

# Случай из практики

## Внематочная беременность, локализованная в культе не до конца удалённой маточной трубы

Г.М. Ходжамурадов, М.М. Исмоилов, Г.Н. Шарипов, А.Х. Шаймонов, М.С. Саидов

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии

Представлены результаты ретроспективного исследования 4 историй болезни пациенток, перенёвших тубэктомия по поводу трубной беременности, с рецидивирующей внематочной беременностью (3 пациентки) и кистой культы удалённой трубы, а также сопутствующие заболевания и процессы, способствующие их развитию.

По нашему мнению, данному вопросу уделяется недостаточное внимание в современной литературе. И хотя состояние, когда плодное яйцо располагается в культе удалённой маточной трубы, довольно редко встречается во врачебной практике, меры, направленные на предотвращение этого процесса, по нашему мнению, представляют определённый интерес как для хирургии, так и для медицины в целом. Ведь у таких больных, ввиду проведённой ранее операции, трубная беременность подозревается в последнюю очередь, и необходим определённый опыт работы и наличие знаний, для того, чтобы проведя правильную дифференциальную диагностику, поставить правильный диагноз.

**Ключевые слова:** внематочная беременность, трубная беременность, беременность в культе удалённой маточной трубы, тубэктомия

**Актуальность.** Внематочная беременность – проблема, которая с каждым годом приобретает всё большее значение, как для системы здравоохранения, так и для общества в целом. Являясь полиэтиологическим заболеванием, связанным с воспалительными процессами в малом тазу, внематочная беременность является причиной, как нарушения репродуктивной способности женского организма, так и материнской смертности. Трубная беременность – разновидность внематочной беременности, встречающаяся в подавляющем большинстве случаев беременности вне полости матки (по данным различных авторов от 92% до 98% от общего количества больных) [1]. Многообразие предлагаемых в настоящее время методов лечения трубной беременности предъявляет хирургу повышенные требования к выбору техники оперативного вмешательства.

Не секрет, что в нашей стране хирургический метод является наиболее часто используемым при лечении данной патологии. В свою очередь, среди хирургических методов лечения наиболее часто используемым является тубэктомия. Сторонники данного метода хирургического вмешательства приводят одним из преимуществ тубэктомии исключение рецидива трубной беременности после удаления трубы, что,

казалось бы, должно быть естественно, так как удаляется орган, который поражается патологическим процессом [1-3].

Известно, что удаление трубы так же оказывает и психическую нагрузку на больную [2]. Пациентка осознаёт, что её репродуктивная функция либо безвозвратно снижается на 50% (в случае наличия второй здоровой трубы), либо утрачивается (в случаях, когда удаляется единственная маточная труба) [3]. Психологический фактор настолько важен для последующего успешного реабилитационного периода, что некоторые авторы посвящают объёмные труды данной проблеме [11-13]. Не трудно представить насколько падает авторитет хирурга в глазах больной, насколько сильно психологическое потрясение, испытываемое пациенткой, когда она узнает о том, что недуг, от которого её раз и навсегда должна была избавить довольно травмирующая операция, вновь возник в её организме [4].

Именно такая ситуация возникает, когда плодное яйцо располагается в культе удалённой трубы [5-7]. Это довольно редкое состояние приводит к необходимости повторного оперативного вмешательства, к операции, проведения которой не только возможно,



но и нужно было бы избежать. Возникает оно при нарушении правила, согласно которому перевязка маточной трубы должна производиться у истмического отдела маточной трубы, у самого тела матки. Следует отметить, что существуют и другие патологические процессы, способные развиться в культе удалённой трубы, и требующие оперативного вмешательства [8,9].

По нашему мнению, данному вопросу уделяется недостаточное внимание в современной литературе. И хотя состояние, когда плодное яйцо располагается в культе удалённой маточной трубы, довольно редко встречается во врачебной практике, меры, направленные на предотвращение этого процесса, по нашему мнению, представляют определённый интерес как для хирургии, так и для медицины в целом. Ведь у таких больных, ввиду проведённой ранее операции, трубная беременность подозревается в последнюю очередь [10], и необходим определённый опыт работы и наличие знаний, для того, чтобы проведя правильную дифференциальную диагностику, поставить правильный диагноз. В то же время, по тяжести осложнений и риску смертности от кровотечения данный вид трубной беременности ничуть не уступает иным локализациям плодного яйца.

