

## Клинический случай успешного лечения прервавшейся яичниковой беременности

А.Н. Сулима<sup>1,2</sup>, А.А. Давыдова<sup>1</sup>, Д.А. Беглиц<sup>1,2</sup>, О.В. Матяш<sup>1</sup>, Е.А. Федоров<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Крымский федеральный университет имени В. И. Вернадского  
295051, г. Симферополь, б-р Ленина, 5/7

<sup>2</sup> Симферопольский клинический родильный дом № 1  
295017, г. Симферополь, ул. Воровского, 8

### Резюме

Описан редкий клинический случай успешного лечения прервавшейся яичниковой беременности (ЯБ), частота встречаемости которой составляет 0,4–1,3 % от числа всех эктопических беременностей (ЭБ). Точный этиопатогенетический механизм развития ЯБ до сих пор неизвестен. Разрыв ЯБ в основном приходится на I триместр беременности (91,0 %), во втором триместре его частота составляет 5,3 %, а в третьем – 3,7 %. Несвоевременная диагностика ЭБ в яичниках может привести к летальному исходу с массивным кровотечением и сопряжена с риском овариэктомии с последующим снижением фертильности у пациенток репродуктивного возраста. Диагностика ЯБ весьма затруднительна. Дифференциальную диагностику необходимо проводить с прервавшейся трубной беременностью, разрывом кисты яичника, а также с перекрутом кисты яичника. В статье представлены результаты патолого-анатомического исследования, подтверждающие диагноз и адекватность выполненных лечебных мероприятий. Показан алгоритм диагностики ЯБ, обоснование и принятие решений по тактике ведения и лечения пациентки. Представленный клинический случай позволит врачам различных специальностей знать об этой редко встречающейся форме ЭБ, заподозрить и успешно диагностировать ЯБ на ранних сроках гестации, что позволит избежать тяжелых, а порой и жизнеугрожающих осложнений или снизить риск их развития.

**Ключевые слова:** яичниковая беременность, разрыв, диагностика, лапароскопия, лечение.

**Конфликт интересов:** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Автор для переписки:** Сулима А.Н., e-mail: gsulima@yandex.ru

**Для цитирования:** Сулима А.Н., Давыдова А.А., Беглиц Д.А., Матяш О.В., Федоров Е.А. Клинический случай успешного лечения прервавшейся яичниковой беременности. *Сибирский научный медицинский журнал*. 2023;43(3):80–85. doi: 10.18699/SSMJ20230310

## A clinical case of a successful treatment of an interrupted ovarian pregnancy

A.N. Sulima<sup>1,2</sup>, A.A. Davydova<sup>1</sup>, D.A. Beglitse<sup>1,2</sup>, O.V. Matyash<sup>1</sup>, E.A. Fedorov<sup>2</sup>

<sup>1</sup> V.I. Vernadsky Crimean Federal University  
295051, Simferopol, Lenina ave., 5/7

<sup>2</sup> Simferopol Clinical Maternity Hospital № 1  
295017, Simferopol, Vorovskogo str., 8

### Abstract

A rare clinical case of successful treatment of an interrupted ovarian pregnancy (OP), the incidence of which is 0.4–1.3 % of all ectopic pregnancies (EP), is described. The exact etiopathogenetic mechanism of OP development is still unknown. The rupture of OP mainly occurs in the first trimester of pregnancy 91.0 %, in the second trimester it is 5.3 %, and in the third it's 3.7 %. Untimely diagnosis of EP in the ovaries can be fatal with massive bleeding and is associated with the risk of ovariectomy with a subsequent decrease in fertility in patients of reproductive age. It is very difficult to diagnose OP. Differential diagnosis should be carried out with interrupted tubal pregnancy, rupture of the ovarian cyst, as well as with torsion of the ovarian cyst. The article presents the results of a pathomorphological study confirming the

diagnosis and adequacy of the performed therapeutic measures. The algorithm of OP diagnosis, justification and decision-making on the method of patient's management and treatment are shown. The presented clinical case will allow physicians of various specialties to know about this EP rare form, to suspect and successfully diagnose OP in the early stages of gestation, which will avoid severe, and sometimes life-threatening, complications or reduce their development.

