

И.Б. ГОДА, В.Ф. БЕЖЕНАРЬ,
И.В. БЕРЛЕВ

Кафедра акушерства и гинекологии
Российской Военно-медицинской академии,
Санкт-Петербург

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАПАРОСКОПИИ

В диагностике внематочной беременности могут возникнуть объективные трудности при проведении дифференциального диагноза с прерывающейся маточной беременностью. Авторы рассматривают наиболее типичные ошибки в диагностике и лечении данной патологии.

Несомненным является утверждение, что своевременная диагностика во многом определяет исход и возможности для лечения любого заболевания, что особенно справедливо для внематочной беременности. Также важным фактором, определяющим исход внематочной беременности и состояние репродуктивной функции женщины в будущем, является выбор метода лечения.

В последнее время лапароскопия находит все большее применение для диагностики и лечения внематочной беременности [Стрижаков А.Н. с соавт., 1996]. В медицинских стационарах, располагающих соответствующим эндовидеохирургическим оборудованием, лапароскопия в лечении трубной беременности практически заменила лапаротомию, лишь в исключительных, редких случаях (массивная кровопотеря, осумкованное гематоцеле, интерстициальная локализация внематочной беременности, выраженный спаечный процесс и др.) - в 4,8% требуется выполнение лапаротомии [Чернецкая О.С., Палади Г.А., 1999; Pouly J.L. et al., 1986].

Учитывая возможность геморрагических осложнений, больные с подозрением на внематочную беременность должны быть госпитализированы в срочном порядке в гинекологический стационар. Целесообразно сразу же провести комплексное обследование, включающее УЗИ органов малого таза, тест мочи или на хорионический гонадотропин (ХГ), клинический анализ крови, а при необходимости - диагностическое

выскабливание стенок полости матки, пункцию заднего свода влагалища. Важным является установить отсутствие плодного яйца в полости матки (УЗИ, диагностическое выскабливание) при наличии признаков беременности (задержка месячных, наличие косвенных признаков беременности, положительный тест на ХГ). С другой стороны показанием для оперативного вмешательства может быть наличие признаков внутрибрюшного кровотечения, предполагаемого по клиническим симптомам и подтвержденного по данным УЗИ - значительное количество свободной жидкости в брюшной полости; лабораторно - снижение показателей гемоглобина, гематокрита, эритроцитов; получение крови из Дугласова пространства во время пункции заднего свода влагалища. Данный комплекс обследования в большинстве случаев позволяет или исключить внематочную беременность или сформулировать показания для лапароскопии (лапаротомии) в течение не более 4-х часов от момента поступления в стационар.

Как метод диагностики внематочной беременности лапароскопия считается наиболее достоверной и является завершающим этапом обследования больной. Однако, по данным Kim D.S. et al. (1987), полученным на основании анализа 1040 случаев внематочной беременности, у 8,2% больных даже лапароскопия не позволила своевременно установить правильный диагноз.

Выбор метода оперативного лечения должен определяться кон-



Журнал
акушерства
и женских
болезней

клетной клинической ситуацией. Удаление маточной трубы возможно у женщин с реализованной детородной функцией, а также при ухудшении общего состояния, признаках гиповолемии, значительном кровотечении вследствие разрыва маточной трубы или ее выраженной деформации. При заинтересованности женщины в сохранении репродуктивной функции и соответствующих интраоперационных условиях может быть выполнена органосохраняющая операция.

Современные методы диагностики позволяют установить диагноз внематочной беременности на ранних сроках развития заболевания. Это, в свою очередь, делает возможным выполнение органосохраняющих операций, заключающихся в удалении плодного яйца и сохранении маточной трубы. Наиболее частым упущением при этом является недостаточно полное удаление плодного яйца и последующая персистенция тканей трофобласта, что отмечено в 4,7-9,1% наблюдений [Pouly J.L. et al., 1986; Pouly J.L. et al., 1987]. По данным информационного письма Минздрава РФ (1995 г.), подобная ошибка наблюдается в 18% органосохраняющих лапароскопических операций, выполненных по поводу внематочной беременности, что требует повторной операции (лапароскопии, лапаротомии) и расширения объема оперативного вмешательства.

В наиболее тяжелых случаях, вследствие недостаточно полного удаления тканей трофобласта, возможно развитие хорионэпителиомы [Груздев В.С., Рузский Е.Д., 1934; Мальцева Л.Б., 1959; Horn L. et al., 1994], что требует выполнения радикальной операции и назначения химиотерапевтического лечения.

