

ბესიკ ჯაფარიძე, ნინო ხოტივარი, ზაზა ბოხუა, ლანა ეზიშვილი

საკვერცხის ორსულობის დიაგნოსტიკა: კლინიკური შემთხვევის აღწერა

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის პირველი საუნივერსიტეტო კლინიკა

Doi: <https://doi.org/10.52340/jecm.2023.03.15>

BESIK JAPARIDZE, NINO KHOTIVARI, ZAZA BOKHUA, LANA EZIESHVILI

DIAGNOSIS OF OVARIAN PREGNANCY: CASE REPORT

First University Clinic of Tbilisi State Medical University

SUMMARY

Ectopic pregnancy is the localization of the embryo outside of the uterus, most often it occurs in the fallopian tube. The ovarian form of ectopic pregnancy is a rare form of pregnancy and its frequency is 0.3-3%. Diagnosis of ovarian pregnancy is quite difficult and can be diagnosed only by morphological examination after surgery.

At present, methotrexate is considered as an alternative method of surgical treatment of ectopic pregnancy, although most of the treatment methods are surgical (laparotomy, laparoscopic). In our case we present a 35-year-old woman who underwent surgical treatment at TSMU First University Clinic. Before the surgical intervention, inpatient studies and diagnostic methods established the probable diagnosis: pregnancy of the left fallopian tube with the type of abortion, hemoperitoneum, after which due to the instability of hemodynamic parameters, laparotomy with salpingectomy and ovarian resection have been done. The diagnosis of ovarian pregnancy was made only as a result of the morphological study of the preparation, which once again indicates the implementation of the perfection of diagnostic methods in the case of the mentioned pathology.

Keywords: Ectopic pregnancy, ovarian pregnancy, laparoscopy, laparotomy, methotrexate

შესავალი. საშვილოსნოსგარე ორსულობის საკვერცხისმიერი ფორმა იშვიათი მოვლენაა. ამ მდგომარეობის დიაგნოსტიკა ქირურგიულ ჩარევამდე რთულია, არასპეციფიკური კლინიკური სიმპტომებისა და ულტრაბგერითი კვლევის არაზუსტი დასკვნების გამო, თუმცა მისი საბოლოო დიაგნოსტიკა ძირითად შემთხვევებში პათომორფოლოგიურ კვლევას ეფუძნება.

ჰარდიგის და თანაავტორების შეფასებით, საკვერცხის ორსულობა ხდება 25,000-40,000 ორსულობიდან ერთ შემთხვევაში. მისი სიხშირე მთლიანი საშვილოსნოსგარე ორსულობათა 0.3-3.0%-ს შეადგენს. სენტ მონესისმა მე-17 საუკუნეში აღწერა საკვერცხის ორსულობის პირველი შემთხვევა. საშვილოსნოსგარე ორსულობის პირველი წარმატებული ქირურგიული ოპერაცია ჩატარდა 1759 წელს აშშ-ში, თუმცა დედის სიკვდილიანობის მაჩვენებელი ამ პერიოდში 60% იყო. სწორედ ამან განაპირობა გადამწყვეტი ნაბიჯების აუცილებლობა აღნიშნული პათოლოგიის დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის საკითხების სრულყოფისაკენ. სალპინგექტომიის დანერგვამ 1800-იანი წლებიდან დედათა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი თითქმის 5%-მდე შემცირა [1].

საკვერცხის საშვილოსნოსგარე ორსულობა ხდება პერიტონეალურ ღრუში კვერცხუჭრედის განაყოფიერებით და შემდგომ საკვერცხის ზედაპირზე მისი იმპლანტაციით. არსებობს საკვერცხის ორსულობის განვითარების რამოდენიმე ჰიპოთეზა: მომნიშვნელოვანი კვერცხუჭრედის გამოყოფის შეფერხება საკვერცხის ზედაპირიდან, თეთრი გარსის (Tunica albuginea) გასქელება, ასევე ფალოპის მილის დისფუნქცია და ხელოვნური რეპროდუქციული ტექნოლოგიის (ART) და საშვილოსნოსშიდა კონტრაცეპტიული საშუალებების მოხმარების (IUCD) ზრდა. საკვერცხის ორსულობის, ისევე როგორც ყველა ტიპის ორსულობების დიაგნოსტიკა, ხდება ქორიონალური გონადოტროპინის განსაზღვრით შარდის საშინაო და კონფირმატორული ტესტების საშუალებით [2].

