

<sup>1</sup> Долгопрудненская  
центральная  
городская больница

<sup>2</sup> Российский  
национальный  
исследовательский  
медицинский  
университет  
им. Н.И. Пирогова

<sup>3</sup> Российская  
детская клиническая  
больница – филиал  
Российского  
национального  
исследовательского  
медицинского  
университета  
им. Н.И. Пирогова

<sup>4</sup> Российский  
университет  
медицины

# Сочетание внематочной беременности и неразвивающейся маточной беременности в естественном цикле

Е.В. Сибирская, д.м.н., проф.<sup>1, 2, 3, 4</sup>, Е.А. Волкова<sup>1</sup>, В.В. Бдоян<sup>1</sup>,  
Л.Г. Папян<sup>1</sup>, Е.Д. Бурханская<sup>1</sup>

Адрес для переписки: Елена Викторовна Сибирская, elsibirskaya@yandex.ru

Для цитирования: Сибирская Е.В., Волкова Е.А., Бдоян В.В. и др. Сочетание внематочной беременности и неразвивающейся маточной беременности в естественном цикле. Эффективная фармакотерапия. 2024; 20 (19): 46–51.

DOI 10.33978/2307-3586-2024-20-19-46-51

*Представлен клинический случай гетеротопической беременности с прервавшейся трубной беременностью и неразвивающейся маточной. Обычно подобные случаи происходят в цикле экстракорпорального оплодотворения, но у данной пациентки беременность наступила в естественном цикле. Проанализированы также другие редкие клинические случаи, описанные в российской и зарубежной литературе последних лет: беременность с несколькими плодными яйцами, трубная беременность, выявленная в третьем триместре, локализация плодного яйца в цервикальном канале, роге матки, яичнике, на брюшине малого таза, рубце на матке после операции кесарева сечения и даже на большой поясничной мышце. Описаны случаи успешного вынашивания нормально протекающей маточной беременности после оперативного лечения сочетанной эктопической беременности.*

**Ключевые слова:** клинический случай, внематочная беременность, гетеротопическая беременность, неразвивающаяся беременность

## Введение

Женский организм предназначен для вынашивания и рождения здорового ребенка. Однако вследствие перенесенных воспалительных заболеваний органов малого таза, оперативных вмешательств, пороков развития и под воздействием различных других факторов естественные процессы наступления беременности нарушаются, и случается патологическая беременность.

Внематочной называется беременность с имплантацией плодного яйца вне эндометрия полости матки, чаще в маточной трубе. Такое расположение плодного яйца представляет угрозу для жизни матери.

По данным статистики, показатель материнской смертности от внематочной беременности в России в 2017 г. составил 8,1%. В 2018 г. показатель снизился до 4,1% [1]. Вероятность наступления эктопической беременности составляет 0,8–2,4%. Редкие формы



внематочной беременности, в частности локализация в рудиментарном роге матки, шейке матки, брюшной полости, области рубца после операции кесарева сечения, гетеротопическая беременность, занимают 5–8,3% в структуре всех внематочных беременностей. Нарушение гестации характеризуется массивным кровотечением, в том числе с неблагоприятным исходом [2].

Сочетание маточной и внематочной беременности (гетеротопическая беременность) – крайне редкий случай (1 на 30 тыс.) [3]. Однако заболеваемость может быть значительно выше при использовании вспомогательных репродуктивных технологий – до 1 на 100 тыс. [3, 4].

При гетеротопической беременности имеются два плодных яйца с разной локализацией. Обычно такая беременность наступает после экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) или стимуляции овуляции.

### Клинический случай

Пациентка К., 37 лет, поступила в приемное отделение Долгопрудненской центральной городской клинической больницы с жалобами на тянущие боли в нижних отделах живота на протяжении 18 часов, кровянистые выделения из половых путей в течение трех дней. Выявленность указанных симптомов усилилась за два часа до поступления в стационар.

Анамнез: беременность подтверждена результатами мочевого теста, ультразвукового исследования. Исходя из даты последней менструации, предполагаемый срок – 7–8 недель. Беременность вторая, самопроизвольная. Первая завершилась самопроизвольным выкидышем на малом сроке.

Состояние пациентки при госпитализации средней степени тяжести, сознание ясное. Телосложение нормостеническое. Рост – 168 см, вес – 58 кг. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледной окраски, влажные. Молочные железы развиты умеренно, за счет железистой ткани, очаговые уплотнения не пальпируются. Соски чистые, пигментированы. Отеков нет, периферические лимфатические узлы не увеличены. Над легкими ясный перкуторный звук, дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания – 22 в минуту. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Частота сердечных сокращений – 95 в минуту, пульс – 95 в минуту. Артериальное давление – 110/70 мм рт. ст. Живот болезненный при пальпации в левой подвздошной области. Печень и селезенка при пальпации не увеличены. Стул регулярный, мочеиспускание свободное, безболезненное. Симптом Пастернацкого отрицательный.

