

## Сложные случаи в практике акушера-гинеколога

### Перекрут ножки кисты яичника во время беременности

Факторами, предрасполагающими к перекруту ножки кисты или опухоли яичника, являются их небольшие размеры, подвижность и наличие длинной ножки, хотя точные причины данного патологического состояния не установлены. Наиболее часто перекрут наблюдается при дермоидных и серозных цистаденомах яичника.

Полный перекрут ножки кисты яичника приводит к блокаде венозного и лимфатического оттока, венозному застою, кровоизлияниям и некрозу. Киста становится напряженной и может разорваться.

Клиническая картина перекрута ножки кисты яичника представлена в первую очередь острой выраженной болью в нижней части живота. При пальпаторном исследовании органов брюшной полости и таза можно обнаружить болезненное кистозное объемное образование, расположенное отдельно от матки.

При беременности риск перекрута придатков матки или ножки опухоли, или кисты яичника повышается в 5 раз. Частота этой патологии составляет около 5 случаев на 10 тыс. беременных [1]. Перекрут ножки опухоли яичника отмечается преимущественно у женщин репродуктивного возраста. У беременных риск перекрута значительно выше (22,7% при исходном наличии опухоли или кисты яичника) по сравнению с небеременными женщинами, у которых риск составляет 6,1% [2].

#### Клинический случай

23-летняя женщина с первой беременностью обратилась в женскую консультацию по поводу боли в животе и трех эпизодов рвоты. Боль носила острый характер, возникла внезапно, локализовалась в правой подвздошной области, не уменьшалась под воздействием каких-либо факторов, не иррадировала. Вагинальных выделений или кровотечений не было. До беременности менструальный цикл носил регулярный характер. За последнее время у пациентки не отмечались такие симптомы, как диарея, запор, лихорадка, нарушения со стороны нижних мочевых путей и др. Беременность была незапланированной. Во время беременности пациентка регулярно обследовалась у врача. Течение первого и второго триместра — без особенностей. В анамнезе отсутствуют указания на какие-либо серьезные заболевания или хирургические вмешательства.

При поступлении сознание пациентки ясное, частота сердечных сокращений (ЧСС) — 72 уд/мин, артериальное давление — 130/80 мм рт. ст., температура тела нормальная, со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем патологические изменения не выявлены.

Высота стояния дна матки соответствует 30-й неделе беременности. Тонус матки повышен. Пальпаторно определяется единственный плод в продольном положении с ягодичным предлежанием. ЧСС плода в пределах нормы, ритм регулярный. При пальпации живота отмечается выраженная болезненность в правой подвздошной области.

При вагинальном исследовании: шейка матки направлена кзади, наполовину сглажена, ее толщина — 2 см, ягодичное предлежание плода.

Показатели общего анализа крови и мочи в пределах нормы.

При проведении УЗИ в правой подвздошной области выявлено одиночное анэхогенное кистозное образование размером 10×5 см с единственной тонкой

перегородкой без твердых включений. В полости матки визуализируется один живой плод в продольном положении с ягодичным предлежанием, гестационный возраст приблизительно 30 недель, предполагаемая масса тела 1629 г. Амниотическая жидкость без патологических изменений. Плацента расположена в верхнем сегменте задней стенки матки, 2 степени зрелости. В брюшной полости свободная жидкость отсутствует.

На МРТ подтверждено продольное положение плода с ягодичным предлежанием и наличие большого гиперинтенсивного объемного образования в брюшной полости справа снаружи от матки размером 10,4×5 см, что позволило подтвердить диагноз кисты правого яичника (рис. 1, 2).

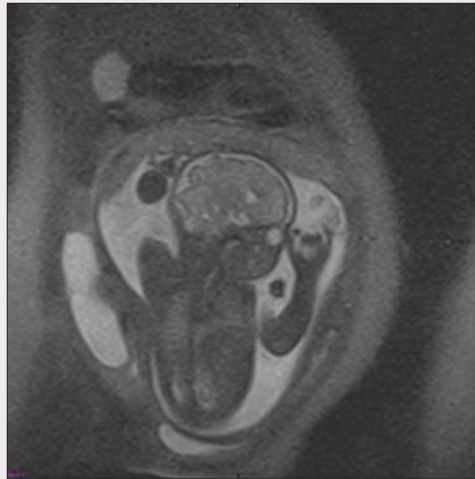


Рис. 1 и 2. МРТ: наличие плода в полости матки и кисты яичника

В связи с подозрением на перекрут ножки кисты яичника была выполнена ургентная лапаротомия с применением региональной анестезии. Обнаружена киста яичника размером 10×5 см с тройным оборотом вокруг своей ножки. После раскручивания ножки выполнена кистэктомия путем осторожной энуклеации кисты и отделения ее от капсулы. Киста была направлена на гистопатологическое исследование (рис. 3).