საშვილოსნოსგარე ორსულობის საკვერცხისმიერი ფორმის დროს, ისევე როგორც სხვა ფორმების შემთხვევაში, ადრეულ დიაგნოსტიკას და დროულ მკურნალობას გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს, თუმცა ხშირად წინასაოპერაციო და ზოგჯერ ინტრაოპერაციული დიაგნოსტიკაც გართულებულია. დღეს არსებული მონაცემებით, შემთხვევათა უმეტესობაში ორსულობა სრულდება პირველ ტრიმესტრში, რაც იწვევს მასიურ ინტრააბდომინალურ სისხლდენას, რის შედეგადაც ვითარდება ჰიპოვოლემია, რომელიც შეიძლება სიცოცხლისათვის საშიში იყოს. ასევე

ფიქსირდება იშვიათი შემთხვევებიც, როდესაც საკვერცხის ორსულობის ვადა მეორე ტრიმესტრსაც აღწევს. ასევე გამოქვეყნებულია ტყუპით საკვერცხის საშვილოსნოსგარე ორსულობის შემთხვევები, რომლებიც დიაგნოსტირებულია ოპერაციამდე ულტრაბგერითი და მაგნიტურ-რეზონანსური ტომოგრაფიის მეთოდებით. თუმცა, უმეტესი მონაცემები, რომლებითაც დასტურება საკვერცხის ორსულობა, ეხება მათ პოსტოპერაციულ დიაგნოსტიკას პათომორფოლოგიური კვლევით [3].

კლინიკური შემთხვევის აღწერა. ჩვენს კლინიკურ შემთხვევაში 35 წლის განმეორებით მშობიარე (G2P1) მოთავსდა თსსუ-ის პირველი საუნივერსიტეტო კლინიკის პერინატოლოგიის განყოფილებაში. პაციენტი უჩიოდა საერთო სისუსტეს, მოვლითი ხასიათის ტკივილს მუცლისა და წელის ქვედა არეში, განსაკუთრებით მარცხნივ, გამოხატული იყო პერიტონეუმის გაღიზიანების ნიშნები, შროტკინ-ბლუმბერგის სიმპტომი დადებითი იყო ამავე მხარეს. უკანაკენელი მენსტრუაციით ორსულობის ვადა - 4-5 კვირა. პაციენტს ჩატარებული ჰქონდა ორსულობის საშინაო ტესტი და ასევე განსაზღვრული იყო ქორიონალური გონადოტროპინის დონე სისხლში, რომელიც შეესაბამებოდა აღნიშნული ორსულობის ვადას. პაციენტი რამდენიმე დღის მანძილზე უჩიოდა ტკივილს წელისა და მუცლის ქვედა არეში, ეს ტკივილი თანდათან გაუძლიერდა, ჰქონდა გონების დაკარგვის ეპიზოდები, პულსი 120/წთ, BP 90/60 mmHg.

პაციენტს კლინიკაში შემოსვლისას ჩაუტარდა გინეკოლოგიური ულტრაბგერითი ვაგინალური კვლევა, რომლის მიხედვითაც საშვილოსნო ოდნავ გადიდებული იყო ნორმასთან შედარებით, მასში არ ფიქსირდებოდა სანაყოფო პარკვი, მარცხენა საკვერცხის მიმდებარედ ისახებოდა ოვალური ფორმის წარმონაქმნი 40X30მმ-ზე, მის ცენტრალურად ფიქსირდებოდა ანექოგენური სითხოვანი ჩანართი - ფალოპის მილი, სავარაუდო იყო მარცხენა ფალოპის მილის ორსულობა, ასევე ფიქსირდებოდა ჰიპოვასტრიუმში თავისუფალი სითხე, სავარაუდოდ სისხლი, დაახლოებით 300მლ. ბიმანუალური გინეკოლოგიური კვლევის შედეგად ასევე დაისვა სავარაუდო დიაგნოზი: მწვავე მუცელი, მარცხენა კვერცხსავალი მილის ორსულობა, მიმდინარე აბორტის ტიპით, ჰემოპერიტონეუმი.

