



УДК: 618.31+ 618.17+ 618.179

## ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ И ЕЕ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА

**Хакимбоева К.А.**

Бухарский медицинский институт имени Абу Али Ибн Сина.

**Аннотация.** Варианты ультразвукового изображения самой яичниковой беременности: 1) типичная эхографическая картина плодного яйца с живым или мертвым эмбрионом (типично для первичной яичниковой беременности), 2) широкое эхогенное кольцо с эхонегативным содержимым (типично для первичной яичниковой беременности), 3) эхографическая картина яичника, к которому интимно (деформируя его) примыкает образование неправильной формы и неоднородной эхоструктуры, образуя единый конгломерат с яичником (типично для вторичной яичниковой беременности), 4) эхографическая картина образования неправильной формы и неоднородной эхоструктуры (по размерам больше неизмененного яичника), окруженного свободной жидкостью (эхографическая картина имбибированного кровью яичника с разрывом и внутрибрюшным кровотечением).

**Ключевые слова:** ультразвуковая диагностика, яичниковая беременность, внематочная беременность, эктопическая беременность, неотложные состояния в гинекологии.

**Актуальность.** Частота яичниковой беременности крайне мала и составляет 0,0025–0,015% от числа всех беременностей (1/7000–1/40000) и 0,4–3,0% от числа всех типов ВБ [1,2,3,4,5]. По данным Н.Ж. Choi et al. [1,6, 9,10,11,12], ЯБ составила 1,59% от всех случаев ВБ, J.S. We et al. [7] – 2,6%. Но при том что ЯБ – очень редкая патология, исходя из сходства клинических проявлений в urgentных ситуациях с нарушенной ТБ, апоплексией яичника и пр., нельзя не согласиться с мнением, что истинная частота ЯБ несколько недооценивается [8,13,14,15].

Когда врач ультразвуковой диагностики проводит исследование больной, страдающей внематочной беременностью (ВБ), женщина не должна выйти из кабинета без соответствующего диагноза или как минимум без серьезного подозрения на него. Это должно быть отражено в протоколе исследования. Несмотря на то что вариантов локализации ВБ немало, в 95–98% случаев мы сталкиваемся с трубной беременностью (ТБ), клинические [1,16,17] и эхографические [2,18,19] признаки которой достаточно известны, и значительные диагностические трудности возникают не столь часто.



Опытный клиницист, особенно работающий в условиях скорпомощной больницы, также не потеряет много времени для постановки диагноза “ТБ”. Совсем иной может сложиться ситуация при редких формах ВБ, в частности ЯБ. На этапе мягкого стертого течения болезнь может быть не распознана ввиду нехарактерной для ТБ симптоматики, а разрыв плодместилища за очень короткое время может привести к угрожающему жизни женщины геморрагическому шоку. Вместе с тем своевременная диагностика ЯБ позволяет обойтись полностью органосохраняющей тактикой – резекцией яичника, без оварио- или аднексэктомии [3].

Единственный относительный и признаваемый большинством авторов фактор риска ЯБ – ношение внутриматочного контрацептива (ВМК) [5, 10, 12, 13]. По данным А. Tinelli et al. [14], у 68% женщин с ЯБ имел место ВМК. В то же время Н. Itoh et al. [15] отмечают, что ни у одной из 4 обследованных ими больных с ЯБ не было ВМК. Однако N. Shan et al. [16] в работе последних лет отмечают, что помимо ВМК ЯБ все же может быть ассоциирована с воспалительными заболеваниями органов малого таза в анамнезе. Некоторые авторы даже считают, что при диагностике ЯБ иногда справедливо вообще не принимать во внимание наличие или отсутствие факторов риска [1,17] (согласимся, что здесь напрашивается аналогия с пренатальной диагностикой врожденных пороков развития).

Развивающаяся ЯБ чрезвычайно редко встречается и еще реже описывается. Долгие годы практически единственное отечественное, а возможно и общемировое, описание успешной ультразвуковой диагностики прогрессирующей ЯБ принадлежало А.Е. Волкову и соавт. (1993 г.) [19].

Как нам кажется, при условии наличия всех перечисленных критериев есть гарантия не оказаться в ситуации несвоевременно выявленной беременности неуточненной локализации. Приведенный выше высветил ряд ключевых моментов: ультразвуковая диагностика ЯБ часто затруднена ввиду неоднозначности ультразвукового изображения, при этом своевременное выявление ЯБ имеет важное клиническое значение как фактор предотвращения угрожающего жизни женщины внутрибрюшного кровотечения.