Послеоперационный период протекал без особенностей. Пациентка выписана на 9-й день после операции. Согласно



Рис. 3. В ходе операции: киста яичника, перекрутившаяся вокруг своей ножки

результатам гистопатологического исследования удаленная киста была доброкачественной серозной цистаденомой яичника. После операции беременная находилась под наблюдением врача. Дальнейшее течение беременности без особенностей. Беременность разрешилась в срок путем кесарева сечения с рождением живого ребенка с массой тела 2750 г.

#### Обсуждение

Наиболее частыми опухолями яичников, встречающимися во время беременности, являются кистозная тератома, параовариальная киста, серозная цистаденома, киста желтого тела, лютеома и др. [2].

Серозная цистаденома яичника — это тонкостенная прозрачная однокамерная киста размером до 20-30 см в диаметре, которая может иметь дочерние кисты. Ее локализация, как правило, односторонняя, однако может быть и билатеральной. В 10-15% случаев серозные цистаденомы яичников являются пограничными опухолями, в 20-40% — злокачественными.

Дифференциальную диагностику кист яичника во время беременности проводят с лейомиомой матки, вторым рогом двурогой матки, в котором нет плода, аппендикулярным абсцессом, дивертикулярным абсцессом, тазовой дистопией почки, ретроперитонеальными опухолями, эктопической беременностью, ретроверсией матки.

Во время беременности могут отмечаться такие осложнения кист яичника, как перекрут ножки, разрыв, инфицирование, малигнизация, сдавление кистой органов малого таза, приводящее к задержке мочеиспускания, осложненные роды, неправильное предлежание плода и др. [2].

В ряде исследований была показана целесообразность проведения хирургического вмешательства при выявлении кисты яичника во время беременности в связи с высоким риском ее малигнизации, перекрута ножки, разрыва и развития осложнений во время родов [3, 4]. В других работах рекомендуется выжидательная тактика, так как большинство овариальных новообразований, обнаруженных во время беременности, ничем себя не проявляют, а частота перечисленных выше рисков в действительности достаточно низкая [3, 5]. Так, во время беременности очень часто встречается киста желтого тела, которая, как правило, спонтанно регрессирует во втором триместре беременности [6]. Также известно, что перекрут придатков матки встречается преимущественно в первом триместре беременности, изредка во втором и является скорее исключением в третьем триместре [7].

Что касается ведения беременных пациенток с кистой яичника, то современный алгоритм можно представить следующим образом. При размере кисты менее 6 см в диаметре и ее доброкачественном характере, по данным УЗИ, в большинстве случаев рекомендуется консервативное ведение, так как такие кисты очень часто подвергаются спонтанному обратному развитию. Кисты диаметром более 10 см рекомендуется удалять ввиду повышенного риска разрыва, перекрута или малигнизации. Ведение пациенток с кистами яичников диаметром от 5 до 10 см является предметом наибольшей дискуссии. Если киста имеет перегородки, узелки, папиллярные разрастания или твердые включения, рекомендуется

ее удаление. В случае выявления простой кисты может быть выбрана выжидательная тактика с проведением нескольких УЗИ в динамике. И все же при таком размере кисты очень часто (приблизительно в половине случаев) возникает необходимость проведения ургентной диагностической лапаротомии в связи с подозрением на разрыв, перекрут ножки кисты или апоплексию яичника. С появлением новых визуализационных методов диагностики, таких как УЗИ высокого разрешения, МРТ, трансвагинальная цветная доплерография, выжидательная тактика применяется все чаще.

Если киста яичника диагностирована в первом триместре беременности, рекомендуется наблюдение до 16-й недели гестации, когда можно провести оперативное вмешательство с меньшим риском для течения беременности, а также в связи с тем, что до этого срока может произойти спонтанное обратное развитие кисты. Если киста сохраняется, выполняют кистэктомия или овариомию. Опухоли или кисты яичника могут быть легко удалены до 28-й недели гестации. После этого срока выполнение операции сопряжено со значительными трудностями и может спровоцировать преждевременные роды.

