

**Информация для цитирования:**

Николаева Л.Б., Лебединская Л.Ф., Гордеева Е.С., Стрюк И.Ю., Баранов В.А., Мозес В.Г. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БРЮШНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ С СОХРАНЕНИЕМ РЕПРОДУКТИВНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ЖЕНЩИНЫ // Медицина в Кузбассе. 2025. №3. С. 108-114.

**Николаева Л.Б., Лебединская Л.Ф., Гордеева Е.С., Стрюк И.Ю., Баранов В.А., Мозес В.Г.**

Кузбасский клинический кардиологический диспансер им. Л.С. Барбараша,  
Кемеровская городская клиническая больница № 11,  
Кемеровский государственный университет,  
г. Кемерово, Россия



## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БРЮШНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ С СОХРАНЕНИЕМ РЕПРОДУКТИВНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ЖЕНЩИНЫ

Брюшная беременность (ББ, абдоминальная) – это беременность, при которой плодное яйцо (эмбрион) имплантируется вне полости матки (область сальника, брюшины или на поверхности органов брюшной полости) и относится к редким формам эктопической беременности, составляя 0,3-0,4% от общего количества внематочных беременностей. Несмотря на редкость, для ББ характерно массивное кровотечение, увеличивающее риск летального исхода, в сравнении с трубной (в 7-8 раз) и маточной (в 90 раз) беременностями.

Факторами риска развития брюшной беременности являются патологические изменения репродуктивной системы, возраст, стрессы и эндокринные нарушения [1-4]. До настоящего времени клинические и ультразвуковые признаки ББ остаются недостаточно надежными, а своевременность и точность правильной диагностики не превышает 50% [2-5]. В большинстве случаев, по данным отечественной и зарубежной литературы, ББ верифицируется только интраоперационно, что связано с отсутствием стандартного алгоритма диагностики, ведения и лечения данного вида беременности [3-5]. Приведен клинический пример абдоминальной беременности, верифицированной интраоперационно, с выполнением органосохраняющего оперативного вмешательства и сохранением репродуктивных возможностей женщины.

**Ключевые слова:** брюшная, внематочная, эктопическая беременность; ультразвуковое исследование; несвоевременность диагностики; постгеморрагическая анемия; критическое акушерское состояние

**Nikolaeva L.B., Lebedinskaya L.F., Gordeeva E.S., Stryuk I.Yu., Baranov V.A., Mozes V.G.**

Kuzbass Clinical Cardiology Dispensary named after L.S. Barbarash,  
Kemerovo City Clinical Hospital N 11,  
Kemerovo State University, Kemerovo, Russia

### A CLINICAL CASE OF ABDOMINAL PREGNANCY WITH PRESERVATION OF THE WOMAN'S REPRODUCTIVE POTENTIAL

Abdominal pregnancy (AP) is a pregnancy in which the fertilized egg (embryo) implants outside the uterine cavity (in the omentum, peritoneum, or on the surface of abdominal organs) and is a rare form of ectopic pregnancy, accounting for 0.3-0.4% of all extrauterine pregnancies. Despite its rarity, AP is characterized by massive bleeding, which significantly increases the risk of mortality compared to tubal (7-8 times higher) and uterine (90 times higher) pregnancies.

Risk factors for abdominal pregnancy include pathological changes in the reproductive system, age, stress, and endocrine disorders [1-4]. To date, clinical and ultrasound signs of AP remain insufficiently reliable, and the timeliness and accuracy of correct diagnosis do not exceed 50% [2-5]. According to domestic and foreign literature, in most cases, AP is confirmed only intraoperatively, due to the lack of a standardized diagnostic, management, and treatment algorithm for this type of pregnancy [3-5]. We present a clinical case of abdominal pregnancy, confirmed intraoperatively, with organ-preserving surgical intervention and preservation of the woman's reproductive potential.

