

Абдоминальная беременность с живорождением в третьем триместре

М.Н. Мочалова¹, А.И. Галеева^{1,2}, Е.С. Ахметова¹, А.А. Кустова², Е.Ю. Николаева², Т.В. Хавень²

¹ Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия;

² Zabaikalsky Regional Perinatal Center, Чита, Россия

АННОТАЦИЯ

Абдоминальная беременность является редкой формой эктопической беременности и составляет 0,1% от всех беременностей. Данная патология ассоциирована с неблагоприятными исходами из-за затруднительной диагностики и отсутствия единой тактики ведения. В статье описывается случай абдоминальной беременности с живорождением. Пациентка находилась на учёте в женской консультации с ранних сроков. Выполнялись скрининговые ультразвуковые исследования в установленные сроки, которые описывали аномалию развития (двууговую матку), а также признаки предлежания плаценты. Согласно маршрутизации с 33-й недели беременная находилась в акушерском стационаре 3-го уровня. На 7-е сутки стационарного лечения пациентка предъявила жалобы на опоясывающую ноющую боль в эпигастральной области, тошноту. Провели инструментальное и клинико-лабораторное обследование, выставлен дополнительный диагноз: хронический панкреатит, неполная ремиссия. Пациентка переведена в многопрофильный стационар — краевую клиническую больницу. На следующий день выполнили контрольное акушерское ультразвуковое исследование, в котором регистрировалось снижение индекса амниотической жидкости 0 мм. Учитывая абсолютное маловодие, полное предлежание, вращение плаценты пациентка родоразрешена путём кесарева сечения в срочном порядке. Интраоперационно выставлен диагноз: абдоминальная беременность. Родилась живая недоношенная девочка.

Ключевые слова: клинический случай; эктопическая беременность; абдоминальная беременность; двууголая матка; живорождение.

КАК ЦИТИРОВАТЬ:

Мочалова М.Н., Галеева А.И., Ахметова Е.С., Кустова А.А., Николаева Е.Ю., Хавень Т.В. Абдоминальная беременность с живорождением в третьем триместре // Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирёва. 2025. Т. 12, № 3. С. XX–XX. DOI: 10.17816/aog646559 EDN: ?????

Рукопись получена: 27.01.2025

Рукопись одобрена: 05.07.2025

Опубликована online: ????????

Все права защищены © Эко-Вектор, 2025

Abdominal Pregnancy With Live Birth

Marina N. Mochalova¹, Anna I. Galeeva^{1,2}, Elena S. Akhmetova¹, Anna A. Kustova², Ekaterina Yu. Nikolaeva², Tatyana V. Khaven²

¹ Chita State Medical Academy, Chita, Russia;

² Perinatal center of Transbaikal regional Clinical Hospital, Chita, Russia

ABSTRACT

Abdominal pregnancy is a rare form of ectopic pregnancy and accounts for 0.1% of all pregnancies. This pathology is associated with unfavorable outcomes due to difficult diagnosis and lack of a unified management strategy. The article describes a case of abdominal pregnancy with live birth. The patient was registered at the antenatal clinic from an early stage. Screening ultrasounds were performed on time, which described a developmental anomaly—a two-horned uterus, as well as signs of placenta previa. According to the routing, the pregnant woman had been in a level 3 obstetric hospital since 33 weeks. On the 7th day of inpatient treatment, the patient complained of shingles, aching pain in the epigastric region, and nausea. An instrumental, clinical and laboratory examination was performed, and an additional diagnosis was made: chronic pancreatitis, incomplete remission. The patient was transferred to a multidisciplinary hospital, the Regional Clinical Hospital. The next day, a follow-up obstetric ultrasound was performed, which recorded a decrease in the amniotic fluid index of 0 mm. Given the absolute lack of water, complete presentation, and placenta accreta, the patient was delivered by cesarean section as a matter of urgency. During the operation, the diagnosis was made: abdominal pregnancy. A live, premature baby girl was born.

Keywords: case report; ectopic pregnancy; abdominal pregnancy; bicornuate uterus; live birth.