**Key words:** ovarian pregnancy, rupture, diagnosis, laparoscopy, treatment.

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

**Correspondence author:** Sulima A.N., e-mail: gsulima@yandex.ru

**Citation:** Sulima A.N., Davydova A.A., Beglitse D.A., Matyash O.V., Fedorov E.A. A clinical case of a successful treatment of an interrupted ovarian pregnancy. *Sibirskij nauchnyj medicinskij zhurnal = Siberian Scientific Medical Journal*. 2023;43(3):80–85. [In Russian]. doi: 10.18699/SSMJ20230310

## Введение

Эктопическая беременность (ЭБ) – состояние, при котором беременность наступает не в полости матки, а за ее пределами. Согласно статистическим данным, примерно 2 % всех беременностей приходится именно на эктопические формы [1, 2]. Наиболее распространенный вариант ЭБ – когда имплантация плодного яйца происходит в маточных трубах. Несмотря на раннюю диагностику и лечение, которые значительно снизили заболеваемость и смертность от этого заболевания, ЭБ по-прежнему является основной причиной материнской смертности [2, 3]. Женщина, перенесшая ЭБ в анамнезе, в дальнейшем может страдать нарушением репродуктивной функции. Кроме того, у многих пациенток повышается риск повторной ЭБ. Помимо трубной формы (97,7 % всех ЭБ), существуют варианты развития беременности в яичнике, шейке матки, брюшной полости, а также в рубце матки после консервативной миомэктомии или после операции кесарева сечения. Однако из перечисленных форм яичниковая беременность (ЯБ) является самой распространенной, на нее приходится 0,4–1,3 % ЭБ [1–4]. При ЯБ имплантация оплодотворенной яйцеклетки может располагаться внутри коркового слоя яичника (первичная) или на поверхности яичника (вторичная яичниковая беременность). Впервые ЯБ была описана в XVII веке Сен-Морисом [4].

Точный этиопатогенетический механизм развития ЯБ неизвестен. Использование методов контрацепции (внутриматочные контрацептивы, гормональная контрацепция) считается ведущим фактором риска имплантации оплодотворенной яйцеклетки в яичник [4]. Кроме того, эндометриоз, воспалительные заболевания органов малого таза, внематочная беременность в анамнезе, возраст и социально-экономические факторы играют важную роль в наступлении ЯБ.

Разрыв ЯБ в основном приходится на I триместр беременности (91,0 %), во втором триместре его частота составляет 5,3 %, а в третьем –

3,7 % [1, 4, 5]. Несвоевременная диагностика ЭБ в яичниках может привести к летальному исходу с массивным кровотечением и сопряжена с риском овариэктомии и последующим снижением фертильности. Установить ЯБ весьма затруднительно [6], дифференциальную диагностику необходимо проводить с прервавшейся трубной беременностью, разрывом кисты яичника, а также с перекрутом кисты яичника [7, 8]. Заподозрить яичниковую форму ЭБ можно при помощи УЗИ [1, 3, 7, 8]. Достаточно редко, однако, можно увидеть желточный мешок или эмбрион. ЯБ обычно проявляется на яичнике или внутри него в виде кисты с широким экзогенным наружным кольцом, которое можно отличить от желтого тела, имеющего сходный кольцевидный вид. Поскольку большинство колец желтого тела кажется менее экзогенным, чем сам яичник, при ЯБ они больше по размерам. Обнаружение такого кольца при визуализации с подозрением на ЭБ должно предупредить врача о возможности овариальной беременности [2, 3, 6, 8].