**Key words:** abdominal, ectopic, extrauterine pregnancy; ultrasound examination; delayed diagnosis; posthemorrhagic anemia; critical obstetric condition

**А**бдоминальная беременность – самый редкий тип эктопической беременности, при которой имплантация и рост эмбриона происходят в брюшной полости [2-4]. Этот вариант внематочной беременности традиционно вызывает большой исследовательский интерес, ввиду редкой встречаемости и значимого числа тяжелых, нередко фатальных ос-

ложнений (материнская заболеваемость, смертность и перинатальные потери). В последние десятилетия по всему миру все чаще регистрируются случаи брюшной беременности (ББ) в разных сроках (от 0,6% до 4%), хотя до настоящего времени не существует специфических клинических симптомов, а частота диагностических ошибок при ультразвуковом

исследовании (УЗИ) колеблется от 50-60% до 100%, приводя к несвоевременной диагностике и увеличению риска тяжелых осложнений [2-4, 10-12].

Исход брюшной беременности зависит от места прикрепления, уровня кровоснабжения и наличия крупных сосудов в области имплантации плодного яйца. По данным отечественной и зарубежной литературы, выделяют два вида абдоминальной беременности — первичная и вторичная имплантация плодного яйца в брюшной полости [3-5, 8-12]. При первичной ББ оплодотворение и имплантация происходят непосредственно в брюшной полости, а вторичная может наступить в результате трубного аборта, разрыва маточной трубы или рудиментарного рога матки, а также после первичной имплантации в любом другом экстрапечерном участке [2-4, 7]. Еще в 1942 году W. Studdiford выделил ряд классических критериев, характеризующих первичную ББ (наличие неизмененных маточных труб и яичников; отсутствие признаков маточно-перитонеального свища и признаков беременности, связанных исключительно с брюшной полостью; ранний срок беременности, позволяющий исключить вероятность вторичной имплантации после первичной имплантации плодного яйца в маточной трубе) [3-5, 8-13]. В 2015 году R. Watrowski et al. [12] расширили классические критерии, предложенные W. Studdiford, сообщив о случае сальниковой беременности, имплантировавшейся в брюшину Дугласова пространства. По мнению большинства исследователей, основное число случаев ББ вторичные [1-5, 7-9, 10, 12, 13] с локализацией в брюшине передней брюшной стенки, Дугласовом пространстве, мочевом пузыре, матке и придатках, кишечнике, аппендиксе, большом сальнике, печени, селезенке, магистральных сосудах брюшной полости и даже брюшине [1-3].

Среди основных причин развития ББ исследователи выделяют: воспалительные заболевания органов малого таза, наличие внутриматочного контрацептива в полости матки, внематочная беременность, аборт и оперативные вмешательства на тазовых органах, в т.ч. на маточных трубах, и выскабливания полости матки в анамнезе, экстракорпоральное оплодотворение [2-5].

Клиническая диагностика ББ, особенно в ранних сроках, вызывает большие трудности ввиду отсутствия характерных патогномичных клинических признаков. Описанные в литературе клинические симптомы (задержка менструации, боли в животе или надлобковой области (100%) в сроке до 12 недель, кровянистые выделения из влагалища, желудочно-кишечные симптомы (тошнота и рвота, 70%)) неспецифичны и характерны для большинства случаев ББ [1, 3, 5].

Основным методом диагностики ББ является УЗИ. По мнению большинства исследователей, ББ должна быть диагностирована при проведении первого УЗИ-скрининга [3, 6, 8], хотя до 16 недель беременности сделать это бывает довольно сложно [3-6]. В настоящее время существует несколько

УЗИ критериев ББ: визуализация плодного яйца (эмбриона) за пределами матки или наличие образования в брюшной полости на фоне отсутствия изображения стенки матки; локализация плаценты за пределами полости матки (классическая «пустая» полость матки) [3-5, 12]. Однако, при УЗИ в случаях ББ чаще всего устанавливают четыре распространенных ошибочных диагноза: лейомиома передней стенки матки, ретрофлексия матки, ложноотрицательный диагноз маточной беременности и ложноположительный диагноз двурогой матки [3], с частотой диагностических ошибок до 60% [3, 4, 12]. При соответствующей настороженности в отношении редкой патологии возникает необходимость в использовании дополнительных методов исследования (рентгенография, магнитно-резонансная (МРТ) и компьютерная (КТ) томографии, лапароскопия), среди которых наиболее перспективной является комбинация УЗИ и МРТ, хотя радиологические методы исследования (МРТ и КТ) информативны лишь на более поздних сроках беременности [3, 6, 8, 12].

