Клінічний випадок: успішне розродження інтраопераційно діагностованої доношеної черевної вагітності

В.К. Чайка, І.Т. Говоруха, О.Г. Білоусов, І.В. Новікова
Донецький державний медичний університет
Донецький регіональний центр охорони материнства та дитинства

У статті розглянуто випадок успішного закінчення доношеної черевної вагітності, яка настала після запліднення in vitro, що була визначена лише під час операції кесарева розтину. Діагностика черевної вагітності складна, і ехографія не завжди є ефективною в її виявленні. Така вагітність є великою небезпекою для життя матері та її дитини.

Ключові слова: *доношена черевна вагітність, діагностика.*

Згідно з даними епідеміологічних досліджень від 1990 р., до цього часу спостерігається значне збільшення частоти позаматкових вагітностей [7]. Це пов'язано з численними факторами, у першу чергу зі збільшенням частоти запальних процесів органів малого таза в жінок репродуктивного віку, широким використанням протизаплідних засобів, реконструктивних операцій на маткових трубах та зростанням частоти запліднень in vitro (ЗІВ) [5, 7, 11]. Досі ця патологія є однією з найзагрозливіших ускладнень ЗІВ; її частота становить 5,8–10,6% [13]. При цьому черевна вагітність є достатньо рідкісною патологією і становить лише 0,1–0,9% усіх випадків позаматкової вагітності [6, 7]. Черевна вагітність може виникнути внаслідок імплантації плодового міхура на вісцеральному чи парієтальному листках очеревини або внаслідок трубного аборту [7, 8]. Можливості діагностики такої вагітності залежать від топографії розташування плодового міхура. Ехографічними ознаками черевної вагітності є значне маловоддя, нетипово високе розміщення плода, потовщення плаценти, відсутність зображення стінки матки, затримка розвитку плода, аномалії розвитку плода, гемоперитонеум [1, 2, 12]. На пізніших термінах вагітність, що розвивається у черевній порожнині, клінічно досить складно відрізнити від звичайної маткової вагітності; для цього матка має виявлятися окремо від плодового міхура. Така вагітність може безсимптомно розвиватися практично до пологів і вперше виявлятися під час їх першого періоду [8, 10]. Прогноз розвитку вагітності вважається несприятливим. Материнська смертність при такому виді ектопічної вагітності сягає 20%, перинатальна – 80–91% [3].

У нашій статті розглядається клінічний випадок благополучного закінчення інтраопераційно визначеної доношеної черевної вагітності, яка настала після ЗІВ.

Пацієнтка У., 27 років, поступила до відділу патології вагітності Донецького регіонального центру охорони материнства та дитинства (ДРЦОМтаД) із діагнозом: вагітність I, 6–7 тиж. Первинна безплідність вилікувана шляхом ЗІВ. Двійня. Загроза аборту. Гестоз I половини вагітності. Хронічний пієлонефрит у стадії ремісії. Дифузно-вузловий зоб I ступеня, хронічний тиреоїдит, еутиреоз. Хронічний холецистопанкреатит.

Під час прийому до лікарні пацієнтка скаржилася на тягнучий біль унизу живота, нудоту, періодичне блювання.

З анамнезу: у 16-річному віці, після падіння і тупої травми живота ургентно прооперована у хірургічному відділі через підозру на розрив лівого яєчника. Здійснено: ушивання лівого яєчника, резекцію правого яєчника та двобічне видалення маткових труб. Операція ускладнилася значним тяжким станом.

Ця вагітність настала після першої спроби ЗІВ. Під час клінічних і лабораторних досліджень не виявлено якихось хворобливих змін, за винятком ацетонурії. Дані ультразвукового дослідження підтвердили наявність маткової вагітності двійнею, що розвивається, терміном 6–7 тиж. Визначалося 2 плодових міхури із зародками, при цьому один плодовий міхур розташований в області лівого трубного кута. За 5 днів перебування пацієнтки в лікарні відбулося загострення хронічної герпетичної інфекції II типу. За тиждень відбулася саморедукція одного з плодових міхурів; другий плодовий міхур, що розташований ближче до маткового кута, розвивався і відповідав 8 тиж вагітності. У стаціонарі вагітна одержувала інфузійну терапію, гормональну корекцію, зберігальну терапію. Через місяць пацієнтку виписано зі збереженою матковою вагітністю.

У терміни 13 та 19 тиж пацієнтці двічі проводили ультразвукові й біохімічні дослідження в медико-генетичному центрі, за їх даними патології не виявлено, за винятком низького розташування плаценти.

