

Яичниковая беременность на фоне использования внутриматочных спиралей (клинический случай)

А.В. Довгопольй, Ю.В. Попов, Н.С. Ванке, А.Г. Кедрова, Л.М. Кагановская, А.В. Тельнова

ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий Федерального медико-биологического агентства России»; Россия, 115682 Москва, Ореховый бульвар, 28

Контакты: Анна Генриховна Кедрова kedrova.anna@gmail.com

Яичниковая беременность является редкой формой внематочной беременности, что вызывает большую диагностическую проблему. Одним из важных факторов риска развития яичниковой беременности является использование внутриматочных спиралей. В статье представлен клинический случай овариальной беременности у 35-летней женщины, у которой на фоне использования внутриматочной спирали произошла имплантация плодного яйца в яичник. Трансвагинальная ультрасонография показала наличие эхогенного образования в правом яичнике при отсутствии данных, указывающих на трубную беременность.

Ключевые слова: яичниковая беременность, внутриматочная спираль, лапароскопия, трансвагинальная ультрасонография

Для цитирования: Довгопольй А.В., Попов Ю.В., Ванке Н.С. и др. Яичниковая беременность на фоне использования внутриматочных спиралей (клинический случай). Опухоли женской репродуктивной системы 2018;14(2):96–9.

DOI: 10.17650/1994-4098-2018-14-2-96-99

Ovarian pregnancy on the background of the use of intrauterine spirals (a clinical case)

A.V. Dovgopolyy, Yu.V. Popov, N.S. Vanke, A.G. Kedrova, L.M. Kaganovskaya, A.V. Tel'nova

Federal Research and Clinical Center for Specialized Medical Cares and Medical Technologies, Federal Medical and Biological Agency of Russia; 28 Orekhovyy Boulevard, Moscow 115682, Russia

Ovarian pregnancy is a rare form of ectopic pregnancy, which causes a great diagnostic problem. One of the important risk factors for the development of ovarian pregnancy is the use of intrauterine spirals. The article presents the clinical case of ovarian pregnancy in a 35-year-old woman who underwent an implantation of fertilized egg in the ovary against the background of the vitreous spiral. Transvaginal ultrasonography showed the presence of echogenic formation in the right ovary, in the absence of data for tubal pregnancy.

Key words: ovarian pregnancy, intrauterine spiral, laparoscopy, transvaginal ultrasonography

For citation: Dovgopolyy A.V., Popov Yu.V., Vanke N.S. et al. Ovarian pregnancy on the background of the use of intrauterine spirals. Opuhkholi zhenskoy reproductivnoy systemy = Tumors of female reproductive system 2018;14(2):96–9.

Яичниковая беременность – один из вариантов эктопического расположения плодного яйца [1], характеризующийся расположением плодного яйца в ткани яичника и достаточно высокой материнской летальностью [1] – от 14,3 до 50 % случаев [2]. Частота данной патологии после естественного зачатия по отношению ко всем видам внематочной беременности колеблется от 1 на 2000 до 1 на 60 000 беременностей и составляет от 1 до 6 % всех внематочных беременностей [1–4] или 0,1–0,4 %, а по отношению ко всем беременностям – 0,002 % [5, 6]. В зависимости от локализации зародыша выделяют 2 разновидности яичниковой гестации: интрафолликулярную (истинную) и овариальную. В первом случае оплодотворение созревшей яйцеклетки наступает в недрах фолликула. При овариальной гестации эмбрион располагается не внутри половой железы, а на ее поверхности [5].

Наступление яичниковой беременности происходит в том случае, если в еще не высвободившуюся из фолликула яйцеклетку попадает сперматозоид, после чего оплодотворенное яйцо начинает созревать. Этиология яичниковой беременности многофакторна и малоизучена.

Причинами некорректной имплантации плодного яйца могут выступать ранее перенесенные заболевания инфекционной природы, негативно воздействующие на репродуктивную систему, наличие поликистозных или кистозных образований в яичниках, осложнения, вызванные хирургическими вмешательствами, проводимыми как на половых, так и на органах малого таза, транспортная дисфункция маточных труб (непроходимость), болезни эндокринного характера, при которых нарушается выработка гормонов, новообразования матки и придатков, генитальный инфантилизм,

подразумевающий задержку развития половых органов, и другие аномалии. Также к яичниковой беременности зачастую приводит некорректно подобранная терапия при бесплодии, а в особенности ношение внутриматочной спирали (ВМС) [7].

