

Т. С. Рутковская

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА МАТОЧНОЙ И ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ В РАННИЕ СРОКИ

Научный руководитель: канд. мед. наук О. С. Лобачевская

Кафедра акушерства и гинекологии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Резюме. В статье представлены результаты сравнительного анализа эффективности различных методов исследования при дифференциальной диагностике локализации беременности, полученные на основании данных историй болезней 98 пациенток.

Ключевые слова: *эктопическая беременность, кульдоцентез, ультразвуковое исследование, β -ХГЧ.*

Resume. The article presents the results of a comparative analysis of the efficiency of various research methods for differential diagnosis of pregnancy localization on the basis of medical history of 98 patients.

Keywords: *ectopic pregnancy, culdocentesis, ultrasound investigation, β -hCG.*

Актуальность. Внематочная беременность (ВБ) стабильно занимает 3-4 места в структуре причин материнской смертности индустриально развитых стран мира. Потеря желанной беременности в ранние сроки происходит у каждой 5 женщины [1]. Важно установить диагноз на ранних сроках для своевременного оказания должной медицинской помощи и предотвращения возможных осложнений.

Цель: оценить эффективность клинических и лабораторных исследований, УЗИ в дифференциальной диагностике маточной и внематочной беременности на ранних сроках и на основании проведенного исследования определить дальнейшую направленность лечебных мероприятий.

Задачи:

1. Дать клиническую характеристику пациенток, поступивших в стационар с подозрением на наличие беременности с жалобами на задержку менструации, тянущие боли внизу живота, кровянистые выделения из половых путей мажущего характера.

2. Оценить эффективность определения уровня β -ХГЧ в крови в динамике, УЗИ органов малого таза, кульдоцентеза для дифференциальной диагностики внематочной и маточной беременности.

3. На основании проведенных исследований определить тактику лечения.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ 98 историй болезни пациенток с беременностью малого срока на базе Городской гинекологической больницы г. Минска за 2016 год. Все пациентки были разделены на 3 группы: I (n=38) пациенток с внематочной беременностью, II (n=30) - с неполным самопроизвольным выкидышем (НСВ), III (n=30) - с угрожающем выкидышем раннего срока (УПБ). Для постановки диагноза беременность использованы гинекологический осмотр, определение в крови и моче уровня β -ХГЧ, кульдоцентез, УЗИ органов малого таза.

Результаты и обсуждение.

Средний возраст пациенток в исследуемых группах составил: I – 31,4 года, II – 29,4 года, III – 27,8 лет, т.е. статистически не различался.

Основными жалобами были тянущие боли внизу живота (81,6%;66,7%;93,3%), кровянистые выделения из половых путей (86,8%;100%;60%), субъективные признаки беременности (тошнота, изменение аппетита, нагрубание молочных желез) имели 42% пациенток, наибольшее количество в третьей группе.

89% пациенток имели регулярный менструальный цикл продолжительностью 28-30 дней, у 11% был нерегулярный менструальный цикл средней продолжительностью 38 дней. Срок задержки менструации составил 7,95; 9,25; 6,9 дней соответственно.

В акушерско-гинекологическом анамнезе можно отметить, что большое количество женщин I группы имело перенесённые внематочные беременности, хронические воспалительные заболевания органов малого таза, операции на яичниках и маточных трубах, в то время как бесплодие в анамнезе, инфекции, передающиеся половым путем имели в большей степени пациентки с самопроизвольным выкидышем, данные представлены в таблице.

Таблица 1. Особенности акушерско-гинекологического анамнеза

Показатель	Группа 1(ВБ), %	Группа 2 (НСВ), %	Группа 3 (УПБ), %
1. Первая беременность	42	53,3	33,3
2. Аборты	15,7	20	13,3
3. Выкидыши	7,8	13,3	16,7
4. Внематочные беременности	26,3	6,7	3,3
5. Хронические ВЗОМТ	23,6	6,7	3,3
6. Хронический кольпит, цервицит	10,5	16,7	16,7
7. Миома матки	5,2	6,7	0
8. Опухоли и опухолевидные образования яичников/ перенесенные операции на яичниках	7,8/13,1	6,7/6,7	3,3/0
9. Бесплодие	10,5	20	3,3
10. Нарушение менструального цикла	13,1	16,7	6,7

Из сопутствующей экстрагенитальной патологии во всех группах наиболее распространённым были заболевания щитовидной железы, нарушение жирового обмена, ранее перенесённые операции на органах малого таза и брюшной полости имелись у достаточно большого количества пациенток основной группы – 18,4 %. Антифосфолипидный синдром и тромбофилии встречались у нескольких пациенток 2 и 3 групп.

При бимануальном влагалищном исследовании, у третьей части пациенток основной группы отмечалось выпячивание заднего свода влагалища, что свидетельствовало о наличии жидкости в брюшной полости. Болезненность по ходу придатков с одной стороны была выявлено у пациенток с установленной внематочной беременностью, в то время как увеличенная матка пальпировалась значительно чаще у пациенток с установленной маточной беременностью.

При определении β -ХГЧ в моче в приёмном покое, в 100% тест был положительным. На момент поступления достоверных различий в уровне β -ХГЧ в крови не было, однако можно заметить, что средняя цифра в 3 группе была выше, в то время как при определении его в динамике у части пациенток, которые находились под динамическом наблюдении (через 36-48 часов) было выявлено снижение гормона во второй группе, удвоение в третьей, практически отсутствовало нарастание гормона в 1 группе, что соответствует литературным данным.