У терміні 26 тиж вагітна повторно госпіталізована до ДРЦОМтаД зі скаргами на рясні кров'янисті виділення зі статевих шляхів. Під час прийому виставлено діагноз: вагітність I, 25–26 тиж. Первинна безплідність вилікувана шляхом ЗІВ. Загроза передчасних пологів. Низька плацентація. Хронічний пієлонефрит у стадії ремісії. Дифузно-вузловий зоб I ступеня, хронічний тиреоїдит, еутиреоз. Хронічний холецистопанкреатит. За даними ехографії положення плода поперечне, відстань від нижнього краю плаценти до внутрішнього вічка 1,5 см, навколоплодові води у помірній кількості, в області внутрішнього вічка визначається включення зниженої ехогенності, аваскулярне, розмірами 2,5 х 1,9 см – гематома у стадії організації. Матково-плацентарний та внутрішньосерцевий кровотік не порушені, кровотік в артерії пуповини плода знижений.

За час перебування у стаціонарі у хворої двічі спостерігався значний больовий синдром після погрішностей у дієті, який частково ослаблювався знеболювальними. Це було розцінено як загострення хронічного холецистопанкреатиту, внаслідок чого вагітна одержувала лікування в умовах відділу анестезіології та реанімації ДРЦОМтаД у термінах 25–26 тиж і 30–31 тиж. При цьому спостерігалася невідповідність між тяжкістю клінічної картини та незначним підйомом рівня трансаміназ, амілази й діастази. З 32 тиж пацієнтка перебувала на стаціонарному лікуванні у відділі патології вагітності внаслідок загрози передчасних пологів, анемії вагітних, алергійного дермати-

ту. Одержувала зберігальну терапію, профілактику синдрому дихальних розладів плода.

У 36–37 тиж здійснено ультразвукове дослідження: положення плода поздовжнє, тазове передлежання, розміри плода відповідають терміну вагітності; аномалій плода не виявлено; навколоплодові води у помірній кількості; низька плацентація, відстань від краю плаценти до внутрішнього вічка 1,5 см. Матково-плодово-плацентарний і внутрішньосерцевий кровотік не порушені, кровотік в артерії пуповини знижений у межах припустимого 95 перцентілю. За даними кардіотахографії визначено реактивний нестресовий тест. Адаптаційні та компенсаторні можливості фетоплацентарного комплексу задовільні.

У 37–38 тиж пацієнтку розроджено планово шляхом операції кесарева розтину. Операція: черевна порожнина розкрита нижнє-серединним розрізом пошарово зі значними технічними складнощами внаслідок тяжкого стану; в операційній рані між петлями кишки знаходився плодовий міхур, оболонка якого була значно потовщена, щільна, зі значною васкуляризацією. Виставлено діагноз черевної вагітності. Плодові оболонки розрізані – вилилася помірна кількість світлих навколоплодових вод. За пахвинний згин витягнуто живого доношеного гіпотрофічного плода чоловічої статі масою 2300 г, довжиною 48 см, з оцінкою за шкалою Апгар 7–8 балів. Оглянуто органи черевної порожнини і малого таза: матка збільшена до 10 тиж вагітності, плацента розташована по задній та лівій боковій стінкам матки із проростанням усіх шарів матки. Також плацента була інтимно спаяна з петлями кишки, сальником, лівим яєчником та лівою боковою стінкою таза. Відділялася плацента зі значними технічними складнощами частково тупим і частково гострим шляхом. Десерозована ділянка кишки ушита двохрядними шовковими швами. Типовим шляхом виконано надпіхвову ампутацію матки з лівим яєчником. Розітнуто спайки між петлями кишки та сальником. Частину сальника видалено. Правий яєчник – без особливостей. Загальна крововтрата становила близько 1000 мл. Операція тривала 2 год 15 хв.

Післяопераційний період перебігав зі вторинною анемією. Перистальтика кишечника з'явилася на кінець другої доби. Рана загоїлася первинним натягом. Мати з дитиною у задовільному стані виписані додому на дев'яту добу.

Контрольний огляд за місяць підтвердив задовільний загальний стан матері та нормальний розвиток малюка.

Як видно з описаного, черевна вагітність перебігала абсолютно нетипово, не спостерігалося жодної ехографічної ознаки черевної вагітності (значне маловоддя, атипово високе розташування плода, потовщення плаценти, відсутність зображення стінки матки, затримка розвитку плода, аномалії розвитку плода, гемоперитонеум), за винятком деякої гіпотрофії плода.

За час вагітності пацієнтці здійснено 10 ультразвукових досліджень у різні терміни вагітності п'ятьма різними лікарями з ультразвукової діагностики у трьох різних медичних закладах третього рівня. Ніде не був виставлений діагноз ектопічної/черевної вагітності, ні в кого не викликало сумнівів взаємне розташування плаценти, плода, тіла та шийки матки.

