

М. Г. Наумович

ИНФОРМАТИВНОСТЬ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Научный руководитель: канд. мед. наук, ассист. Н. Н. Рубахова

Кафедра акушерства и гинекологии,

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

***Резюме.** Нами проанализировано 62 истории болезни пациенток, поступивших в стационар с подозрением на внематочную беременность. На основании этих данных в работе приведена оценка информативности методов диагностики внематочной беременности на современном этапе.*

***Ключевые слова:** внематочная беременность, диагностика, кульдоцентез.*

***Resume.** We analyzed 62 case-records of patients hospitalized with suspicion of ectopic pregnancy. According to these facts, the work evaluates the informative value of methods for diagnosing ectopic pregnancy at the present stage.*

***Keywords:** ectopic pregnancy, diagnostics, culdocentesis.*

Актуальность. Эктопическая (внематочная) беременность (ВМБ, ЭБ) – патология, занимающая одно из ведущих мест в неотложной гинекологии. В настоящее время во всех странах мира согласно результатам мировой статистики, около 1% всех беременностей – внематочные.

Непосредственно угрожая жизни, эктопическая беременность неблагоприятна отдаленными последствиями: спаечным процессом, синдромом тазовых болей, нейроэндокринными нарушениями, в трети случаев – вторичным бесплодием. Свыше

10 % женщин имеют повторную эктопическую беременность, в связи с этим распространенность бесплодия у таких пациенток достигает 45% [1, 2].

Несмотря на значительный прогресс в медицине, ЭБ остается труднодиагностируемым заболеванием, так как характеризуется разнообразием клинических проявлений (картина прогрессирующей ВМБ аналогична таковой при прогрессирующей маточной беременности) и может «имитировать» другую патологию: дисфункциональные маточные кровотечения, угрожающий или начавшийся самопроизвольный аборт, апоплексию яичника, острый холецистит и другие. Основу правильной диагностики составляют клиничко-анамнестические данные, которые позволяют оценить факторы риска возникновения ЭБ и определить последовательность диагностических мероприятий. Большое внимание должно уделяться лабораторным и инструментальным методам диагностики данной патологии.

Согласно рекомендациям Евробюро ВОЗ, стандартом диагностики является: при нарушенной ЭБ – получение при кульдоцентезе темной крови с мелкими сгустками, при прогрессирующей эктопической беременности – отсутствие плодного яйца в матке при ультразвуковом исследовании, положительный тест на β -хорионический гонадотропин (β -ХГ) в моче [3]. В практике также используют определение концентрации β -ХГ в крови и лапароскопию.

Таким образом, своевременная диагностика прогрессирующей эктопической беременности является наиболее актуальной задачей диагностики внематочной беременности в целом, позволяющей предотвратить возможную острую кровопотерю, связанную с разрывом маточной трубы и обеспечить условия для органосохраняющего лечения пациенток.

Цель: Оценить комплекс диагностических мероприятий, проводимых женщинам при подозрении на внематочную беременность.

Задачи:

1. Выявить частоту диагностических ошибок при первичной постановке диагноза.
2. Оценить информативность пункции брюшной полости через задний свод влагалища.

Материал и методы. Нами был проведен ретроспективный анализ историй болезни 62 пациенток, поступивших в гинекологическое отделение 1 городской клинической больницы г. Минска с подозрением на внематочную беременность в период с апреля по декабрь 2016 года.

Комплекс проведенных обследований включал: клиничко-анамнестические данные (наличие болезненных ощущений в животе и в области малого таза, задержка менструации, наличие кровянистых выделений из половых путей), физикальное исследование (данные осмотра, пальпации живота, бимануального влагалищного исследования), лабораторные исследования (ОАК, уровень β -ХГ), инструментальные исследования (ультразвуковое исследование, пункция брюшной полости через задний свод влагалища (кульдоцентез), лапароскопия).

Хорионический гонадотропин (ХГ) - гликопротеид, вырабатываемый клетками синцитиотрофобласта. «Тест на беременность» (качественное определение β -ХГ в моче) является полуколичественным: положительная реакция теста соответствует

концентрации β -ХГ более 25 МЕ/л. В диагностике ЭБ качественное определение β -ХГ в моче имеет значение только в сочетании с клиническими и эхографическими данными [2].