ვინაიდან სახეზე იყო არასტაბილური ჰემოდინამიკის ნიშნები: ჰიპოტენზია, ტაქიკარდია, ულტრაბგერითი კვლევით დასტურდებოდა თავისუფალი სითხის არსებობა ჰიპოვასტრიუმში, ასევე დაგვიანებული იყო პაციენტისათვის მკურნალობის შეთავაზება მეტოტრექსატით, განისაზღვრა ოპერაციის მასშტაბი ლაპარატომია, სალპინგექტომიით, ვინაიდან ლაპარასკოპიისათვის არ იყო შესაბამისი სტაბილური ჰემოდინამიკა.

ინტრაოპერაციულად ნანახი იქნა მუცლის ღრუში სისხლი 250-300მლ, როგორც თხიერი, ასევე კოალტების სახით, საშვილოსნო გადიდებული 8-10 კვირის ორსულობის ოდენობამდე, ვარდისფერი ელფერით, სადა ზედაპირით, მარცხენა კვერცხსავალი მილის ნაწილი შეხორცებებში საკვერცხესთან, შემსხვილებული ძეხვისებურად დაახლოებით 4X5სმ-მდე, დარღვეული მთლიანობით, საიდანაც მოჟონავდა მუქი შეფერილობის სისხლი და ფიქსირდებოდა მრავლობითი სისხლის კოალტები. მარჯვენა დანამატი პათოლოგიური ცვლილებების გარეშე, შინაგანი ორგანოების მხრივ ხილული პათოლოგიური ცვლილებები არ აღინიშნებოდა. ინტრაოპერაციული სავარაუდო დიაგნოზი იყო მარცხენა კვერცხსავალი მილის ორსულობა მიმდინარე აბორტის ტიპით, ჰემოპერიტონეუმი. ნაწარმოები იქნა მარცხენამხრივი სალპინგექტომია, ვინაიდან მარცხენა ფალოპის მილი წარმოადგენდა ერთიან კონგლომერატს მარცხენა საკვერცხესთან, გადაწყდა საკვერცხის სოლისებური რეგექციის წარმოებაც სალი ქსოვილის ფარგლებში, მუცლის ღრუს დრენირება, სანაცია.

მასალა ოპერაციის შემდეგ გაიგზავნა ჰისტომორფოლოგიურ კვლევაზე, რის შემდეგაც დაისვა დიაგნოზი: საკვერცხის ორსულობა, კერძოდ საკვერცხის დანარჩენ ქსოვილში აღმოჩნდა ფოლიკულური ცისტები, ყვითელი სხეულის ფრაგმენტები, ჰემორაგიული ინფილტრაციის ზონები. ფალოპის მილში ლორწოვანის ნაოჭების მიკროლიპიდური ყვითელი სხეულის ფრაგმენტები, ჰემორაგიული ინფილტრაციის ზონებით. ფალოპის მილში ლორწოვანის ნაოჭების მიკროლიპიდური ინფილტრაცია, კედლის დანარჩენ შრეებში მწვავე ჰემოდისკირკულაციური ჰიპერპლაზია. ცალკე საკვერცხიდან აღებულ ქსოვილსა და სისხლის კოალტების ფრაგმენტში მოჩანდა ქორიონის ბუსუსები, რომელთა ნაწილი მკვეთრად შეშუპებული იყო და მოჩანდა დანეკროზებული ქსოვილის კონტურები.

