

## ТЕЧЕНИЕ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИНЫ НА ПОЗДНЕМ СРОКЕ ГЕСТАЦИИ (16–17 НЕДЕЛЬ) — ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

### THE COURSE OF INTERSTITIAL ECTOPIC PREGNANCY IN A WOMAN AT LATE GESTATIONAL AGE (16–17 WEEKS) — DIFFICULTIES IN DIAGNOSIS (CLINICAL CASE)

**I. Salov  
A. Parshin  
M. Polidanov  
D. Tyapkina  
I. Kondrashkin**

*Summary.* This article presents a clinical case of an ectopic pregnancy in the interstitial part of the fallopian tube diagnosed at 16–17 weeks' gestation. The peculiarities of this observation are the rare occurrence of tubal pregnancy progression up to the second trimester of gestation, the complexity of diagnosis and the presence of a severe complication in the form of massive internal bleeding. Taking into account the fact that the publications concerning the progression of ectopic pregnancy of such localization to similar terms are few, the described clinical case is of interest in our opinion.

*Keywords:* ectopic pregnancy, rare forms of ectopic pregnancy, disrupted interstitial ectopic pregnancy, late gestational age, restoration of fertility.

**Салов Игорь Аркадьевич**

*Д.м.н., профессор, Заслуженный врач России  
Саратовский государственный медицинский  
университет имени В.И. Разумовского*

**Паршин Алексей Владимирович**

*К.м.н*

*Саратовский государственный медицинский  
университет имени В.И. Разумовского*

**Полиданов Максим Андреевич**

*Саратовский государственный медицинский  
университет имени В.И. Разумовского  
maksim.polidanoff@yandex.ru;*

**Тяпкина Дарья Андреевна**

*Саратовский государственный медицинский  
университет имени В.И. Разумовского*

**Кондрашкин Иван Евгеньевич**

*Саратовский государственный медицинский  
университет имени В.И. Разумовского*

*Аннотация.* В статье представлен клинический случай эктопической беременности в интерстициальном отделе маточной трубы, диагностированной при сроке гестации 16–17 недель. Особенность данного наблюдения заключается в редкой встречаемости прогрессирования трубной беременности вплоть до второго триместра гестации, в сложности диагностики и наличии тяжелого осложнения в виде массивного внутреннего кровотечения. Учитывая, что публикации, касающиеся развития внематочной беременности такой локализации до аналогичных сроков немногочисленны, описываемый клинический случай на наш взгляд представляет интерес.

*Ключевые слова:* внематочная беременность, редкие формы внематочной беременности, нарушенная интерстициальная внематочная беременность, поздний срок гестации, восстановление фертильности.

### Введение

**В**нематочная беременность является одним из тяжелых заболеваний репродуктивной сферы, нередко сопровождается массивной кровопотерей, требует неотложного оперативного вмешательства и может привести к утрате репродуктивной функции. В последние годы эта проблема стала очень актуальной, поскольку отмечена тенденция к росту частоты внематочной беременности [1]. По данным разных авторов у 7,5–22% пациенток возможна повторная эктопическая беременность [2]. В России среди всех случаев беременности эктопиче-

ская беременность встречается в 1,4–2% [3,4] По данным мировой статистики частота внематочной беременности составляет от 0,5 до 6% [5]. Пациентки с этой патологией составляют 13,7% больных гинекологических стационаров, нуждающихся в оперативном лечении [4], и 18% госпитализированных по поводу осложнений I триместра беременности [6].

По данным Росстата в 2017 году в структуре материнской смертности внематочная беременность составила 8,1%, в 2018 году этот показатель составил 4,1%, в 2019 году — 4,5%. В абсолютном большинстве случа-

ев причиной смерти явилась массивная кровопотеря. Смерть признана непредотвратимой в 50% случаев и условно предотвратимой в 50% случаев [7]. Согласно данным Creanga [8] частота прервавшейся внематочной беременности как причины материнской смертности составляет 2,7%.

Среди факторов риска внематочной беременности лидирующее место занимают воспалительные заболевания придатков матки, перенесенные хирургические вмешательства, спаечный процесс в малом тазу, внутриматочная контрацепция, бесплодие сроком более 2 лет и др. [9,10,11]. Повышенный риск эктопии плодного яйца нередко связан с применением вспомогательных репродуктивных технологий [12].