Клінічно розвиток цієї вагітності перебігав під „маскою" загострення хронічного холецистопанкреатиту, який дійсно був у пацієнтки. За час перебування у стаціонарі вагітна помічала епізоди сильного тиску плода у підребер'ї, внаслідок чого їй доводилося приймати вимушене положення. Не зважаючи на незначний підшкірно-жировий прошарок пацієнтки, окремі частини плода пальпаторно не визначалися, серцебиття плода завжди прослуховувалося без особливостей. Навіть під час операції діагноз черевної вагітності було виставлено не одразу.

Цей клінічний випадок підтверджує думку провідних американських і російських учених щодо поліморфізму й мімікрії позаматкової вагітності та суттєвої складності її діагностики у будь-якому терміні антенатального періоду [4, 8–10, 14].

Клинический случай: успешное родоразрешение доношенной брюшной беременности, диагностированной интраоперационно

В.К.Чайка, И.Т. Говоруха, О.Г. Белоусов, И.В. Новикова

В статье рассмотрен случай успешного завершения доношенной брюшной беременности после оплодотворения in vitro, которая была выявлена лишь во время операции кесарева сечения. Диагностика брюшной беременности достаточно сложна, и эхография не всегда эффективна в ее выявлении. Такая беременность очень опасна для жизни матери и ребенка.

Ключевые слова: *доношенная брюшная внематочная беременность, диагностика.*

Case report: intraoperative diagnosis of full-term abdominal pregnancy with successful outcome

V.K. Chayka, I.T. Hovorukha, O.G. Bilousov, I.V. Novikova

We report a case of successful outcome of full-term abdominal ectopic pregnancy after IVF. It was diagnosed only during cesarean section. The diagnosis of abdominal pregnancy is really difficult. Sonography is not always efficient in diagnostic of this pathology. Abdominal pregnancy is dangerous for pregnant women and their fetuses.

Key words: *full-term abdominal ectopic pregnancy, diagnosis.*

ЛІТЕРАТУРА

1. Волков А.Е., Михельсон А.Ф., Розенберг М.Б. Ультразвуковая диагностика прогрессирующей брюшной беременности// Ультразвуковая диагностика. – 1996. – № 2 – С. 49–50.
2. Лубяная С.С., Школа Л.И., Мірошниченко П.В. Фантастический случай родоразрешения пациентки с недиагностированной брюшной беременностью // Таврический медико-биологический вестник. – 2009. – Т. 12. – С. 181–182.
3. Озерская И.А. Эхография в гинекологии. – М.: Медицина, 2005. – 292 с.
4. Сиончикова Т.А., Старцева С.В., Васенко Т.Н. Полиморфизм ультразвуковой картины внематочной беременности//Ультразвуковая диагностика в акушерстве, гинекологии и педиатрии. – 2001. – № 1. – С. 73–74.
5. Скакунов А.С. Система обследования и тактика ведения больных при подозрении на внематочную беременность: Автореф. ... дис. канд. мед. наук. – М., 1995. – 21 с.
6. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология. – М.: МИА, 2006. – 632 с.
7. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Шахламова М.Н., Белоцерковцева Л.Д. Внематочная беременность. – М.: Медицина, 2001. – 215с.
8. Флейшер А., Мэнннинг Ф., Дженти Ф., Ромео Р. Эхография в акушерстве и гинекологии. – Ч. 1. – М.: Видар, 2005. – 752 с.
9. Флоренсова Е.В., Апарцин М.С. Трудности интерпретации эхографических данных при обследовании пациенток с подозрением на эктопическую беременность ранних сроков // Эхография. – 2003. – Т. 3, № 2. – С. 209–214.
10. Хачатрян А.К. Интраоперационная эхографическая диагностика четырехплодной беременности: маточной и внематочной двойни // Эхография, 2003. – Т. 4, № 2. – С. 125–128.
11. Boyer J. et al. Sites of ectopic pregnancy: to 10-year population – based study of 1800 marry // Human Reproduction. – 2002. – Vol. 117 – P. 3224–3230.
12. Paternoster D.M., Santarossa C. Primary abdominal pregnancy. A case report // Minerva Ginecol. –– 1999. – V. 51 (6). – P. 1831–1815.
13. Pissarka M.D., Casson P.R., Mois K.S. et al. Ectopic pregnancy laparoscopy treatment following the ECI // Fertil. Steril. – 1998. – Vol. 70 (1) – P. 159–160.
14. Tenore J.I. Ectopic pregnancy // Am Fam. Physician. – 2000. – № 5. – V. 61 (4). – P. 1080–1088.