Чтобы своевременно заподозрить ЯБ и правильно поставить диагноз, необходимы определенный опыт и знания [2, 6]. Лечение ЯБ заключается в широкой резекции яичника, однако возможен и органосохраняющий метод с применением метотрексата. Условием для его применения считают гестационный срок менее 6 недель, отсутствие сердцебиения эмбриона по данным УЗИ. Консервативный метод лечения позволяет сохранить женщине репродуктивную функцию и предотвратить формирование спаечного процесса органов малого таза [6, 8, 9]. Следует учесть, что риск осложнений и смертности от кровотечения данного вида беременности является таким же высоким, как и при других видах ЭБ.

Цель исследования – ознакомить практических врачей различных специальностей с редкой формой прервавшейся ЯБ для своевременной постановки данного диагноза на ранних сроках гестации и, соответственно, предотвращения последующих тяжелых осложнений.

## Клинический случай

Пациентка Н., 27 лет, обратилась в гинекологическое отделение ГБУЗ РК Симферопольский клинический родильный дом № 1 с жалобами на задержку менструального цикла на 2 дня, ноющие боли внизу живота, тошноту, слабость, головокружения, потерю сознания.

Анамнез жизни: менархе с 12 лет, менструации регулярные, безболезненные, умеренные. Цикл 28 дней. Брак зарегистрирован. Контрацепцию не использует. Начало половой жизни с 27 лет. Беременность в анамнезе отрицает. Хирургические вмешательства отрицает. На учете у гинеколога не состоит.

Анамнез заболевания: два дня назад резко и внезапно на фоне полного благополучия появились тянущие боли внизу живота с чувством вздутия и иррадиацией в прямую кишку. За медицинской помощью не обращалась. Лечебные мероприятия не проводились. За сутки до госпитализации на фоне усиления продуцирования симптоматики с целью купирования болевого синдрома и чувства вздутия живота самостоятельно поставлена очистительная клизма и выполнена внутримышечная инъекция диклофенака 3,0 мл, эффекта не последовало. На фоне нарастания болевого синдрома пациентка потеряла сознание, после чего по настоянию родственников самостоятельно обратилась в районную больницу, где была осмотрена гинекологом, хирургом и терапевтом. Тест на наличие бета-субъединицы хорионического гонадотропина человека оказался положительным, по результатам УЗИ органов брюшной полости и малого таза признаков острой хирургической патологии не выявлено. Для наблюдения госпитализирована в терапевтическое отделение. На фоне проводимой симптоматической терапии положительной клинической динамики пациентка не отмечала, в связи с чем на следующий день отказалась от лечения в терапевтическом стационаре и самостоятельно обратилась в одну из женских консультаций г. Симферополя. После осмотра и повторного проведения УЗИ органов малого таза были верифицированы признаки ЭБ, в связи с чем пациентка экстренно госпитализирована в гинекологическое отделение в одно из родовспомогательных учреждений г. Симферополя.

На этапе госпитализации обследована в полном объеме согласно приказу 1130н МЗ РФ [10] и клиническим рекомендациям [11]. При поступлении пациентке проведено УЗИ органов малого таза. Матка в антефлексии, грушевидной формы, с четкими контурами. Размеры: 51×44×47 мм. М-эхо: толщина эндометрия 4,5 мм, эхоструктура

неоднородная. Шейка матки: длина 34 мм, толщина 22 мм. Придатки: правый яичник: в типичном месте, форма правильная, размеры 47×40 мм. Содержит образование с неоднородной структурой размерами 37×30 мм (желтое тело?). Левый яичник: в типичном месте, форма правильная, размеры 29×27 мм. Определяется свободная жидкость в малом тазу, высота водного столба 40 мм. Позади матки визуализируются организующиеся сгустки, размеры 75×50 мм. Заключение: данная УЗ-картина не позволяет исключить внематочную беременность справа. УЗ-признаки гематоперитонеума.

Из результатов клинико-лабораторных анализов обращал на себя внимание уровень гемоглобина крови – 96 г/л; остальные показатели в пределах нормы.

