

Статья поступила в редакцию 29.01.2017 г.

**Фетищева Л.Е., Захаров И.С., Ушакова Г.А., Мозес В.Г.,  
Демьянова Т.Н., Васютинская Ю.В., Петрич Л.Н.**

*Областная клиническая больница скорой медицинской помощи им. М.А. Подгорбунского,  
Кемеровский государственный медицинский университет,  
г. Кемерово*

## ИНТЕРСТИЦИАЛЬНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ – ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

В представленном материале описан клинический случай достаточно редкой патологии гестационного периода – эктопической беременности, локализованной в интерстициальном отделе маточной трубы. Продемонстрирована сложность своевременной диагностики данного осложнения.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** *внематочная беременность, локализованная в интерстициальном отделе маточной трубы; клинический случай.*

**Fetischeva L.E., Zakharov I.S., Ushakova G.A., Moses V.G., Demyanova T.N., Vasyutinskaya U.V., Petrich L.N.**  
*Regional Clinical Hospital of Emergency Medical Care M.A. Podgorbunsky,  
Kemerovo State Medical University, Kemerovo*

### **INTERSTITIAL PREGNANCY – DIFFICULT DIAGNOSIS (CASE STUDY)**

In the present case report describes a material sufficiently rare pathology gestation – ectopic pregnancy localized in the interstitial region of the fallopian tube. It demonstrated the difficulty of timely diagnosis of this complication.

**KEY WORDS:** *ectopic pregnancy, localized in the interstitial region of the fallopian tube; a clinical case.*

Эктопическое расположение плодного яйца считается одним из наиболее серьезных осложнений гравидарного процесса. Частота внематочной беременности находится в пределах 1 %, а материнская смертность достигает 7 % [1, 2]. По локализации преобладает эктопическая беременность ампулярного отдела маточной трубы, которая встре-

чается в 95 % случаев атипичного расположения плодного яйца. Более редкой формой является беременность интерстициального отдела фаллопиевой трубы. По данным литературы, в ранних гестационных сроках эмбрион достаточно часто локализуется в указанном отделе, затем происходит его миграция в полость матки, и лишь в редких случаях эта миграция не происходит, в итоге формируется эктопическая беременность [3]. Иногда данный вариант внематочной беременности может прогрессировать вплоть до второго триместра.

Среди факторов риска эктопической беременности ведущее место занимают воспалительные заболевания, предшествующие оперативные вмешательства,

#### **Корреспонденцию адресовать:**

ЗАХАРОВ Игорь Сергеевич,  
650029, г. Кемерово, ул. Ворошилова, д. 22а,  
ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России.  
Тел.: 8 (3842) 46-51-62.  
E-mail: isza@mail.ru

спаечная болезнь органов малого таза, внутриматочная контрацепция и др. [4-7]. Заслуживает внимания тот факт, что повторение внематочной беременности встречается в 7,5-22 % случаев, а у 36-80 % пациенток возникает вторичное бесплодие [8]. Кроме того, увеличение риска формирования эктопии плодного яйца ассоциировано с использованием вспомогательных репродуктивных технологий. По данным литературы, частота беременности, локализованной в маточном углу, у женщин, имеющих в анамнезе сальпингоэктомию и индукцию беременности, составляет около 27 % [9, 10].

Как правило, прогрессирующая интерстициальная беременность клинически себя не проявляет вплоть до момента её прерывания. Данная патология представляет наибольшую опасность, так как плодное яйцо окружено не стенкой маточной трубы, а миометрием. В итоге разрыв плодовместилища наступает вследствие прорастания ворсин хориона в миометрий, что приводит к разрыву маточного угла и профузному кровотечению.

Учитывая, что публикации, касающиеся вышеуказанной темы, немногочисленны, ниже представлен клинический случай течения индуцированной беременности, достигшей гестационного срока 20 недель, локализованной в интерстициальном отделе маточной трубы.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Беременная З., 35 лет, наблюдалась по поводу индуцированной беременности в женской консультации г. Кемерово. Из анамнеза выяснено, что данная беременность является третьей, которая возникла с использованием метода экстракорпорального оплодотворения. Первые две завершились в 2007 и 2014 гг., имея трубные локализации, что явилось причиной для проведения сальпингэктомий.

