

Получена: 17 ноября 2020 / Принята: 28 декабря 2020 / Опубликовано online: 30 декабря 2020

DOI 10.34689/SH.2020.22.6.013

УДК 618.11-007.415

ГЕТЕРОТОПИЧЕСКАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ. ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Мерейлим М. Тлемисова¹, <https://orcid.org/0000-0003-1294-3738>

Айдос С. Тлемисов², <https://orcid.org/0000-0002-4239-6627>

¹ КГП на ПХВ «Больница скорой медицинской помощи города Семей» УЗ ВКО, г. Семей, Республика Казахстан;

² НАО «Медицинский университет Семей», г. Семей, Республика Казахстан.

Резюме

В статье сообщается о редком клиническом наблюдении, спонтанной гетеротопической беременности, наблюдаемой в КГП на ПХВ «Больнице скорой медицинской помощи» (БСМП) города Семей в 2020 году. Имеется письменное информированное согласие пациентки для опубликования результатов наблюдения в открытой печати. Кроме того, представлены данные литературы из базы PubMed за последний календарный год о спонтанной гетеротопической беременности.

Ключевые слова: гинекология, гетеротопическая беременность, матка.

Abstract

HETEROTOPIC PREGNANCY. DESCRIPTION OF THE CLINICAL CASE

Mereilim M. Tlemissova¹, <https://orcid.org/0000-0003-1294-3738>

Aidos S. Tlemissov², <https://orcid.org/0000-0002-4239-6627>

¹ Emergency Hospital of Semey city, Semey city, Republic of Kazakhstan;

² NCJSC «Semey Medical University», Semey city, Republic of Kazakhstan.

The article reports on a rare clinical observation of a spontaneous heterotopic pregnancy that occurred in the Emergency Hospital of Semey city in 2020. There is a written informed consent of the patient to publish the observation results in the open press. In addition, literature data from the PubMed database for the last 1 years on spontaneous heterotopic pregnancy are presented.

Key words: gynecology, heterotopic pregnancy, uterus.

Түйіндеме

ГЕТЕРОТОПИЯЛЫҚ ЖҮКТІЛІК. КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙДЫҢ СИПАТТАМАСЫ

Мерейлім М. Тлемисова¹, <https://orcid.org/0000-0003-1294-3738>

Айдос С. Тлемисов², <https://orcid.org/0000-0002-4239-6627>

¹ ШҚО ДСБ "Семей қаласының жедел медициналық жәрдем ауруханасы" ШЖҚ КМК, Семей қ., Қазақстан Республикасы;

² "Семей медицина университеті" КеАҚ, Семей қ., Қазақстан Республикасы.

Мақалада 2020 жылы Семей қаласындағы жедел медициналық көмек ауруханасында болған өздігінен жүретін гетеротопиялық жүктіліктің сирек кездесетін клиникалық байқауы туралы баяндалады. Бақылау нәтижелерін ашық жариялау үшін пациенттен жазбаша келісім алынды. Сонымен қатар, PubMed дерекқорынан соңғы 1 жылдағы гетеротопиялық жүктіліктің өздігінен жүруі туралы әдебиеттер келтірілген.

Түйінді сөздер: гинекология, гетеротопиялық жүктілік, жатыр.

Bibliographic citation:

Тлемисова М.М., Тлемисов А.С. Гетеротопическая беременность. Описание клинического случая // Наука и Здравоохранение. 2020. 6(Т.22). С. 91-94. doi 10.34689/SH.2020.22.6.013

Tlemissova M.M., Tlemissov A.S. Heterotopic pregnancy. Description of the clinical case // *Nauka i Zdravookhranenie* [Science & Healthcare]. 2020, (Vol.22) 6, pp. 91-94. doi 10.34689/SH.2020.22.6.013

Тлемисова М.М., Тлемисов А.С. Гетеротопиялық жүктілік. Клиникалық жағдайдың сипаттамасы // Ғылым және Денсаулық сақтау. 2020. 6 (Т.22). Б. 91-94. doi 10.34689/SH.2020.22.6.013

Введение

Гетеротопическая беременность определяется как сосуществование внутриутробной и внематочной беременности [6]. Гетеротопическая беременность - это опасное для жизни состояние, которое может привести к таким осложнениям, как разрыв внематочной беременности и потеря внутриутробного эмбриона после лечения [9].