В случае разрыва кисты яичника, перекрута ножки или наличия признаков злокачественного процесса рекомендуется неотложное проведение оперативного вмешательства независимо от срока гестации [3]. Простая кистэктомия может быть выполнена при отсутствии признаков злокачественного процесса. Предварительного раскручивания ножки кисты следует избегать с целью предупреждения эмболии и попадания токсических веществ, образовавшихся в результате гипоксии, в кровоток. Однако если оперативное вмешательство проводится практически сразу после возникновения перекрута, раскручивание ножки и восстановление овариального кровотока позволяет максимально сохранить жизнеспособность тканей яичника без системных осложнений [1].

#### Вывод

Перекрут ножки кисты яичника является достаточно редким состоянием во втором триместре беременности. Диагноз обычно можно установить на основании характерной клинической картины и данных УЗИ. Единственным методом лечения является хирургическое вмешательство (путем лапароскопии или лапаротомии), однако его выполнение сопряжено со значительными трудностями после второго триместра беременности.

#### Литература

- G. Ventolini, L. Hunter, D. Drollinger and W.W. Hurd. Ovarian torsion during pregnancy. [http://www.residentandstaff.com/issues/articles/2005-09\\_04.asp](http://www.residentandstaff.com/issues/articles/2005-09_04.asp)
- Lee C.H., Raman S., Sivanesaratnam V. Torsion of ovarian tumors: a clinicopathological study. *Int J Gynaecol Obstet.* 1989; 28: 21-25.
- Yen C.F., Lin S.L., Murk W., Wang C.J., Lee C.L., Soong Y.K., Arici A. Risk analysis of torsion and malignancy for adnexal masses during pregnancy. *Fertil Steril.* 2009 May; 91(5): 1895-902.
- Whitecar M.P., Turner S., Higby M.K. Adnexal masses in pregnancy: A review of 130 cases undergoing surgical management. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 181(1): 19-24.
- Schmeler K.M., Mayo-smith W.W., Peipert J.F., Weitzen S., Manuel M.D., Gordinier M.E. Adnexal masses in pregnancy: surgery compared with observation. *Obstet Gynecol* 2005; 105: 1098-103.
- Duic Z., Kukura V., Ciglar S., et al. Adnexal masses in pregnancy: a review of eight cases undergoing surgical management. *Eur J Gynaecol Oncol.* 2002; 23: 133-134.
- Hibbard L.T. Adnexal torsion. *Am J Obstet Gynecol.* 1985; 152: 456-461.



## Эктопическая интрамуральная беременность в рубце после кесарева сечения

Беременность, развившаяся в рубце после кесарева сечения, является редким состоянием, которое может приводить к очень серьезным последствиям для здоровья женщины, ее фертильности и даже угрожать ее жизни. Предполагается, что такая беременность развивается в результате наличия микроскопического канала в рубце, что позволяет blastocyste имплантироваться глубоко в миометрий [1].

Очень важно как можно раньше диагностировать беременность в рубце после кесарева сечения, чтобы избежать такого серьезного осложнения как тяжелое кровотечение, требующее проведения гистерэктомии и создающее серьезную угрозу для жизни женщины. Заподозрить такую эктопическую беременность можно при локализации плодного яйца по данным УЗИ в нижней части передней стенки матки у женщин, перенесших ранее кесарево сечение [1]. Дифференциальную диагностику проводят со спонтанным абортom и истмико-цервикальной беременностью. Тщательно собранный анамнез и применение УЗИ высокого разрешения помогут избежать ошибочного диагноза [2].

Для ведения пациенток с беременностью в рубце после кесарева сечения предлагаются различные подходы к лечению, но ни один из них не имеет преимуществ перед другими. В описанных в литературе случаях применяли следующие методы: хирургическое вмешательство, заключавшееся в удалении плодного яйца и иссечении рубца путем лапаротомии [3] или лапароскопии [4], искусственный аборт [5]; медикаментозное лечение с местным [1] или системным [6] введением метотрексата; медикаментозное лечение с использованием хлорида калия с или без метотрексата; эмболизация артерий матки в комбинации с другими медикаментозными или хирургическими методами [8]; комбинация хирургических и медикаментозных методов.

### Клинический случай

В отделение неотложной помощи поступила 37-летняя женщина с несостоявшимся абортom. Последняя менструация – 14 недель назад. Данная беременность четвертая, три предыдущие завершились родами путем кесарева сечения (последнее – 9 лет назад). При первой беременности кесарево сечение было выполнено на 7-м месяце гестации в связи с отслойкой плаценты, второе – в связи с предлежанием плаценты, третье – по желанию пациентки.

