

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК: ПОЗАМАТКОВА ЧЕРЕВНА ВАГІТНІСТЬ

МАЛЮК В.В.^{1,2}, ЩУРКО Д.М.², ЩУРКО М.І.²

¹ Перинатальний центр КНП «Миколаївська обласна клінічна лікарня»,
м. Миколаїв, Україна

² Кафедра акушерства і гінекології Одеського національного медичного університету,
м. Одеса, Україна

Черевна вагітність є рідкісною формою аномальної позаматкової вагітності, яка зустрічається від 1:10 000 до 1:30 000 вагітностей і становить до 1,4% усіх позаматкових вагітностей. Мета дослідження – визначити особливості ранньої інструментальної діагностики позаматкової вагітності. Клінічний випадок. При проведенні УЗД встановлена підозра на черевну вагітність: вагітність I, 23+2 тижні. Поперечне положення плоду (голівка зліва). Абсолютне маловоддя. ЗВУР плода. Placenta percreta. Висновок КТ: картина черевної позаматкової вагітності. Висновок МРТ: картина позаматкової абдомінальної вагітності (оваріальної?). Консилиумом лікарів було остаточно підтверджено діагноз черевної вагітності та прийнято рішення щодо пролонгування до терміну гестації 28 тижнів в інтересах плода. Призначено лікування. В ургентному порядку на 29 тижні вагітності проведено оперативне завершення вагітності шляхом операції кесаревого розтину. Під час проведення лапаротомії було виконано клемування лівої внутрішньої клубової артерії. Проведена лівостороння сальпінго-офоектомія разом з плацентою, без її відокремлення, що знизило операційну крововтрату, яка склала 450 мл. Дитина чоловічої статі вагою 1340 г., довжиною – 35 см з оцінка за шкали Апгар на 1 хв. – 2 бали, а через 5 хв. – 3 бали. Перебіг післяопераційного періоду у матері без ускладнень. Дитина померла на 14 добу життя. Висновок. Сучасні методи інструментальної діагностики, такі як УЗД, доплерівське дослідження, КТ та МРТ є вирішальними у постановці діагнозу та вибору подальшої тактики надання невідкладної допомоги.

Ключові слова: клінічний випадок, аномальна (черевна) вагітність, ультразвукова діагностика, комп'ютерна томографія, магнітно-резонансна томографія, лапаротомія.

Черевна вагітність є рідкісною формою аномальної позаматкової вагітності, яка зустрічається від 1:10 000 до 1:30 000 вагітностей і становить до 1,4% усіх позаматкових вагітностей. Черевна вагітність пов'язана з високим рівнем смертності як для матері, так і для дитини — 1-20% і 40-95% відповідно [1, 2, 3, 4]. Це складний діагноз, який не просто поставити за допомогою візуалізації. Діагностика цієї патології складна, проте можлива.

Одним із основних методів діагностики є ультразвукова діагностика (УЗД), а в складних випадках застосовується комп'ютер-

на томографія (КТ) та магнітно-резонансна томографія (МРТ). Найбільш поширеними місцями для імплантації є широка зв'язка матки, дугласів простір, міхурово-маткова складка, зовнішня поверхня фаллопієвих труб і тіла матки [5, 6]. Сучасні методи, як КТ та МРТ, дозволяють підтвердити попередній діагноз та встановити анатомо-топографічне розташування плідного яйця [7, 8] що впливає на подальшу тактику ведення вагітності.

Аномальна вагітність може безсимптомно прогресувати практично до пологів і вперше виявлятися в його першому періоді.

Мета. На підставі розгляду клінічного випадку встановити особливості ранньої інструментальної діагностики, перш за все ультразвукового дослідження, при первинному зверненні до лікаря, та особливості антенатального спостереження в умовах жіночої консультації з подальшою тактикою вибору терміну та методу завершення вагітності в умовах акушерського стаціонару.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Клінічний випадок аномальної (черевної) вагітності у 36-річної пацієнтки із встановленим діагнозом за допомогою трансабдомінального ультразвукового дослідження з послідувачим його підтвердженням КТ та МРТ.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Вагітна Л, 36 років, мешканка м. Миколаєва, співробітниця банку, перебуває у цивільному шлюбі останні 10 років.

Із анамнезу: менструації з 12 років, по 4-5 днів, через 28-30 днів. Статеве життя з 19 років. Вагітність перша і не була запланованою (контрацепція перерваним статевим актом, чоловічі презервативи). Подружжя соматично здорове.