**Цель исследования** – изучение особенностей ультразвуковой картины яичниковой беременности.

**Материал и метод.** Обследовано 7 пациенток с ЯБ, госпитализированных в гинекологии в период с 2022 по 2025 г. В обследуемой группе возраст пациенток колебался от 22 до 41 года. У 2 больных показатели  $\beta$ -ХГЧ в сыворотке крови составили 51 и 1 756 Ед/л, у 2 были положительные результаты теста мочи на беременность, у 3 больных тесты на беременность не проводились ввиду ургентности ситуации



(клинические признаки острого внутрибрюшного кровотечения при поступлении с последующей немедленной лапаротомией).

Обследование проводилось по общепринятой методике и начиналось с осмотра органов брюшной полости и малого таза трансабдоминальным датчиком. После этого проводилось трансвагинальное исследование в В-режиме для оценки локализации, размеров, особенностей экоструктуры объемного образования малого таза. Оценивались наличие и по возможности количество свободной жидкости в малом тазу и брюшной полости. Количество свободной жидкости оценивалось путем подсчета объема участков скопления жидкости в отлогих местах (по формуле:  $L1 \times L2 \times L3 \times 0,52$ ) с их последующим суммированием либо путем субъективной оценки. Затем с использованием цветовой и энергетической доплерографии проводился качественный анализ гемодинамики обнаруженных в малом тазу дополнительных образований. Допплерографическое исследование кровотока включало оценку его наличия, а также степени выраженности с учетом классификации международной группы анализа опухолей яичников (International Ovarian Tumor Analysis (IOTA) Group) [1].

**Результаты и обсуждение.** Ввиду очень небольшого количества пациенток, включенных в настоящее исследование, мы сочли целесообразным дать краткое описание основных результатов ультразвуковых исследований больных и соответствующих протоколов оперативных вмешательств всех 6 случаев ЯБ, при которых проводилось дооперационное ультразвуковое исследование.

Ретроспективный анализ результатов эхографии позволил нам выделить 4 варианта ультразвукового изображения ЯБ: 1) визуализация плодного яйца с эмбрионом (случай 1), 2) широкое экзогенное кольцо (случаи 2, 3), 3) образование неоднородной экоструктуры без дифференциации его составляющих (гематома) (случай 4), 4) конгломерат из дифференцируемого яичника и примыкающего к нему образования неоднородной экоструктуры (эхографическая картина вторичной ЯБ) (случаи 5, 6). Следует подчеркнуть, что во всех случаях ЯБ врачами ультразвуковой диагностики давалось заключение о возможности наличия ВБ. При этом в 4 из 6 случаев заключение о ВБ было предположительным, в 2 случаях ультразвуковой диагноз “ВБ” был поставлен без сомнений. Вместе с тем лишь в 1 из 6 (17%) случаев высказывалось предположение о возможности ЯБ. В остальных 5 случаях ЯБ не была заподозрена.

На основании данных проведенного нами результатов собственных 7 наблюдений ЯБ мы считаем возможным сделать следующее заключение о клинико-диагностических особенностях ЯБ, позволяющих более уверенно диагностировать этот коварный вариант эктопической беременности. Клинико-лабораторные особенности ЯБ: 1) задержка менструации на 1–7 нед, 2) скудные кровянистые выделения (по нашим данным в 43%



случаев), 3) ноющие боли внизу живота в течение 2–8 нед (по нашим данным в 57% случаев), 4) острое начало с развитием клиники массивного внутрибрюшного кровотечения в течение нескольких часов или 1–2 дней (по нашим данным в 29% случаев), 5) показатель  $\beta$ -ХГЧ в сыворотке крови  $\geq 1\ 000$  мЕд/мл. Особенности ультразвуковой визуализации органов малого таза при ЯБ: 1) отсутствие визуализации плодного яйца в матке, 2) определение свободной жидкости в малом тазу (от “кармана” в 2–3 мл до большого количества при массивном внутреннем кровотечении), 3) отсутствие визуализации яичника на стороне ЯБ или визуализация увеличенного яичника на стороне ЯБ, имеющего значительно неоднородную эхоструктуру, при этом других дополнительных образований на стороне измененного яичника не определяется.