Гинекологический осмотр: наружные половые органы сформированы правильно, оволосение по женскому типу, клитор не увеличен, гимен бахромчатый, не гиперемирован, эстрогенизирован, выделения кровянистые, умеренные. Формула полового развития: Мз Рз Мз 13.

Осмотр в зеркалах: шейка матки конической формы, не эрозирована.

Диагностика гетеротопической беременности крайне затруднительна: беременность подтверждается реакцией на наличие хорионического гонадотропина человека и визуализацией эмбриона при ультразвуковом исследовании. Тем не менее не исключено наличие еще одного или нескольких эмбрионов, локализованных в другом месте. Возможность редкой формы внематочной беременности часто не учитывается врачами в клинической практике. Такая форма поздно диагностируется и может стать причиной высокой материнской заболеваемости и смертности

Влагалищное исследование: матка в срединном положении, несколько увеличена, плотная, подвижная, безболезненная при исследовании. Придатки с обеих сторон не увеличены, область исследования левых придатков болезненна при пальпации.

Результаты общего анализа крови при госпитализации: эритроциты –  $2,48 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты –  $5,36 \times 10^9/л$ , гемоглобин – 69 г/л, тромбоциты –  $83 \times 10^9/л$ .

Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза: ЭХО-признаки неразвивающейся маточной беременности малого срока (плодное яйцо – 26 мм, эмбрион не визуализируется), левосторонней трубной беременности (?). Параовариально слева визуализируется овальное образование до 27 см с неоднородным содержимым (рис. 1). Объем свободной жидкости в малом тазу – 2000 мл.



Рис. 1. Ультразвуковая картина области левых придатков

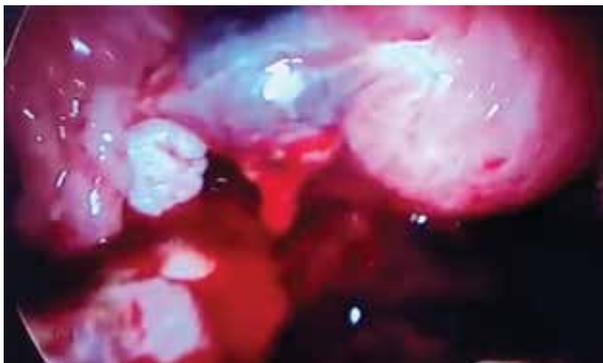


Рис. 2. Интраоперационная картина левых придатков матки, геморрагический выпот в малом тазу

На основании осмотра, клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования, с учетом подозрения на внематочную беременность было принято решение о диагностической лапароскопии.

Интраоперационно: в малом тазу спаечный процесс в области придатков с двух сторон. Матка увеличена до 6–7 недель беременности. Левая маточная труба синюшно-багровая, расширена за счет плодovместилца в истмическом отделе, в месте расширения линейный разрыв, из которого продолжается кровотечение (рис. 2). В малом тазу 1200 мл крови. Проведены адгезиолизис, удаление левой маточной трубы, вакуум-аспирация содержимого полости матки (в аспирате фрагменты плодного яйца – материалы отправлены на гистологическое исследование).

В послеоперационном периоде выполнены переливание четырех доз эритроцитарной взвеси, инфузионная терапия. После лечения отмечалась стабилизация клинико-лабораторных показателей. Пациентка выписана под наблюдение гинеколога районной поликлиники.

Гистологическое заключение: трубная беременность в сочетании с неразвивающейся маточной беременностью.

### Обсуждение

Частота эктопической беременности с каждым годом возрастает, что может быть обусловлено увеличением частоты поздних беременностей и применением вспомогательных репродуктивных технологий.

W. Dendas и соавт. изучили 86 случаев эктопической беременности. 69 из них возникли после ЭКО [5].

Около 70% случаев гетеротопических беременностей диагностируют на 5–8-й неделях гестации, еще 20% – на 9–10-й неделях [4].

Диагностика гетеротопической беременности крайне затруднительна: беременность подтверждается реакцией на наличие хорионического гонадотропина человека (ХГЧ) и визуализацией эмбриона при УЗИ. Тем не менее не исключено наличие еще одного или нескольких эмбрионов в другом месте. Наличие одновременно двух беременностей разных локализаций создает сложности для дифференциальной ди-

агностики. Возможность редкой формы внематочной беременности часто не учитывается врачами в клинической практике. Такая форма поздно диагностируется и может стать причиной высокой материнской заболеваемости и смертности [6].

Следует также отметить, что вероятность имплантации плодного яйца в истмическом отделе маточной трубы составляет 24% всех случаев эктопической беременности, что встречается нечасто и может вызывать массивное кровотечение при нарушении гестации вследствие анатомического строения этого отдела трубы [7].

В представленном клиническом случае врач приемного отделения провел дифференциальную диагностику между начавшимся выкидышем при неразвивающейся беременности и гетеротопической беременностью с нарушенной левосторонней трубной беременностью. Обращает на себя внимание выраженность клинических признаков: сильные боли внизу живота слева, слабость, бледность кожных покровов и слизистых оболочек с УЗ-признаками жидкости в малом тазу до 1000 мл, паровариально расположенным образованием. Клиническая ситуация достаточно сложная, поскольку самопроизвольная гетеротопическая беременность – крайне редкое явление, тем более у 37-летней пациентки. В литературе встречаются описания подобных случаев у пациенток более младшего возраста [8–10].