Интерпритация количественного тестирования β -ХГ:

1. Минимальный базовый уровень β -ХГ для обнаружения беременности составляет 10-15 МЕ/л.

2. Содержание β -ХГ в крови при ЭБ ниже, чем при физиологической беременности того же срока. В 6-7 недель беременности (от даты последней менструации) уровень β -ХГ при нормально протекающей маточной беременности превышает 6000 МЕ/л, при ЭБ у 80 % больных составляет менее 2000 МЕ/л.

3. Отсутствие акустических признаков плодного яйца в полости матки по данным трансвагинальной эхографии при уровне β -ХГ более 1500-2000 МЕ/л с высокой вероятностью свидетельствует об ЭБ (при отсутствии признаков полного аборта).

4. При нормальной маточной беременности нарастание концентрации β -ХГ происходит не менее чем на 66 % за 48 часов, время удвоения β -ХГ при ЭБ превышает 7 суток [3].

Ультразвуковое исследование.

Эхографические признаки ЭБ можно разделить на достоверные и косвенные. Достоверный признак ЭБ: обнаружение вне полости матки плодного яйца с живым эмбрионом - характерно для прогрессирующей ЭБ и выявляется в 10-17 % случаев. Косвенные признаки: отсутствие плодного яйца в матке, образование неоднородной эхоструктуры в проекции придатков, «свободная жидкость» в малом тазу [3].

Так эхография матки при ЭБ позволяет определить: отсутствие плодного яйца в полости матки; увеличение размеров матки при отсутствии органических изменений миометрия. Эхография придатков матки при ЭБ позволяет выявить: образование неоднородной эхоструктуры, не связанное с яичником, имеющее различную форму и размеры, представляющее собой плодоемкости, нередко с перитубарной гематомой; желтое тело беременности (выявляется в 85 % случаев на стороне внематочной беременности). Эхография карманов малого таза у пациенток с подозрением на ЭБ позволяет выявить «свободную» жидкость». Клинически значимым количеством «свободной жидкости» считают объем свыше 10 мл. При ЭБ жидкость в прямокишечно-маточном углублении обнаруживают: по данным абдоминального УЗИ 50 %, по данным влагалищного - в 75 % случаев [3].

Пункция брюшной полости через задний свод влагалища (кульдоцентез). При подозрении на прервавшуюся ЭБ кульдоцентез применяют для подтверждения внутрибрюшного кровотечения, для дифференциальной диагностики ЭБ с воспалительными заболеваниями внутренних половых органов, болевой формой апоплексии яичника. Использование кульдоцентеза показано если имеют место клинические симптомы внутрибрюшного кровотечения; если по данным УЗИ выявлено клинически значимое количество «свободной жидкости» (свыше 10 мл) в малом тазу [1, 3].

Анализ данных проведен в программе «MS Excel».

Результаты и их обсуждение. Женщины поступали в стационар со следующими диагнозами: «внематочная беременность» (74,2%), «беременность малого

срока, угроза прерывания», «дисфункциональное маточное кровотечение», «апоплексия яичника» и другими.

Возраст женщин колебался от 19 до 44 лет ($M=31,5\pm 2,8$). При поступлении в стационар основными жалобами явились: схваткообразная боль различной интенсивности у 30 пациенток (49%); периодические слабые тянущие боли внизу живота либо отсутствие боли – у 32 пациенток (51%); задержка менструации у 27 (43,5%) женщин, средняя продолжительность задержки менструации составила $13\pm 3,4$ дня; кровянистые выделения из половых путей наблюдались у 47 (76%) пациенток.