Взята на облік у жіночій консультації в терміні вагітності 17 тижнів. Згідно наказу МОЗ України № 1437 від 09 серпня 2022 р. «Про затвердження Стандартів медичної допомоги «Нормальна вагітність» проведено повне клініко-лабораторне обстеження. Патологічних відхилень не встановлено.

Результати інструментальних методів дослідження.

УЗД I (при постановці на облік у жіночу консультацію). Висновок УЗД: Вагітність 17⁺⁴ тижнів. Єдина артерія пуповини. Низька плацентація. Двурога матка.

У терміні вагітності 18 тижнів проведено "Пренатальний скринінг II триместру (АФП, загальний β -ХГЛ, естріол) з розрахунком ризиків «PRISCA». Встановлено підвищення рівня АФП. Проведена консультація генетика та призначено НІПТ.

УЗД II (жіноча консультація). Висновок: Вагітність 21⁺¹ тиждень. Єдина артерія пуповини. Абсолютне маловоддя. Низька плацентація.

У терміні вагітності 21 тиждень госпіталізована до гінекологічного відділення

з метою встановлення чинників ЗВУР плода. Перебувала в стаціонарі 6 днів. Проводилося лікування: зберігаюча терапія, вітамінотерапія.

В терміні вагітності 22 тижні переведена у пологовий будинок із симптомами загрози переривання вагітності.

Проведено УЗД III (пологовий будинок). Висновок: Вагітність 23⁺¹ тижні. Поперечне положення плоду. Гемодинаміка плода компенсована. Абсолютне маловоддя. Низька плацентація. Аномалія прикріплення плаценти. Двурога матка?

На протязі доби переведена до Перинатального центру Миколаївської обласної клінічної лікарні для надання допомоги у разі розвитку передчасних пологів.

При проведенні УЗД в умовах Перинатального центру вперше встановлена підозра на черевну вагітність. Додатково проведено експертне УЗД. Висновок: Вагітність I, 23⁺² тижні. Поперечне положення плоду (голівка зліва). Абсолютне маловоддя. ЗВУР плода. Placenta percreta.

Допис лікаря УЗД: плацента зліва, стінка матки чітко не визначається. Позаматкова вагітність?

Для уточнення діагнозу проведена комп'ютерна томографія. Висновок КТ: тіло матки помірно збільшене, розмірами 14x56x78 мм. Плід у гіпогастрії, не оточений амніоном, голівка плода справа. Плацента прикріплена до серозної оболонки на рівні лівого трубного кута матки. Вени лівого яєчникового сплетіння проходять в структурі плаценти. Клубові артерії інтактні. Висновок: КТ-картина черевної позаматкової вагітності.

З метою остаточно з'ясування анатомо-топографічного розташування плоду та плаценти проведено МРТ: матка з чіткими рівними контурами, розміром 144x48x86 мм, ендометрій - 14 мм. Плід в черевній порожнині поперечно, голівка плода справа. Плацента тісно прилягає до лівого ребра матки, розмірами 112x77x109 мм., медіальне прикріплення пуповини, яка містить 2 судини. Висновок: МРТ картина позаматкової абдомінальної вагітності (оваріальної?)

15 березня 2024 р. у терміні вагітності 23⁺² тижні вагітна була переведена до ДУ «Всеукраїнський центр материнства та

дитинства Національної академії медичних наук України».

Консиліум лікарів у складі акушер-гінекологів, судинного хірурга, неонатолога та анестезіолога-реаніматолога після перегляду записів СД дисків інструментальних досліджень (КТ, МРТ), виконаних напередодні у Перинатальному центрі Миколаївської обласної клінічної лікарні, було остаточно підтверджено діагноз черевної вагітності та прийнято рішення щодо пролонгування до терміну гестації 28 тижнів в інтересах плода. Призначено лікування: зберігаюча терапія, профілактика СДР плода (проведена у 24 тижні вагітності), вітамінно-мінеральний комплекс.

В ургентному порядку на 29 тижні вагітності проведено оперативне завершення вагітності шляхом операції кесаревого розтину. Показаннями до операції були підвищена рухова активність плода та виражений больовий синдром матері.

Операційна бригада складалася з двох лікарів акушер-гінекологів, судинного хірурга та хірурга загальної практики. Анестезіологічне забезпечення: спінальна анестезія.

Виконана лапаротомія повздожним розтином. Ревізією черевної порожнини з'ясовано: плід розташований у міжпетельному просторі і разом з пуповиною обгорнуті оболонками плідного міхура. Плацента розташована зверху на лівому яєчнику та матковій трубі без інтимного стикання з маткою. Пуповина тонка, з центральним прикріпленням до плаценти. Виконано розтин плодових оболонок та вилучено дитину.