Согласно данным анамнеза жизни, женщина страдает хроническим пиелонефритом, ожирением 2 ст., периодическими острыми респираторными вирусными заболеваниями. В 2007 году перенесла сифилис.

Из акушерско-гинекологического анамнеза: менструации установились с 12 лет, регулярные, по 5 дней, через 28 дней, умеренные, безболезненные. Половая

**Рисунок 1**  
Извлечённое из операционной раны вместилище  
внематочной беременности, локализованной  
в интерстициальном отделе правой фаллопиевой трубы



жизнь с 16 лет. Половому партнёру 38 лет. Как уже было отмечено, у женщины вторичное бесплодие, возникшее в связи с двумя внематочными беременностями трубной локализации.

В начале гестационного периода в матке находились два эмбриона, однако в сроке 7 недель произошла гибель одного. Из особенностей течения необходимо отметить то, что при проведении ультразвукового исследования в сроке 8 недель возникло подозрение на локализацию жизнеспособного эмбриона в интерстициальном отделе маточной трубы. Однако при проведении первого УЗИ-скрининга подозрение на

### Сведения об авторах:

ФЕТИЩЕВА Лариса Егоровна, врач акушер-гинеколог, гинекологическое отделение № 1, ГАУЗ КО ОКБСМП им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово, Россия. E-mail: alex-nf2010@yandex.ru

ЗАХАРОВ Игорь Сергеевич, канд. мед. наук, доцент, кафедра акушерства и гинекологии № 1, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: isza@mail.ru

УШАКОВА Галина Александровна, доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии № 1, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: petrichl@mail.ru

МОЗЕС Вадим Гельевич, доктор мед. наук, профессор, кафедра акушерства и гинекологии № 1, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: isza@mail.ru

ДЕМЬЯНОВА Тамара Николаевна, зав. отделением гинекологии, ГАУЗ КО ОКБСМП им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово, Россия.

ВАСЮТИНСКАЯ Юлия Валерьевна, зам. главного врача по акушерско-гинекологической помощи, ГАУЗ КО ОКБСМП им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово, Россия.

ПЕТРИЧ Любовь Никитична, канд. мед. наук, врач акушер-гинеколог, гинекологическое отделение № 1, ГАУЗ КО ОКБСМП им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово, Россия. E-mail: petrichl@mail.ru

РУДАЕВА Елена Владимировна, канд. мед. наук, доцент, кафедра акушерства и гинекологии № 1, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия.

эктопическую беременность было отвергнуто. При выполнении второго скрининга в сроке 20 недель отклонений в развитии плода не выявлено, однако отмечено, что из-за выраженной подкожно-жировой клетчатки женщины визуализация затруднена.

30.10.2016 г. беременная поступила в Областную клиническую больницу скорой медицинской помощи им. М.А. Подгорбунского г. Кемерово с жалобами на боли, чувство давления в области живота, однократную рвоту, кровянистые выделения из половых путей. По данным ультразвукового исследования органов брюшной полости выявлен холециститиаз.

Учитывая наличие болевого синдрома в животе, проводилась дифференциальная диагностика начавшегося выкидыша с хирургическими заболеваниями (острым панкреатитом, калькулёзным холециститом).

Для уточнения диагноза выполнена диагностическая видеолaparоскопия, на которой было выявлено: во всех отделах большое количество крови со сгустками; в малом тазу — выраженный спаечный процесс. В связи с массивным внутрибрюшным кровотечением и невозможностью проведения ревизии, для уточнения источника кровопотери проведено расширение операции до лапаротомии.