Всем женщинам было проведено объективное исследование: бледность кожных покровов отмечена у 35 (56,5%) пациенток; живот мягкий, резко болезненный при пальпации на стороне поражения наблюдался у 10 (16%) женщин. При гинекологическом исследовании наиболее часто отмечались размягчение матки и некоторое ее увеличение (25,8%), и болезненность в области придатков матки. При этом болезненность слева отмечали 16 (25,8%) пациенток, справа – 17 (27,4%), обоих придатков – 6 (9,7%) женщин. Не удалось пропальпировать придатки матки у 11 (17,7%) пациенток, в том числе из-за резко выраженной болезненности у 4 (6,5%) человек. Чрезмерная подвижность матки, резкая болезненность ее при смещении, сглаженность и болезненность заднего и боковых сводов влагалища были выявлены у 4 (6,5%) женщин.

Качественный анализ β -ХГ был положителен в 100 % случаев. Количественно уровень β -хорионического гонадотропина был определен у 42 (67,7%) пациенток. Показатель колебался от 28,61 МЕ/мл до 3887 МЕ/мл, средний уровень составил $772\pm 145,3$ МЕ/мл; у 12 пациенток уровень гормона был более 1500 МЕ/мл.

58 женщинам (93,5%) было проведено трансвагинальное ультразвуковое исследование (ТВУЗИ). Однократное сканирование позволило диагностировать ВМБ у 45 женщин, 7 пациенткам было дано неверное заключение, остальным проводилось повторное УЗИ с целью уточнения диагноза ЭБ. При ТВУЗИ утолщенный от 11 до 21 мм эндометрий без признаков деструкции отмечен у 26 (42%) женщин; увеличение размеров матки – у 25 (41%); наличие свободной жидкости в прямокишечно-маточном углублении (свыше 10 мл) – у 14 пациенток (22,6%).

При обследовании 38 пациенткам был проведен кульдоцентез (61,3 %). При этом характерный пунктат был получен у 22 женщин, у которых в последующем была установлена ВМБ. Таким образом, отсутствие крови в пунктате не исключает ЭБ.

Особое место в подтверждении клинического диагноза отводилось лапароскопии. Первым этапом вмешательства являлось диагностическое исследование, при котором уточняли локализацию и состояние плодного яйца, состояние беременной маточной трубы и выраженность ее анатомических изменений, проводили визуальную оценку матки и придатков, оценивали объем гемоперитонеума при его наличии. Так объем внутрибрюшного кровотечения более 500 мл имел место у 2 пациенток. Маточные трубы вовлекались в патологический процесс следующим образом: левая – 42,8% случаев, правая – 57,2%. Интраоперационно трубный аборт был диагностирован у 32 женщин, разрыв трубы – у 15, прогрессирующая трубная беременность – у 9. Диагноз внематочной беременности не подтвердился у 6 пациенток.

Выводы:

1 Эктопическая беременность является многоликим заболеванием и остается одной из сложных в диагностике патологий. Правильный диагноз в момент поступления устанавливается не у всех пациенток.

2 Сравнение диагнозов, установленных на догоспитальном этапе, с интраоперационными показало, что частота диагностических ошибок составляет 33,8%. Диагноз предположительно внематочной беременности не подтвердился у 6 пациенток, также ошибочно были диагностированы апоплексия яичника, дисфункциональное маточное кровотечение, беременность малого срока с угрозой прерывания.

3 Проведенные исследования подтвердили, что пункция брюшной полости через задний свод достаточно информативна, однако болезненна и не является диагностически значимым тестом при прервавшейся ВБ.

M. G. Navumovich

INFORMATIVITY OF METHODS OF DIAGNOSTICS OF ECTOPIC PREGNANCY

Tutor: cand. of med. science, assistant N. N. Rubachova

*Department of Obstetrics and Gynecology,
Belarusian State Medical University, Minsk*

Литература

1. Пересада, О. А. Внематочная беременность / О. А. Пересада // Медицинские новости. – 2007. - №2. – т.1. – с. 7-17.
2. Каушанская, Л. В. Современные технологии в диагностике внематочной беременности на госпитальном этапе / Л. В. Каушанская, И. А. Салов // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2009. - №4. – т. 5. – с. 537-540.
3. Дивакова, Т. С. Новые технологии в лечении и реабилитации больных с эктопической беременностью методом лапароскопической хирургии: инструкция по применению / Т. С. Дивакова, Ю. А. Сачек; Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет. – Витебск, 2006. – 42с.