TO CITE THIS ARTICLE:

Mochalova MN, Galeeva AI, Akhmetova ES, Kustova AA, Nikolaeva EYu, Khaven TV. Abdominal pregnancy with live birth. *V.F. Snegirev Archives of Obstetrics and Gynecology*. 2025;12(3):xx–xx. DOI: 10.17816/aog646559 EDN: ?????

Received: 27.01.2025

Accepted: 05.07.2025

Published online: ??????????

All rights reserved © Eco-Vector, 2025

ОБОСНОВАНИЕ

Абдоминальная беременность является редкой формой эктопической беременности и составляет 0,1% от всех беременностей и 1,3–1,6% от всех эктопических беременностей, а по отношению к родам варьирует, по данным разных авторов [1–3], от 1:10000 до 1:30000.

Абдоминальная беременность ассоциирована с неблагоприятными исходами для матери и плода, так как до настоящего времени не разработана единая тактика ведения пациенток с данной патологией в отношении сроков и методов родоразрешения [4]. Частота материнской смертности при абдоминальной беременности составляет 5,1 на 1000 беременностей [5].

Диагностика абдоминальной беременности является очень сложной проблемой и в подавляющем большинстве наблюдений диагноз ставится во II–III триместре, после несостоявшихся родов или во время операции кесарева сечения [6–8]. Частота ошибок ультразвукового исследования (УЗИ) в диагностике абдоминальной беременности составляет 50–100% [9, 10].

В отечественной и зарубежной литературе представлены возможные клинические проявления абдоминальной беременности, но они весьма разнообразны и неспецифичны. Описаны отдельные случаи брюшной беременности, когда диагноз был поставлен только интраоперационно, причём нередко показаниями для оперативного вмешательства являлись острый живот и геморрагический шок [11–13].

Выделяют два варианта абдоминальной беременности: первичный и вторичный. При первичной форме плодное яйцо имплантируется в брюшной полости, при вторичной — попадает в брюшную полость из маточной трубы при трубном выкидыше [14].

ОПИСАНИЕ СЛУЧАЯ

Нами зарегистрирован и описан случай первичной абдоминальной беременности с рождением живого ребёнка на сроке 34 недели + 4 дня.

Пациентка М., 38 лет, беременная повторно, повторнородящая. Из анамнеза: беременность 5-я, роды предстояли 4-е. В прошлом все роды происходили через естественные родовые пути на доношенном сроке и протекали без осложнений. В ноябре 2024 г. данная пациентка обратилась в женскую консультацию с жалобами на задержку менструации, качественный мочевой тест ХГЧ был положительный. Встала на учёт в женскую консультацию на сроке 8–9 недель. На сроке 11 недель обращалась в женскую консультацию с жалобами на боли внизу живота, в связи с чем был выставлен диагноз: угрожающий самопроизвольный выкидыш, назначена терапия препаратом микронизированного прогестерона интравагинально. За время наблюдения в женской консультации было выполнено 2 скрининговых УЗИ. Заключение 1-го УЗ-скрининга: 13 недель 2 дня, УЗ-признаки двурогой матки, свободная жидкость в малом тазе. При проведении биохимического скрининга 1-го триместра выявлен высокий риск трисомии по 21-й хромосоме (1:12), по поводу чего пациентке выполнялась хорионбиопсия. Результат цитогенетического исследования: 46XX. При проведении 2-го УЗ-скрининга на сроке 20 недель 3 дня были выявлены УЗ-признаки неполного предлежания плаценты.

При выполнении внескринингового УЗИ на сроке 28 недель диагностировано полное предлежание плаценты. С учётом удалённости проживания от акушерского стационара 3-го уровня пациентку направили в отделение акушерского ухода ГУЗ «Городской родильный дом» (Чита), где она находилась с диагнозом: беременность 28 недель; отягощённый акушерский анамнез; полное предлежание плаценты; гестационный сахарный диабет; врожденная аномалия развития полового аппарата (двурогая матка); хроническая железодефицитная и В12-дефицитная анемия, обострение. Пациентке проводили дообследование, антианемическую терапию, наблюдение. Спустя 7 дней была выписана под наблюдение врача женской консультации с условием проживания в Чите вблизи акушерского стационара 3-го уровня и плановой госпитализации на сроке 33 недели в отделение патологии беременности акушерского стационара 3-го уровня (Чита).