В настоящее время, даже при использовании передовых методов лучевой диагностики, своевременная верификация ББ по-прежнему остается сложной задачей. Стандартизация алгоритмов диагностики и ведения данного варианта экстрапечерной беременности, основанная на обобщении всех случаев, регистрируемых в мире, могла бы снизить риск осложнений и смертности от них.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

**Пациентка В.**, 38 лет, обратилась в женскую консультацию для постановки на диспансерный учет при сроке беременности 9 недель с результатами *первого УЗИ при сроке 4 недели*: Размеры матки 53 × 36 × 46 мм в положении ретрофлексии, структура миометрия неоднородная, полость матки не расширена, в полости матки одно плодное яйцо (ПЯ) со средним внутренним диаметром (СВД) 5 мм (3,5 недель). Эмбрион не визуализируется. Сердцебиение и двигательная активность не определяются. Эндометрий до 13 мм, эхогенность средняя, структура однородная. Шейка матки 34 × 28 мм, структура однородная, эхогенность средняя. Цервикальный канал не расширен. Придатки матки слева 25 × 15 × 21, количество антральных фолликулов (КАФ) до 5; справа — 31 × 18 × 23 с наличием желтого тела (ЖТ) до 27 мм в диаметре. Маточные трубы не визуализируются. Свободной жидкости в задиматочном пространстве нет. *Заключение*: УЗ-признаки маточной беременности 3,5 недели (рис. 1 и 2).

*Из анамнеза*: В возрасте 6 лет проведена аппендэктомия, а 7 лет назад — гемморроидэктомия. Имеет патологию органов зрения (гиперметропия слабой степени с астигматизмом ОД, дисфункция мейбомиевых желез), хронический холецистит с редкими обострениями и спаечную болезнь кишечника с периодическими эпизодами кишечной колики.

Рисунок 1

Эхографические признаки увеличения размеров матки (справа – длина 53 мм, переднезадней размер – 35 мм, шейки матки 34 × 26 мм) и наличие округлого жидкостного образования вне полости матки 27,48 мм (желтое тело – слева)

Figure 1

Echographic signs of an increase in the size of the uterus (on the right – length 53 mm, anteroposterior size – 35 mm, cervix 34 × 26 mm) and the presence of a round fluid formation outside the uterine cavity 27.48 mm (corpus luteum – on the left)

