

Случай из практики

УДК 618.3-06

DOI 10.52246/1606-8157_2021_26_4_38

СЛУЧАЙ ГЕТЕРОТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ С ЕСТЕСТВЕННЫМ ЗАЧАТИЕМ

Н. В. Батрак^{1,2}, кандидат медицинских наук,
А. И. Малышкина^{1,2}, доктор медицинских наук,
И. Э. Аревадзе¹, кандидат медицинских наук,
Л. Л. Серебрянникова¹, кандидат медицинских наук

¹ ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства имени В.Н. Городкова» Минздрава России, 153045, Россия, г. Иваново, ул. Победы, д. 20

² ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, 153012, Россия, г. Иваново, Шереметевский просп., д. 8

РЕЗЮМЕ Описан случай гетеротопической беременности при естественном зачатии. Обсуждаются вопросы своевременности диагностики данного состояния, а также возможности лечения.

Ключевые слова: гетеротопическая беременность, ультразвуковое исследование, лапароскопия.

*Ответственный за переписку (corresponding author): batrakn@inbox.ru

Гетеротопическая беременность – одновременное наступление эктопической и маточной беременности. Это патологическая форма беременности, при которой одно плодное яйцо имплантируется в полости матки, а другое – вне её. Причина данной патологии – нарушение овуляции или разница в скорости миграции двух эмбрионов из-за задержки захвата оплодотворенной яйцеклетки маточной трубой [7]. Это редкое состояние с частотой примерно 1 на 30 000 беременностей [1], которое может быть жизнеугрожающим [2, 10].

Распространенность гетеротопической беременности в последние десятилетия имеет тенденцию к увеличению, что может быть связано с более частым использованием индукции овуляции и редко происходит при естественном зачатии [8]. Кроме того, пациенты, которым необходимы вспомогательные репродуктивные процедуры, часто имеют патологию маточных труб, которая является одной из основных причин внематочной беременности [1].

Факторы риска гетеротопической беременности схожи с таковыми при внематочной беременности и включают курение, внематочную беременность в анамнезе, воспалительные заболевания органов малого таза, инфекции, передаваемые половым путем (особенно вызванные хламидиями), операции на маточных трубах, абдоминальные опера-

ции, эндометриоз, лечение бесплодия и некоторые формы контрацепции [6, 7].

Диагностика часто вызывает трудности из-за того, что маточная беременность маскирует клинику внематочной. Более низкие уровни β -субъединицы хорионического гонадотропина человека обычно являются индикатором внематочной беременности. Эндовагинальное ультразвуковое исследование позволяет поставить правильный диагноз в 88,9 % случаев, выявив имеющуюся маточную и эктопическую беременность. В случае неуверенности после проведения ультразвукового исследования может быть проведено диагностическое лапароскопическое вмешательство, чтобы облегчить диагностику и последующие этапы клинического ведения [7].

Окончательный результат дает морфологическое исследование, которое может описать ворсинки хориона в стенке трубы, подтверждая наличие эктопической беременности. Также имеет место воспаление и деформация складок, а также модификации, характерные для хронического сальпингита [9].

Лечение гетеротопической беременности заключается в хирургическом вмешательстве с целью удаления внематочной беременности. При отсутствии противопоказаний обычно желателен лапароскопический доступ. В этом случае маточная

беременность сохраняется и может прогрессировать без дополнительных осложнений [4]. Прогноз спонтанной гетеротопической беременности аналогичен внематочной беременности и зависит от своевременности диагностики. Прогноз для плода остается сомнительным и в основном неблагоприятным даже после операции, поскольку примерно в 35 % случаев происходит самопроизвольный выкидыш [4].

Приводим клиническое наблюдение пациентки со спонтанно наступившей гетеротопической беременностью.

В приемное отделение гинекологической клиники обратилась пациентка с жалобами на кровянистые выделения из половых путей, тянущую боль внизу живота. Данная беременность вторая, желанная, наступила самостоятельно. Срок беременности по срокам менструации – шесть недель.

