



УДК 616.126

## ЭКТОПИЧЕСКАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ В ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ МАТОЧНОЙ ТРУБЫ

**М.Ф. КИСЕЛЕВИЧ**  
**А.В. НАГОРНЫЙ**

*Белгородский государственный  
национальный исследовательский  
университет*

*e-mail: kafedra\_ag@mail.ru*

Эктопическая трубная беременность наиболее часто локализуется в ампулярном, истмическом и, крайне редко, в интерстициальном отделе. В литературе встречается мало сведений об интерстициальной трубной беременности. В связи с этим приводится наш клинический случай прогрессирующей интерстициальной трубной беременности на малом сроке.

Ключевые слова: беременность, интерстициальная, трубная.

**Введение.** Эктопическая (внематочная) беременность – патология, при которой развитие плодного яйца происходит вне полости матки. Эта беременность представляет особую угрозу не только здоровью, но и жизни женщины.

По данным отечественных и зарубежных авторов эктопическая беременность встречается от 0,5 до 1% случаев [1, 2, 3], а в структуре причин материнской смертности она составляет 5-7% [4, 5, 6, 7].

Наиболее часто плодное яйцо локализуется в ампулярном и истмическом отделе маточной трубы [8, 9] и крайне редко в интерстициальном отделе [10, 11]. Интерстициальная трубная беременность может развиваться долго до 3-4 месяцев, а затем сопровождается разрывом плодотопища с обильным кровотечением, геморрагическим шоком в сочетании с перитонеальным и требует срочного оперативного вмешательства.

В литературе имеется мало сведений об интерстициальной трубной беременности. В связи с этим мы приводим наш клинический случай прогрессирующей интерстициальной трубной беременности на малом сроке, имевший место в Перинатальном центре Белгородской областной клинической больницы святителя Иоасафа.

Больная К-ва Н. Г. 36 лет, жительница г. Белгорода, 24.11.2011 г. в 15 ч 20 мин. по направлению врача женской консультации поступила в гинекологическое отделение Перинатального центра Белгородской областной клинической больницы святителя Иоасафа с диагнозом эктопическая (внематочная) беременность.

Со слов женщины заболела утром 24.11.2011 г., когда внезапно у нее возникли боли внизу живота и появились кровянистые, мажущиеся выделения из половых путей. Считает себя беременной, так как имеется задержка менструации. Больная обратилась к врачу женской консультации и после осмотра с подозрением на внематочную беременность с целью подтверждения диагноза была направлена на УЗИ исследование. На УЗИ от 24.11.2011 г. 14 ч.30 мин было установлено, что матка отклонена кзади с размерами: длина 93 мм, ширина 90 мм, передний размер 80 мм, контуры однородные. В толще миометрия левого маточного угла имеется плодное яйцо диаметром 32 x 21 мм с эмбрионом, КТР – 14 мм, ЧСС (+). Правый яичник размерами 39 x 22 мм, с четкими контурами, левый яичник размерами 37 x 27 мм с четкими контурами. Наличие жидкостных образований в малом тазу нет. Сделано заключение: левосторонняя трубная беременность в интерстициальном отделе, загиб матки кзади.

Из анамнеза: менструации установились с 12 лет, по 5-6 дней, через 28 дней, безболезненные, умеренные, регулярные. Последняя менструация была 29.09.2011 г.

Половая жизнь с 17 лет, не замужем. Имела 5 беременностей, из них: срочные роды – 1, преждевременные роды – 1 (на сроке 26-27 нед. по поводу врожденной патологии плода), искусственный аборт – 1, самопроизвольный выкидыш – 1. Из перенесенных гинекологических заболеваний отмечает: хронический эндометрит, трихомонадный кольпит, аденомиоз, миому матки небольших размеров. В настоящее время страдает хроническим пиелонефритом, мочекаменной болезнью.

При гинекологическом осмотре было установлено: наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Влагалище емкое, шейка матки цилиндрической формы, чистая, наружный зев закрыт. Тело матки увеличено до 5-6 недель, мягкое, ограничено подвижное. Придатки не определяются. Своды свободные.



Больной в срочном порядке было проведено лабораторное исследование: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимические анализы крови, определена группа крови, кровь на Вич и Hbs, мазки на флору, ЭКГ. Осмотрена врачом анестезиологом.

На основании жалоб больной, клинического и инструментального (УЗИ) исследования выставлен диагноз при поступлении:

Эктопическая прогрессирующая левосторонняя трубная беременность в интерстициальном отделе. ОАГА. Хронический пиелонефрит. Мочекаменная болезнь.

Учитывая редкую форму эктопической трубной беременности в интерстициальном отделе, которая часто заканчивается внезапным разрывом трубы и обильным кровотечением, больной была предложена срочная операция. Больная дала письменное согласие на операцию.

24.11.2011 г. в 16 ч. 25 мин. – 18 ч. 05 мин. Операция: Лапароскопия.

Левосторонняя тубэктомия. Иссечение трубного угла на матке. Дренаж брюшной полости.