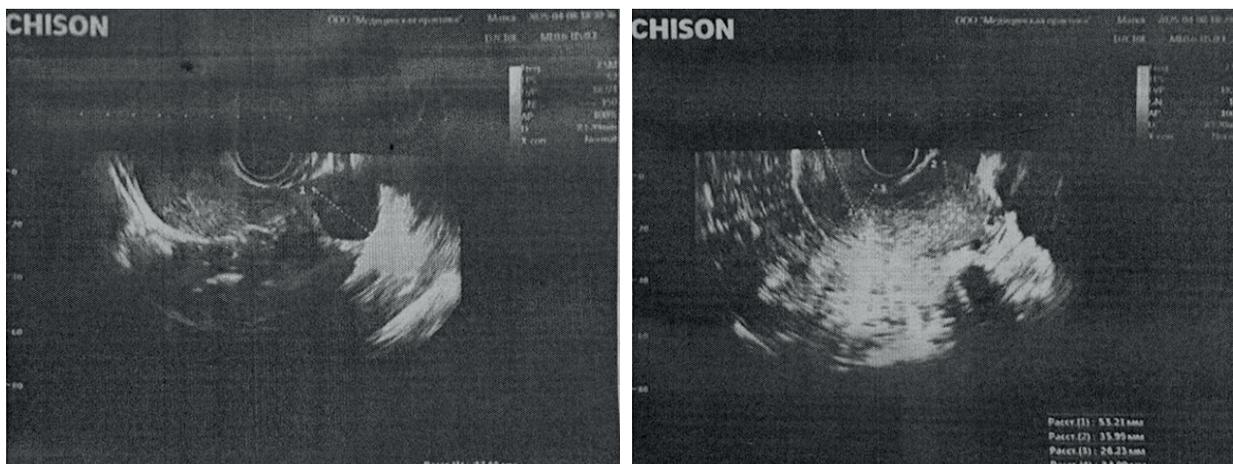


Рисунок 2

Эхографические признаки округлого анэхогенного образования в полости матки диаметром 5 мм («ложное» плодное яйцо) в сроке 3,5 недели

Figure 2

Echographic signs of a round anechoic formation in the uterine cavity with a diameter of 5 mm («false» fertilized egg) at 3.5 weeks



По данным *специального анамнеза*: Менархе с 13 лет. Менструальный цикл установился сразу, продолжительностью 22-24 дня, с длительностью менструальных выделений до 5-6 дней, умеренного, безболезненного характера. Нарушений менструального цикла не отмечала. Половой дебют в возрасте 22 лет. Периодически использовала барьерные методы контрацепции. Диагностированной патологии гениталий не имела. Данная беременность была второй, наступившей без прегравидарной подготовки. Первая беременность 14 лет назад завершилась за-

поздальми родами двойней при сроке 42 недели, через естественные родовые пути, с рождением сыновей массой 3700 г, длиной 54 см и 2100 г, длиной 47 см. Оба ребенка живы и здоровы. Со слов женщины, беременность, роды и послеродовый период протекали без осложнений.

При сроке 11 недель перенесла острое респираторное вирусное заболевание средней степени тяжести, по поводу которого лечилась у врача-терапевта в амбулаторных условиях. В 12 недель беременности, в связи со вздутием живота в ночное время,

нарушениями отхождения газов, болями в животе и желудочно-кишечными симптомами (тошнота, 3-х кратная рвота слизью), самостоятельно обратилась в приемное отделение дежурного стационара ГБУЗ КГКБ № 11.

После осмотра терапевта и дежурного врача акушера-гинеколога, беременная была принята в терапевтическое отделение ГБУЗ КГКБ № 11, где после обследования верифицирован диагноз: Дискинезия желчевыводящих путей, обострение хронического холецистита. Кишечная колика.

В условиях отделения пациентке были проведены клинико-лабораторные (общий (клинический) анализ крови (лабораторные признаки анемии легкой степени); общий анализ мочи (в пределах референсных значений), биохимическое исследование крови (в пределах референсных значений); определение антител классов IgM, IgG к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1), антигенов гепатита В (HbsAg) и С (Hepatitis C virus) – все отрицательно) и функциональные (электрокардиография – повышение нагрузки на правое предсердие с умеренными изменениями миокарда левого желудочка, УЗИ органов брюшной полости – признаки небольшого количества жидкости в брюшной полости, УЗИ почек – без структурных изменений) исследования. УЗИ органов малого таза не выполнялось. Спустя два дня пребывания в стационаре, беременная отказалась от дальнейшего лечения в условиях стационара и была выписана на амбулаторный этап долечивания и наблюдения.

В сроке 13,5-14 недель беременной было выполнено первое *УЗ-скрининговое исследование плода*, по результатам которого фетометрические размеры плода (копчико-теменной размер 80 мм (14 нед.), окружность груди (ОГ) – 94 мм и бипариетальный размер головки (БПР) – 25 мм (14,2 нед.), окружность живота (ОЖ) – 77 мм (14,1 нед.), длина бедренной кости справа и слева – 11,9 мм (13,4 нед.)) соответствовали 14 неделям. Анатомия плода в пределах референсных значений (кости свода черепа; структура головного мозга, мозжечок, большая цистерна, боковые желудочки мозга; профиль; позвоночник; легкие; печень; желудок; конечности; брюшная стенка и прямая кишка – без изменений). Частота сердечных сокращений 154 уд/мин, сердечная деятельность ритмичная. Установлены маркеры хромосомных аномалий (ХА): увеличение толщины воротникового пространства (ТВП – 2,9 мм) и расширение яремных лимфатических протоков (2,1 мм). Преимущественная локализация хориона по передней стенке и левой боковой поверхности с перекрытием внутреннего зева нижнем краем. Длина шейки матки 38 мм. Внутренний зев замкнут. Кзади от матки определяется полостное однородное, тонкостенное образование размером 93 × 61 × 81 мм, объемом 152 см<sup>3</sup> с сомнительным кровотоком ЦДК (цветное доплеровское картирование). *Заключение:* По данным фетометрии 14 недель беременности. Маркеры ХА: увеличение ТВП и расширение ярем-