Женщина поступила с жалобами на боль в нижней части живота и кровянистые выделения из влагалища в течение последних 12 дней. При вагинальном исследовании матка увеличена (приблизительно 8-я неделя беременности) и немного болезненна при смещении. Шейка матки закрыта, кровянистых выделений из влагалища на момент осмотра нет. Трансабдоминальное поперечное ультразвуковое сканирование (рис. 1) показало увеличение матки, полость матки и цервикальный канал свободны, в нижней части передней стенки матки в области рубца после кесарева сечения визуализируется плодное яйцо (4,57×4,36 см). При продольном ультразвуковом сканировании было обнаружено, что плодное яйцо выпячивается через переднюю стенку матки и отделено от мочевого пузыря тонким слоем миометрия (0,8 см). Внутри плодного яйца визуализировался нежизнеспособный эмбрион, копчиково-теменной размер – 3,5 см, что соответствует 10 неделям и 3 дням гестации. В дугласовом пространстве жидкость отсутствует. На основании результатов



Рис. 1. Трансабдоминальное поперечное ультразвуковое сканирование: плодное яйцо размером 4,57\*4,36 см, расположенное между маткой и мочевым пузырем



Рис. 2. Трансабдоминальное продольное ультразвуковое сканирование: плодное яйцо выпячивается в сторону мочевого пузыря, от которого отделено тонким слоем (8 мм) фиброзно-мышечной ткани

УЗИ была заподозрена эктопическая имплантация плодного яйца в рубец после кесарева сечения.

Пациентку проконсультировали относительно возможных методов лечения. Так как в случае медикаментозной терапии могло потребоваться длительное врачебное наблюдение, пациентка предпочла оперативное вмешательство.

Была выполнена лапаротомия по Панненштилю под общей анестезией. Обнаружено, что мочевого пузыря сращен с нижним отделом передней стенки матки, поэтому было произведено рассечение брюшины, мочевого пузыря отсепарирован до уровня шейки матки. Плодное яйцо выпячивалось через истонченную стенку матки в области рубца (рис. 3). Рубец был практически разрушен за исключением тонкого слоя фиброзно-мышечной ткани. Этот слой был аккуратно рассечен. Сквозь разрез выпятилось цианотичное плодное яйцо размером приблизительно 4-5 см (рис. 4), которое было удалено вместе с плацентой. Отмечена несостоятельность рубца матки вследствие эктопической беременности. Попытка найти цервикальный канал путем ретроградного зондирования была затруднена наличием тонкого слоя ткани матки, отделяющего место имплантации от ее полости. После преодоления этого слоя было установлено сообщение между местом имплантации и полостью матки. Раскрывшийся рубец был зашит, выполнен гемостаз и двусторонняя перевязка маточных труб в соответствии с пожеланием пациентки и ее мужа. Приблизительная кровопотеря составила менее 500 мл, поэтому необходимости в гемотрансфузии не было.

Послеоперационный период протекал без особенностей. Женщину выписали из стационара на 5-й день после операции.

### Обсуждение

Увеличение частоты операций кесарева сечения в последние годы заставило обратить внимание на ряд осложнений этого вмешательства, которые в прошлом регистрировались нечасто. Интрамуральная имплантация плодного яйца в рубец после кесарева сечения является одним из таких редких осложнений, частота которого существенно возросла в последнее время.

Первый случай эктопической беременности в рубце после кесарева сечения был представлен Larsen и Solomom в 1978 году: у женщины развилось послеработное кровотечение, причиной которого было образование, описанное авторами как мешочек (sacculus) рубца матки [9]. В последующем подобные случаи описывались с возрастающей частотой, что позволило лучше изучить данную проблему.

По приблизительным оценкам частота развития эктопической беременности в рубце после кесарева сечения сегодня составляет от 1:1800 до 1:2200 беременностей [2].

Предполагается, что это осложнение связано с неудовлетворительным заживлением послеоперационного рубца и последующей имплантацией в него плодного яйца. Но такая эктопическая беременность также может развиваться при дефекте эндометрия, возникшего в результате травмы при проведении малых операций (например, перенос эмбриона при использовании вспомогательных репродуктивных технологий).