Изначально теоретически заболеваемость была оценена как 1 случай на 30 000 беременностей. Однако другие данные показывают, что этот показатель выше из-за использования вспомогательных репродуктивных технологий включая индукцию овуляции, внутриматочную инсеминацию, экстракорпоральное оплодотворение, интрацитоплазматическую инъекцию сперматозоидов и составляет примерно 1 из 7000 в целом и до 1 из 900 при индукции овуляции [11, 5].

Мы сообщаем о случае спонтанной гетеротопической беременности у 24-летней пациентки с успешным лечением и с сохранением беременности.

Цель публикации — представление клинического наблюдения гетеротопической беременности при естественном зачатии и с благоприятным исходом.

Материал и методы

Для изучения описания клинических случаев гетеротопической беременности был проведен поиск в Medline с использованием поисковых терминов «гетеротопическая беременность» и «клинический случай». Были просмотрены публикации за последний календарный год.

В опубликованной литературе мы обнаружили 58 описаний случаев гетеротопической внематочной беременности. Наш собственный случай не был включен в анализ.

В статье сообщается о редком клиническом наблюдении спонтанной гетеротопической беременности, наблюдавшейся в КГП на ПХВ «Больница скорой медицинской помощи города Семей» (БСМП г. Семей) в 2020 году. Получено письменное информированное согласие пациентки для публикации результатов наблюдения в открытой печати. Пациентке проведены стандартные клинические, лабораторные, инструментальные исследования. Проведено оперативное вмешательство. Зафиксирован протокол операции. Данные были фиксированы в электронной базе данных стационарного пациента «Дамумед».

Описание клинического случая

Пациентка К., 24 года, доставлена в приемное отделение БСМП г. Семей бригадой скорой медицинской помощи с жалобами на мажущие кровянистые выделения из половых путей, тянущие боли внизу живота, больше справа. В день поступления до госпитализации пациентка амбулаторно проходила УЗИ, в заключении которого выявлено: «Ультразвуковые признаки маточной беременности 9 недель 3 дня. Внематочная беременность справа. Признаки гетеротопической беременности».

При осмотре в условиях приемного покоя: пациентка нормального телосложения, индекс массы тела 20,0 кг/м², общее состояние удовлетворительное, гемодинамика стабильная.

Из анамнеза: считает себя беременной в течений 9-10 недель, ранее находилась на стационарном лечении в районной больнице села Бородулиха с диагнозом: «Угрожающий самопроизвольный аборт в ранние сроки».

Проходила гинекологическое трансабдоминальное УЗИ. Заключение: «Беременность 7 недель 3 дня. Ретрохориальная гематома». Там же назначено лечение препаратом "Дюфастон" по схеме, который пациентка принимала до госпитализации в БСМП г. Семей, ежедневно по 10 мг 1 раз в день внутрь. Выписана на амбулаторное лечение с улучшением на 7ые сутки.

Гинекологический анамнез: Менструальная функция без особенностей, менархе в 13 лет, менструации по 6-7 дней с интервалом 28-30 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 20 лет, не использовала контрацепции. Состоит в браке, брак первый. Из гинекологических заболеваний: первичное бесплодие, трубно-перитонеального генеза. Проводилась диагностическая лапароскопия в 2018г., сальпингоэктомия слева. В течение последних 12 месяцев улучшила рацион, принимала ежедневно фолиевую кислоту по 500 мг 1 раз в день внутрь последние 5 месяцев.

При поступлении в отделение гинекологии БСМП г. Семей концентрация хорионического гонадотропина (чХГ) 99999,9 мМЕ/мл.