Согласно маршрутизации на сроке 33 недели беременную госпитализировали в акушерский стационар 3-го уровня для наблюдения, дообследования и решения вопроса о сроке родоразрешения.

На 7-е сутки стационарного лечения пациентка предъявила жалобы на опоясывающую ноющую боль в эпигастральной области, тошноту. По акушерскому УЗИ заключение: индекс амниотической жидкости — 29 мм, плацента по задней стенке перекрывает внутренний зев, положение плода поперечное, головка плода больше слева. УЗДГ: нарушений маточно-плацентарного кровотока не выявлено. УЗИ абдоминальное: признаки увеличения размеров жёлчного пузыря. Проведено клиничко-лабораторное обследование. Биохимический анализ крови: амилаза — 40 ЕД/л (норма — до 40 ЕД/л), СРБ — 68,2 мг/л (норма — до 5 мг/л). Выставлен

дополнительно диагноз: хронический панкреатит, неполная ремиссия. Переведена в многопрофильный стационар — ГУЗ «Красная клиническая больница». В приёмном отделении осмотрена дежурным хирургом, выставлен диагноз: кишечная колика. Назначен приём спазмолитиков. Пациентка госпитализирована в отделение патологии беременности перинатального центра ККБ.

При поступлении лабораторные данные были в пределах референсных значений. На следующий день выполнено контрольное акушерское УЗИ: размеры плода соответствовали 32–33 неделям. Структурные изменения и утолщения плаценты. УЗ-признаки абсолютного маловодия (индекс амниотической жидкости — 0). Поперечное положение плода. УЗ-признаки предлежания плаценты. Не исключаются признаки вставания плаценты. Учитывая абсолютное маловодие, пациентке предложили оперативное родоразрешение в срочном порядке. Письменное информированное согласие получено. Проведена нижнесрединная лапаротомия. При вскрытии брюшной полости отмечено, что к передней брюшной стенке предлежит плодный пузырь, вскрылся самостоятельно (рис. 1). За ножки извлечена без технических сложностей живая недоношенная девочка массой 2190 г, рост 43 см, 6/7 баллов по шкале Апгар.

При ревизии брюшной полости обнаружено, что плацента расположена на наружной поверхности матки, занимает дно и правое ребро (рис. 2). Плодные оболочки интимно спаяны с брыжейкой толстой кишки, петлями сальника, широкой связкой справа, брюшиной малого таза. Тело матки увеличено до 16 недель беременности. С учётом вставания плаценты в область сосудистых пучков имелся высокий риск массивной кровопотери, провели интраоперационный консилиум в составе заместителя главного врача ККБ по акушерству и гинекологии, врачей операционной бригады, приняли коллегиальное решение о расширении объёма операции до экстирпации матки. Заключительный диагноз после операции: оперативные преждевременные роды при абдоминальной беременности на сроке 34 недели + 4 дня; отягощённый акушерский анамнез; хроническая фетоплацентарная недостаточность, субкомпенсированная форма; хроническая гипоксия плода; гестационный сахарный диабет; эндемический узловый зоб; вставание плаценты; экстирпация матки без придатков; дренирование брюшной полости (рис. 3). Общая кровопотеря за время операции составила 3 л, проведена реинфузия аутокрови с помощью Cell Saver в объёме 788 мл, трансфузия донорской плазмы — в объёме 1100 мл, дополнительная инфузионная терапия составила 2000 мл.

Пациентка наблюдалась после оперативного родоразрешения в отделении реанимации и интенсивной терапии перинатального центра ККБ в течение двух суток. На 3-и сутки переведена в послеродовое отделение в удовлетворительном состоянии.