Проведен кульдоцентез, получено до 20,0 мл темной несворачивающейся крови.

Выставлен предварительный диагноз: Прервавшаяся внематочная беременность (O00.9). Внутрибрюшное кровотечение.

Исходя из вышеизложенного пациентке рекомендовано экстренное лапароскопическое вмешательство, возможные этапы лечения оговорены, согласие получено, больная подписала отдельное информированное согласие на включение ее в научное исследование.

Проведено экстренное оперативное лечение в объеме: Лапароскопия. Резекция правого яичника. Дренирование брюшной полости.

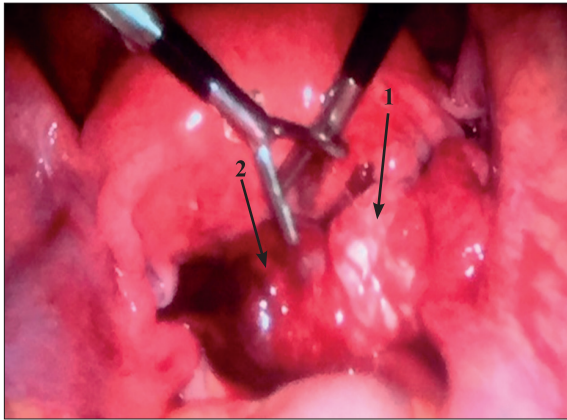
При ревизии брюшной полости обнаружено до 650,0 мл крови со сгустками, матка обычных размеров. Правые придатки 5×4 см, по медиальному краю визуализируется плодное яйцо темного багрового цвета размерами 3×3 см, в области его прикрепления визуализируется надрыв яичника, из которого истекает кровь (рис. 1). Левые придатки: без видимой патологии. Выполнена резекция яичника в пределах здоровой ткани, ложе плодного яйца коагулировано биполярным коагулятором. Проведено дренирование брюшной полости. Общая кровопотеря составила 950,0 мл.

Согласно полученным интраоперационным данным выставлен клинический диагноз: Прервавшаяся яичниковая беременность справа (O00.2).

Резецированная часть яичниковой ткани вместе с плодомместилищем отправлена на патогистологическое исследование с подтверждением и полным совпадением с клиническим диагнозом.

При микроскопическом исследовании операционного материала выявлены абсолютные гистологические признаки внематочной яичниковой беременности. Ткань яичника с явлениями

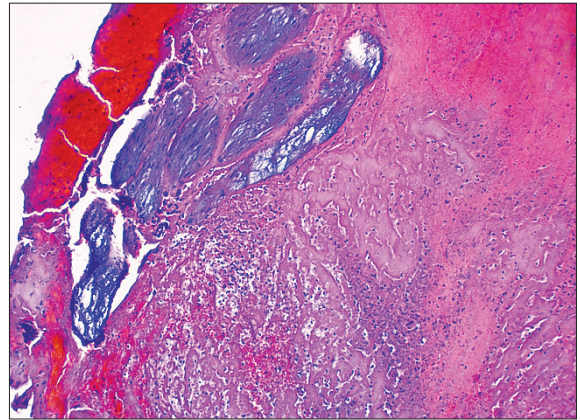




**Рис. 1.** Интраоперационная картина прервавшейся яичниковой беременности (стрелками указаны: 1 – яичник; 2 – плодное яйцо)

**Fig. 1.** Intraoperative picture of interrupted ovarian pregnancy (the arrows indicate: 1 – ovary; 2 – fetal egg)

расстройства гемодинамики в виде отека, полнокровия сосудов, очагового тромбоза и геморрагической инфильтрации, определяются очаги некроза, скопления фибрина, очаговая децидуализация (рис. 2). К ткани яичника интимно прилежат незрелые ворсины хориона, представленные цитотрофобластом и синцитиотрофобластом. Большая часть ворсин в состоянии гидропической дистрофии, часть некротизирована (рис. 3). Среди крови помимо незрелых битрофобластических