При выполнении лапаротомного вмешательства в брюшной полости обнаружено следующее (рис. 1): в области правого маточного угла, захватывая часть правого ребра, дна и передней стенки определялось интимно предлежащее 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 объёмном образовании слева имелся разрыв, в ране которого располагалась плацентарная ткань, из места разрыва — скудное кровотечение. Правые придатки и левая маточная труба отсутствовали (удалены ранее). В области заднего листка широкой маточной связки слева определялся подпаянный при помощи грубых сращений яичник, имеющий нормальные размеры. Кроме того, в месте разрыва определялся плодный пузырь. Только после вскрытия плодного пузыря и извлечения плода стало хорошо визуализироваться



тело матки, отклонённое влево плодместилищем. При этом размеры тела матки соответствовали 7-8 неделям условного срока беременности, стенки матки не были изменены. К дну, правому углу, с захватом правого ребра интимно предлежало плодместилище, к стенкам плодместилища — плацента. Проведено удаление сегмента матки, где располагалось плодместилище (рис. 2). Выполнено выскабливание полости матки — удалена децидуальная ткань. Стенки матки ушиты.

Общая кровопотеря составила 2500 мл. В послеоперационном периоде проводилась гемотрансфузионная терапия в адекватном объёме.

**Information about authors:**

FETISHCHEVA Larisa Egorovna, the doctor obstetrician-gynecologist, gynecology section N 1, Regional Clinical Hospital of Emergency Medical Care M.A. Podgorbunsky, Kemerovo, Russia. E-mail: alex-nf2010@yandex.ru

ZAKHAROV Igor Sergeevich, candidate of medical sciences, docent, obstetrics and gynecology department N 1, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia.

USHAKOVA Galina Aleksandrovna, doctor of medical sciences, professor, head of the chair of obstetrics and gynecology N 1, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: petrchl@mail.ru

MOSES Vadim Gelyevich, doctor of medical sciences, professor, department of obstetrics and gynecology N 1, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia.

DEMYANOVA Tamara Nikolaevna, head of the department of gynecology, Regional Clinical Hospital of Emergency Medical Care M.A. Podgorbunsky, Kemerovo, Russia.

VASYUTINSKAYA Yulia Valerievna, deputy chief physician at the obstetric care, Regional Clinical Hospital of Emergency Medical Care M.A. Podgorbunsky, Kemerovo, Russia.

PETRICH Lubov Nikitichna, candidate of medical sciences, the doctor obstetrician-gynecologist, gynecology section N 1, Regional Clinical Hospital of Emergency Medical Care M.A. Podgorbunsky, Kemerovo, Russia. E-mail: petrchl@mail.ru

RUDAeva Elena Vladimirovna, candidate of medical sciences, docent, department of obstetrics and gynecology N 1, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia.

При патоморфологическом исследовании гистологического материала были обнаружены элементы маточной трубы, что явилось подтверждением предположения о локализации плодного яйца в области интерстициального отдела маточной трубы.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представленный клинический случай эктопического расположения плодного яйца в интерстициальном отделе маточной трубы, при котором беременность прогрессировала вплоть до 20 недель беременности, является достаточно редкой ситуацией. Вероятно, немаловажное значение для имплантации в данном отделе

имел фактор проведения методов вспомогательных репродуктивных технологий в связи с удалением маточных труб. Трудности своевременной диагностики были обусловлены отсутствием четкой визуализации при ультразвуковом исследовании в связи с выраженным слоем подкожно-жировой клетчатки у женщины. Обращает на себя внимание мимикрия клинической картины прерывания беременности, которая создала определённые сложности при проведении дифференциальной диагностики. Таким образом, представленный клинический случай является подтверждением тезиса о наличии высокого риска эктопического расположения плодного яйца у женщин, которым было проведено экстракорпоральное оплодотворение.

## ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES:

1. Strizhakov AN, Davydov AI, Shahlamova MN, Belotserkovtseva LD. Ectopic pregnancy. M.: Medicine, 2001. 215 p. Russian (Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Шахламова М.Н., Белоцерковцева Л.Д. Внематочная беременность. М.: Медицина, 2001. 215 с.)
2. Guriev TD, Sidororova IS. Ectopic pregnancy. M.: Practical Medicine, 2007. 96 p. Russian (Гуриев Т.Д., Сидоророва И.С. Внематочная беременность. М.: Практическая медицина, 2007. 96 с.)
3. Nachkuruzov SG. Ultrasound diagnosis of ectopic pregnancy. M.: MEDpress-Inform, 2009. 448 p. Russian (Хачкурузов С.Г. Ультразвуковая диагностика внематочной беременности. М.: МЕДпресс-информ, 2009. 448 с.)
4. Utkin EV, Kulavskiy VA. Inflammatory diseases of the pelvic organs in women. Moscow, 2015. Russian (Уткин Е.В., Кулаевский В.А. Воспалительные заболевания органов малого таза у женщин. М., 2015.)
5. Bezhenar VF, Ailamazian EK, Bailyuk EN, Tsyurdeeva AA, Polenov NI. The etiology, pathogenesis, and prevention of commissure formation during small pelvic surgery. *Rossiyskiy vestnik akushera-ginekologa*. 2011; (2): 90-100. Russian (Беженарь В.Ф., Айламазян Э.К., Байлюк Е.Н., Цыпурдеева А.А. Этиология, патогенез и профилактика спайкообразования при операциях на органах малого таза // Российский вестник акушера-гинеколога. 2011. № 2. С. 90-100.)
6. Adamian LV, Kozachenko AV, Kondratovich LM. Peritoneal adhesions: the history of research, classification and pathogenesis (a review). *Problemy reproduktivnoy meditsiny*. 2013; (6): 7-13. Russian (Адамян Л.В., Козаченко А.В., Кондратович Л.М. Спаечный процесс в брюшной полости: история изучения, классификация, патогенез (Обзор литературы) // Проблемы репродукции. 2013. № 6. С. 7-13.)
7. Zakharov IS, Ushakova GA, Demyanova TN, Bolotova SN, Fetischeva LE, Petrich LN, Dodonova GH. Adhesive disease of the pelvic organs: modern prevention opportunities. *Consilium Medicum*. 2016; 18 (6): 71-73. Russian (Захаров И.С., Ушакова Г.А., Демьянова Т.Н., Болотова С.Н., Фетищева Л.Е., Петрич Л.Н., Додорова Г.Х. Спаечная болезнь органов малого таза: современные возможности профилактики // Consilium Medicum. 2016. Т. 18, № 6. С. 71-73.)
8. Golota VJa, Martynova LI. The prevalence of ectopic pregnancy in the modern world. *Pediatrics, obstetrics and gynecology*. 2001; (6): 106-108. Ukrainian (Голота В.Я., Мартинова Л.И. Поширеність позаматкової вагітності в сучасних умовах // Педіатрія, акушерство та гінекологія. 2001. № 6. С. 106-108.)
9. Ivaniuta LI, Barnash AM. The effectiveness of laparoscopy in the examination and treatment of women with endometriosis and tubal combination-form peritonealnoyi infertility. *Women health*. 2004; 3 (19): 126-129. Ukrainian (Іванюта Л.І., Барнаш А.М. Ефективність застосування лапароскопії в обстеженні та лікуванні жінок з поєднанням ендометріозу та трубно-перітонеальної форми неплідності // Здоров'я жінки. 2004. Т. 3, № 19. С. 126-129.)
10. Anikin SS, Livshits IV, Rybalka AN. Etiopathogenesis tubal pregnancy and its impact on women's reproductive health. *Crimean journal of experimental and clinical medicine*. 2012; 2 (3-4): 4-9. Russian (Аникин С.С., Лившиц И.В., Рыбалка А.Н. Этиопатогенез трубной беременности и ее влияние на репродуктивное здоровье женщин // Крымский журнал экспериментальной и клинической медицины. 2012. Т. 2, № 3-4. С. 4-9.)