Новорождённая находилась под наблюдением в ОРИТН с диагнозом: транзиторное тахипноэ новорождённого; при рождении умеренная асфиксия; недоношенность на сроке 34+3 недели. Находилась на ИВЛ в течение суток. Со вторых суток жизни в кислородной поддержке не нуждалась.

ОБСУЖДЕНИЕ

Данный клинический случай вынашивания абдоминальной беременности до 3-го триместра показывает сложность диагностики редких форм эктопической беременности. Зачастую у таких пациенток ошибочно может быть диагностирована аномалия развития полового аппарата. В этом случае огромную роль играет не только наличие УЗ-аппаратуры экспертного класса, но и уровень квалификации специалиста УЗ-диагностики, который проводит 1-й УЗ-скрининг.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Все случаи абдоминальной беременности относят к случаям, угрожаемым по тяжёлой материнской заболеваемости и смертности из-за высокого риска массивного внутрибрюшного кровотечения. Однако следует отметить, что при безошибочной УЗ-диагностике по итогам 1-го скрининга в описанном клиническом случае вынашивание и рождение живого ребёнка не было бы возможным.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Вклад авторов. М.Н. Мочалова — определение концепции, руководство исследованием, пересмотр и редактирование рукописи; А.И. Галеева - проведение исследования, визуализация, пересмотр и редактирование рукописи; Е.С. Ахметова- проведение исследования, пересмотр и редактирование рукописи; А.А. Кустова —; написание черновика рукописи, проведение исследования; Е.Ю. Николаева — написание черновика рукописи, проведение исследования; Т.В. Хавень — руководство исследованием, написание черновика рукописи;. Все авторы одобрили рукопись (версию для публикации), а также согласились нести ответственность за все аспекты работы, гарантируя надлежащее рассмотрение и решение вопросов, связанных с точностью и добросовестностью любой её части.

Этическая экспертиза. Проведение исследования одобрено локальным этическим комитетом ЧГМА (протокол № 104 от 16.12.2024).

Согласие на публикацию. Авторы получили письменное информированное добровольное согласие пациента на публикацию персональных данных, в том числе фотографий, в научном журнале, включая его электронную версию (дата подписания 6.07.2024). Объём публикуемых данных с пациентом согласован.

Источники финансирования. Отсутствуют.

Раскрытие интересов. Авторы заявляют об отсутствии отношений, деятельности и интересов за последние три года, связанных с третьими лицами (коммерческими и некоммерческими), интересы которых могут быть затронуты содержанием статьи.

Оригинальность. При создании настоящей работы авторы не использовали ранее опубликованные сведения (текст, иллюстрации, данные).

Доступ к данным. Доступ к данным, полученным в настоящем исследовании, закрыт.

Генеративный искусственный интеллект. При создании настоящей статьи технологии генеративного искусственного интеллекта не использовали.

Рассмотрение и рецензирование. Настоящая работа подана в журнал в инициативном порядке и рассмотрена по обычной процедуре. В рецензировании участвовали два рецензента, член редакционной коллегии и главный редактор издания.

ADDITIONAL INFORMATION

Author contributions: M.N. Mochalova: conceptualization, supervision, writing – review & editing ; A.I. Galeeva: investigation, writing - review & editing, visualization ; E.S. Akhmetova: investigation, writing - review & editing ; A.A. Kustova: investigation, writing – original draft ; E.Yu. Nikolaeva: investigation, writing – original draft; T.V. Khaven: supervision, writing – original draft All authors approved the version of the manuscript to be published and agree to be accountable for all aspects of the work, ensuring that questions related to the accuracy or integrity of any part of the work are appropriately investigated and resolved.

Ethics approval: The study was approved by the Local Ethics Committee of the CHSMA (protocol No. 104 of 16/12/2024).

Consent for publication: All participants provided written informed consent prior to inclusion in the study.

Funding sources: No funding.

Disclosure of interests: The authors have no relationships, activities, or interests for the last three years related to for-profit or not-for-profit third parties whose interests may be affected by the content of the article.