Причины развития яичниковой беременности являются результатом вторичной имплантации или нарушения овуляции. Наиболее распространенными симптомами выступают боль в животе (42,9 % случаев) и вагинальное кровотечение (28,6 %) [8]. Вспомогательные репродуктивные технологии, использование ВМС могут быть факторами риска развития яичниковой беременности. Одной из особенностей пациенток с яичниковой беременностью является высокий уровень β -субъединиц хорионического гормона человека (β -ХГЧ). Клиническая картина яичниковой беременности схожа с клинической картиной трубной беременности, но отличается более выраженными симптомами «острого живота» (шок, разрыв яичника, гемоперитонеум и необходимость срочной лапаротомии) [9, 10]. При эктопической беременности могут отмечаться децидуальные превращения слизистой оболочки матки, гипертрофия и гиперплазия мышечных волокон, поэтому в первые 8 нед беременности матка увеличивается в размерах, и в дальнейшем ее величина перестает соответствовать сроку беременности. После задержки менструаций на фоне полного благополучия у женщины наступают сильные схваткообразные боли внизу живота или в одной из паховых областей. В связи с массивным внутрибрюшным кровотечением возникает френникус-симптом (симптом иррадиации болей в область плеча и лопатки). Затем быстро нарастает картина абдоминального шока с явлениями острого малокровия при отсутствии наружного кровотечения, стремительно развиваются симптомы раздражения брюшины. В брюшной полости можно обнаружить свободную жидкость со взвесью. Иногда появляются незначительные кровянистые выделения из влагалища, но их может и не быть, так как отпадающая оболочка в острых случаях еще не успевает отслоиться [11, 12].

Подтвердить клинический диагноз яичниковой беременности можно с помощью бимануального влагалищного исследования, ультразвукового исследования (УЗИ), определения уровня β -ХГЧ в сыворотке крови, эндоскопическими методами — лапароскопией с гистологическим исследованием биопсийного материала [8, 13].

К основному УЗ-признаку яичниковой беременности относят более экзогенное широкое кольцо на яичнике по сравнению с тканями яичника с желточным мешком или частями плода. Это является ключевым ультрасонографическим показателем при яичниковой беременности, однако эмбрион относительно редко визуализируется внутри кисты [14].

Как было сказано выше, вспомогательные репродуктивные технологии и использование ВМС могут быть факторами риска развития яичниковой беременности. Первичная яичниковая беременность по-прежнему является серьезной проблемой для ранней диагностики и лечения, что связано с разрывом яичника и массивным внутрибрюшным кровотечением [13]. Кульдоцентез (пункция прямокишечно-маточного углубления) проводят для выявления свободной крови в брюшной полости, при жалобах на острую боль внизу живота в сочетании с патологическим кровотечением, обмороком или шоком.

При хирургическом вмешательстве диагноз может быть подтвержден только гистологическим исследованием, если части плода не будут отчетливо видны макроскопически.

Лечение яичниковой беременности только оперативное. В зависимости от размера плодного яйца выделяют 2 вида оперативного лечения: овариоэктомия и клиновидная резекция яичника. Возможны варианты лечения с помощью метотрексата, если после операции уровень β -ХГЧ все еще повышается, что указывает на стойкую трофобластическую ткань [15].

Клинический случай

Пациентка Т., 35 лет, 28.06.2017 в 15:21:32 была доставлена бригадой скорой медицинской помощи в приемное отделение ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий Федерального медико-биологического агентства России» (ФКНЦ ФМБА) с жалобами на незначительные тянущие боли внизу живота, больше справа. Из анамнеза: пациентка наблюдается у гинеколога регулярно; в течение последних 2 нед ощущала слабость, незначительные тянущие боли внизу живота. Тест на β -ХГЧ 27.06.2017: уровень β -ХГЧ — 6551 мМЕ/мл. УЗИ органов малого таза 28.06.2017: подозрение на внематочную беременность. В анамнезе 2 срочных родов. Последняя менструация 01.09.2017. Ношение ВМС в течение последних 6 мес. Из гинекологических заболеваний — эктопия шейки матки, по поводу чего произведена диатермоэлектрокоагуляция. Оперативные вмешательства отрицает. Соматически неотягощена. Рост 175 см, масса тела 58 кг. При поступлении в ФГБУ ФКНЦ ФМБА проведено общеклиническое обследование (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма, электрокардиография), основные показатели в норме. Уровень β -ХГЧ — 9664,1 мМЕ/мл. УЗИ органов малого таза: в полости матки ВМС, плодное яйцо в полости матки не визуализируется. Отмечено наличие очагового образования в правом яичнике (вероятно, киста желтого тела), латеральнее определялось очаговое образование гипозоженной структуры с неровными краями и кровотоком по контуру, с анэхогенным включением в центре (рис. 1). Данное образование при компрессии



Рис. 1. Ультразвуковая картина яичниковой беременности

Fig. 1. Ultrasound picture of ovarian pregnancy

смещалось с тканью яичника. Пациентка была госпитализирована в гинекологическое отделение ФГБУ ФНКЦ ФМБА в экстренном порядке.

