

Случай из практики

**ВОЗМОЖНОСТИ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЙ ОПЕРАЦИИ  
ПРИ ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ**

**Д.М. Субанов, Т.Х. Теппеева, М.М. Омурбекова**

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Кафедра акушерства и гинекологии №1

г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** Целью исследования явилось изучение возможности органосохраняющей операции при эктопической беременности. Своевременная диагностика и лечение беременности развивающейся вне полости матки дает возможность предупредить такие грозные осложнения как разрыв плодместилища, внутрибрюшное кровотечение, влекущее за собой утрату репродуктивной функции женского организма. В данной статье приведены 3 клинических случая различной локализации эктопической беременности, которые закончились оперативным лечением с сохранением органа и репродуктивной функции женского организма.

**Ключевые слова:** Эктопическая беременность, трубная беременность, шейная беременность, интралигаментарная беременность, брюшная беременность, органосохраняющая операция.

**ЭКТОПИЯЛЫК КОШ БОЙЛУУЛУКТАГЫ ОРГАНДЫ САКТАП КАЛУУЧУ  
ОПЕРАЦИЯНЫН МҮМКҮНЧҮЛҮКТӨРҮ**

**Д.М. Субанов, Т.Х. Теппеева, М.М. Омурбекова**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

№1 Акушердик жана гинекология кафедрасы

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Изилдөөнүн максаты эктопиялык кош бойлуулукта органы сактап калуучу операциянын мүмкүнчүлүгүн көрсөтүү. Жатындан сырткары бойго бүтүүнүн өз убагында аныктоо жана дарылоо аялдын организминин репродуктивдүү функциясын жоготууга алып келүүчү түйүлдүк жаткан жердин жарылуусу, курсак ичиндеги кан агуулар сыяктуу олуттуу кабылдоолордун алдын алуу мүмкүнчүлүгүн түзөт. Бул макалада ар түрдүү жердеги эктопиялык кош бойлуулуктун аялдын орган жана репродуктивдик функциясын сактап калуучу операция жолу менен бүткөн 3 клиникалык учуру талдоого алынган.

**Негизги сөздөр:** Эктопиялык кош бойлуулук, түтүктүк кош бойлуулук, жатын моюнчасына бойго бүтүү, интралигаментардык кош бойлуулук, курсака бойго бүтүү, орган сактоо операция.

**POSSIBILITES OF ORGAN SAVING OPERATIONS IN ECTOPIC PREGNANCY**

**D.M. Subanov, T.H. Teppeeva, M.M. Omurbekova**

Kyrgyz state medical academy named after I.K. Akhunbaev,

Department of obstetrics and gynecology № 1

Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Abstract.** The aim of investigation was studying of organ saving operations possibilities in ectopic pregnancy. Timely diagnosis and treatment of pregnancy developing outside the cavity of uterus gives a possibility to prevent such dangerous complications as hysterorrhexis of fetal poultry, intra – abdominal bleeding, which lead to the loss of female body reproductive function. In this article 3 clinical cases of ectopic pregnancy from different localization are examined. The pregnancies ended with preservation of all organs and full reproductive function.

**Key words:** Ectopic pregnancy, fallopian pregnancy, cervical pregnancy, intraligamentary pregnancy, abdominal pregnancy, organ saving operations.

**Введение:** Эктопическая беременность (ЭБ) – это беременность, при которой оплодотворённое плодное яйцо имплантируется вне полости

матки. Чаще всего в 96,5-98,5% случаев ЭБ развивается в маточной трубе. Удельная частота остальных вариантов локализации распределяется следующим образом: яичниковая (0,4-1,3%),

брюшная (0,1-0,9%), беременность в роге матки (0,2-0,9%), шеечная (0,1-0,4%), интралигаментарная (0,1%) [1,2].

В индустриально развитых странах средняя частота встречаемости данной патологии составляет 1,2-1,7% по отношению к общему числу беременностей. В США и странах Европы за последнее десятилетие частота ЭБ составила 1,9%-2,3% и имеет стойкую тенденцию к росту [3, 4]. В Казахстане 1,4% беременностей являются вне-маточной [5]. В нашей республике этот показатель составляет 1,3% [6].

В данной статье нами представлены три редких случая эктопической беременности, которые закончились оперативным лечением с сохранением органа и репродуктивной функции женщины.