Statement of originality: No previously published material (text, images, or data) was used in this work.

Data availability statement: Access to the data obtained in this study is restricted.

Generative AI: No generative artificial intelligence technologies were used to prepare this article.

Provenance and peer-review: This paper was submitted unsolicited and reviewed following the standard procedure. The peer review process involved two reviewers, a member of the editorial board, and the in-house scientific editor.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ | REFERENCES

1. Chughtai F. Twin abdominal pregnancy — a rare scenario. *J Pak Med Assoc.* 2017;67(5):793–795.
2. Rohilla M, Joshi B, Jain V, et al. Advanced abdominal pregnancy: a search for consensus. Review of literature along with case report. *Arch Gynecol Obstet.* 2018;298(1):1–8. doi: 10.1007/s00404-018-4743-3
3. Demidov VN, Sarkisov SE, Demidov AV. Abdominal pregnancy: clinic, diagnosis, outcomes. *Akusherstvo i Ginekologiya.* 2014;(12):94–99. EDN: TESOWR
4. Efremov PI, Efremov AP, Kryukov VA, et al. Delivery after advanced abdominal pregnancy. *Akusherstvo i Ginekologiya.* 2022;(7):142–148. doi: 10.18565/aig.2022.7.142-148 EDN: DXSVEG
5. Antequera A, Babar Z, Balachandar C, et al. Managing ruptured splenic ectopic pregnancy without splenectomy: case report and literature review. *Reprod Sci.* 2021;28(8):2323–2330. doi: 10.1007/s43032-021-00476-8
6. Utalo T, Getu J. A unique case of the coexistence of intrauterine and abdominal pregnancies, which resulted in a positive birth. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2022;22(1):243. doi: 10.1186/s12884-022-04561-x
7. Hailu FG, Yihunie GT, Essa AA, Tsega WK. Advanced abdominal pregnancy, with live fetus and severe preeclampsia, case report. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2017;17(1):243. doi: 10.1186/s12884-017-1437-y
8. Shishkina TYu, Aksenova VB. Ultrasound diagnosis of early abdominal pregnancy. *Gynecology, Obstetrics and Perinatology.* 2022;21(2):157–160. doi: 10.20953/1726-1678-2022-2-157-160 EDN: LLWTRY
9. Davydov AI, Rubina EV, Pashkov VM, Shakhlamova MN. Rare types of ectopic pregnancy: methodology and long-term treatment results. *Gynecology, Obstetrics and Perinatology.* 2019;18(2):69–75. doi: 10.20953/1726-1678-2019-2-69-75 EDN: ZIJYGT
10. Shan N, Dong D, Deng W, Fu Y. Unusual ectopic pregnancies: a retrospective analysis of 65 cases. *J Obstet Gynaecol Res.* 2014;40(1):147–154. doi: 10.1111/jog.12146
11. Alexandrova EE, Ryzhova NK. The successful outcome of abdominal pregnancy (the ICD-code IS O83.3). *Russian Journal of Human Reproduction.* 2017;23(4):8–10. doi: 10.17116/repro20172348-10 EDN: ZGZDJB
12. Tofelac PN, Abanda MN, Minkande JZ, Priso EB. The challenge in the diagnosis and management of an advanced abdominal pregnancy in a resource-low setting: a case report. *J Med Case Rep.* 2017;11(1):199. doi: 10.1186/s13256-017-1369-1
13. Ivanova NA, Kormakova TL, Ukvalberg ME, et al. Full-term abdominal pregnancy. *Akusherstvo i Ginekologiya.* 2021;(5):180–184. doi: 10.18565/aig.2021.5.180-184 EDN: MMMBCU
14. Buianova SN, Shchukina NA, Chechneva MA. Abdominal pregnancy. The Russian bulletin of the obstetrician gynecologist. 2014;14(5):71–74. EDN: TANOCL