Эктопическая беременность в рубце после кесарева сечения не может быть выношена: если ее сохранить, то рано или поздно произойдет разрыв стенки матки с массивным кровотечением и серьезной угрозой для жизни женщины. Избежать серьезных осложнений помогает ранняя диагностика с помощью УЗИ.

Ультразвуковыми критериями диагностики беременности в рубце после кесарева сечения являются: отсутствие изображения плодного яйца в полости матки, свободный цервикальный канал, наличие дефекта в нижнем отделе передней стенки матки (визуализируется в сагиттальной проекции), расположение плодного яйца в области дефекта передней стенки матки. Еще одним важным ультразвуковым критерием является отсутствие нормального миометрия между мочевым пузырем и плодным яйцом (существенное истончение этого слоя в месте имплантации плодного яйца в рубец).



Рис. 3. Во время операции после выделения мочевого пузыря из спаек: плодное яйцо выпячивается через переднюю стенку матки



Рис. 4. Во время операции после рассечения тонкого слоя, отделяющего плодное яйцо от брюшной полости: цианотичное плодное яйцо выпячивается через несостоятельный рубец матки

Jurkovic et al. предложили также использовать для диагностики доплерографию, которая показывает высокую скорость и низкий импеданс перитрофобластического кровотока вокруг плодного яйца [12].

Хотя в большинстве описанных случаев беременность в рубце после кесарева сечения была вначале ошибочно диагностирована как самопроизвольный аборт, все же можно легко провести дифференциальную диагностику этих двух состояний при условии осторожности врача в отношении эктопической беременности и использования УЗИ.

Схожую клиническую картину имеет еще одно редкое состояние – истмико-цервикальная беременность. Дифференциально-диагностическим критерием, позволяющим отличить беременность в рубце после кесарева сечения от истмико-цервикальной беременности, является отсутствие нормального миометрия между плодным яйцом и мочевым пузырем [11]. Еще одним дифференциально-диагностическим признаком может быть отсутствие симптома «смешающегося органа», который определяется как невозможность сместить плодное яйцо с места его локализации на уровне внутреннего зева шейки матки при применении мягкого давления трансвагинальным датчиком во время УЗИ [13].

В представленном клиническом случае беременность в рубце после кесарева сечения была ошибочно диагностирована как несостоявшийся аборт. Такая ошибка является достаточно частой, и поэтому в большинстве случаев необходимо проведение повторного УЗИ, пока не будет установлен окончательный диагноз. В нашем случае пациентка поступила с размером плодного яйца, соответствующим 10-й неделе гестации (аменорея в течение 14 недель), когда ультразвуковая картина уже была достаточно ясной.

При ведении пациенток с такой эктопической беременностью возникают трудности не только с диагностикой, но и выбором тактики лечения. Так как это состояние относительно редкое, оптимальный для всех случаев метод лечения пока не предложен.

Для ведения таких пациенток используют как медикаментозные, так и хирургические методы. Медикаментозное лечение заключается в системном [6] или местном [12] применении метотрексата. Другие авторы предлагают одновременное введение хлористого калия в грудную клетку эмбриона и метотрексата в плодный мешок [13]. Медикаментозное лечение требует длительного периода наблюдения до полного разрешения эктопической беременности, так как существует достаточно высокий риск развития кровотечения, что может потребовать проведения urgentного хирургического вмешательства. Необходимость в операции может возникнуть и в случае неполной резорбции плодного яйца. Кроме этого, медикаментозное лечение сопровождается многочисленными побочными эффектами, в первую очередь системными. Немаловажным аспектом является и состояние рубца матки в случае медикаментозной терапии и его «поведение» при последующих беременностях. Hasegawa et al. сообщали о нескольких случаях несостоятельности рубца матки после успешного медикаментозного лечения (местного применения метотрексата) с повторным развитием эктопической беременности в рубце. Они считают, что иссечение старого рубца может существенно уменьшить риск несостоятельности рубца и повторного развития эктопической беременности [14].

Хирургический метод заключается в выполнении лапаротомии или лапароскопии, удалении плодного яйца

Продолжение на стр. 86.



## Сложные случаи в практике акушера-гинеколога

Продолжение. Начало на стр. 84.

и восстановлению дефекта стенки матки [4, 11].

Некоторые авторы описывали случаи успешного удаления плодного яйца путем искусственного аборта [5]. Однако такой метод не представляется рациональным в случае беременности в рубце, так как плодное яйцо обычно отделено от полости матки слоем миометрия и попытка удалить плод через вагинальный доступ приведет к неминуемому разрыву этого слоя с высоким риском развития массивного кровотечения.