В 98% случаев при эктопической беременности плодное яйцо имплантируется в маточной трубе [8]. Беременность в интерстициальном отделе трубы встречается в 2–5% всех случаев трубных беременностей [13]. Диагностика развивающейся интерстициальной беременности основывается на данных ультразвукового исследования — плодного яйца в полости матки нет. оно располагается снаружи в интрамуральной части трубы и окружено миометрием толщиной менее 5 мм. В сомнительных случаях рекомендовано результаты ультразвукового исследования в 2-х измерениях подкрепить трехмерным УЗИ. В алгоритм обследования входит динамическое определение концентрации бета-субъединицы хорионического гонадотропина человека в сыворотке крови. В ряде случаев при сложностях диагностики рекомендовано проведение МРТ [3]. Трубная беременность чаще прерывается при сроке 3,5–5,5 недель [13]. Отчетливая симптоматика при интерстициальной беременности появляется только при прерывании беременности, когда в результате прорастания ворсин хориона в миометрий происходит разрыв плодместилища, а следовательно, и угла матки, приводящий к профузному внутрибрюшному кровотечению [13]. Ранняя диагностика и своевременное лечение пациенток с внематочной беременностью позволяет не только снизить материнскую смертность, но и дает возможность применить малоинвазивные и органосохраняющие виды хирургического лечения.

## Цель

Представить клинический случай беременности в интерстициальном отделе маточной трубы, развивавшейся в 16–17 недель гестации и закончившейся разрывом матки в области ее трубного угла и массивным внутренним кровотечением.

На публикацию представляемых данных из истории болезни получено добровольное информированное согласие пациентки.

**Клинический случай.** Больная А., 26 лет, 9.07.2022 доставлена бригадой скорой медицинской помощи в Городскую клиническую больницу № 1 г. Саратова в тяжелом состоянии с жалобами на резкие боли в нижних отделах живота, слабость и головокружение. Боли появились несколько часов назад, бригада скорой медицинской помощи была вызвана, когда состояние ухудшилось.

Считает себя беременной сроком около 16 недель. С 8 недель беременности наблюдается в частной клинике г. Саратова, осложнений в первом триместре беременности не было. 04.06.2022 года было проведено ультразвуковое исследование, в ходе которого в полости матки были визуализированы 2 плодных яйца округлой формы с ровными четкими контурами: первый эмбрион — 21 мм, на сроке 8 недель и 5 дней, второй эмбрион — 57 мм, на сроке 12 недель и 2 дня. Заключение: диамниотоническая дихориальная двойня при сроке гестации 12 недель и 2 дня. Замершая беременность первого плода при сроке гестации 8 недель и 5 дней (рисунок 1). Было продолжено амбулаторное наблюдение.

Менструальная функция не нарушена. Половая жизнь с 16 лет. В анамнезе хронический сальпингоофорит (находилась на стационарном лечении в 2016 году). Соматически здорова.

Данная беременность третья. Первые две — трубные по поводу чего была произведена сальпингоэктомия справа в 2016 году и пластика левой маточной трубы в 2018 году. Поскольку в последующие 4 года беременность не наступала, был выставлен диагноз «Вторичное трубно-перитонеальное бесплодие».

При поступлении состояние тяжелое. Заторможена. Кожа и слизистые бледные. Пульс 100 в 1 минуту ритмичный. АД 80 и 40 мм рт. ст. Живот несколько вздут, резко болезненный при пальпации.

Гинекологический осмотр затруднен из-за напряжения мышц передней брюшной стенки и болезненности. Осмотр на зеркалах: слизистая влагалища цианотична, шейка матки без патологии. Бимануальное исследование: шейка матки коническая, длиной 2 см, наружный зев закрыт. Матка увеличена до 18–20 недель беременности, в повышенном тоне, при пальпации болезненная в области дна и правого ребра. Придатки с обеих сторон не определяются. Умеренное нависание и болезненность сводов влагалища. Выделения из половых путей слизистые. Заподозрено внутренне кровотечение, возможно разрыв культи трубы (после сальпингоэктомии).

С учетом тяжелого состояния пациентки она сразу же помещена в операционный блок. От операции без дополнительных методов обследования больная категори-



Рис. 1. Фотофиксация изображения ультразвукового трансвагинального исследования матки и придатков



Рис. 2. Извлечённое из операционной раны вместилище внематочной беременности локализованной в интерстициальном отделе правой фаллопиевой трубы



Рис. 3. Макропрепарат плодовместилища с плодом длиной 16 см.

чески отказалась. Предложена диагностическая лапароскопия, после чего согласие получено.

В ходе диагностической видеолапароскопии, проводимой параллельно с противошоковой терапией, в брюшной полости обнаружено около 2000 мл жидкой крови и сгустков. Начато переливание эритроцитарной взвеси. Всего интраоперационно перелито 500 мл эритроцитарной взвеси и 3 дозы свежезамороженной плазмы.