განხილვა. საკვერცხის ორსულობის დაგვიანებული დიაგნოზი შეიძლება იყოს ფატალური მასიური სისხლის დანაკარგის მიზეზი და წარმოქმნას ოოფორექტომიის შემდგომი რისკი, რაც თავისთავად იწვევს შეილოსნობის შემცირებას. როგორც ჩვენს განხილულ შემთხვევაშია ნაჩვენები, საკვერცხის ორსულობის პირველადი დიაგნოსტიკა რთულია, რადგან სიმპტომები არასპეციფიკურია და ულტრაბგერითი კვლევის შედეგები არაზუსტი. ულტრაბგერითი კვლევის ახალმა მიღწევებმა შეიძლება უზრუნველყოს ამ პათოლოგიური მდგომარეობის ადრეული გამოვლენა. კომსტოკის და სხვების მიერ ჩატარებული შემთხვევების სერია, საკვერცხის საშვილოსნოსგარე ორსულობის ულტრაბგერითი გამოვლენის შესახებ, აჩვენებს, რომ მიუხედავად იმისა, რომ იშვიათად ხდებოდა ყვითრის პარკის ან ემბრიონის ვიზუალიზაცია, საკვერცხის ორსულობა ჩვეულებრივ ჩნდებოდა როგორც კისტა, რომელსაც ფართო, ექოგენური გარეთა არშია ჰქონდა. ეს არშია განასხვავებს მას სწორედ ყვითელი სხეულისაგან საკვერცხის ზედაპირზე. საკვერცხის ორსულობის დასადგენად არსებობს ასევე შპიგელბერგის მიერ აღწერილი კრიტერიუმები, რომლებიც ჩვენს კლინიკურ შემთხვევაში არ აღინიშნებოდა სრული სახით, თუმცა ამის მიუხედავად მორფოლოგიური კვლევით დადგინდა საკვერცხის ორსულობის დიაგნოზი. ასევე უნდა აღინიშნოს, რომ შპიგელბერგის კრიტერიუმების დადგენა შესაძლებელია მხოლოდ ოპერაციის დროს და არა ულტრასონოგრაფიით, ამ კრიტერიუმების დასადგენად ოქროს სტანდარტი დღეისათვის არის დიაგნოსტიკური ლაპარასკოპია.

საკვერცხის საშვილოსნოსგარე ორსულობის წინასაოპერაციო ან ინტრაოპერაციული დიაგნოსტიკის შემთხვევაში, თუ პაციენტი კლინიკურად სტაბილურია და ჰემოდინამიკა ნორმალურია, კლინიცისტმა შეიძლება პაციენტს შესთავაზოს კონსერვატიული მკურნალობის მოდელი, კერძოდ ისეთ პაციენტებს, ვისაც აქვთ გარკვეული რისკები ოპერაციული ჩარევისათვის, ასევე ვინც მომავალში აპირებს შეილოსნობას, არაქირურგიული მკურნალობით შესაძლებელია საკვერცხის ქსოვილის შენარჩუნება.

ტროფობლასტის განვითარების შესაჩერებლად კონსერვატიული მკურნალობა მოიცავს მეტოტრექსატის, პროსტაგლანდინების და კალიუმის ქლორიდის გამოყენებას. 2003 წელს მიტალი და სხვები წარმატებით მკურნალობდნენ საკვერცხის ორსულობას ლაპაროსკოპიის მეშვეობით მეტოტრექსატის ინექციის ფონზე. ანუნზიატა და სხვები, ვარაუდობენ, რომ მეტოტრექსატით წარმატებული თერაპიის კრიტერიუმებია ჩანასახოვანი პარკის ზომა <30 მმ, ნაყოფის კარდიალური აქტივობა და 6 კვირაზე ნაკლები ორსულობის ვადა. ხუანმა და მისმა კოლეგებმა აღწერეს შემთხვევა, როდესაც ეტოპოზიდი (VP-16) შეჰყავთ საკვერცხის ზედაპირზე, ჩანასახის პარკში, რის შედეგადაც ხდება მისი სრული განოვა. ვარაუდობენ, რომ ეს ერთ-ერთი პოტენციური ვარიანტი იქნება მომავალში [4,5].

დასკვნა. ბოლო წლების მანძილზე დიაგნოსტიკური საკვერცხის ორსულობათა სიხშირე გაზრდილია. მიუხედავად იმისა, რომ ამ პათოლოგიის პრეოპერაციული და ინტრაოპერაციული დიაგნოსტიკა რთულია, ულტრაბგერითი სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმების სრულყოფით შესაძლებელია მისი ადრეული დიაგნოსტიკის მეთოდების დანერგვა, რაც თავიდან აგვაცილებს ხშირ ქირურგიულ ჩარევებს. ჰემოდინამიკურად სტაბილურ პაციენტებში მკაცრად და დროულად უნდა იქნას დადგენილი სამედიცინო ჩარევის მასშტაბები და სახეები. მკურნალობის მეთოდის შერჩევისას ასევე გასათვალისწინებელია, რომ საკვერცხის ორსულობა, საკვერცხის კარგი სისხლისმომარაგების გამო, შესაძლებელია გახდეს მასიური, სიცოცხლესთან შეუთავსებელი სისხლდენის მიზეზი. მკურნალობის მეთოდის შერჩევამდე ასევე გასათვალისწინებელია ქალის შეილოსნობის სურვილი მომავალში.