Graesslin et al. сообщают об одном случае успешного системного применения метотрексата перед удалением плодного яйца путем трансвагинального выскабливания [15]. Другие авторы предпочитают применять эмболизацию маточных артерий с целью минимизации кровопотери. Yan описал четыре случая беременности в рубце после кесарева сечения, в трех из которых применяли эмболизацию маточных артерий после системного или перед местным применением метотрексата [8]. Но хотя при применении эмболизации маточных артерий в случае стабильного состояния пациентки с беременностью в рубце после кесарева сечения получены оптимистичные результаты, еще слишком рано рекомендовать ее в качестве первой линии терапии.

Еще раз следует подчеркнуть, что ввиду отсутствия достаточного количества данных о ведении пациенток с беременностью в рубце после кесарева сечения при применении любого из перечисленных методов лечения нельзя гарантировать сохранение целостности матки и ни один из подходов не может быть рекомендован как оптимальный [12]. Поэтому выбор терапевтической тактики должен быть индивидуальным и зависеть от размера плодного мешка, наличия сердцебиения плода, уровня  $\beta$ -хорионического гонадотропина человека ( $\beta$ -ХГЧ), желаний пациентки сохранить детородную функцию, а также от опыта врача и наличия соответствующего оснащения.

Несмотря на то что в описанном случае состояние пациентки было стабильным, плод — нежизнеспособным и могла быть выбрана выжидательная тактика (с наблюдением женщины и повторными измерениями уровня  $\beta$ -ХГЧ), методом выбора являлось хирургическое вмешательство, так как плодное яйцо было относительно большого размера и пациентка хотела избежать длительного периода наблюдения в стационаре, который был бы необходим в случае медикаментозной терапии.

### Вывод

Частота выполнения кесарева сечения растет из года в год. Развитие осложнений этого вида родоразрешения не ограничиваются только временем проведения операции. Отдаленные осложнения, особенно возникающие во время последующих беременностей, являются очень актуальной проблемой. К таким осложнениям относится и эктопическая беременность в рубце после кесарева сечения, которая может приводить к очень серьезным последствиям, таким как разрыв стенки матки и массивное кровотечение, и даже закончиться летальным исходом. Ранняя

диагностика этой локализации эктопической беременности возможна в случае настороженности врача и использования УЗИ высокого разрешения. Оптимальный метод ведения пациенток с беременностью в рубце после кесарева сечения пока не предложен. Возможно, по мере накопления клинических случаев в ближайшем будущем будут разработаны практические рекомендации по ведению пациенток с такой эктопической беременностью, как это было сделано для диагностики этой патологии.

### Литература

1. Tan G., Chong Y.S., Biswas A.: Caesarean scar pregnancy: a diagnosis to consider carefully in patients with risk factors. *Ann Acad Med Singapore* 2005, 34 (2): 216-219.
2. Seow K.M., Hwang J.L., Tsai Y.L., Huang L.W., Lin Y.H., Hsieh B.C.: Subsequent pregnancy outcome after conservative treatment of a previous cesarean scar pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004, 83 (12): 1167-1172.
3. Marcus S., Cheng E., Goff B.: Extrauterine pregnancy resulting from early uterine rupture. *Obstet Gynecol* 1999, 94 (5 Pt 2): 804-805.
4. Lee C.L., Wang C.J., Chao A., Yen C.F., Soong Y.K.: Laparoscopic management of an ectopic pregnancy in a previous Caesarean section scar. *Hum Reprod* 1999, 14(5): 1234-1236.
5. Ayoubi J.M., Fanchin R., Meddoun M., Fernandez H., Pons J.C.: Conservative treatment of complicated cesarean scar pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001, 80(5): 469-470.
6. Shufaro Y., Nadjari M.: Implantation of a gestational sac in a cesarean section scar. *Fertil Steril* 2001, 75(6): 1217.
7. Salomon L.J., Fernandez H., Chauveaud A., Doumerc S., Frydman R.: Successful management of a heterotopic Caesarean scar pregnancy: potassium chloride injection with preservation of the intrauterine gestation: case report. *Hum Reprod* 2003, 18(1): 189-191.
8. Yan C.M.: A report of four cases of caesarean scar pregnancy in a period of 12 months. *Hong Kong Med J* 2007, 13 (2): 141-143.
9. Larsen J.V., Solomon M.H.: Pregnancy in a uterine scar sacculus — an unusual cause of postabortal haemorrhage. A case report. *S Afr Med J* 1978, 53(4): 142-143.
10. Hamilton C.J., Legarth J., Jaroudi K.A.: Intramural pregnancy after in vitro fertilization and embryo transfer. *Fertil Steril* 1992, 57(1): 215-217.
11. Fylstra D.L., Pound-Chang T., Miller M.G., Cooper A., Miller K.M.: Ectopic pregnancy within a cesarean delivery scar: a case report. *Am J Obstet Gynecol* 2002, 187(2): 302-304.
12. Jurkovic D., Hillaby K., Woelfer B., Lawrence A., Salim R., Elson C.J.: First-trimester diagnosis and management of pregnancies implanted into the lower uterine segment Cesarean section scar. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2003, 21(3): 220-227.
13. Ben Nagi J., Helmy S., Ofili-Yebovi D., Yazbek J., Sawyer E., Jurkovic D.: Reproductive outcomes of women with a previous history of Caesarean scar ectopic pregnancies. *Hum Reprod* 2007, 22(7): 2012-2015.
14. Hasegawa J., Ichizuka K., Matsuoka R., Otsuki K., Sekizawa A., Okai T.: Limitations of conservative treatment for repeat Cesarean scar pregnancy. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2005, 25(3): 310-311.
15. Graesslin O., Dedecker F. Jr., Quereux C., Gabriel R.: Conservative treatment of ectopic pregnancy in a cesarean scar. *Obstet Gynecol* 2005, 105(4): 869-871.