**Цель работы:** оценить факторы риска возникновения патологических процессов в культе ампутированной маточной трубы, основные ошибки, приведшие к неполному удалению трубы при тубэктомии, особенности течения данного вида внематочной беременности, критерии лечения и диагностики данного патологического состояния, а так же другие патологические состояния, возникающие в культе не до конца удалённой маточной трубы.

**Материал и методы.** Были проанализированы истории болезни пациенток с внематочной трубной беременностью, проходивших лечение в отделении восстановительной хирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии в период с 2007 по 2013 годы, обратившихся по поводу повторной трубной беременности, с состоянием после тубэктомии.

Среди них были выбраны 4 истории, три из которых являются историями болезни больных с имплантацией плодного яйца в культе ампутированной по поводу трубной беременности маточной трубы. Одна из них – история больной, перенёвшей тубэктомию, у которой в последующем развилась киста культы.

Возраст больных варьировал в пределах от 25 до 31 года. Всем больным было проведено УЗИ исследование, тест на беременность, общий анализ крови. У всех пациенток с патологическим процессом в

культе удалённой маточной трубы наблюдались воспалительные заболевания органов малого таза (сальпингит, эндометриоз и т.д.). Беременность наступила в период от 2 до 5 лет с момента проведения тубэктомии.

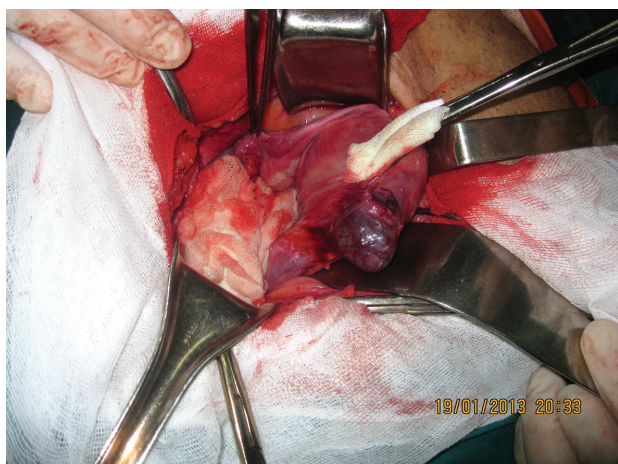
**Результаты и их обсуждение.** Клиническая картина во всех случаях имела стёртый характер. Определяющим фактором, симптомом, который побудил всех пациенток, обратиться за медицинской помощью, являлась боль. Менструация во всех случаях отсутствовала в промежутки времени более двух месяцев.

Одно из главных проявлений, позволяющих говорить о внематочной беременности – кровянистые выделения из влагалища. Во всех случаях, рассматриваемых нами, выделения были либо незначительными, что заставляло больных принимать их за менструальные выделения, либо отсутствовали вообще. В одном случае, с развитием кисты культы левой маточной трубы, данная патология сочеталась с внематочной беременностью в сохранившейся трубе.

Во всех случаях диагностика патологического процесса была затруднена. Ультразвуковое исследование органов малого таза не устанавливало патологического процесса в культе удалённой трубы, и больные получали лечение, направленное на устранение различных воспалительных заболеваний. В частности в двух случаях пациенткам был поставлен диагноз сальпингит, в двух остальных – эндометриоз. Лишь по прохождению некоторого времени, после усиления интенсивности болей, либо присоединения новых симптомов (в случае с кистой культы – кровянистые выделения из влагалища), больные направлялись на дополнительные методы исследования, появлялись первые догадки об истинной причине появления жалоб.

Боль зачастую, вначале имела тупой, ноющий характер, что не позволяло делать выводов об истинной причине развития заболевания. Несмотря на внутреннее кровотечение, которое развилось в трёх из четырёх рассматриваемых случаев, явных проявлений анемии у больных не наблюдалось. Головокружение и одышка, периодически проявлявшиеся у пациенток, в основном после физической нагрузки, не обращали на себя особого внимания со стороны больных.