При гинекологическом трансабдоминальном УЗИ обнаружено: в полости матки визуализируется один плод. Копчико-теменной размер - 27 мм. Сердцебиение плода 162 уд/мин, диаметр желточного мешка 4,5 мм. Структура хориона: выше правого яичника образование размерами 60*35 мм, в нем эмбрион с копчико-теменным размером 21 мм. На основании вышеуказанного сделано заключение: «Маточная беременность 9-10 недель. Внематочная беременность справа».

По решению консилиума врачей, учитывая клиническую картину, жалобы и результаты УЗИ и с согласия пациентки, произведена лапоротомия, которая подтвердила наличие в брюшной полости около 50 мл крови. Матка увеличена до 10 недель, мягкой консистенции, серозная оболочка цианотична.

Придатки справа: правая маточная труба длиной 10 см, ампулярный отдел представлен образованием 8,0x8,0см, сине-багрового цвета, тестоватой консистенции, частично запаян ампулярный конец Правый яичник - 3,0x3,0см, белесовато-серого цвета, плотной консистенции.

Придатки слева: левая маточная труба отсутствует. Левый яичник - 3,0x3,0см, белесовато-серого цвета, плотной консистенции.

Проведена операция - сальпингоэктомия справа. При оперативном вмешательстве на мезосальпинкс справа и правый маточный угол наложены зажимы, маточная труба отсечена, после чего зажимы заменены кетгутowymi лигатурами. Произведен тщательный гемостаз. Брюшная полость промыта раствором фурацилина, осушена. Произведена ревизия органов брюшной полости. Передняя брюшная стенка ушита послойно, наглухо. Швы на кожу. Асептическая повязка.

Трубная беременность подтверждена гистологически. В послеоперационном периоде состояние пациентки было стабильным, лабораторные показатели в норме, маточная беременность прогрессирует. На 8-е сутки после операции пациентка выписана на амбулаторное лечение с рекомендациями о необходимости диспансерного наблюдения по месту жительства. Беременность протекала без осложнений.

Обсуждение

Диагностика внематочного продукта зачатия в ряде случаев затруднительна [17]. Риск гетеротопической беременности увеличивается при использовании ВРТ, когда в матку одновременно переносят 2 эмбриона или более. Протокол ВРТ включает диагностику беременности ранних сроков, а заведомо известные риски эктопической или гетеротопической беременности при ВРТ побуждают врача к дифференциальной диагностике при высокой мотивации пациентки к обследованию.

При естественном зачатии гетеротопическая беременность — крайне редкое явление. При ожидаемой беременности факт зачатия своевременно подтверждается качественной реакцией на наличие ХГ в моче и ультразвуковой визуализацией эмбриона в полости матки, что, однако, не исключает наличие одновременно еще одного или нескольких эмбрионов вне полости матки. Увеличение содержания ХГ в крови подтверждает прогрессирование беременности, но для диагностики гетеротопической беременности неинформативно, так как продукция субнормального количества гормона эктопическим плодным яйцом маскируется более высокой концентрацией ХГ, продуцируемого хорионом в матке. В отделении неотложной помощи гетеротопическая беременность не становится предметом дифференциальной диагностики у пациенток с болью в животе. Поэтому, как правило, внематочный продукт зачатия остается нераспознанным, становится причиной кровотечения с угрозой для жизни пациентки [14, 15, 8, 4]. Ведущую диагностическую роль в поиске эктопического плодного мешка имеет трансвагинальное УЗИ, как это и произошло в описываемом нами клиническом наблюдении.

При гетеротопической беременности внематочный продукт зачатия может находиться вне половых органов, что следует учитывать при дифференциальной диагностике у женщин с положительным тестом на ХГ, абдоминальными болями, внутренним кровотечением. S. Juliana и R. Tai [7] описывают случай гетеротопической беременности у 31-летней пациентки, когда источником внутреннего кровотечения была селезенка, а эктопия плодного яйца в селезенке стала патоморфологической находкой. После контрольного измерения уровня ХГ была обнаружена также внутриматочная беременность, но она закончилась выкидышем [7].