При проведении УЗИ органов малого таза, у 26 пациенток из 2 и 3 групп была установлена маточная беременность, 31 пациентка из 1 группы имела УЗИ признаки прогрессирующей либо прервавшейся трубной беременности.

У 25,5% пациенток с отсутствием УЗИ-признаков маточной и эктопической беременности была обнаружена «свободная» жидкость в углублениях малого таза. Для исключения наличия внутрибрюшного кровотечения им был проведён кульдоцентез.

У 16,4% пациенток отсутствовали УЗИ-признаки маточной и эктопической беременности а также жидкости в малом тазу. В данном случаи проводилось динамическое наблюдение.

Дополнительным диагностическим методом явился инструментальный метод – кульдоцентез. Он проводился для уточнения характера выпота в брюшной полости и исключения или подтверждения внутрибрюшного кровотечения.

Кульдоцентез был проведён 60ти из 98 пациенток у которых имело место отсутствием УЗИ-признаки маточной и эктопической беременности, обнаружение «свободная» жидкость в углублениях малого таза. При проведении кульдоцентеза у 27 пациенток, что составило 77,1% основной группы была получена тёмная несворачивающаяся кровь со сгустками, что потребовало проведения экстренного хирургического вмешательства. В 55% была получена серозная или серозно-геморрагическая жидкость, что исключало прервавшуюся трубную беременность, но не подтверждало отсутствие эктопической беременности, в связи с этим остальным пациенткам основной группы диагноз внематочной беременности был установлен при проведении сочетанного обследования (повторного определения ХГЧ и УЗИ).

На основании всех проведённых исследований было проведено следующее лечение:

В первой группе в 100% случаев была выполнена лапароскопическая операция, показаниями к которой являлись УЗИ-признаки трубной беременности, отсутствие нарастания β -ХГЧ в крови в динамике, получение тёмной не сворачивающейся крови при пункции брюшной полости. В 92% операция была выполнена в объёме тубэктомии, в 8% - туботомии. Средняя продолжительность предоперационного койко-дня в первой группе составила 10,3 часа.

Во второй группе пациенток при появлении схваткообразных болей, нарастании кровянистых выделений из половых путей, снижении β -ХГЧ в крови в динамике, отсутствии УЗИ-признаков маточной и внематочной беременности, в 100% было выполнено выскабливание полости матки.

Гистологически беременность установленной локализации в 1 и 2 группе была подтверждена.

В третьей группе отмечалось прогрессирование беременности, о чём свидетельствовали исчезновение жалоб на боли и кровянистые выделения, обнаружение на УЗИ плодного яйца с эмбрионом и его сердечной деятельностью в полости матки, удвоение β -ХГЧ в крови через 24-48 часов. Беременные были выписаны в удовлетворительном состоянии, при среднем сроке пребывания в стационаре 12 дней.

Выводы:

1 При анализе результатов клинического течения внематочной беременности установлено, что данное заболевание развивается на фоне отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза. Ведущее место среди сопутствующих гинекологических заболеваний занимают хронические сальпингоофориты, фоновые заболевания шейки матки, нарушения менструальной функции.

2 Наиболее информативным для диагностики ВБ при малом сроке беременности (до 4-5 недель) является определение β -ХГЧ в сыворотке крови в динамике при проведении не менее 2 исследований.

3 Высокую чувствительность для постановки и подтверждения диагноза эктопической беременности имеет ультразвуковое исследование.

4 При наличии жидкости в брюшной полости по данным УЗИ ОМТ, нависании сводов влагалища, болезненности по ходу придатков при проведении бимануального влагалищного исследования производят пункцию брюшной полости через задний свод влагалища. Отрицательный результат пункции не позволяет утверждать об отсутствии внематочной беременности. Если после проведенного обследования нет твердой уверенности в диагнозе, то показана диагностическая лапароскопия.

5 При появлении схваткообразных болей внизу живота, усилении кровянистых выделений из половых путей, наличии неразвивающейся беременности показано выскабливание слизистой оболочки полости матки.

6 Быстрое нарастание ХГЧ в крови позволяет думать о маточной беременности. Подтвердить правильность диагноза развивающейся маточной беременности позволяет проведение УЗИ. В случае заинтересованности женщины в сохранении беременности проводят соответствующее лечение в условиях стационара.

T. S. Rutkovskaya

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF UTERINE AND ECTOPIC PREGNANCY

Tutor PhD, associate professor O. S. Lobachevskaya

Department of Obstetrics and Gynecology,

Belarusian State Medical University, Minsk

Литература

1. Гинекология: учебник/ под. ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1000 с. :ил.
2. Савельева Г. М. Гинекология. Национальное руководство. Краткое издание / Г. М. Савельева, Г. Т. Сухих, И. Б. Манухина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 704 с.
3. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Шахламова М.Н и др. Внематочная беременность// - М.: Медицина- 2001. – 215 с.
4. Barnhart, K.T. Ectopic Pregnancy // N.Engl. J. Med. – 2009. - V.361-№ 4.
5. National Institute for Health and Care Excellence. Ectopic pregnancy and miscarriage diagnosis and initial management in early pregnancy of ectopic pregnancy and miscarriage. NICE clinical guideline 154. Manchester: NICE; 2012.