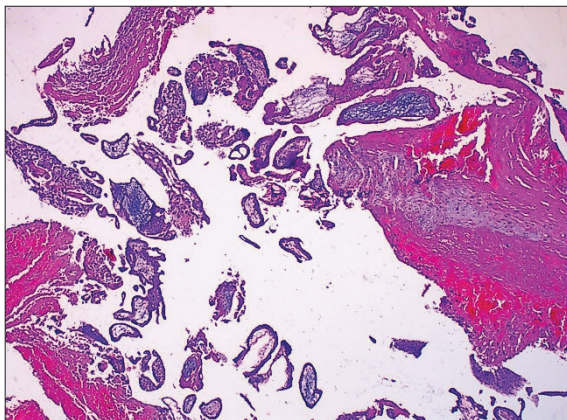
**Рис. 2.** Ворсины хориона в состоянии выраженной гидропической дистрофии, замурованные в крупном кровяном сгустке («ретроплацентарная гематома»). Окраска гематоксилином и эозином. × 100

**Fig. 2.** Chorionic villi are in a state of pronounced hydropic dystrophy, which are immured in a large blood clot (“retroplacental hematoma”). Hematoxylin and eosin staining. × 100

ческих мезенхимальных ворсин определяются скопления вневорсинчатого интерстициального трофобласта (рис. 4).

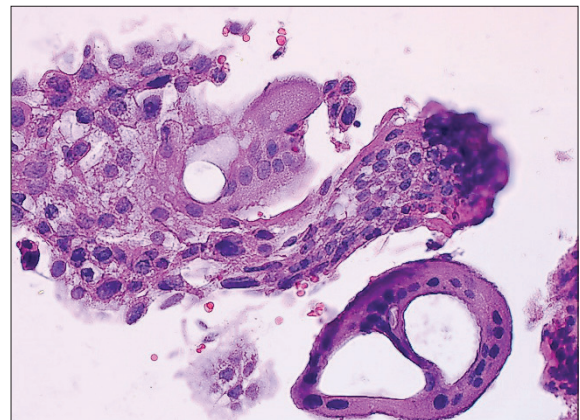
Заключительный диагноз: Прервавшаяся яичниковая беременность справа (O00.2). Острая постгеморрагическая анемия (D62).

В раннем послеоперационном периоде проводилась антибактериальная терапия, инфузионная терапия, адекватное обезболивание, профилактика тромботических осложнений. Учитывая



**Рис. 3.** Расположенные на поверхности яичника элементы плодного яйца, представленные дистрофически измененными ворсинами хориона и клетками трофобласта. Окраска гематоксилином и эозином. × 4

**Fig. 3.** The fetal egg elements located on the ovary surface are represented by dystrophically altered chorionic villi and trophoblast cells. Hematoxylin and eosin staining. × 4



**Рис. 4.** Незрелые ворсины хориона, представленные клетками цитотрофобласта и синцитиотрофобласта. Окраска гематоксилином и эозином. × 400

**Fig. 4.** Immature chorionic villi represented by cytotrophoblast and syncytiotrophoblast cells. Hematoxylin and eosin staining. × 400

низкое содержание гемоглобина (сразу после операции 62 г/л), проведена гемотрансфузия (однотипная эритроцитарная масса 596,0 мл).

На вторые сутки послеоперационного периода был удален дренаж. Пациентка выписана на четвертые сутки послеоперационного периода в удовлетворительном состоянии под наблюдение врача женской консультации с рекомендациями.

## Заключение

К сожалению, сегодня в большинстве случаев ЯБ диагностируется во время операции и больше является хирургической находкой, а не осознанным диагнозом на дооперационном этапе, несмотря на развитие современных диагностических технологий и оснащенности лечебных учреждений. Описанный редкий клинический случай прервавшейся ЯБ демонстрирует сложность диагностики данной патологии не только для акушеров-гинекологов, но и для врачей смежных специальностей, которые, осмотрев пациентку на этапе районной больницы, исключили наличие у нее острой хирургической патологии. В большинстве случаев прерывание ЯБ происходит по типу наружного разрыва плодместилища с массивным внутрибрюшным кровотечением, представляющим опасность не только для здоровья, но и для жизни женщины, что обусловлено обильной васкуляризацией яичниковой ткани во время беременности.

