГЧ в сыворотке крови снизился до 101 мМЕ/мл.

Анализ работ, представленных в современной литературе, и собственный опыт убеждают, что несмотря на редкую частоту яичниковой беременности, ее своевременная диагностика представляет сложную задачу. Прерывание яичниковой беременности происходит по типу наружного разрыва плодместилища с внутрибрюшным кровотечением и может осложняться геморрагическим шоком, представляющим опасность не только для здоровья, но и

жизни женщины. Это обусловлено богатой васкуляризацией овариальной ткани, резко усиленной при беременности.

В представленном клиническом наблюдении диагноз яичниковой беременности был установлен в дооперационном периоде. Ультразвуковое исследование, выполненное на экспертном уровне, позволило определить наличие живого плодного яйца в области левого яичника, а также признаки начинающегося прерывания беременности. Полученные данные позволили правильно сформулировать предоперационную концепцию и предупредить опасность массивного внутрибрюшного кровотечения. Диагноз первичной яичниковой беременности подтвержден данными морфологического исследования удаленного макропрепарата – рядом с хорионом определялась ткань яичника (клеточные элементы желтого тела). После постановки правильного диагноза было выполнено своевременное адекватное хирургическое лечение – резекция левого яичника, санация и дренирование брюшной полости.

Литература

- Адамьян Л.В., Чернова И.С., Козаченко А.В. Комбинированное лечение женщин с шеечной беременностью. *Акушерство и гинекология*. 2012; 4–2: 103–8. / Adamjan L.V., Chernova I.S., Kozachenko A.V. Kombinirovannoe lechenie zhenshhin s sheechoj beremennost'ju. *Akusherstvo i ginekologija*. 2012; 4–2: 103–8. [in Russian]
- Гуриев Т.Д. Внематочная беременность. *Практическая медицина*. 2007. / Guriev T.D. Vnematochnaja beremennost'. *Prakticheskaja medicina*. 2007. [in Russian]
- Давыдов А.И., Рубина Е.В., Шахламова М.Н. Эндохирургическое лечение больших шеечной беременностью: методология и отдаленные результаты. *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*, 2015; 14: 5: 16–21. / Davydov A.I., Rubina E.V., Shahlamova M.N. Jendohirurgicheskoe lechenie bol'nyh sheechoj beremennost'ju: metodologija i otdalennye rezul'taty. *Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatologii*, 2015; 14: 5: 16–21. [in Russian]
- Давыдов А.И., Стрижаков А.Н. Оперативная гистероскопия. *Династия*. 2015. / Davydov A.I., Strizhakov A.N. Operativnaja gisteroskopija. *Dinastija*. 2015. [in Russian]
- Клинические лекции по акушерству и гинекологии. Том 1. *Акушерство. Учебное пособие / Под ред. А.Н.Стрижкова, А.И.Давыдова, И.В.Игнатко. М.: Медицина, 2010. / Klinicheskie lekicii po akusherstvu i ginekologii. Tom 1. Akusherstvo. Uchebnoe posobie / Pod red. A.N.Strizhkova, A.I.Davydova, I.V.Ignatko. M.: Medicina, 2010. [in Russian]*
- Малышкина А.И., Романов В.Н., Шор А.Л., Кирсанов А.Н. Клиническое наблюдение яичниковой беременности после экстракорпорального оплодотворения. *Акушерство и гинекология*. 2012; 3: 102–104. / Malyskina A.I., Romanov V.N., Shor A.L., Kirsanov A.N. Klinicheskoe nabljudenie jaichnikovoj beremennosti posle jekstrokorporalnogo oplodotvorenija. *Akusherstvo i ginekologija*. 2012; 3: 102–104. [in Russian]
- Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Шахламова М.Н., Белоцерковцева Л.Д. Внематочная беременность. М.: Медицина, 2001; 215. / Strizhakov A.N., Davydov A.I., Shahlamova M.N., Belocerkovceva L.D. Vnematochnaja beremennost'. M.: Medicina, 2001; 215. [in Russian]
- Álvarez-Goris M.P., Mendoza-Moreno J.M., Sánchez-Zamora R., Torres-Rivera R.A., Galicia-Pedraza A.K. Ovarian ectopic pregnancy with little common clinical presentation. A case report and bibliographical review. *Ginecol. Obstet. Mex.* 2015 Sep; 83 (9): 545–50.
- Andrade A.G., Rocha S., Marques C.O., Simbles M., Martins I., Biscaia I. F., Barros C. Ovarian ectopic pregnancy in adolescence. *Clin. Case Rep.* 2015 Nov; 3 (11): 912–915. Epub 2015 Sep 15.
- Bazán-Ruiz S., Anchayhua-Cucchi J., Ruiz-Leud M., Castillo-Pulido P. Complicated ovarian ectopic pregnancy in the second trimester of pregnancy: report of a case. *Ginecol. Obstet. Mex.* 2015 Aug; 83 (8): 494–8.
- Garg M.K., Vyas S, Gulati A., Galwa R.P., Khandelwal N. Primary twin ovarian pregnancy: case report and review of the literature. *J Clin. Ultrasound.* 2009 Jan; 37 (1): 43–6.
- Elwell K.E., Sailors J.L., Denson P.K., Hoffman B., Wai C.Y. Unruptured second-trimester ovarian pregnancy. *J. Obstet. Gynaecol. Res.* 2015 Sep; 41 (9): 1483–6. doi: 10.1111/jog.12726. Epub 2015 May 28.
- Io S., Hasegawa M., Koyama T. A Case of Ovarian Pregnancy Diagnosed by MRI. *Case Rep. Obstet. Gynecol.* 2015; 2015: 143031. doi: 10.1155/2015/143031. Epub 2015 Sep 27.
- Stevens C.A. Malformations and deformations in abdominal pregnancy. *Am. J. Med. Genet.* 1993; 1: 47: 8: 1189–1195.
- Stabile I. Ectopic pregnancy: diagnosis and management. Cambridge university press, 1996; 199.
- García de la Torre JI, Delgado Rosas A et al. Cervical ectopic pregnancy of 16 weeks gestation. Block with preventive hysterectomy surgical technique for massive pelvic hemorrhage. *Case report. Ginecol Obstet Mex.* 2015; 83 (5): 316–9.

Сведения авторов:

Лебедев Владимир Александрович – д.м.н., профессор кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии Первого московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, Москва

Шахламова Марина Николаевна – д.м.н., профессор кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии Первого московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, Москва

Давыдов Александр Ильгизирович – д.м.н., профессор кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии Первого московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, Москва