

## 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 плодного мешка 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 × 7 × 5 см без патологических изменений. Слева в области трубного угла на матке прогрессирующая трубная беременность 5 × 4 × 3 см. Аденомиоз. Придатки справа – фаллопиева труба обычного цвета длиной 10 см не расширена. Фимбрии сохранены. Яичник – размером 2 × 3 см, капсула гладкая, фолликулярный аппарат выражен. Придатки слева: фаллопиева труба обычного цвета, длиной до 12 см, расширена в истмическом отделе, синюшного цвета, размерами 5 × 4 × 3 см. Фимбрии сохранены. Яичник размером 2 × 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-гусского цвета, с серозно – точечным отделяемым. 2 серозно-губчатых фрагмента, диаметром 3 см.

Микропрепарат: Трубная беременность. Фрагменты миометрия с суженного просвета маточной трубы.

Послеоперационный период протекал без осложнений, больная на 8 сутки 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.Сидорова. – 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 ampul- jar, istmic and, extreme is rare, in interstitial department. In the litera- ture there are few data about interstitial trumpet pregnancy. Inthis con- nection our clinical case progressing interstitial trumpet pregnancy on small term is resulted.

Keywords: pregnancy, interstition, trumpets.