Учитывая выявленную патологию, была выполнена диагностическая лапароскопия в экстренном порядке. Интраоперационно: передне- и заднематочное пространство без патологии, тело матки $12 \times 9 \times 9,5$ см, с ровным контуром, левый яичник $3 \times 2 \times 2,5$ см, без видимой патологии, левая маточная труба просматривается на всем протяжении, фимбрии выражены; правый яичник $8,5 \times 5,5 \times 4$ см, в верхнем полюсе содержит образование темно-бурого цвета диаметром 2,5 см (рис. 2). Правая маточная труба просматривается на всем протяжении, фимбрии выражены, без видимых изменений.

Учитывая выявленную патологию, с использованием монополярной коагуляции выполнена резекция правого яичника в пределах здоровой ткани. Также были выполнены удаление ВМС и диагностическое выскабливание полости матки. В послеоперационном периоде проводились плановая антибактериальная, противовоспалительная и обезболивающая терапия, профилактика тромбоэмболии. Получен следующий гистологический ответ: ткань яичника с желтым телом и кистозной полостью, заполненной кровью, в которой рассеяны ворсинки хориона с отеочной бессосудистой стромой и скопления клеток трофобласта. Эндометрий с децидуальной стромой с рассеянными круглоклеточными элементами, железы прямые, с кубическим эпителием извитой и звездчатой формы, с секреторным эпителием, встречаются группы желез типов Опитца и Овербека. Заключение: яичниковая беременность; гравидарный эндометрий без элементов хориона. К 29.06.2017 уровень β -ХГЧ снижен до 3561,7 мМЕ/мл. В послеоперационном периоде осложнений не наблюдалось. УЗИ органов малого таза



Рис. 2. Лапароскопическая картина яичниковой беременности

Fig. 2. Laparoscopic picture of ovarian pregnancy

при выписке: УЗ-признаки внутреннего эндометриоза, справа зона энуклеации – без особенностей. Клинические анализы крови и мочи в норме. Уровень β -ХГЧ от 02.07.2017 снизился до 632 мМЕ/мл и через месяц после выписки составил 5 мМЕ/мл.

ВМС является одним из эффективных методов контрацепции, который предотвращает внутриматочную имплантацию в 99,5 %, однако если происходит имплантация на фоне наличия ВМС, в 95 % случаев развивается внематочная беременность – и нередко яичниковая. Эктопическая беременность в яичнике встречается редко и может приводить к неблагоприятным последствиям для будущей беременности, поскольку в этом случае обычно требуется хирургическое лечение в объеме оофорэктомии или клиновидной резекции яичника. Предоперационная диагностика этого крайне редкого состояния является сложной задачей, поскольку яичниковая беременность часто напоминает кисты желтого тела. Как показало наше исследование, наиболее важным фактором риска развития яичниковой беременности является наличие ВМС. Первичная яичниковая беременность по-прежнему остается серьезной проблемой, что связано с разрывом яичника и массивным внутрибрюшным кровотечением.