Al-Nazer A. et al., *Cases J.* 2009 Dec 30; 2: 9404.

### Паранеопластический синдром под маской внематочной беременности

С помощью иммуногистохимических методов было установлено, что опухоли легких часто продуцируют  $\beta$ -ХГЧ. Также известно, что повышение уровня  $\beta$ -ХГЧ в сыворотке крови может вызывать паранеопластические симптомы, например гинекомастию у пациентов мужского пола с раком легких. В данном сообщении описан случай связанного с повышением уровня  $\beta$ -ХГЧ паранеопластического синдрома у 30-летней женщины, который был ошибочно принят за внематочную беременность.

### Клинический случай

30-летняя женщина поступила в отделение гинекологии с жалобами на дискомфорт в области живота и вагинальное кровотечение в течение последних

двух недель. Выполненный 3 месяца назад тест на беременность был положительным. На момент поступления уровень  $\beta$ -ХГЧ в сыворотке крови составлял 428 Ед/л. Другие рутинные лабораторные тесты, включая развернутый общий анализ крови, определение показателей функции почек и печени, не выявили патологических изменений.

При пальпации обнаружено, что размеры матки в пределах нормы, в связи с чем была заподозрена внематочная беременность. Однако диагностическая лапаротомия показала, что фаллопиевы трубы интактны, а при гистероскопии и диагностическом выскабливании не обнаружено элементов плаценты в эндометрии.

В то же время на обзорной рентгенограмме органов грудной клетки в верхней доле правого легкого обнаружены признаки объемного новообразования. На основании рентгенологической картины с большой долей вероятности был установлен предварительный диагноз первичной хориокарциномы легких и начата терапия метотрексатом в дозе 25 мг внутривенно.

Также план диагностики включал КТ органов грудной клетки, которая подтвердила наличие объемного новообразования размером 3x2 см в верхней доле правого легкого, а на КТ органов брюшной полости и малого таза были обнаружены двусторонние кисты яичников. На МРТ определена самая большая киста яичника размером 4,1x2,5 см в правом яичнике.

Оценка функции щитовидной железы позволила выявить практически полное подавление секреции тиреотропного гормона (ТТГ) и небольшое повышение уровня свободного  $T_4$  (0,0022 мг/100 мл).

При биопсии легких, проведенной под контролем КТ, диагностический материал получить не удалось.