Лечебная стратегия при гетеротопической беременности направлена на удаление внематочного продукта зачатия и сохранение эмбриона в матке. При эктопии плодного яйца в рубце после кесарева сечения или в шейке матки методами выбора могут быть

редукция эмбриона путем местного введения раствора хлорида калия, гиперосмолярной глюкозы, метотрексата под ультразвуковым контролем с последующей аспирацией. Для пациенток с ГБ и плодным мешком в маточной трубе предпочтительна лапароскопическая сальпингэктомия при условии стабильной гемодинамики, тогда как при массивном кровотечении и шоке показана лапаротомия [13].

Даже своевременная диагностика сосуществования маточной и трубной беременности и выполненная сальпингэктомия после спонтанного зачатия может заканчиваться самопроизвольным выкидышем [3]. Однако в литературе сообщается о частом благоприятном исходе гетеротопической маточной беременности с донашиванием плода в матке после лапароскопической сальпингэктомии [1, 4, 10, 2].

Казуистикой является случай доношенной гетеротопической беременности, диагностированной в ходе кесарева сечения, когда внематочный продукт зачатия был обнаружен латерально от матки в виде неоднородной массы и в последующем диагноз был подтвержден гистологически [12]. Крайне редкая триплетная гетеротопическая беременность с двойней в одной маточной трубе и одним эмбрионом в матке в сроке 9 нед диагностирована у пациентки с разрывом маточной трубы и внутрибрюшным кровотечением в отделении неотложной медицины университетской клиники Анталии [16].

Заключение

Гетеротопическая беременность — крайне редкое явление, присущее в большей степени использованию вспомогательных репродуктивных технологий. Гетеротопическая беременность с зачатием в естественном цикле часто становится диагностической находкой. Ее своевременная диагностика возможна с применением ультрасонографии, что является залогом благоприятного исхода с удалением эктопической беременности и сохранением маточной беременности. Факторами риска являются ЭКО-ЭТ и сальпингэктомия в анамнезе. В зависимости от клинической картины варианты лечения включают выжидательное наблюдение, лечение или хирургическое вмешательство. Исход сосуществующей внутриутробной беременности в целом хороший

Из всех описанных, в мировой литературе, наблюдений гетеротопической беременности наиболее типично сосуществование трубной и внутриматочной беременности, когда решающее диагностическое значение имеет трансвагинальная сонография, а управление ситуацией включает лапароскопическую сальпингэктомию и сохранение внутриматочной беременности. Нами также была избрана оптимальная тактика управления гетеротопической беременностью, что обеспечило прогрессирование маточной беременности.

Литература:

1. Abasiattai A.M., Utuk M.N., Ugege W. Spontaneous heterotopic pregnancy with tubal rupture and delivery of a live baby at term: a case report // Niger J Med. 2010;19:2:236-238.