Стоит отметить, что ведение пациентки Т. осуществлялось в условиях стационара 3-го уровня, в рамках которого было возможно круглосуточное наблюдение за изменениями ее состояния дежурным гинекологом с использованием дополнительных методов диагностики (кабинет УЗИ, экстренная лаборатория), в стационаре имелись экстренная операционная, анестезиологическая и реанимационная службы.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Comstock C., Huston K., Lee W. The ultrasonographic appearance of ovarian ectopic pregnancies. *Obstet Gynecol* 2005;105(1):42–5. PMID: 15625140. DOI: 10.1097/01.aog.0000148271.27446.30.
2. Choi H.J., Im K.S., Jung H.J. et al. Clinical analysis of ovarian pregnancy: a report of 49 cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2011;158(1):87–9. PMID: 21601978. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2011.04.015.
3. Joseph R.J., Irvine L.M. Ovarian ectopic pregnancy: aetiology, diagnosis, and challenges in surgical management. *J Obstet Gynaecol* 2012;32(5):472–4. PMID: 22663322. DOI: 10.3109/01443615.2012.673039.
4. Kraemer V., Kraemer E., Guengoer E. et al. Ovarian ectopic pregnancy: diagnosis, treatment, correlation to Carnegie stage 16 and review based on a clinical case. *Fertil Steril* 2009;92(1):392.e13–5. PMID: 19476943. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2009.04.014.
5. Кулаков В.И. Репродуктивное здоровье населения России. Акушерство и гинекология 2002;(2):4–7. [Kulakov V.I. Reproductive health of the population of Russia. *Akusherstvo i ginekologiya = Obstetrics and Gynecology* 2002;(2):4–7. (In Russ.)].
6. Персианинов Л.С., Расстригин Н.Н. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии. Ташкент: Медицина, 1983. 670 с. [Persianinov L.S., Rasstrigin N.N. *Emergency care in obstetrics and gynecology*. Tashkent: Meditsina, 1983. 670 p. (In Russ.)].
7. Lehner R., Kucera E., Jirecek S. et al. Ectopic pregnancy. *Arch Gynecol Obstet* 2000;263(3):87–92. PMID: 10763832.
8. Goldman G.A., Fisch B., Ovadia S., Tadir Y. Heterotopic pregnancy after assisted reproductive technologies. *Obstet Gynecol Surv* 1992;47(4):217–21. PMID: 1553154.
9. Демидов В.Н., Зыкин Б.И. Ультразвуковая диагностика в гинекологии. М.: Медицина, 1990. 221 с. [Demidov V.N., Zykina B.I. *Ultrasound diagnosis in gynecology*. Moscow: Meditsina, 1990. 221 p. (In Russ.)].
10. Науменко А.А. Современные методы диагностики и лечения редких форм внематочной беременности. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2012. 27 с. [Naumenko A.A. *Modern methods of diagnosis and treatment of rare forms of ectopic pregnancy*. Summary of thesis ... of candidate of medical sciences. Moscow, 2012. 27 p. (In Russ.)].
11. Акушерство и гинекология: клинические рекомендации. 4-е изд. Под ред. В.Н. Серова, Г.Т. Сухих. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. 1024 с. [Obstetrics and gynecology: clinical recommendations. 4th edn. Eds.: V.N. Serov, G.T. Sukhih. Moscow: GEOTAR-Media, 2014. 1024 p. (In Russ.)].
12. Чернова И.С. Современные подходы к лечению женщин с эктопической беременностью различной локализации. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2011. 126 с. [Chernova I.S. *Modern approaches to treatment of women with ectopic pregnancy of different localization*. Summary of thesis ... of candidate of medical sciences. Moscow, 2011. 126 p. (In Russ.)].
13. Melcer Y., Maymon R., Vaknin Z. et al. Primary ovarian ectopic pregnancy: still a medical challenge. *J Reprod Med* 2016;61(1–2):58–62. PMID: 26995890.
14. Zhu Q., Li C., Zhao W.H. et al. Risk factors and clinical features of ovarian pregnancy: a case-control study. *BMJ Open* 2014;4(12):e006447. PMID: 25472658. DOI: 10.1136/bmjopen-2014-006447.
15. Tay J.I., Moore J., Walker J.J. Ectopic pregnancy. *Br Med J* 2000;320(7239):916–9. PMID: 10742003.

Вклад авторов

А.В. Довгополый: подготовка материала клинического наблюдения;
Ю.В. Попов: анализ данных литературы;
Н.С. Ванке: хирургическое лечение пациентки;
А.Г. Кедрова: клинический анализ, сопоставление с данными литературы;
Л.М. Кагановская: лечащий врач пациентки;
А.В. Тельнова: ультразвуковая диагностика заболевания.

Authors' contributions

A.V. Dovgopolyy: preparation of material for clinical observation;
Yu.V. Popov: analysis of literature data;
N.S. Vanke: surgical treatment of the patient;
A.G. Kedrova: clinical analysis, comparison with literature data;
L.M. Kaganovskaya: the attending physician of the patient;
A.V. Tel'nova: ultrasound diagnosis of the disease.

ORCID авторов

А.Г. Кедрова: <https://orcid.org/0000-0003-1031-9376>

ORCID of authors

A.G. Kedrova: <https://orcid.org/0000-0003-1031-9376>

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Информированное согласие. Пациентка подписала информированное согласие на публикацию своих данных.

Informed consent. The patient gave written informed consent to the publication of his data.

Статья поступила: 17.04.2018. **Принята к публикации:** 21.05.2018.

Article received: 17.04.2018. **Accepted for publication:** 21.05.2018.