

С.В. ХАБАРОВ

Воловская центральная районная
больница Тульской областиО СЛУЧАЯХ
ГЕТЕРОТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

В статье описаны два случая
сочетания маточной и трубной
беременностей.

Среди всех видов внематочной беременности принято различать часто и редко встречающиеся формы. К первой относят ампулярную и истмическую локализации трубной беременности, на долю которых приходится 93 - 98,5% случаев [1,2].

К редким формам внематочной беременности относят интерстициальную (0,4 - 2,1%), яичниковую (0,4 - 1,3%), брюшную (0,1 - 0,9%). Еще реже встречается беременность, развивающаяся в рудиментарном роге матки (0,1 - 0,9%), в добавочной маточной трубе.

К казуистике относят чрезвычайно редкие случаи многоплодной беременности с разнообразной локализацией (гетеротопическая беременность): сочетание маточной и трубной, двусторонняя трубная и другие сочетания эктопической локализации плодного яйца [2,3,4].

Частота спонтанной гетеротопической беременности, возникшей при неэкстракорпоральном оплодотворении, в общей популяции беременных колеблется от 1:4000 до 1:10 000 беременностей [5].

Ввиду редкости данной патологии мы сочли необходимым поделиться собственными наблюдениями.

Больная Б., 31 год, поступила в гинекологическое отделение Воловской центральной районной больницы 04.07.99 г. с жалобами на боли в правой половине живота, эпигастрии, иррадиирующие в правую ключичную область; периодические боли в нижних отделах живота, иррадиирующие в прямую кишку; общую слабость, головокружение, неоднократную потерю сознания. По ее словам, больна с 02.07.99 г., когда

впервые появились вышеуказанные жалобы.

Из анамнеза: последняя нормальная менструация с 05.05.99 г. по 09.05.99 г. В прошлом у женщины были две беременности, закончившиеся родами.

Общий статус: общее состояние средней тяжести. Кожа и видимые слизистые бледные с желтушным оттенком. АД 110/70 мм рт. ст. Ps 140 уд./мин, ритмичный. Живот мягкий, болезненный при пальпации во всех отделах. При перкуссии - притупление звука в боковых отделах живота.

Влагалищное исследование: тело матки увеличено соответственно 8 неделям беременности, размягчено. Область правых придатков без особенностей. Слева в области придатков пальпируется болезненное образование мягко-эластичной консистенции диаметром 6 см. Задний свод нависает. Пальпация его и тракции за шейку матки резко болезненны.

Анализ крови от 04.07.99 г.: Hb 70 г/л, эр. $1,4 \times 10^{12}$ /л, Ht 19%, лейкоц. $10,0 \times 10^9$ /л, РОЭ 22 мм/час.

Диагноз: нарушенная внематочная беременность слева, геморрагический шок II - III ст.

Больная экстренно направлена в операционную. При лапаротомии обнаружено: в брюшной полости около 3500 мл крови с большим количеством сгустков. Матка цианотична, увеличена соответственно 8 неделям беременности. Левая маточная труба увеличена в размерах, сине-багрового цвета. В средней трети трубы имеется дефект ткани, из которой при пальпации выделилось плодное яйцо (плод размером 12 мм). Произведена левосторонняя тубэктомия (гист. исследование -



нарушенная трубная беременность на фоне хронического сальпингита).

В послеоперационный период проводилось переливание эритроцитарной массы, общеукрепляющее лечение.

При влагалищном исследовании 18.07.99 г. обнаружено: матка увеличена соответственно 10 неделям беременности. Произведено УЗ-исследование органов малого таза: маточная беременность 10 недель.

После выписки из стационара женщина взята на учет по беременности, которая закончилась срочными родами 01.02.2000 г.

Такое же сочетание двух беременностей наблюдалось у оперированной в феврале 2000 года женщины.

Больная К., 34 года, обратилась на прием к гинекологу с жалобами на задержку менструации.

Из анамнеза: имела в прошлом 6 беременностей, которые закончились двумя родами и четырьмя искусственными абортами; страдает хроническим сальпингоофоритом, тазовыми перитоническими спайками. Вторичное бесплодие с 1995-го по 2000 г. В 1995 г. удалены левые придатки матки по поводу пиосальпинкса и пиовара.

Последняя менструация с 06.12.99 г. по 10.12.99 г. Пластичный тест на наличие ХГ в моче от 24.01.2000 г. положительный. УЗ-исследование органов малого таза от 25.01.2000 г.: маточная беременность малого срока. Выраженный спаечный процесс в малом тазу. 26.01.2000 г. в амбулаторно-поликлинических условиях произведен мини-аборт (гист. исследование - нарушенная маточная беременность).

После операции пациентку беспокоили периодические ноющие боли в правой паховой области. 01.02.2000 г. в 18.00 самостоятельно обратилась в приемное отделение Волковской ЦРБ с жалобами на интенсивные боли в животе без четкой локализации, отдающие в правое плечо и сла-

бее - в правую нижнюю часть живота и поясницу, сухость во рту, подъем температуры до 37,5°C. По ее словам, боли появились внезапно в 17.00.

Общее состояние средней тяжести. Кожа и видимые слизистые обычной окраски. В легких везикулярное дыхание, АД 130/80 мм рт. ст., Ps 96 уд./мин, ритмичный. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Живот умеренно вздут, резко болезненный при пальпации во всех отделах. Симптом раздражения брюшины положительный. Кишечные шумы выслушиваются, исследование через прямую кишку - ампула прямой кишки болезненна.

Влагалищное исследование: тело матки и придатки четко не определяются из-за резкой болезненности. Выделения светлые.

Анализ крови от 01.02.2000 г.: Hb 120 г/л, лейкоц. $11,2 \times 10^9$ /л, СОЭ 22 мм/час.

Хотя у больной наблюдались субфебрильная температура, лейкоцитоз и повышенная СОЭ, указывающие в определенной степени на воспалительный процесс, однако клиническая картина не была типичной для воспаления, поэтому возникло предположение, что у больной имеется нарушенная внематочная беременность. С диагностической целью произведена пункция брюшной полости через задний свод влагалища - получена темная жидкая кровь.

Произведенная лапаротомия показала наличие в брюшной полости 1000 мл крови со сгустками. К передней брюшной стенке и органам таза подпаяны большой сальник и петли кишечника. Правая маточная труба утолщена в средней трети, с дефектом стенки. Произведено удаление трубы (гист. исследование - нарушенная трубная беременность на фоне хронического сальпингита).

Послеоперационный период без особенностей.