**Цель:** Показать возможность проведения оперативного лечения при эктопической беременности с сохранением органа и репродуктивной функции женского организма.

**Клинический случай №1:** Больная Н., 29 лет обратилась в Национальный хирургический центр 28.10.17 г. с жалобами на острые боли внизу живота, сухость во рту, общую слабость, повышение температуры тела до 37,6°С. Со слов

боли начались с 9 часов утра и усиливались со временем. При поступлении общее состояние относительно удовлетворительное. Гемодинамика стабильная. Живот мягкий, болезненный в нижних отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень и селезенка не увеличены. Клинико – лабораторные данные в пределах нормы. Ультразвуковое исследование (УЗИ) – Тело матки размером 7,4x4,2x7,0 см, эндометрий до 15 мм. Придатки справа 3,3x3,0 см, слева 2,4x1,7 см. Справа от матки визуализируется плодное яйцо размером 13x10 см, бипариетальный размер – 29 мм, длина бедра 16 мм. Хориальная часть ближе к матке.

Учитывая вышеизложенное, решено в экстренном порядке произвести удаление эктопической беременности. После соответствующей обработки операционного поля, произведена нижняя срединная лапаротомия. По вскрытии брюшной полости серозно-геморрагический выпот 100 мл. При ревизии малого таза обнаружена интралигаментарная беременность справа от матки, с четкими контурами, размером 12,0x9,0 см (рис. 1), не связанная с маткой.



Рис. 1. Макропрепарат, образование размером 12,0x9,0 см.

Матка размером 7,0x6,0 см, розовой окраски, мягковатой консистенции.

На основание образования широкой связки наложены 2 зажима, иссечен. Культи ушита капроном. Контрольный гемостаз. Передняя брюшная стенка ушита послойно наглухо. Для контроля оставлена дренажная трубка.

Макропрепарат вскрыт, в полости плацента, прикрепленная к тонкостенной капсуле. 1 плод в околоплодной оболочке, размером 8,0 см, 18-19 неделям беременности.

Послеоперационный период протекал гладко, заживление раны первичным натяжением. Пациентка выписалась домой в удовлетворительном состоянии на 5 сутки.

**Клинический случай №2:** Пациентка Н., 24 лет, 20.11.17 г. Поступила в Городскую Клиническую Больницу №1 с жалобами на колющие боли в правой подвздошной области, тошноту, рвоту, сухость во рту, общую слабость. Со слов больной себя считает с 10 часов, когда появились вышеизложенные жалобы. В связи с ухудшением состояния обратилась в поликлинику, где была пе-

ренаправлена в стационар с подозрением на аппендицит. Из анамнеза беременность 8 недель. Беременность 1. При поступлении общее состояние относительно удовлетворительное. Живот напряжен, болезненный в правой подвздошной области. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Из лабораторных данных гемоглобин 82 г/л, лейкоцитоз, скорость оседания эритроцитов – 40 мм/ч. остальные показатели в пределах нормы. Взята на операцию с подозрением на аппендицит.

После соответствующей обработки операционного поля произведена лапаротомия по Мак-Бурнею. По вскрытии брюшной полости серозно-геморрагический выпот 800 мл. Признаков аппендицита нет. Интраоперационно консилиумом

врачей решено расширить объем операции. Произведена нижнее-срединная лапаротомия. При ревизии малого таза выявлено, что источником кровотечения явилось ЭБ. Плодное яйцо соответствующее 8 неделям беременности имплантировано на передней стенке матки в нижней ее трети. Плодное яйцо удалено, без нарушения его целостности, ложе ушито непрерывным кетгутовым швом, кровотечения нет. Передняя брюшная стенка ушита послойно. Общая кровопотеря 1000,0 мл. Интраоперационно получила гемостатическую терапию, кровезаменители. Послеоперационный период протекал на фоне тяжелой постгеморрагической анемии (гемоглобин 62 г/л). Выписана домой на 7-е сутки.



Рис. 2. Макропрепарат: Плодный пузырь с зародышем внутри размером 10,0x5,0 см, соответствует беременности 8-10 недель.

**Клинический случай №3:** Пациентка К., 30 лет. Обратилась в женскую консультацию по месту жительства с жалобами на задержку менструации на 8 дней, нагрубание молочных желез. В анамнезе 2 беременности, 2 родов. Менструальная функция не нарушена. При выполнении УЗИ органов малого таза данные за возможную шеечную беременность.

