

9. Vollmar, J. technique of the thrombendarterectomy (spiraling disobliteration)/ J.Vollmar, K. Lauhach, J. Gems // Brims. Beiler. Klin. Chir.- 1969.- Vol. 217.- P. 678-690.

## СЛУЧАЙ ЭКТОПИЧЕСКОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ С ИМПЛАНТАЦИЕЙ ПЛОДНОГО ЯЙЦА В ПЕЧЕНИ

*Гривачевский А.С., Угляница К.Н., Болбатун А.И.,  
Бобко Ю.И., Андреева О.В., Карпуть И.А.*

*Гродненская областная клиническая больница,  
Гродненский государственный медицинский университет,  
Гродненское областное патологоанатомическое бюро*

**Актуальность.** Эктопической брюшной беременностью называют беременность, при которой эмбрион имплантируется не в полости матки, а в области сальника, брюшины или на поверхности органов брюшной полости. Такая патология возникает редко и составляет 0,3-0,4% от общего количества внематочных беременностей.

В тоже время, имплантация плодного яйца в печени еще более редкая разновидность эктопической абдоминальной беременности. При этом, по мере ее прогрессирования, возникает потенциальная угроза (кровотечение, желчный перитонит и др.) жизни матери. В литературе описываются лишь единичные наблюдения печеночной беременности [1-3]. Вероятность имплантации плодного яйца в печени оценивается как менее 1% от абдоминальной эктопии [2], или около 1 случая на 1000000 всех беременностей.

**Целью** настоящего сообщения является демонстрация клинического случая редкого варианта эктопической беременности.

Приводим наше наблюдение.

Пациентка С., 26 лет, поступила 28.03.16 г. в онкоотделение №5 ГОКБ с жалобами на умеренные боли в правом подреберье периодически сопровождающиеся тошнотой. Болеет около трех недель. В анамнезе каких либо заболеваний не отмечает. Направляющий диагноз при поступлении: Очаговое образование печени. Гемангиома?

При поступлении состояние удовлетворительное. Объективно: молодая женщина, астенического телосложения, вес 45 кг. При физикальном обследовании признаков соматической патоло-

гии не выявлено. АД 125/65 мм рт. ст. Пульс 68 в мин. Язык влажный. При пальпации живот мягкий. В правом подреберье определяется плотное малоблезненное, ограниченно смещаемое, с гладкой поверхностью образование до 5 см в диаметре.

Из гинекологического анамнеза установлено, что беременностей и родов не было, последние месячные были 2.02.16 г., в срок. В связи с появившимися болями в правом подреберье 21.02.16г. выполнялось УЗ исследование, при котором патологических изменений со стороны печени не выявлено. С 23.02.16г. выявлены положительные тесты на беременность.

С 7.03. по 18.03.16 г. находилась в гинекологическом отделении с диагнозом: погибшее плодное яйцо. Здесь 7.03. и 9.03.16 г. исследованы уровни бета-хорионического гонадотропина человека ( $\beta$ -ХГЧ), которые составили 1252 и 1350 мМЕ/л соответственно. 10.03.16 г. выполнена аспирация содержимого полости матки и кульдоцентез. При морфоцитологическом исследовании биоптатов элементы хориона и атипичные клетки не обнаружены.

После выписки из стационара пациентка случайно прощупала округлое образование в правом подреберье. По этому поводу 26.03.16 г. выполнено УЗИ, по данным которого на границе правой и левой долей печени выявлено объемное округлое образование 40×36 мм с гипоэхогенным ободком и участком распада в центре. Направлена в онкологическое отделение.

В онкоотделении №5 пациентка дообследована. Клинико-биохимические анализы крови и мочи без патологии. ЭКГ – вариант нормы. Рентгенография органов грудной клетки в пределах возрастной нормы.

УЗИ органов брюшной полости от 29.03.16 г.: на границе правой и левой долей печени у нижнего края лоцируется неоднородной структуры образование 50×40 мм с преобладанием мелких кистозных включений. МРТ брюшной полости от 2.04.16. Печень 173×89 мм, в S4 определяется округлое неоднородное тканевое образование с жидкостным компонентом, диаметром до 39 мм с четкими ровными контурами (кавернозная гемангиома? тканевое образование?).

На основании визуализирующих методов, анамнеза консилиумом выставлен диагноз: Опухоль печени? Абдоминальная печеночная беременность? и рекомендовано оперативное лечение.

6.04.16. г. под интубационным наркозом произведена верх-

не-срединная лапаротомия. При ревизии по диафрагмальной поверхности печени на границе 3-4 сегментов выявлено одиночное опухолевидное образование до 5 см в диаметре, с поствоспалительными сращениями с прилежащей брюшной стенкой. Другой патологии не выявлено. Отступя 2-3 см от видимого края очага выполнена атипичная резекция S3-S4 левой доли печени единым блоком, включающим опухоль с фиксированной к ней задней стенкой влагалища прямой мышцы живота (R0). Послеоперационный период протекал без осложнений. Выписана из стационара на 9 сутки.

Патогистологическое исследование № 17954. Фрагмент печени 6×6см с наличием полости диаметром 3,5 см, заполненной сгустками крови. Среди элементов крови обнаружены незрелые ворсины хориона.

Пациентке выставлен заключительный диагноз: Нарушенная абдоминальная (печеночная) беременность.

**Выводы.** 1. При опухолях органов брюшной полости у женщин фертильного возраста следует помнить о возможной абдоминальной беременности.

2. При наличии признаков беременности, повышении уровня  $\beta$ -ХГЧ, и без идентификации плодного яйца в матке или полости малого таза, необходимо обследовать всю брюшную полость для возможного выявления эктопической абдоминальной беременности.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Primary Hepatic Ectopic Pregnancy: A Case Report / Tu, J., E. Wang, J. Shen // J Reprod Med. – 2016. Mar-Apr. – V. 61(3-4). – P. 175-178.
2. Kuai, XP. Ectopic pregnancy implanted in the liver under the diaphragm. / XP. Kuai, SY. Wang, JM. Qiu // Taiwan J Obstet Gynecol. – 2013 – V. 52 – P. 586-587.
3. Shippey, SH. Diagnosis and management of hepatic ectopic pregnancy SH Shippey, SM Bhoola, AB Royek, et al. // Obstet Gynecol. – 2007 – V.109. – 544-546.