В 1868 г. Н.В.Склифосовский писал, что «... подробное описание несчастных случаев часто бывает также (если не более еще) поучительно, как и описание счастливых ...». Следуя это-

му принципу, отнюдь не желая дискредитировать лапароскопический метод, прогрессивность которого считаем несомненной, а с целью предупредить практических врачей о возможных ошибках и осложнениях во время диагностики и лечения трубной беременности, приводим несколько клинических наблюдений.

Клиническое наблюдение №1.

Больная Б., 27 л., поступила в гинекологическое отделение городского стационара 31.03.99 г. с жалобами на задержку месячных в течение 3-х недель и появление умеренных кровянистых выделений. Клинически был установлен диагноз «замершая беременность раннего срока» (УЗИ и лапароскопия не выполнялись). 1.04.99 г. выполнено выскабливание стенок полости матки. 2.04.99 г. больная выписана по месту жительства. 6.04.99 г. поступила в клинику с жалобами на усиление кровянистых выделений, боли в нижних отделах живота с иррадиацией в паховую область и прямую кишку, повышение температуры тела до 38°C. При УЗИ в области правых придатков обнаружено образование неоднородной структуры, тест мочи на ХГ - положительный. Произведена лапароскопия, во время которой обнаружено: в ректоматочном пространстве около 50 мл темного содержимого; правая маточная труба инъецирована, опеченная, в ампулярном отделе содержит плодоемкостилище размерами 7х6 см. Левая маточная труба опечена, гиперемирована, в ампулярном отделе утолщена до 6 см. Придатки с обеих сторон в плоскостных спайках. Лапароскопически выполнена двусторонняя тубэктомия, разъединение спаек и сращений органов малого таза, задняя кольпотомия, санация и дренирование брюшной полости. Послеоперационный диагноз: правосторонняя трубная беременность, левосторонний пиосальпинкс, хронический сальпингоофорит в стадии обострения. Диагноз трубной беременности под-

твержден гистологически.

Клиническое наблюдение №2.

Больная С., 25 л., поступила в клинику 20.04.99 г. с жалобами на задержку месячных на 10 дней, умеренные кровянистые выделения из половых путей в течение 1 дня, тянущие боли в нижних отделах живота. Тест мочи на ХГ - положительный. УЗИ органов малого таза - полостное обследование в области левых придатков размерами 32х15 мм. Заподозрена внематочная беременность, в связи с чем в этот же день выполнена лапароскопия. Визуально данных о внематочной беременности не выявлено. Произвели сальпингоовариолизис, адгезиолизис, левостороннюю неосальпингостомию. Дополнительно выполнено выскабливание стенок полости матки. Послеоперационный диагноз «неполный аборт, хронический двусторонний сальпингоофорит вне обострения, левосторонний сактосальпинкс, хронический периметрит, спаечная болезнь органов малого таза II степени».

В послеоперационном периоде продолжались незначительные кровянистые выделения, тест мочи на ХГ оставался положительным при неоднократных исследованиях в течение 15 дней после операции. Данные гистологического исследования соскоба эндометрия: эндометрий фазы обратного развития, признаков беременности не выявлено. Проводилось динамическое УЗИ-наблюдение, которое позволило 5.05.99 г. обнаружить плодное яйцо в области левых придатков.

5.05.99 г. была выполнена повторная операция: лапаротомия по Пфаннитиллю. В истмическом отделе левой маточной трубы обнаружено плодоемкостилище размерами 6х3 см, в ректоматочном пространстве около 50 мл геморрагического содержимого. С учетом нереализованной репродуктивной функции пациентки и отсутствия выраженных деструктивных изменений маточной трубы была выполнена тубото-

мия, удаление плодного яйца, промывание просвета трубы физиологическим раствором с тщательным удалением тканей трофобласта и кровяных сгустков, туборрафия двумя рядами швов (пролен 4/0). Послеоперационный диагноз «левосторонняя трубная беременность».

В данном случае ошибка была обусловлена отсутствием характерных изменений маточной трубы, что свойственно малым срокам беременности (3/4 нед.).

Клиническое наблюдение №3.

Больная Г., 30 л. При поступлении в клинику 29.10.97 г. выставлен диагноз «левосторонняя трубная беременность». Сразу же выполнена лапароскопия: туботомия, удаление плодного яйца.

Гистологическое заключение: ворсины хориона, децидуальные изменения тканей маточной трубы (трубная беременность).