Госпитализирована в частную клинику. Данные клиничко-лабораторных исследований в пределах нормы. При УЗИ малого таза: тело матки размером 6,0x6,5 см, контуры ровные, миометрий однородной структуры. Плодного яйца в полости матки нет. В шейке матки в средней трети цервикального канала визуализируется анэхогенная структура размером 11,0x6,0 см с четкими контурами. После обследования, учитывая малый срок беременности, желание женщины, решено произвести органосберегающую операцию. В условиях

операционной под анестезией на передний свод установлен вагинальный ультразвуковой датчик. Под контролем ультразвукографии произведена пункция плодного яйца с эвакуацией его жидкого содержимого. Затем, не вынимая пункционную иглу, в полость плодного яйца введен метотрексат 10 мг. Игла извлечена. На следующий день после динамической эхографии в условиях операционной под внутривенной анестезией наружный зев цервикального канала расширен до 10 мм под контролем УЗИ, введен гистерорезектоскоп и произведено удаление деструктурированного плодного яйца с одновременным гемостазом монополярной коагуляцией. Ложе плодместилища тампонируется рассасывающейся гемостатической пластиной «Тахокомб», которой был окутан баллон двухпросветного уретрального катетера Фолея №16. Баллон раздут нагнетанием физиологического раствора

хлорида натрия в количестве 5-8 мл и подтягиванием катетера гемостатическая пластина фиксирована к ране цервикального канала. Мочевой катетер удален на 3 сутки. На 4 сутки в удовлетворительном состоянии выписана домой.

**Обсуждение.** В настоящее время ЭБ по всему миру и в нашей стране довольно часто встречается и имеет тенденцию к росту, что можно объяснить ростом воспалительных заболеваний органов малого таза. По данным литературы ЭБ встречается в 1,4-1,6% от всех беременностей [7].

В случае несвоевременной диагностики и отсутствия адекватного лечения ЭБ представляет угрозу для жизни женщины. У каждой 4 пациентки развивается повторный эпизод, у каждой 5-6 возникает спаечный процесс, а у  $\frac{3}{4}$  женщин после оперативного лечения наступает вторичное бесплодие [8]. Органосберегающие операции позволяют сохранить репродуктивную функцию женщины, что играет огромную роль в сохранении семьи и гендерной политики страны.

Вышеизложенные случаи показывают возможность сохранения органа при своевременной диагностике, правильном выборе метода лечения на самых ранних сроках имплантации до разрыва плодместилища. Применение современных эндоскопических, фармацевтических, и модернизация оперативных технологий позволит минимизировать экономические затраты, риск осложнений при лечении данного контингента больных.

#### Литература

1. Айламазян, Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии: Медицинская книга / Э.К. Айламазян, И.Т. Рябцева. – 2-е изд. – М., 2014. – 185 с.
2. Кулаков, В.И. Руководство по оперативной гинекологии: Медицинская книга / [В.И. Кулаков и др.]. – М.: МИА, 2013. – 215 с.
3. Center for Disease Control: Ectopic pregnancy – United States / *Surveill Sum* 2013 – 2014. *MMWR CDC* 2013. - №41. – P. 591-594.
4. Center for Disease Control and Prevention: Ectopic pregnancy - United States // *JAMA*. – 2016. - P. 118.
5. Кудайбергенов, Т.К. Анализ причин смерти беременных, рожениц и родильниц – Алматы / НЦФГиП / Т.К. Кудайбергенов, Х.М. Бикташева // *Клинические вопросы акушерства и гинекологии*. - №4. – 2014. – С. 84.
6. Сулайманов, С.Б. Факторный анализ и оценка эффективности лапароскопической диагностики оперативного лечения эктопической беременности: автореф. дисс. на соиск. д.м.н.: 14.01.01 / С.Б. Сулайманов; КГМА им И.К. Ахунбаева. – Бишкек, 2015. - 40 с.
7. Внематочная беременность / [А.Н. Стрижаков и др.]: Изд. 2-е. – М.: Медицина, 2015. – 189 с.
8. *Nederlof, K.P. Ectopic pregnancy surveillance / K.P. Nederlof, H. W. Lawson, A.F. Satlas. – US, MMWR CDC Surveill Sum* 39 (SS-4). - P. 9-17.