Проведено клемування лівої внутрішньої клубової артерії, виконана лівостороння сальпінго-офоектомія разом з плацентою, без її відокремлення.

Під час операції з'явилась незначна кровотеча із піхви. Проведено вакуум аспірація порожнини матки з подальшим кюретажем з метою евакуації децидуальної тканини.

Загальна операційна крововтрата складала 450 мл.

Дитина чоловічої статі вагою 1340 г., довжиною – 35 см з оцінка за шкалі Апгар на 1 хв. – 2 бали, а через 5 хв. - 3 бали. Надана допомога згідно протоколу первинної

реанімації новонародженого та проведена сурфактантна терапія з киснево-дихальною підтримкою.

Перебіг післяопераційного періоду у матері без ускладнень. Дитина померла на 14 добу життя.

ОБГОВОРЕННЯ

Оскільки одним із основних методів діагностики черевної вагітності є УЗД, слід пам'ятати про такий діагностичний критерій, як візуалізація «пустої» матки на фоні органів черевної порожнини, які включають плід, але без оточуючого його міометрію.

Додатковими ехографічними ознаками черевної вагітності є: відсутність при УЗД дилатації маткових труб і складних утворень у ділянці додатків матки; плідне яйце оточене петлями кишківника й відокремлене від них очеревиною; широкий діапазон мобільності, подібної до коливань, що особливо очевидно при обережному натисканні трансвагінальним датчиком у напрямку дугласового простору.

Можливості ультразвукової діагностики залежать від топографії імплантації плодового яйця та ехографічних ознак, які супроводжують черевну вагітність. Такими можуть бути: виражене маловоддя; атипове високе розташування плода; потовщення плаценти; відсутність зображення стінки матки; затримка розвитку плода; аномалії розвитку плода; гемоперитонеум.

Допплерівське дослідження допомагає підтвердити наявність перитрофобластичного кровоплину.

Магнітно-резонансна томографія є дуже корисним інструментом для визначення місця імплантації плаценти і її зв'язку із великими судинами, кишечником або іншими життєво важливими органами черевної порожнини.

МРТ є неінвазивним і безпечним методом дослідження через відсутність іонізуючого випромінювання та дає змогу набагато детальніше аналізувати морфологію плода, плаценти, оцінювати стан органів черевної порожнини та малого тазу вагітної.

Тактика хірургічного втручання при черевній вагітності залежить від місця розташування плаценти та ступені її проростання у внутрішні органи матері (яєчник, кишечник, дугласовий простір, тощо).

Спектр оперативного втручання надзвичайно широкий і непередбачуваний. Тому встановлення діагнозу «черевна вагітність» вимагає: негайного розродження кваліфікованою бригадою за участю суміжних спеціалістів (хірурга, судинного хірурга, уролога - при необхідності); достатнього запасу крові і кровозамінників; адекватного інфузійно-трансфузійного забезпечення.

Також повинна бути обрана сучасна тактика щодо плаценти – попереднє лікування великих судин з подальшим її відділенням. Якщо ж плаценту видалити неможливо застосовується очікувальна тактика.

На антенатальному етапі слід пам'ятати про акушерські аспекти спостереження. В малих термінах вагітності (до 12 тижнів) діагностика при вагінальному дослідженні майже не можлива. Експертне виконання УЗД є вирішальним чинником у постановці діагнозу.

Після 20 тижня вагітності слід звертати увагу на розташування плоду в черевній порожнині (частіш воно буває поперечне, ніж повздовжне). Вимір ВСДМ не відповідає терміну вагітності, а аускультация плода спостерігається у не типових місцях вислуховування.

Лікар акушер-гінеколог повинен критично оцінювати дані додаткових методів обстеження і співвідносити їх з результатами акушерсько-гінекологічного огляду, зокрема при виявленні аномалії розвитку матки.

На пізніх термінах вагітність, що розвивається в черевній порожнині, досить складно клінічно диференціювати від нормальної маткової вагітності.

Прогноз у розвитку аномальної вагітності вважається несприятливим.

ВИСНОВКИ

Черевну вагітність треба розглядати як серйозну загрозу для здоров'я і життя жінки, тому вчасно виявити таку патологію вагітності – значить запобігти неочікуваним ускладненням у майбутньому.

Антенатальне спостереження черевної вагітності в умовах жіночої консультації має особливості, які відіграють свою роль у подальшій тактиці вибору терміну та методу завершення вагітності в умовах акушерського стаціонару.

Сучасні методи інструментальної діагностики, такі як УЗД, доплерівське дослідження, КТ та МТР є вирішальними у постановці діагнозу та вибору подальшої тактики надання невідкладної допомоги.