ных лимфатических протоков. *УЗ* признаки предлежания хориона и образования в позадимагочном пространстве. *УЗ* признаки седловидной (двурогой) матки.

Даны рекомендации о повторном *УЗИ* экспертного уровня и консультации пренатолога в условиях областного перинатального центра. Однако, спустя 4,5 суток, беременная, в связи с появлением ночью острой боли в левой подвздошной области, иррадиирующей в правое подреберье, бригадой скорой помощи была доставлена в приемное отделение дежурного стационара ГБУЗ КГКБ № 11, где осмотрена врачами хирургом и гинекологом.

*При осмотре:* Общее состояние средней степени тяжести, обусловленное выраженным абдоминальным синдромом. Кожные покровы бледные, умеренной влажности. Язык обложен белым налетом у корня, влажный. Артериальное давление 130/90 мм рт. ст., тахикардия до 105 уд/мин, нормотермия. Живот подвздут, напряжен, резко болезненный во всех отделах при пальпации, симптомы раздражения брюшины положительные. Индекс массы тела нормальный (ИМТ = 22,4). Проведение вагинального осмотра затруднено ввиду выраженности болевого синдрома и трудностей в проведении пальпации. По данным *УЗИ* плода (на момент поступления) фетометрические размеры плода соответствуют 14,6 неделям беременности (БПР головки – 28,0 мм (14,6 нед.), длина бедренной кости – 15 мм (14,4 нед.), ОЖ – 85,7 мм (14,6 нед.)). Плод один, живой, с признаками выраженной брадикардии и прекращением сердцебиения во время исследования. Структура плаценты диффузно неоднородная. Количество околоплодных вод – следы. Пуповина визуально имеет 3 сосуда. Тонус матки повышен. Внутренний зев замкнут. Двигательная и дыхательная деятельность плода не определяются. В брюшной полости и малом тазу большое количество свободной жидкости с экзогенными включениями неправильной формы (сгустки). В асептических условиях проведена тонкоигольная аспирационная биопсия под контролем *УЗИ*, в результате которой получена кровь. *Заключение:* *УЗ*-признаки замершей в сроке 14,6 недель беременности и излития околоплодных вод. Брюшная или интерстициальная беременность?

По результатам клинических, лабораторных и функциональных методов исследования врачом акушером-гинекологом был сформулирован *диагноз:* Другие формы внематочной беременности (МКБ-10 – O00.8). Пациентка, после осмотра анестезиологом, в экстренном порядке переведена в операционную.

В условиях эндотрахеального наркоза выполнена нижнесрединная лапаротомия. В брюшной полости обнаружено большое количество темной жидкой крови и сгустков. Плод в плодном пузыре, располагающемся над маткой, и плацента, прикрепленная к дну матки, с визуальными признаками прорастания в миометрий на 2/3 (рис. 3). Тело матки соответствует 6-7 неделям условной беременности, при-

датки матки (яичники и маточные трубы) измененной не имеют. Плод в плодном пузыре и плацента были удалены, с последующим выполнением резекции дна матки в пределах неизмененных тканей и метропластикой. Ввиду значительного объема общей кровопотери (1100 мл) интраоперационно проводилась плазмотрансфузия свежезамороженной плазмы в объеме 780 мл.