В связи с массивным внутрибрюшным кровотечением для определения его источника операция расширена до нижнесрединной лапаротомии, после чего удалось осмотреть органы малого таза. Обнаружено, что общие размеры матки соответствуют 18–20 неделям беременности. В области правого маточного угла, захватывая часть правого ребра, дна и передней стенки матки, располагается, округлое мягковатое образование размерами 20\*15\*20 см, синюшно-багрового цвета, с выраженным сосудистым рисунком и настолько истонченными стенками, что через них легко определялись мелкие части плода. На образовании имеется кровотокающий разрыв с плацентарной тканью и плодным пузырем в ране, по правому ребру матки — гематома, расщепляющая миометрий (рисунки 2). Неизмененный правый яичник подпаян к задней стенке матки, правая маточная труба отсутствует. Слева имеется анатомическое образование, напоминающее маточную трубу в спайках, и неувеличенный, в спайках яичник. После вскрытия плодного пузыря и извлечения

плода (масса 120 гр., рост 15 см.) и плацентарной ткани, стало хорошо визуализироваться увеличенное тело матки, отклонённое влево плодместилищем, исходящим из правого трубного угла с захватом правого ребра матки. Учитывая большую заинтересованность пациентки в последующих беременностях, было решено ограничиться резекцией правого угла матки и части имбибированного участка миометрия в области правого ребра матки (рисунки 3). Из полости матки удалена децидуальная ткань. Стенки матки ушиты. Матка хорошо сократилась.

Общая кровопотеря составила 2500 мл. Течение послеоперационного периода осложнилось постгеморрагической анемией, послужившей показанием к гемотрансфузиям.

Диагноз беременности в интерстициальном отделе трубы подтвержден при патоморфологическом исследовании.

### Заключение

Представленный клинический случай эктопического расположения плодного яйца в интерстициальном отделе маточной трубы, при котором беременность прогрессировала вплоть до 16–17 недель беременности, является достаточно редкой патологией. Трудности своевременной диагностики были обусловлены отсутствием чёткой визуализации при ультразвуковом исследовании и поздним обращением в стационар.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Хачкурузов С.Г. Ультразвуковая диагностика внематочной беременности. 3-е изд. М.: МЕДпресс-информ. 2017; 448 с.
2. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Шахламова М.Н., Белоцерковцева Л.Д. Внематочная беременность. М.: Медицина. 2001; 215 с.
3. Клинические рекомендации. Внематочная (эктопическая) беременность МЗРФ 2021 г.
4. Носова К.Е., Веркина Е.И. Неклассическое течение внематочной беременности. Сборник материалов 6 международной конференции «Новые задачи современной медицины Казань. май, 2019.
5. Петрова Е.В. Внематочная беременность в современных условиях. Акушерство и гинекология. 2008; 1: 31–33.
6. Barnhart K.T., Sammel M.D., Gracia C.R. et al. Risk factors for ectopic pregnancy in women with symptomatic first-trimester pregnancies. *Fertil Steril.* 2006; 86: 36–43.
7. Филиппов О.С. Гусева Е.В. Материнская смертность в Российской Федерации в 2019 году. Проблемы репродукции. 2020; 26 (6–2): 8–26
8. Creanga A.A., Syverson C., Seed K. et al. Pregnancy-related mortality in the United States, 2011–2013. *Obstet Gynecol.* 2017; 130 (2): 366–73.
9. Адамян Л.В., Козаченко А.В., Кондратович Л.М. Спаечный процесс в брюшной полости история изучения, классификация, патогенез (Обзор литературы). Проблемы репродукции. 2013; 6: 7–13.
10. Уткин Е.В., Кулавский В.А. Воспалительные заболевания органов малого таза у женщин. Москва, 2015; 112 с.
11. Early pregnancy loss, Queensland Clinical Guideline, MN11.29-V2-R16 September 2011. Amendment date March 2015; 33 p.
12. Main E.K., Goffman D., Scavone B.M. et al. National Partnership for Maternal Safety; Council on Patient Safety in Womens Health Care. National Partnership for Maternal Safety: Consensus Bundle on Obstetric Hemorrhage. *Obstet Gynecol.* 2015; 126 (1): 155–165.
13. Соломатина А.А., Науменко А.А., Коновалова А.В., Тюменгиева М.Ю. Интерстициальная локализация внематочной беременности. Клиника, диагностика, лечение. Акушерство и гинекология. 2011; 6: 76–80.

© Салов Игорь Аркадьевич, Паршин Алексей Владимирович,

Полиданов Максим Андреевич (maksim.polidanoff@yandex.ru), Тяпкина Дарья Андреевна, Кондрашкин Иван Евгеньевич.

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»