Подяки

Бачинський Д.В. – медичний директор з хірургічної допомоги КНП «Миколаївська обласна клінічна лікарня», м. Миколаїв, Україна

Кандауров О.А. – завідувач Перинатального центру КНП «Миколаївська обласна клінічна лікарня», м. Миколаїв, Україна

ЛІТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Nemat Abdul Rahman, Abdul Jabbar, S. Saquib, W.E. Mohammed Talha. Successful Management of Abdominal. Pregnancy: two case reports.- Oman Med. J.-2018. -33 (2) (Mar). - P.171-175: <https://doi.org/10.5001/omj.2018.32>.
2. Sunita Dubey, Mohit Satodiya, Priyanka Garg, Mamta Rani. Primary Abdominal Pregnancy: A Case Report.- J Clin Diagn Res. - 2016 Nov; 10 (11) – P. 4-6: <https://doi.org/10.7860/JCDR/2016/23061.8859>.
3. Abraham Fessehaye¹, Biruck Gashawbeza, Mekdes Daba , Muhudin Arusi, Tsega Terefe, Fessehaye et al. Abdominal ectopic pregnancy complicated with a large bowel injury: a case report Abraham J Med Case Reports. – 2021. - 15:127: <https://doi.org/10.1186/s13256-021-02713-9>.
4. Aaron Poole, David Haas, Everett F. Magann. Early Abdominal Ectopic Pregnancies: A Systematic Review of the Literature. - Gynecol Obstet Invest – 2012. - 74.- P.:249–260: <https://doi.org/10.1159/000342997>.
5. A. Siati, T. Berrada, A. Baidada, A. Kharbach. Abdominal pregnancy with a healthy newborn: a new case. - Pan. Afr. Med. J. – 2019. - 34 (Sep 16). - P. 35: <https://doi.org/10.11604/pamj.2019.34.35.20169>.
6. Koji Yasumoto, Yukiyasu Sato, Yusuke Ueda , Takuma Ito, Hiromi Kawaguchi, Masataka Nakajima, Akira Muneshige. Expectant management for abdominal pregnancy. - Gynecology and Minimally Invasive Therapy. - May 2017. – V. 6, (2). - P. 82-84: <https://doi.org/10.1016/j.gmit.2016.11.003>.
7. Suresh V Phatak, Neeraj A Patange, Shishir Rawekar. Sonographic Diagnosis of Intra-abdominal Pregnancy. - International Journal of Recent Surgical and Medical Sciences. – 2016. - 2 (1). – P. 52-54: <https://doi.org/10.1016/j.gmit.2016.11.003>.

doi.org/10.5005/jp-journals-10053-0014.

8. Ella C. Whitney, Kelsey Jones, Anthony L. Baker. Against the Odds: Ectopic Abdominal Pregnancy. - Journal of Diagnostic Medical Sonography. – 2014. – V. 30 (5). – P. 268-271: <https://doi.org/10.1177/8756479314540051>.

SUMMARY

CLINICAL CASE: ECTOPIC ABDOMINAL PREGNANCY

V. Malyuk, D. Shchurko, M. Shchurko

Abdominal pregnancy is a rare form of abnormal ectopic pregnancy that occurs in 1:10,000 to 1:30,000 pregnancies and accounts for up to 1.4% of all ectopic pregnancies. **The purpose:** To determine the specific features of early instrumental diagnosis of ectopic pregnancy. **Clinical Case.** An ultrasound examination raised suspicion of abdominal pregnancy: primigravida, 23+2 weeks. Fetus in transverse position (head to the left), severe oligohydramnios, intrauterine growth restriction (IUGR), and placenta percreta. CT findings suggested abdominal ectopic pregnancy, while MRI findings indicated

ectopic abdominal pregnancy (possibly ovarian). A medical team confirmed the diagnosis of abdominal pregnancy and recommended prolonging the pregnancy to 28 weeks for fetal benefit. Treatment was initiated, and at 29 weeks, an emergency cesarean section was performed. During laparotomy, the left internal iliac artery was clamped. A left salpingo-oophorectomy was performed along with placental removal without detachment, reducing blood loss to 450 ml. The newborn male weighed 1340 g and measured 35 cm, with Apgar scores of 2 at 1 minute and 3 at 5 minutes. The mother's postoperative course was uncomplicated, but the newborn passed away on day 14. **Conclusion.** Modern instrumental diagnostic methods, including ultrasound, Doppler studies, CT, and MRI, are crucial in diagnosing and determining further tactics for providing urgent care.

Key words: clinical case, abnormal (abdominal) pregnancy, ultrasound diagnostics, computer tomography, magnetic resonance imaging, laparotomy.