Представленный клинический случай позволяет врачам различных специальностей знать об этой редко встречающейся форме ЭБ, своевременно заподозрить и успешно диагностировать ЯБ на ранних сроках гестации, что даст возможность избежать тяжелых жизнеугрожающих осложнений или снизить риск их развития.

## Список литературы

1. Гинекология. Национальное руководство. Ред. Г.М. Савельева, Г.Т. Сухих, И.Б. Манухина. Краткое издание. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. 704 с.
2. Лебедев В.А., Шахламова М.Н., Давыдов А.И. Редкие формы эктопической беременности. *Труд. пациент.* 2016;14(8-9):13–18.
3. Рыбалка А.Н., Сулима А.Н., Румянцева З.С., Беглиц Д.А., Симачева С.А., Аникин С.С., Пучкина Г.А. Внематочная беременность. Симферополь: ООО «Элинь», 2021. 160 с.
4. Арютин Д.Г., Барина Э.К., Ордянец И.М., Дамирова С.Ф.К., Тварадзе И.Э., Бун М.Г. Яичниковая беременность: клинический случай. *Акушерство и гинекол. Новости. Мнения. Обуч.* 2020;8(3):116–120. doi: 10.24411/2303-9698-2020-13919

5. Синельников Р.Д., Синельников А.Я., Синельников Я.Р. Спланхнология. Эндокринные железы. В кн.: *Атлас анатомии человека*. М.: Новая волна, 2021. 280 с.

6. Фетищева Л.Е., Ушакова Г.А., Петрич Л.Е. Внематочная беременность: факторы риска, проблемы диагностики, лечения, восстановления фертильности. *Мать и дитя в Кузбассе*. 2017;1(68):16–24.

7. Alkatout I., Honemeyer U., Noé G.K., Eckmann-Scholz C., Maass N., Ellessawy M., Mettler L. Diagnostic and treatment modalities for all localizations of ectopic pregnancy. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*. 2017;5(2):82–89. doi: 10.15296/ijwhr.2017.16

8. Diagnosis and management of ectopic pregnancy (Green-top Guideline № 21). RCOG/AEPU: Joint Guideline, 2016. 41 p.

9. Elson C.J., Salim R., Potdar N., Chetty M., Ross J.A., Kirk E.J. on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Diagnosis and management of ectopic pregnancy. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2016;(123):e15–e55.

10. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.10.2020 № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология». Режим доступа: <https://docs.cntd.ru/document/566162019>

11. Клинические рекомендации «Внематочная (эктопическая) беременность». Режим доступа: [https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/642\\_1](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/642_1)

## References

1. Gynecology. National manual. Short edition. Eds. G.M. Saveliyeva, G.T. Sukhikh, I.B. Manukhina. Moscow: GEOTAR-Media, 2017. 704 p. [In Russian].
2. Lebedev V.A., Shakhlova M.N., Davydov A.I. Rare forms of ectopic pregnancy. *Trudnyy patsient = Difficult Patient*. 2016;14(8-9):13–18. [In Russian].
3. Rybalka A.N., Sulima A.N., Rumyantseva Z.S., Beglitse D.A., Simacheva S.A., Anikin S.S., Puchkina G.A. Ectopic pregnancy. Simferopol: LLC “Elin’o”, 2021. 160 p. [In Russian].
4. Aryutin D.G., Barinova E.K., Ordiyants I.M., Damirova S.F.K., Tvaradze I.E., Boon M.G. Ovarian pregnancy: a clinical case. *Akusherstvo i ginekologiya. Novosti. Mneniya. Obucheniye = Obstetrics and gynecology. News. Opinions. Training*. 2020;8(3):116–120. [In Russian]. doi: 10.24411/2303-9698-2020-13919
5. Sinelnikov R.D., Sinelnikov A.Ya., Sinelnikov Ya.R. Splanchnology. Endocrine glands. In: *Atlas of human anatomy*. Moscow: New Wave, 2021. 280 p. [In Russian].
6. Fetishcheva L.E., Ushakova G.A., Petrich L.E. Ectopic pregnancy: risk factors, problems of diagnosis, treatment, fertility restoration. *Mat' i ditya v Kuzbasse*