Проведено лабораторно-инструментальное обследование. В общих и биохимических анализах отклонений не выявлено.

Ультразвуковое исследование органов малого таза: тело матки – 75 × 55 × 75 мм. Полость матки расширена до 18 мм с содержимым слоистой структуры и активным кровотоком (плодные оболочки). Левый яичник – 33 × 19 мм, обычной структуры. Правый яичник – 33 × 18 мм, обычной структуры. Между телом матки и левым яичником определяется образование с бугристым контуром неоднородной структуры 48 × 23 × 42 мм (маточная труба). Сзади матки определяется скопление жидкости объемом 280 мм. В подъяичниковом пространстве – скопление жидкости в виде полости шириной до 12 мм.

Предварительный диагноз: «гетеротопическая беременность шесть недель».

Учитывая неполный самопроизвольный выкидыш и нарушенную трубную беременность, в экстренном порядке выполнено выскабливание полости матки и лапароскопия.

При проведении лапароскопии в малом тазу определяется 300 мл жидкой крови и сгустков. Матка увеличена до семи недель беременности. Правые придатки и левый яичник не изменены. Левая маточная труба расширена на всем протяжении 6 × 4 см за счет плодного яйца. Выполнена тубэктомия слева, санация брюшной полости.

Гистологическое исследование соскоба из полости матки: децидуальная ткань и эндометрий гравидарного типа с очаговыми кровоизлияниями, диффузной лейколимфоцитарной инфильтрацией,

участками фиброза. Единичные клетки цитотрофобласта. Заключение: «Неразвивающаяся беременность. Хронический эндометрит».

При гистологическом исследовании маточной трубы выявлены децидуализация эндосальпинкса, элементы трофобласта, гиперемия сосудов и периваскулярные смешанно-клеточные воспалительные инфильтраты стенки. В просвете имеются сгустки крови с элементами цитотрофобласта.

Заключительный диагноз: «Гетеротопическая беременность шесть недель».

В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная терапия. Пациентка выписана на пятые сутки в удовлетворительном состоянии.

Своевременная диагностика гетеротопической беременности может быть затруднена при отсутствии конкретных симптомов. У большинства пациенток наблюдается тазовая боль, сопровождающаяся вагинальным кровотечением и аменореей [7]. Однако поскольку эти симптомы могут присутствовать при маточной беременности, ранняя диагностика затруднена [2, 8]. Рекомендуется тщательно обследовать женщину с болевым синдромом, особенно при беременности. Дифференциальная диагностика проводится с самопроизвольным выкидышем, внематочной и маточной беременностью с геморрагическим желтым телом и перекрутом придатков. Также следует исключить хирургическую патологию, такую как аппендицит, холецистит, непроходимость кишечника или панкреатит [5].

Ультразвуковое исследование органов малого таза – ценный метод визуализации в процессе диагностики гетеротопической беременности. Поскольку не существует специальных методов ее скрининга, врачи должны полагаться на клинические признаки в сочетании с тщательным ультразвуковым исследованием матки и придатков [2, 8] или даже прибегать к диагностической лапароскопии в тех случаях, когда ультразвуковое исследование дает нечеткую картину [5]. Наличие маточной беременности не исключает наличия у этой же пациентки внематочной беременности. Поэтому обязательно тщательное обследование пациенток с нормальным течением маточной беременности, у которых имеются аменорея, вагинальное кровотечение и тазовая боль [8].

В большинстве случаев диагноз гетеротопической беременности ставится поздно, когда происходит разрыв маточной трубы и у пациентки наблюдается гемоперитонеум. Раннее оперативное лечение крайне важно, чтобы избежать серьезных

осложнений у матери. Гетеротопическая беременность чаще встречается у женщин с бесплодием в анамнезе, после применения вспомогательных репродуктивных технологий и представляет собой причину, по которой многие клиники вспомогательных репродуктивных технологий предпочитают селективный перенос одного эмбриона и тщательное ультразвуковое исследование после имплантации [6]. Однако возможно развитие данной патологии и при естественном зачатии, как в описанном случае.