2. *Bataille P., Reynard A., Ducarme G.* Spontaneous heterotopic triplets - A review of literature // *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* 2017; 46: 8, 657-659. <https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2017.05.008>.
3. *Bhatti K.A., Babay Z.H., Neyazi S.M.* Ruptured spontaneous heterotopic pregnancy // *Saudi Med J.* 2010;31:4:445-447.
4. *Fouedjio J.H., Fouelifack F.Y., Fouogue J.T., Sando Z.* Ruptured heterotopic pregnancy in a natural conception cycle: a case report at the Yaounde central Hospital (Cameroon) // *The Pan African Medical Journal.* 2013;16:106. <https://doi.org/10.11604/pamj.2013.16.106.3506>
5. *Glassner M.J., Aron E., Eskin B.A.* Ovulation induction with clomiphene and the rise in heterotopic pregnancies: A report of two cases // *J Reprod Med.* 1990;35:175-8.
6. *Govindarajan M.J., Rajan R.* Heterotopic pregnancy in natural conception // *J Hum Reprod Sci.* 2008;1:37-8.
7. *Julania S., Tai R.* Heterotopic simultaneous splenic and intrauterine pregnancy after spontaneous conception and review of literature // *J Obstet Gynaecol Res.* 2013;39:1:367-370. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0756.2012.01920.x>.
8. *Kumar R., Dey M.* Spontaneous heterotopic pregnancy with tubal rupture and pregnancy progressing to term // *Medical Journal, Armed Forces India.* 2015;71:Suppl 1:S73-S75. <https://doi.org/10.1016/j.mjafi.2013.02.017>.
9. *Li J.-B., Kong L.-Z., Yang J.-B., Niu G., Fan L., Huang J.-Z., Chen S.-Q.* Management of Heterotopic Pregnancy: Experience From 1 Tertiary Medical Center // *Medicine (Baltimore)* 2016;95:e2570. doi: 10.1097/MD.0000000000002570.
10. *Lu D., Tang J.J., Zakashansky K., Berkowitz R.S., Kalir T., Liu Y.* Heterotopic pregnancy including intrauterine normal gestation and tubal complete hydatidiform mole: a case report and review of the literature // *Int J Gynecol Pathol.* 2017; 36: 5: 428-432. <https://doi.org/10.1097/PGP.0000000000000347>.
11. *Lyons E.A., Levi C.S., Sidney M.* In: *Dashefsky in diagnostic ultrasound.* 2nd ed. Rumak CM, Wilson SR, Charboneau WK, editors. Volume 2. Mosby; 1998. p. 999.
12. *Martin J.K., Gala R.B.* Adnexal mass in a spontaneous pregnancy diagnosed as heterotopic pregnancy at the time of Cesarean delivery // *The Ochsner Journal.* 2015;15:3:265-267.
13. *Mj G.,* Heterotopic pregnancy in natural conception // *Journal of Human Reproductive Sciences.* 2008;1:1:37-38.
14. *Pramanick A., Peedicayil A., Shah A.* Bilateral tubal pregnancy with intrauterine pregnancy in a natural conception cycle along with liver cell failure: case report and review of literature // *Journal of Obstetrics and Gynaecology of India.* 2014;64:Suppl 1:50-52. <https://doi.org/10.1007/s13224-013-0474-3>.
15. *Shehab Q., Kamali H., Glew S.* Ruptured heterotopic tube secondary to a spontaneous heterotopic pregnancy in a parous woman with a previous vaginal delivery and history of rare renal anomaly // *J Obstet Gynaecol.* 2016; 36: 4: 538-539. <https://doi.org/10.3109/01443615.2015.1121980>.
16. *Simsek T., Dogan A., Simsek M., Pestereli E.* Heterotopic triplet pregnancy (twin tubal) in a natural cycle with tubal rupture: case report and review of the literature // *J Obstet Gynaecol Res.* 2008;34:4: Pt 2:759-762. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0756.2008.00921.x>.
17. *Фетищева Л.Е., Ушакова Г.А.* Редкие формы внематочной беременности. Проблемы диагностики, лечения и восстановления фертильности [Rare forms of ectopic pregnancy. Problems of diagnosis, treatment and restoration of fertility] // *Российский вестник акушера-гинеколога* [Russian Bulletin of Obstetrician-Gynecologist]. 2017; 17: 4: 11-19. <https://doi.org/10.17116/rosakush201717411-19>. [in Russian]

Контактная информация:

Тлемисова Мерейлим Махмудовна – ординатор отделения гинекологии КГП на ПХВ «Больница скорой медицинской помощи города Семей» УЗ ВКО, г. Семей, Республика Казахстан.

Почтовый индекс: Республика Казахстан, 071400, г. Семей, ул. Краевая 3б.

E-mail: aidos_8668@mail.ru

Телефон: +77029092567