**Вывод.** Своевременная диагностика ЯБ часто позволяет обойтись органосохраняющим оперативным лечением. Так, по нашему опыту в 4 из 7 случаев ЯБ была проведена только резекция яичника с сохранением всех репродуктивных органов. В остальных 3 случаях необходимость аднексэктомии была обусловлена значительными некротическими изменениями придатков по причине поздней диагностики заболевания и тотальной геморрагической имбибиции яичника.

#### Литература

1. Адамян Л.В. Эктопическая беременность – новый взгляд на проблему // Проблемы репродукции. - 2021. - Т. 16. № 2. - С. 102-106.
2. Авакимян Х.В. Факторы риска внематочной беременности // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2016. - № 11-4. – С. 581-582.
2. Адамян Л.В. Внематочная беременность у девочки 16 лет: клинический случай // Фарматека. – 2015.- №16 (309). – С. 104-106.
3. Адамян Л.В. Внематочная (эктопическая) беременность. Клинические рекомендации (Протокол лечения) // Министерство Здравоохранения Российской Федерации. – 2017. – С. 6-8, 9-18.
4. Азиев О.В. Повреждение кишечника при лапароскопии (диагностика, лечение и профилактика) // Журнал акушерства и женских болезней. -2015. - Т. LIV., № S. - С. 96.
5. Артюшков В.В. Опыт применения селективной эмболизации маточных артерий в лечении шеечной беременности // Кубанский научный медицинский вестник. – 2017. - № 2 (163). – С. 12-14.
6. Буланов М.Н. К вопросу о возможностях ультразвуковой диагностики при яичниковой беременности // Ультразвуковая и функциональная диагностика. – 2016. - № 2. – С. 28-42.



7. Бурлев В.А. Содержание активина а в крови при внематочной беременности // Акушерство и гинекология. – 2017. – № 8-1. – С. 25-31.
8. Буянова С.Н. Брюшная беременность // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2014. - № 5. – С. 71-74.
9. Khamdamova M.T., Zhaloldinova M.M., Khamdamov I.B. The state of nitric oxide in the blood serum of patients with cutaneous leishmaniasis // New Den Medicine. - Bukhara, 2023. - № 5 (55). - P. 638-643.
10. Khamdamova M.T., Zhaloldinova M.M., Khamdamov I.B. The value of ceruloplasmin and copper in the blood serum of women wearing copper-containing intrauterine devices // New Den Medicine. - Bukhara, 2023. - № 6 (56). - P. 2-7.
11. Khamdamova M.T., Khasanova M.T. Various mechanisms of pathogenesis of endometrial hyperplasia in postmenopausal women (literature review)// New Den Medicine. - Bukhara, 2023. - № 8 (58). - P. 103-107.
12. Khamdamova M.T., Akramova D.E. Genetic aspects of genital prolapse in women of reproductive age // New Den Medicine. - Bukhara, 2024. - № 2 (64). - P.420-426.
13. Khamdamova M.T., Akramova D.E. Immediate and long-term results of surgical treatment of genital prolapse in elderly women // New Den Medicine. - Bukhara, 2025. - № 3 (77). - P. 201-207.
14. Khamdamova M.T., Akramova D.E. Efficiency of various methods of treatment of women with genital prolapse // News of dermatovenerology and reproductive health. - Tashkent, 2025. - № 2 (109). - P.30-33.
15. Khamdamova M.T., Khasanova M.T. genetic mechanisms of development of endometrial hyperplastic processes in women in menopausal age)// New Den Medicine. - Bukhara, 2025. - № 3 (77). - P. 207-211.
16. Khamdamova M.T., Khasanova M.T. Морфологические изменения эндометрия при гиперплазии // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья.-Ташкент.- 2025.- № 2 (109). - P. 12-14.
17. Khamdamova M.T., Umidova N.N. Генитальный эндометриоз – болезнь активных и деловых женщин // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья.-Ташкент.-2025.- № 2 (109). - P. 33-44.
18. Khamdamova M.T., Akramova D.E. Генетические аспекты генитального пролапса у женщин репродуктивного возраста) // New Den Medicine. - Bukhara, 2024. - № 2 (64). - P. 420-426.
19. Воронцова Н.А., Гажонова В.Е., Чернышенко Т.А., Надольникова Т.А., Пономоренко И.А., Титов Д.С. Анализ клинической значимости соноэластографии в ранней