Из операционной, для дальнейшего лечения и наблюдения, пациентка была переведена в реанимационное отделение, где с целью коррекции постгеморрагической анемии на протяжении первых суток проводилась гемотрансфузия эритроцитарной лейкоредуцированной взвесью общим объемом 873 мл, продолженная в отделении гинекологии (626 мл), без каких-либо аллергических реакций. Дальнейший послеоперационный период протекал без осложнений на фоне постгеморрагической анемии легкой степени (Hb — 107 г/л), корригируемой препаратами железа.

Макропрепараты, представленные резецированным участком матки, плацентой и плодом, были направлены на патологоанатомическое исследование. Результаты этого исследования: Резецированный участок матки с фрагментами децидуальной ткани и признаками очагового децидуита. Периметрий и миометрий с вращением фибриноида, ворсин хориона, трофобласта и очаговыми кровоизлияниями. Плацента с признаками незрелости, соответствующая второму триместру беременности, наличием

эритроцитарно-фиброзных тромбов в интервиллезном (межворсинчатом) пространстве. Плод мужского пола, соответствующий 14,6 неделям гестации, с признаками увеличения шейно-воротничкового пространства (хромосомная аномалия) и отеками тканей головы.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, у пациентки В., 38 лет, состоялось прикрепление плодного яйца на матке, прерывание беременности в сроке 14,6 недель с кровопотерей более 1000 мл, хирургическое лечение с сохранением репродуктивного органа и репродуктивных возможностей женщины. Однако, как и в большинстве описанных в литературе случаев, трофобласт имплантировался на матку при отсутствии описанных в отечественных и зарубежных источниках факторов риска эктопической ББ: предшествующие операции на матке и маточных трубах, воспалительные заболевания органов малого таза, выскабливание полости матки, эктопическая беременность в анамнезе, экстракорпоральное оплодотворение, наличие внутриматочного контрацептива, хроническая железодефицитная анемия, являющаяся значимым фактором риска абдоминальной беременности, по заключению масштабного исследования S. Zhang и соавт. (2023 г.) [1, 2, 3, 5, 14], на момент постановки на диспансерный учет по беременности (Hb — 122 г/л).

Рисунок 3

Плацента, прикрепленная к дну матки, с визуальными признаками прорастания в миометрий

Figure 3

Placenta attached to the fundus of the uterus, with visual signs of growth into the myometrium



При обследовании в условиях стационара в сроке 12 недель, куда пациентка поступила с клиническими симптомами (вздутие, болями в животе и желудочно-кишечными симптомами), которые чаще всего упоминаются в различных отечественных и зарубежных источниках, как признаки возможной абдоминальной формы эктопической беременности [1, 2, 3, 4, 5], не было проведено УЗИ органов малого таза (плода), а диагностированные лабораторные признаки анемии легкой степени (Hb – 89 г/л при поступлении и 104 г/л на момент выписки), не нашли отражения в заключительном диагнозе. Все это свидетельствует об отсутствии настороженности у врачей акушеров-гинекологов и смежных специалистов в отношении редких форм внематочной беременности, приводящей к несвоевременной диагностике и запоздалому, чаще экстренному, оказанию

помощи, сопряженному с риском критических акушерских состояний и возможных фатальных последствий для матери и плода.

Необходимы дальнейшие фундаментальные исследования с целью стандартизации алгоритма диагностики и лечения абдоминальной беременности, основанные на обобщении всех случаев, регистрируемых в России и других странах, которые способствуют своевременной диагностике и снижению риска возможных серьезных осложнений для матери и плода.