Исход маточной беременности при гетеротопической локализации зависит от многих факторов, таких как соматический статус матери на момент госпитализации, локализация внематочной беременности. Геморрагический шок матери может привести к плохому прогнозу маточной беременности. В литературе приведены случаи прогрес-

сирующей маточной беременности, а также самопроизвольного аборта [1, 3]. В описанном случае имел место неполный самопроизвольный выкидыш при неразвивающейся беременности на ранних сроках на фоне хронического эндометрита.

Известно, что прогрессирование маточной беременности при данной патологии не зависело от вида хирургического доступа при операции, проведенной по поводу эктопической беременности.

В настоящее время необходимо проводить дополнительные исследования для диагностики и выбора тактики ведения гетеротопической беременности, особенно с учетом увеличения её распространенности в условиях широкого применения вспомогательных репродуктивных технологий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барановская Е.И., Федосеенко А.В., Красницкий А.В. Гетеротопическая беременность с естественным зачатием и доношиванием плода. Российский вестник акушера-гинеколога. 2018;18(6):70-72. <https://doi.org/10.17116/rosakush20181806170>.
2. Ciebiera M, Słabuszewska-Józwiak A, Zaręba K, Jakiel G. Heterotopic pregnancy. How easily you can go wrong in diagnosing? A case study. *J Ultrason*. 2018;18:355-358.
3. Dendas W, Schobbens JC, Mestdagh G, Meylaerts L, Verswijvel G, Van Holsbeke C. Management and outcome of heterotopic interstitial pregnancy: Case report and review of literature. *Ultrasound*. 2017;25(3):134-142. <https://doi:10.1177/1742271X17710965>.
4. Hewlett K, Howell CM. Heterotopic pregnancy: Simultaneous viable and nonviable pregnancies. *JAAPA*. 2020;33(3):35-38. <https://doi:10.1097/01.JAA.0000654012.56086.97>
5. Holley IJ, Stickles SP. Heterotopic Pregnancy Diagnosed with Point-of-care Ultrasound in the Emergency Department: A Case Report. *Clin Pract Cases Emerg Med*. 2020;4:178-180.
6. Jeon JH, Hwang YI, Shin IH, Park CW, Yang KM, Kim HO. The risk factors and pregnancy outcomes of 48 cases of heterotopic pregnancy from a single center. *J Korean Med Sci*. 2016;31(7):1094-9.
7. Oancea M, Ciortea R, Diclescu D, Poienar AA, Grigore M, Lupean RA, Nicula R, Chira D, Strilciuc S, Mihu D. Spontaneous Heterotopic Pregnancy with Unaffected Intrauterine Pregnancy: Systematic Review of Clinical Outcomes. *Medicina (Kaunas)*. 2020;56(12):665. <https://doi:10.3390/medicina56120665>.
8. Rezai S, Giovane RA, Minton H, Bardawil E, Zhang Y, Patil N, Henderson CE, Guan X. Laparoendoscopic Single-Site Surgery for Management of Heterotopic Pregnancy: A Case Report and Review of Literature. *Case Rep Obstet Gynecol*. 2018;2018:1-6.
9. Riley DS, Barber MS, Kienle GS, Aronson JK, Von Schoen-Angerer T, Tugwell P, Kiene H, Helfand M, Altman DG, Sox H. CARE guidelines for case reports: Explanation and elaboration document. *J Clin Epidemiol*. 2017;89:218-235.
10. Tamhane NA, Parikh A, Joshi VM. Heterotopic Quadruplet Pregnancy After ICSI Conception. *J Obstet Gynaecol India*. 2018;68(6):505-507. <https://doi:10.1007/s13224-017-1049-5>.

A CASE OF HETEROTOPIC PREGNANCY WITH NATURAL CONCEPTION

N. V. Batrak, A. I. Malyshkina, I. E. Arevadze, L. L. Serebryannikova

ABSTRACT A case of heterotopic pregnancy with natural conception is described. Some questions of timely diagnosis of this state and the possibilities of its treatment are discussed.

Key words: heterotopic pregnancy, ultrasound examination, laparoscopy.