Тест на беременность, основанный на определении присутствия хорионотропического гормона у больных, проводился уже на поздних стадиях развития заболевания, и во всех случаях оказывался положительным. Однако стоит отметить, что основывать диагноз «Внематочная беременность» только на ре-



**РИС. 1. ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ В КУЛЬТЕ АМПУТИРОВАННОЙ МАТОЧНОЙ ТРУБЫ**



**РИС. 2. УДАЛЁННОЕ ПЛОДНОЕ ЯЙЦО**

зультатах данного теста нельзя, так как иногда встречаются случаи, когда при положительных результатах теста плодное яйцо отсутствует. В частности в нашей практике наблюдался случай положительного теста на беременность при кисте яичника.

Пункция Дугласового пространства проводилась у одной больной и показала наличие крови.

Все пациентки были направлены гинекологами в отделение пластической хирургии, и после проведения УЗИ, им было произведено экстренное оперативное вмешательство. В трёх случаях беременности, располагавшейся в культе удалённой трубы, пациенткам было произведено полное удаление оставшейся культи, путём перевязки и удаление культи в истмическом отделе.

Иллюстрация хирургического вмешательства больной Ф., 1987 г.р., состояние после частичной тубэктомии справа (от 2008г.) и прогрессирующая внематочная беременность в правой маточной трубе (от 19.01.2013г.), а также удалённое плодное яйцо представлены на рисунках 1 и 2.

Внутрибрюшное кровотечение наблюдалось в двух случаях из трёх (250 мл крови при разрыве плодного яйца, при расположении плодного яйца в культе, и 50 мл – при сочетанном присутствии кисты культи и внематочной трубной беременности в сохранившейся трубе). Только в одном случае из четырёх культи и труба не были повреждены. В двух случаях беременности, расположенной в культе трубы, наблюдался разрыв плодного яйца, а у пациентки с кистой культи наблюдался разрыв трубы в ампулярной части.

Во всех случаях наблюдалось развитие спаечного процесса в малом тазу, что свидетельствует о неадекватной профилактике спаек при предыдущих оперативных вмешательствах.

После удаления культи, патологическое образование направлялось на патологоанатомическое обследование. Во всех случаях диагноз был подтвержден. Киста, после проведения патологического исследования, оказалась солитарной.

В послеоперационном периоде брюшная полость через соединённую с ней трубку, в течение 5-7 дней, орошалась раствором реополиглюкана, с целью профилактики спаек.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Период госпитализации продолжался от 5 до 10 дней, дренажная трубка снималась на 4-7 день.

Больным, в целях профилактики, назначался один из трёх антибиотиков (гентамицин, цефтриаксон или ципрофлоксацин).

Контрольное УЗИ после операции скопления жидкости в брюшной полости не показало.

Через месяц после выписки больные проходили контрольный осмотр. Серьёзные жалобы отсутствовали.

Таким образом, беременность, расположенная в культе не полностью удалённой маточной трубы, редкая патология, однако по вызываемым осложнениям и патогенетическому влиянию ничуть не уступающая формам трубной беременности при наличии трубы. Трудности диагностики, а также смазанная клиническая картина в очень редких случаях



позволяют поставить правильный диагноз и провести правильную дифференциальную диагностику данного патологического состояния. Данный факт служит причиной позднего обращения пациенток за хирургической помощью, соответственно осложнения при данной форме встречаются намного чаще.

Так как причина данного состояния является ятрогенной (перевязка трубы не непосредственно у истмического отдела, у тела матки, а немного дистальнее), то профилактикой данного состояния соответственно является совершенствование хирургической техники оперирующим хирургом. Кроме того, в литературе упоминается, о том, что данный вид трубной беременности часто встречается после лапароскопического удаления маточной трубы.

Малый операционный доступ, недостаточное оперативное пространство и другие факторы способствуют тому, что хирургу, особенно не обладающему достаточным опытом, намного труднее провести данную операцию лапароскопическим доступом, чем при лапаротомии.