#### Информация о финансировании и конфликте интересов

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

#### ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES:

1. Adamyan LV, Artyukov NV, Bezhenar VF, Kozachenko AV, Kulikov AV, Popov AA, et al. Ectopic (Extrauterine) Pregnancy. Clinical Guidelines. М., 2024. 60 p. Russian (Адамян Л.В., Артымуков Н.В., Беженарь В.Ф., Козаченко А.В., Куликов А.В., Попов А.А., и др. Внематочная (эктопическая) беременность. Клинические рекомендации. М., 2024. 60 с.)
2. Belokrinitskaya TE, Frolova NI, Kustova AA, Nikolaeva EYu, Zolotukhina AO, Barkan TM, Byshina NN. Abdominal pregnancy: two cases of critical obstetric conditions with different perinatal outcomes. *Gynecology*. 2025; 27(1): 81-86. Russian (Белокриницкая Т.Е., Фролова Н.И., Кустова А.А., Николаева Е.Ю., Золотухина А.О., Баркан Т.М., Бышина Н.Н. Брюшная беременность: два случая критических акушерских состояний с разными перинатальными исходами // Гинекология. 2025. Т. 27, № 1. С. 81-86.) doi: 10.26442/20795696.2025.1.203143
3. Ivanova NA, Gumenyuk EG. Abdominal pregnancy: what's new? A 10-year literature review (2009-2019). *Problems of Reproduction*. 2021; 27(4): 142-149. Russian (Иванова Н.А., Гуменюк Е.Г. Брюшная беременность: что нового? Обзор литературы за 10 лет (2009-2019 гг.) // Проблемы репродукции. 2021. Т. 27, № 4. С. 142-149.) doi: 10.17116/repro202127041142
4. Davydov AI, Rubina EV, Pashkov VM, Shaklamova MN. Rare forms of ectopic pregnancy: methodology and long-term treatment outcomes. *Issues of Gynecology, Obstetrics and Perinatology*. 2019; 18(2): 69-75. Russian (Давыдов А.И., Рубина Е.В., Пашков В.М., Шахламова М.Н. Редкие формы внематочной беременности: методология и отдаленные результаты лечения // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2019. Т. 18, № 2. С. 69-75.) doi: 10.20953/1726-1678-2019-2-69-75
5. Demidov VN, Sarkisov SE, Demidov AV. Rare Forms of Ectopic Pregnancy: Clinical Presentation, Diagnosis, and Treatment. М.: БИНОМ, 2022. 144 p. Russian (Демидов В.Н., Саркисов С.Э., Демидов А.В. Редкие формы эктопической беременности. Клиника, диагностика, лечение. М.: БИНОМ, 2022. 144 с.)
6. Trufanov GE, Fokin VA, Ivanov DO, Ryazanov VV, Ipatov VV, Asaturyan EV, et al. On the issue of ultrasound diagnosis of ectopic pregnancy. *Bulletin of the Federal Almazov Medical Research Centre*. 2013; 5: 44-53. Russian (Труфанов Г.Е., Фокин В.А., Иванов Д.О., Рязанов В.В., Ипатов В.В., Асатурян Е.В., и др. К вопросу об ультразвуковой диагностике эктопической беременности // Бюллетень Федерального центра сердца, крови и эндокринологии имени В.А. Алмазова. 2013. № 5. С. 44-53.)
7. El-Agwany AS, El-Badawy El-S, El-Habashy A, El-Gammal H, Abdelnaby M. Secondary abdominal pregnancy after suspected ruptured cornual pregnancy with good maternal outcome: a case with unusual gangrenous fetal toes and ultrasound diagnoses managed by hysterectomy. *Clin Med Insights Womens Health*. 2016; 9: 1-5. doi: 10.4137/CMWH.S36311
8. Elfakir S, Zouita B, Basraoui D, Jalal H. Full Term Abdominal Pregnancy with Healthy Newborn: A Case Report. *Journal of Clinical Case Reports*. 2018; 8: 1110. doi: 10.4172/2165-7920.10001110
9. Gudu W, Bekele D. A pre-operatively diagnosed advanced abdominal pregnancy with a surviving neonate: a case report. *Journal of Medical Case Reports*. 2015; 9: 228. doi: 10.1186/s13256-015-0712-7
10. Mengistu Z, Getachew A, Adefris M. Term abdominal pregnancy: a case report. *Journal of Medical Case Reports*. 2015; 9: 168. doi: 10.1186/s13256-015-0635-3
11. Surguci M, Mihalcean L, Capros H, Voloceai V. A case report of symptomatic late term abdominal pregnancy. *Medicus*. 2017; 15(3): 14-16.
12. Tolefac PN, Abanda MH, Minkande JZ, Priso EB. The challenge in the diagnosis and management of an advanced abdominal pregnancy in a resource-low setting: a case report. *Journal of Medical Case Reports*. 2017; 11(1): 199. doi: 10.1186/s13256-017-1369-1
13. Watrowski R, Lange A, Mockel J. Primary omental pregnancy with secondary implantation into posterior Cul-de-sac: laparoscopic treatment using hemostatic matrix. *J Minim Invasive Gynecol*. 2015; 22(3): 501-503. doi: 10.1016/j.jmig.2014.06.008
14. Zhang S, Liu J, Yang L, Li H, Tan J g, Hong L. Global burden and trends of ectopic pregnancy: An observational trend study from 1990 to 2019. *PLoS One*. 2023; 18(10): e0291316. doi: 10.1371/journal.pone.0291316