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / AUTHORS' INFO

* Автор, ответственный за переписку	* Corresponding author
* Галеева Анна Ильинична ; адрес: Россия, 6720000, Чита, ул. Горького, д. 39а; ORCID: 0000-0001-8234-1797; eLibrary SPIN: 7315-6341; e-mail: plotkina.ann@yandex.ru	* Anna I. Galeeva ; address: 39a Gorkogo st, Chita, Russia, 6720000; ORCID: 0000-0001-8234-1797; eLibrary SPIN: 7315-6341; e-mail: plotkina.ann@yandex.ru
Мочалова Марина Николаевна , канд. мед. наук, доцент; ORCID: 0000-0002-5941-0181; eLibrary SPIN: 1068-3570; e-mail: marina.mochalova@gmail.com	Marina N. Mochalova , MD, Cand. Sci. (Medicine), Assistant Professor; ORCID: 0000-0002-5941-0181; eLibrary SPIN: 1068-3570; e-mail: marina.mochalova@gmail.com
Ахметова Елена Сергеевна , канд. мед. наук; ORCID: 0000-0002-6568-8905; eLibrary SPIN: 7543-2483; e-mail: akhmetlena@yandex.ru	Elena S. Akhmetova , MD, Cand. Sci. (Medicine); ORCID: 000-0002-6568-8905; eLibrary SPIN: 7543-2483; e-mail: akhmetlena@yandex.ru
Кустова Анна Александровна , врач-акушер-гинеколог; ORCID: 0000-0002-1636-6440; e-mail: kustovaa@yandex.ru	Anna A. Kustova , Obstetrician-Gynecologist; ORCID: 0000-0002-1636-6440; e-mail: kustovaa@yandex.ru
Николаева Екатерина Юрьевна , врач-акушер-гинеколог; ORCID: 0009-0008-4428-980X; e-mail: nikola.ekaterina@yandex.ru	Ekaterina Yu. Nikolaeva , Obstetrician-Gynecologist; ORCID: 0009-0008-4428-980X; e-mail: nikola.ekaterina@yandex.ru
Хавень Татьяна Васильевна ; ORCID: 0009-0006-5335-7494; e-mail: t_khaven@mail.ru	Tatyana V. Khaven ; ORCID: 0009-0006-5335-7494; e-mail: t_khaven@mail.ru

РИСУНКИ



Рис. 1. Интраоперационная картина при вскрытии брюшной полости.

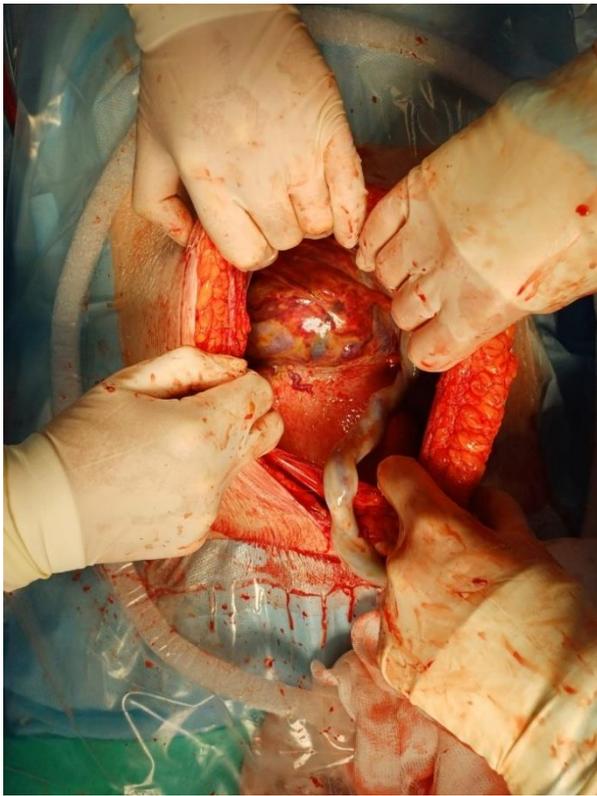


Рис. 2. Интраоперационная картина после извлечения плода (врастание плаценты в дно матки).



Рис. 3. Макропрепарат экстирпованной матки с вросшей плацентой.