В асептических условиях под эндотрахеальным наркозом создан пневмоперитонеум в объеме 3 литра. В брюшную полость введено три троакара диаметром 5 и 10 мм, введена оптическая система лапароскопа. При осмотре брюшной полости обнаружено: тело матки  $6 \times 7 \times 5$  см без патологических изменений. Слева в области трубного угла на матке прогрессирующая трубная беременность  $5 \times 4 \times 3$  см. Аденомиоз. Придатки справа – фаллопиева труба обычного цвета длиной 10 см не расширена. Фимбрии сохранены. Яичник – размером  $2 \times 3$  см, капсула гладкая, фолликулярный аппарат выражен. Придатки слева: фаллопиевая труба обычного цвета, длиной до 12 см, расширена в истмическом отделе, синюшного цвета, размерами  $5 \times 4 \times 3$  см. Фимбрии сохранены. Яичник размером  $2 \times 3$  см, капсула яичника гладкая с наличием желтого цвета.

Диагноз во время операции:

Эктопическая прогрессирующая левосторонняя трубная беременность в интерстициальном отделе малого срока (6 нед.). Аденомиоз.

В ходе операции произведено удаление левой маточной трубы, иссечение левого трубного угла матки с беременностью сроком 6 недель и плодovместилищем. Рана матки частично коагулирована и ушита викрилом послойно. Произведена санация брюшной полости, гемостаз. Дренаж в дугласово пространство. Последовательно удалены троакары из брюшной полости. На кожу наложены отдельные шелковые швы, асептическая наклейка. По катетеру выделено 150 мл светлой мочи. Кровопотеря 300 мл. Длительность операции 1 ч. 40 мин.

Диагноз заключительный:

Эктопическая прогрессирующая левосторонняя трубная беременность в интерстициальном отделе малого срока (6 нед.). Аденомиоз. ОАГА. Хронический пиелонефрит. Мочекаменная болезнь.

Операционный материал был направлен на гистологическое исследование.

Патологогистологическое исследование материала: маточная труба длиной 5 см, диаметром до 1 см, серо-тусклого цвета, с серозно – точечным отделяемым. 2 серозно-губчатых фрагмента, диаметром 3 см.

Микропрепарат: Трубная беременность. Фрагменты миометрия с суженного про-света маточной трубы.

Послеоперационный период протекал без осложнений, больная на 8сутки была выписана домой в удовлетворительном состоянии.

### Литература

1. Айламазян, Э.К. Эктопическая беременность//Гинекология от пубертата до постменопаузы: практич. рук-во для врачей/Э.К. Айламазян, В.В.Потин, М.А.Тарасова: под ред. Э.К.Айламазяна. – М.: Медпресс-информ. – 2004. – С.190-198.

2. Внематочная беременность. Издательство: Практическая Медицина. – 2007. – 96 с.

3. Внематочная беременность/А.Н.Стрижаков, А.И. Давыдов, М.Н. Шахламова, Л.Д. Белоцерковцева. М.: Медицина. – 2001. – 215 с.

4. Современные принципы ведения больных с внематочной беременностью. Учебное пособие для студентов – М.: Издательский Дом «Династия». – 2006. – 76 с.

5. Гуриев, Т.Д. Внематочная беременность/Т.Д.Гуриев, И.С.Сидорорва. – М.:Практическая медицина. – 2007. – 96 с.

6. Гаспаров, А.С., Хилькевич Е.Г., Каушинская Л.В. Оптимизация тактики ведения больных с внематочной беременностью//Второй международный конгресс по репродуктивной медицине «Репродуктивное здоровье семьи». – М., 2008. – С. 269-270.

7. Каушанская, П.В. Особенности клинического течения внематочной беременности //Российский вестник акушера-гинеколога. – 2008. – №1. – С. 31-33.



8. Кулаков, В.И. Ургентная гинекология: новый взгляд / Кулаков В.И., Гаспаров А.С., Косаченко А.Г. // Журнал акуш. и женских болезней. – 2001. – Вып. III. – Т. L. – С. 15-18.

9. Лапароскопическое лечение внематочной беременности / Т.Н. Демьянова, Н.Л. Богданова, С.Н. Дикова и др. // Материалы IX Всероссийского научного форума «Мать и Дитя»: М., «МЕДИ Экспо». – 2007. – С. 382-383.

10. Миндзари, М.Г. Прогрессирующая внематочная беременность – возможности абдоминальной и вагинальной ультразвуковой диагностики / Г.М. Миндзари, А.С. Мтвардзе // Мед. визуализация. – 2004. – №3. – С.102-104.

11. Петрова, Е.В. Внематочная беременность в современных условиях // Акушерство и гинекология. – 2008. – №1. – С. 31-33.

## EXTRA-UTERINE PREGNANCY IN ISTMIC PARTS

**M.F. KISELEVICH**  
**A.V. NAGORNYI**

*Belgorod National  
Research University*

*e-mail: kafedra\_ag@mail.ru*

Extra-uterine trumpet pregnancy is most often localized in ampullar, istmic and, extreme is rare, in interstitial department. In the literature there are few data about interstitial trumpet pregnancy. In this connection our clinical case progressing interstitial trumpet pregnancy on small term is resulted.

Keywords: pregnancy, interstition, trumpets.