**Сведения об авторах:**

НИКОЛАЕВА Любовь Борисовна, доктор мед. наук, зав. женской консультацией, ГБУЗ КККД им. Л.С. Барбараша, г. Кемерово, Россия.  
E-mail: nikolb@kemcardio.ru

ЛЕБЕДИНСКАЯ Лилия Фаритовна, врач акушер-гинеколог женской консультации, ГБУЗ КККД им. Л.С. Барбараша, г. Кемерово, Россия.  
E-mail: lebelf@kemcardio.ru

ГОРДЕЕВА Елена Сергеевна, врач акушер-гинеколог отделения гинекологии, ГБУЗ КГКБ № 11, г. Кемерово, Россия.  
E-mail: celine00@mail.ru

СТРЮК Ирина Юрьевна, врач акушер-гинеколог отделения гинекологии, ГБУЗ КГКБ № 11, г. Кемерово, Россия.  
E-mail: irina.styuk@mail.ru

БАРАНОВ Владимир Алексеевич, зав. отделением анестезиологии и реанимации, ГБУЗ КГКБ № 11, г. Кемерово, Россия.  
E-mail: a\_r\_1984@mail.ru

МОЗЕС Вадим Гельевич, доктор мед. наук, профессор, директор Медицинского института, ФГБОУ ВО КемГУ, г. Кемерово, Россия.  
E-mail: vadimmoses@mail.ru

**Information about authors:**

NIKOLAEVA Lyubov Borisovna, doctor of medical sciences, head of the women's consultation department, Kuzbass Clinical Cardiology Dispensary named after L.S. Barbarash, Kemerovo, Russia.  
E-mail: nikolb@kemcardio.ru

LEBEDINSKAYA Liliya Faritovna, obstetrician-gynecologist of the women's consultation clinic, Kuzbass Clinical Cardiology Dispensary named after L.S. Barbarash, Kemerovo, Russia. E-mail: lebelf@kemcardio.ru

GORDEEVA Elena Sergeevna, obstetrician-gynecologist of the gynecology department, Kemerovo City Clinical Hospital N 11, Kemerovo, Russia.  
E-mail: Celine00@mail.ru

STRYUK Irina Yurievna, obstetrician-gynecologist of the gynecology department, Kemerovo City Clinical Hospital N 11, Kemerovo, Russia.  
E-mail: irina.styuk@mail.ru

BARANOV Vladimir Alekseevich, head of anesthesiology and resuscitation department, Kemerovo City Clinical Hospital N 11, Kemerovo, Russia.  
E-mail: a\_r\_1984@mail.ru

MOZES Vadim Gelievich, doctor of medical sciences, professor, director of the Medical institute, Kemerovo State University, Kemerovo, Russia.  
E-mail: vadimmoses@mail.ru

**Корреспонденцию адресовать:** НИКОЛАЕВА Любовь Борисовна, 650002, г. Кемерово, бульвар им. акад. Л.С. Барбараша, д. 6, ГБУЗ КККД им. Л.С. Барбараша.

Тел: 8 (3842) 64-33-08 E-mail: nikolb@kemcardio.ru