= *Mother and Baby in Kuzbass*. 2017;1(68):16–24. [In Russian].

7. Alkatout I., Honemeyer U., Noé G.K., Eckmann-Scholz C., Maass N., Ellessawy M., Mettler L. Diagnostic and treatment modalities for all localizations of ectopic pregnancy. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*. 2017;5(2):82–89. doi:10.15296/ijwhr.2017.16

8. Diagnosis and management of ectopic pregnancy (Green-top Guideline №. 21). RCOG/AEPU: Joint Guideline, 2016. 41 p.

9. Elson C.J., Salim R., Potdar N., Chetty M., Ross J.A., Kirk E.J. On behalf of the Royal College of

Obstetricians and Gynaecologists. Diagnosis and management of ectopic pregnancy. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2016;(123):e15–e55.

10. Order of the Ministry of Health of the Russian Federation №. 1130n dated 10/20/2020 “On approval of the Procedure for providing medical care in the profile “obstetrics and gynecology”. Available at: <https://docs.cntd.ru/document/566162019>. [In Russian].

11. Clinical recommendations “Ectopic (ectopic) pregnancy”. Available at: [https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/642\\_1](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/642_1). [In Russian].

#### Сведения об авторах:

Сулима Анна Николаевна, д.м.н., проф., ORCID: 0000-0002-8830-8485, e-mail: [gsulima@yandex.ru](mailto:gsulima@yandex.ru)  
Давыдова Александра Александровна, к.м.н., ORCID: 0000-0003-0843-1465, e-mail: [akzag@mail.ru](mailto:akzag@mail.ru)  
Беглицэ Дмитрий Анатольевич, к.м.н., ORCID: 0000-0003-1278-0393, e-mail: [9999da@gmail.com](mailto:9999da@gmail.com)  
Матяш Ольга Владимировна, ORCID: 0000-0002-5754-9104, e-mail: [stryukova.1996@inbox.ru](mailto:stryukova.1996@inbox.ru)  
Федоров Евгений Андреевич, ORCID: 0000-0003-0279-1603, e-mail: [ozolol1992@mail.ru](mailto:ozolol1992@mail.ru)

#### Information about the authors:

Anna N. Sulima, doctor of medical sciences, professor, ORCID: 0000-0002-8830-8485, e-mail: [gsulima@yandex.ru](mailto:gsulima@yandex.ru)  
Alexandra A. Davydova, candidate of medical sciences, ORCID: 0000-0003-0843-1465, e-mail: [akzag@mail.ru](mailto:akzag@mail.ru)  
Dmitrii A. Beglitse, candidate of medical sciences, ORCID: 0000-0003-1278-0393, e-mail: [9999da@gmail.com](mailto:9999da@gmail.com)  
Olga V. Matyash, ORCID: 0000-0002-5754-9104, e-mail: [stryukova.1996@inbox.ru](mailto:stryukova.1996@inbox.ru)  
Evgenii A. Fedorov, ORCID: 0000-0003-0279-1603, e-mail: [ozolol1992@mail.ru](mailto:ozolol1992@mail.ru)

Поступила в редакцию 30.01.2023

После доработки 14.03.2023

Принята к публикации 01.04.2023

Received 30.01.2023

Revision received 14.03.2023

Accepted 01.04.2023