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. Y. Melcer, R. Maymon, Z. Vaknin et al. Primary ovarian ectopic pregnancy: still a medical challenge. The Journal of reproductive medicine, 2016; 61(1-2):58-62.
2. L. Ge, W. Sun, L. Wang et al. Ultrasound classification and clinical analysis of ovarian pregnancy: a study of 12 cases. J Gynecol Obstet Hum Reprod. 2019 Nov; 48(9):731-737.
3. Stein MW, Ricci ZJ, Novak L, Robert SJH, Koenigsberg M. Sonographic comparison of the tubal ring of ectopic pregnancy with the corpus luteum. J Ultrasound Med. 2004; 23:57-62.

4. Medical treatment of ectopic pregnancy: The practice committee of the American society of reproductive. Fertil Steril. 2008; 90:S206–12.
5. Sergent F, Mauger-Tinlot F, Gravier A, Verspyck E, Marpeau L. Ovarian pregnancies: Reevaluation of diagnostic criteria. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2002; 31:741.

ბესიკ ჯაფარიძე, ნინო ხოტივარი, ზაზა ბოხუა, ლანა ეზიეშვილი
საკვერცხის ორსულობის დიაგნოსტიკა: კლინიკური შემთხვევის აღწერა
 თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის პირველი საუნივერსიტეტო კლინიკა

რეზიუმე

საშვილოსნოსგარე ორსულობა არის ჩანასახის ლოკალიზაცია საშვილოსნოს გარეთ, ყველაზე ხშირად კი ეს ხდება ფალოპის მილში. საშვილოსნოსგარე ორსულობის საკვერცხის ფორმა ორსულობის იშვიათი ფორმაა და მისი სიხშირე 0,3-3%-ს შეადგენს. საკვერცხის ორსულობის დიაგნოსტიკა საკმაოდ რთულია და მისი დიაგნოსტიკა შესაძლებელია მხოლოდ ქირურგიული ჩარევის ან ოპერაციის შემდეგ მიღებული პრეპარატის პათომორფოლოგიური კვლევის შედეგად. დღეისათვის საშვილოსნოსგარე ორსულობის ქირურგიული მკურნალობის ალტერნატიულ მეთოდთა მიჩნევა მკურნალობა მეტოტრექსატით, თუმცა უმეტესად მკურნალობა ტარდება ქირურგიული (ლაპარატომიული, ლაპარასკოპული) მეთოდებით.

ჩვენს შემთხვევაში წარმოდგენილია 35 წლის ქალი, რომელმაც ქირურგიული მკურნალობა ჩაიტარა თსსუ-ის პირველ საუნივერსიტეტო კლინიკაში. ოპერაციულ ჩარევამდე სტაციონარში ჩატარებული კვლევებით და დიაგნოსტიკური მეთოდებით დადგენილ იქნა სავარაუდო დიაგნოზი: მარცხენა ფალოპის მილის ორსულობა მიმდინარე აბორტის ტიპით, ჰემოპერიტონეუმი, რის შემდეგაც ჰემოდინამიკური მაჩვენებლების არასტაბილურობის გათვალისწინებით, ნაწარმოები იქნა ლაპარატომიული ჩარევა, კერძოდ მარცხენამხრივი სალპინგექტომია და საკვერცხის სოლისებური რეზექცია. საკვერცხის ორსულობის დიაგნოზი კი მხოლოდ პრაპარატის მორფოლოგიური კვლევის შედეგად მოხდა, რაც კიდევ ერთხელ მიუთითებს დიაგნოსტიკური მეთოდების სრულყოფის დანერგვაზე აღნიშნული პათოლოგიის დროს.