В дальнейшем, при увеличении количества больных с данной патологией, нами предполагается провести более тщательный анализ факторов, способствующих возникновению осложнений у пациенток и трудностей послеоперационного периода.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Возняк Д. Влияние лапароскопической сальпингэктомии и сальпинготомии на последующую частоту возникновения эктопической беременности / Д.Возняк // Акушерство и гинекология. – 2004. – № 3. – С.61.
2. Зейналов С.М. Малоинвазивная хирургия в диагностике и лечении заболеваний придатков матки / С.М.Зейналов, А.С.Кадырова // Эндоскопическая хирургия. – 2007. – №2. – С.61-63.
3. Коротовских Л.И. Особенности диагностики внематочной беременности / Л.И.Коротовских, В.Н.Прохоров, Т.А.Обоскалова // Акушерство и гинекология. – 2009. – №3 (57). – С.68-72.
4. Коротовских Л.И. Оптимизация ранней дифференциальной диагностики трубной беременности / Л.И.Коротовских, В.Н.Прохоров // Акушерство и гинекология. – 2008. – №2 (42). – С. 81-83.
5. Мазитова М.И. Репродуктивное здоровье женщин после трубной беременности / М.И.Мазитова, А.Б.Ляпахин // Трудный пациент. – 2010. – № 8, том 8. – С. 25-26.
6. Науменко А.А. Современные методы диагностики и лечения редких форм внематочной беременности / А.А.Науменко [и др.]// Вестник РГМУ. – 2011. – №2. – С.34-38.
7. Ткаченко Л.В. Профилактика и лечение спаячной болезни малого таза при трубно-перитонеальном бесплодии / Л.В.Ткаченко, И.В.Мухин, Е.А.Минаева // Вестник ВОЛГМУ. – 2010. – №1 (33). – С.63-66.
8. Яковлева Н.В. Значение органосохраняющего подхода в лечении пациенток с внематочной беременностью / Н.В.Яковлева // Медицина в Кузбассе. Спецвыпуск: нерешённые и дискуссионные вопросы в акушерстве и гинекологии. – 2009. – № 4. – С. 106
9. John A. Rock Te Linde's Operative Gynecology / A.John Rock, W.Howard // Lippincott Williams & Wilkins. – 2008. – P.403-437.
10. Ricardo F. Savaris Ectopicpregnency: laparoendoscopic single-site surgery – laparoscopic surgery through a single cutaneus incision / F.S.Ricardo, Leandro Totti Cavazzola // Fertility and sterility. –2009. – Vol. 92. – № 3. – P.1170e5-1170e7.
11. Johnson N. Surgical treatment for tubal disease in women due to undergo in vitro fertilisation / N.Johnson [et al.]// Cochrane Menstrual Disorders and Subfertility GroupPublished Online: 20 JAN 2010
12. Segl P. Wirksamkeit von 30 mg Methotrexat als Therapie der Extra uteringravidität im Vergleich zur Salpingotomie und Salpingektomie / P.Segl // –2012.



# Summary

## Ectopic pregnancy localized in cults of halves excising fallopian tubes

G.M. Khojamuradov, M.M. Ismoilov, G.N. Sharipov, A.H. Shaimonov, M.S. Saidov  
*Republican Scientific Center of Cardiovascular Surgery*

The results of a retrospective history case study of 4 patients who underwent tubectomy due tubal pregnancy with recurrent ectopic pregnancy (3 patients) and cyst in stump of excising tube, as well as comorbidities and processes that contribute to their development are presented in case report.

In our opinion, this issue neglected in recent literature. And although the state when the ovum is located in a excising cult of fallopian tube is quite rare in medical practice, measures aimed at preventing this process, in our view, represent a specific interest for surgery and for medicine in general. After all, in these patients, due to the previous operations, tubal pregnancy is suspected in the least, and needs a certain experience and the availability of knowledge, in order to correctly performed differential diagnosis and formed the correct diagnosis.

**Key words:** ectopic pregnancy, tubal pregnancy, pregnancy in the excising fallopian tube cult, tubectomy

### АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

**Сaidов Махмадулло Сайфуллоевич** –  
научный сотрудник отделения восстановительной  
хирургии Республиканского научного центра  
сердечно-сосудистой хирургии;  
734003, Таджикистан, г. Душанбе, ул. Санои, 33  
E-mail: mahmad\_jon1974@mail.ru