4 недели спустя после начала лечения метотрексатом уровень  $\beta$ -ХГЧ увеличился до 449 Ед/л. В связи с этим в

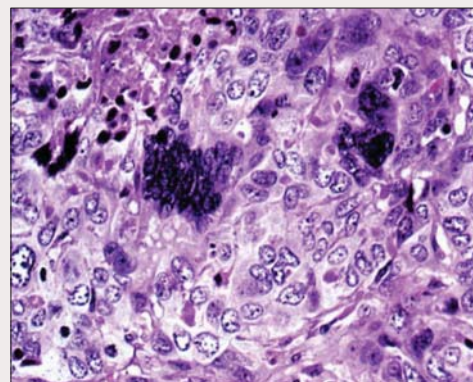


Рис. 1. Плеоморфная гигантоклеточная карцинома легкого: синцитиотрофобластоподобные гигантские клетки и участки некроза (окрашивание гематоксилином-эозином, 100-кратное увеличение)

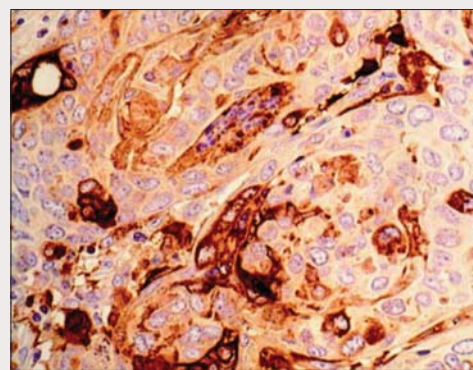


Рис. 2. Иммуногистохимическое исследование препарата с анти- $\beta$ -ХГЧ антителами: мононуклеары и многоядерные опухолевые клетки плеоморфной карциномы (обработка авидин-биотин-пероксидазным комплексом, 100-кратное увеличение)

хирургическом отделении проведена медиастинотомия и получен материал для гистологического исследования. Последнее выявило наличие больших эозинофильных овальных и полигональных опухолевых клеток и участки некроза (рис. 1). В препарате обнаружено более 10% мононуклеаров и многоядерных гигантских клеток. При использовании иммуногистохимического метода с антителами против  $\beta$ -ХГЧ получено стойкое окрашивание опухолевых клеток (рис. 2).

Проведена резекция верхней доли правого легкого, в которой обнаружена опухоль размером 1,8 см без инвазии в плевру. Во взятых для гистологического исследования региональных лимфатических узлах признаков метастазов не обнаружено. На основании результатов гистологического исследования установлен диагноз плеоморфной гигантоклеточной карциномы.

Уровень  $\beta$ -ХГЧ в послеоперационном периоде снизился до очень низких показателей (9 Ед/л) и оставался на таком уровне в течение 8 месяцев наблюдения без проведения какой-либо дополнительной терапии. КТ органов грудной клетки не выявила резидуальной опухоли в легких, а позитронно-эмиссионная томография не показала гиперметаболических изменений в легких или других органах. МРТ надпочечников — без патологических изменений. Также установлено полное исчезновение кист яичников по данным КТ.

### Обсуждение

ХГЧ выявляют в сыворотке крови приблизительно у 15% пациентов с раком легких. Тем не менее в литературе описано всего несколько случаев эктопической секреции ХГЧ, приводящей к появлению клинически выраженных симптомов. Это были преимущественно мужчины с раком легких и ХГЧ-индуцированной гинекомастией [2, 3].

В описанном случае эктопическая секреция  $\beta$ -ХГЧ привела к развитию синдрома гиперстимуляции яичников, который объясняет жалобы пациентки на дискомфорт в области живота при поступлении. Текалутеиновые кисты очень часто выявляют у женщин с пузырным заносом или хориокарциномой, однако о таком симптоме у пациентки с раком легких и гиперпродукцией ХГЧ сообщается впервые. Вагинальное кровотечение у описываемой пациентки также могло быть следствием стимулирующего влияния ХГЧ на эндометрий, а субклинический гипертиреоз — ТТГ-подобным действием ХГЧ.

### Вывод

Как показывает данный случай, паранеопластические симптомы могут приводить к формированию нетипичной клинической картины и существенно затруднять раннюю диагностику злокачественных новообразований.

### Литература

1. Marcillac I., Troalen F., Bidart J.M. et al. Free human chorionic gonadotropin beta subunit in gonadal and nongonadal neoplasms. *Cancer Res* 1992; 52: 3901-3907.
2. Rosen S.W., Becker C.E., Schlaff S et al. Ectopic gonadotropin production before clinical recognition of bronchogenic carcinoma. *N Engl J Med* 1968; 279: 640-641.
3. Metz S.A., Weintraub B., Rosen S.W. et al. Ectopic secretion of chori-onic gonadotropin by a lung carcinoma. *Am J Med* 1973; 65: 325-333.

Sagaster P. et al., *Ann Oncol.* 2002 Jan;13(1):170-2.