Выписана по месту жительства на 7-е сутки после операции. В послеоперационном периоде отмечались мажущие кровянистые выделения в течение 33 дней, тянущие боли в нижних отделах живота, субфебрильное повышение температуры тела в течение месяца.

2.12.97 г. поступила в клинику повторно с диагнозом «левостороннее тубоовариальное образование». Выполнена операция: лапаротомия по Пфанненштилю. При осмотре органов малого таза обнаружено: левая маточная труба содержит образование, размерами 5x4 см, синюшно-багрового цвета, рыхло спаяна с тонкой кишкой, левым яичником, задней поверхностью матки. Левый параметрий содержит гематому размерами 9x10 см. После разъединения спаек и сращений была выполнена левосторонняя аднексэктомия. Послеоперационный диагноз «левосторонняя прогрессирующая трубная беременность, гематома левого параметрия». Диагноз трубной беременности подтвержден гистологически.

Как видно из описания, имело

место недостаточно полное удаление плодного яйца.

Клиническое наблюдение №4.

Больная Б., 35 л., поступила в клинику 26.01.99 г. с диагнозом «левосторонняя трубная беременность». Была выполнена лапароскопия, левосторонняя туботомия, удаление плодного яйца, выскабливание стенок полости матки. При гистологическом исследовании содержимого маточной трубы были обнаружены ворсины хориального эпителия, небольшие фрагменты цитотрофобласта, фрагменты слизистой оболочки маточной трубы с умеренно выраженной лимфоцитарно-нейтрофильной инфильтрацией (трубная беременность). В соскобе из полости матки: децидуальная реакция стромы, железы Овербека, клубки спиральных артерий (косвенные признаки внематочной беременности).

Выписана из стационара на 8-е сутки после операции. В послеоперационном периоде продолжались кровянистые мажущие выделения, тест мочи на ХГ (на 20-й и 27-й день после операции) - положительный, по данным УЗИ органов малого таза (на 30-й день после операции) патологических изменений не выявлено. Основанием для повторной госпитализации послужило усиление кровянистых выделений из половых путей и появление болевых ощущений пульсирующего характера в нижних отделах живота.

1.03.99 г. повторно выполнена лапароскопия, во время которой обнаружено: левая маточная труба в ампулярном отделе содержит образование синюшно-багрового цвета, максимальным диаметром 3 см, проксимальная граница в 7 см от трубно-маточного угла. Учитывая нереализованную репродуктивную функцию пациентки была выполнена резекция ампулярного отдела левой маточной трубы, сальпингонеостомия по Бруа. Послеоперационный диагноз «левосторонняя внематочная беременность».

Гистологическое заключение:

ткань маточной трубы с явлениями хронического сальпингита, среди фрагментов некротизированной ткани имеются единичные ворсины хориона и фрагменты цитотрофобласта с явлениями некробиоза.

В данном случае во время первой операции ткани плодного яйца также не были полностью удалены, и трубная беременность прогрессировала.

Клиническое наблюдение №5.

Больная З., 19 л., поступила в клинику 4.03.98 г. с жалобами на задержку месячных на 12 дней, тянущие боли в нижних отделах живота, мажущие кровянистые выделения из половых путей в течение 5 дней. При УЗИ: область придатков - без патологических изменений, в полости матки небольшое скопление жидкости, плодное яйцо не обнаружено. Тест мочи на ХГ - положительный. Была заподозрена внематочная беременность, в связи с чем выполнена лапароскопия (6.03.99), во время которой обнаружено: в ректоматочном пространстве около 50 мл темной крови без сгустков, левая маточная труба инъецирована, утолщена в ампулярном отделе, утолщение - багрово-синюшного цвета, максимальным диаметром 2 см, ампулярный отдел рыхло спаян с задней поверхностью матки. Была выполнена левосторонняя туботомия с удалением содержимого маточной трубы, а также выскабливание стенок полости матки. Послеоперационный диагноз «левосторонняя трубная беременность».

При гистологическом исследовании содержимого маточной трубы был установлен гематосальпинкс, ткани маточной трубы - с признаками хронического воспаления. В соскобе из полости матки: ворсины хориона, децидуальная ткань, клубки спиральных артерий (маточная беременность).

В данном случае ошибочный диагноз трубной беременности был обусловлен, по всей видимос-

ти, рефлюксом крови в маточную трубу во время самопроизвольного прерывания маточной беременности.

С 1997 по 1999 гг. с помощью лапароскопии было выполнено 44 операции по поводу трубной беременности. В 15 случаях была выполнена тубэктомия, а в 29 - органосохраняющая операция с удалением плодного яйца.

Ошибки были допущены в 4-х случаях (8,8%): ложноотрицательная диагностика - у 1 больной (2,2%), неполное удаление плодного яйца - у 2 больных (4,4%), ложноположительная диагностика трубной беременности - у 1 больной (2,2%).

Для раннего выявления неполного удаления тканей трофобласта возможно использование динамического определения уровня β -ХГ в сыворотке крови. Хорионический гонадотропин - это гормон, который образуется в синцитиотрофобласте плодного яйца. Он состоит из двух субъединиц: альфа и бета. Альфа-субъединица одинакова для всех гликопротеиновых гормонов: ХГ, ЛГ, ФСГ, ТТГ, поэтому при качественном определении в моче, за счет перекрестной реакции, при определенных состояниях (заболевания гипофиза, щитовидной железы и др.) возможны ложноположительные результаты. С другой стороны, при недостаточной концентрации ХГ в моче при нарушении функции почек (полиурия и т.п.), возможны ложноотрицательные результаты. Определение β -ХГ в сыворотке крови, по сравнению с «Гравиммун-тестом» (и другими аналогичными тестами) является более специфичным, а методика - более чувствительной для диагностики беременности.

При полном удалении плодного яйца при трубной беременности снижение уровня гормона (ХГ) происходит в течение 30 дней от 3,4 нг/мл до 1 и менее нг/мл, причем в первые дни происходит быстрое снижение, а в последующие - медленное [Pouly J.L. et

all., 1987]. При неполном удалении плодного яйца выраженного снижения уровня β -ХГ не наблюдали [Pouly J.L. et al., 1987]. При ежедневном определении гормона можно выявить, что удаление плодного яйца являлось неполным уже к 4-му дню после операции [Pouly J.L. et al., 1987].

Таким образом, в диагностике внематочной беременности могут возникнуть объективные трудности при проведении дифференциального диагноза с прерывающейся маточной беременностью.

Выполнение органосохраняющих операций при трубной беременности должно сопровождаться полным удалением тканей плодного яйца и активным наблюдением в послеоперационном периоде (УЗИ, динамическое определение концентрации β -ХГЧ в крови).

ЛИТЕРАТУРА

1. Актуальные вопросы внематочной беременности // Информационное письмо. - М., 1995. - 16 с.
2. Груздев В.С., Рузский Е.Д. К вопросу о хорионэпителиоме, первично развивающейся в трубе на почве эктопической беременности // Работы кафедры акуш. и жен. болезней Казанского мед.института. - Казань, 1934. - Выпуск 1-2. - С.87-95.
3. Мальцева Л.Б. Хорионэпителиома, развивающаяся после удаления трубы по поводу внематочной беременности // Акуш. и гин. - 1959. - N.1. - С.111-112.
4. Склифосовский Н.В. Избранные труды. - М.: Медгиз, 1953. - 431 с.
5. Стрижаков А.Н., Шахламова М.Н., Давыдов А.И., Скакунов А.С. Современные концепции в системе обследования и тактике лечения больных при подозрении на эктопическую беременность // Акуш. и гин. - 1996. - № 6. - С.3-6.
6. Чернецкая О.С., Палади Г.А. Современные аспекты развития, диагностики и лечения внематочной беременности // Акуш. и гин. - 1999. - №1. - С.3-4.
7. Horn L., Bilek K., Pretzsch G., Baier D. Chorionkarzinom bei tubarer Extraheringraviditat // Geburtsh. Frauenheilk. - 1994. - Bd. 54. - N.6. - S. 375-377.
8. Kim D.S., Chung S.R., Park M.I., Kim Y.P. Comparative review of diagnostic accuracy in tubal pregnancy: A 14-year survey of 1040 cases // Obstetr. Gynecol. - 1987. - Vol. 70. - N.4. - P.547-554.
9. Pouly J.L., Mage G., Gachon F., Gaillard G., Bruhat M.A. La décroissance du taux dHSG apre traitement coelioscopique conservateur de la grossesse extra-uterine // J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. - 1987. - T. 16. - N.2. - P.195-199.
10. Pouly L., Manches H., Mage G., Ganis M., Bruchat M.A. Le traitement conservateur coelioscopique de la grossesse extra-uterine une expericuce de 10 aus et de 321 cas // Contracept., Fertil., Sexual. - 1986. - T. 14. - N.6. - P.543-551.