Лечение гетеротопической беременности хирургическое, предпочтителен лапароскопический доступ. В нашем случае проведены лапароскопическая тубэктомия и вакуум-аспирация содержимого полости матки под контролем гистероскопии, поскольку маточная беременность не развивалась.

Особый интерес представляют случаи донашивания прогрессирующей маточной беременности при гетеротопической беременности, описанные в литературе последних лет. Например, пациентка 28 лет поступила в стационар на седьмой неделе беременности [10] с жалобами на боли внизу живота и эпигастральной области в течение одного дня. При обследовании выявлены два плодных яйца с зарегистрированным сердцебиением в полости матки и правой маточной трубе, а также свободная жидкость в малом тазу и анемия легкой степени (результаты общего анализа крови). Выполнена лапароскопическая операция с сохранением обеих маточных труб. Маточная беременность завершилась своевременными самопроизвольными родами здоровым плодом.

Z.Y. Chen и соавт. [11] описали сочетание нормальной маточной беременности и беременности в рубце на матке после операции кесарева сечения, выполненной семь лет назад, у 34-летней женщины. Данная беременность наступила самопроизвольно. На момент осмотра срок составлял восемь недель. Пациентка не предъявляла жалоб. Учитывая настойчивое желание пациентки сохранить беременность, гинеколог поликлиники направил ее на дообследование для определения дальнейшей тактики ведения.



УЗИ органов малого таза: два плодных яйца – одно в дне матки, другое в области рубца после операции кесарева сечения. В матке скопление жидкости. Толщина миометрия в области рубца – 20 мм с обильным кровоснабжением между плодным яйцом и мочевым пузырем. Пациентка проконсультирована по поводу потенциальных осложнений оперативного лечения и сохранения беременности, в том числе риска массивного кровотечения, аборта вплоть до гистерэктомии. Принято решение о вмешательстве в объеме селективной аспирации эктопически расположенного эмбриона специальной иглой доступом через передний свод влагалища под УЗ-контролем с последующей вакуум-аспирацией и кюретажем гестационной ткани в нижнем сегменте матки. Кровопотеря в ходе операции минимальна. Диагноз подтвержден гистологически. В послеоперационном периоде профилактически проведены антибиотикотерапия и терапия, направленная на сохранение беременности, в течение двух дней. С 10 до 20 недель пациентка наблюдалась по поводу гематомы в области оперативного вмешательства. В течение восьми недель после операции у пациентки сохранялись кровянистые выделения из половых путей при нормальных параметрах роста и развития плода и плаценты в полости матки. На сроке 34–35 недель пациентке выполнена операция кесарева сечения в связи с преждевременным разрывом плодных оболочек. Родился здоровый ребенок. Послеоперационный период протекал без осложнений.

По данным румынских авторов, у госпитализированной пациентки диагностирована внематочная беременность, удалена маточная труба, в послеоперационном периоде взят контрольный анализ на уровень бета-ХГЧ – показатель не снижался [12]. В ходе дообследования в полости матки – УЗ-признаки жизнеспособной маточной беременности, завершившейся родами.

Беременная, 25 лет, поступила в отделение экстренной гинекологии с жалобами на боли внизу живота, кровянистые выделения из половых путей в течение двух дней [13]. Беременность (на момент госпитализации срок – 5–6 недель) наступила самостоятельно. В ходе обследования выявлены плодное яйцо в полости матки, образование в области левых придатков, внутри которого гиперэхогенный участок с сосудистой активностью, небольшое количество жидкости в малом тазу. Пациентке назначены сохраняющая терапия, наблюдение в динамике. На следующее утро боль усилилась. Было принято решение о диагностической операции. Интраоперационно: левая маточная труба резко расширена за счет плодместилища – маточная труба удалена. На 34–35-й неделе пациентка родоразрешена хирургическим путем из-за разгибательного положения головки плода в родах. Родился живой ребенок – 10 баллов по шкале Апгар.

24-летняя пациентка госпитализирована по поводу тянущих болей внизу живота, больше справа, кровянистых выделений из половых путей [14]. В день

госпитализации ей выполнено УЗИ органов малого таза: диагностирована гетеротопическая беременность – 9–10 недель. Диагноз подтвержден в больнице после дообследования. Проведено хирургическое лечение, маточная труба с плодместилищем удалена. Маточная беременность сохранена, протекала без осложнений.

Пациентка поступила в больницу в состоянии геморрагического шока [15]. Диагностирована гетеротопическая беременность с нарушенной маточной беременностью, гемоперитонеум. Принято решение об экстренной лапаротомии. Разорванная маточная труба удалена, дренировано 700 мл геморрагической жидкости. На сроке 37–38 недель состоялись самопроизвольные роды.

Как видим, в представленных случаях после операции маточная беременность успешно завершилась родами.

В литературе описываются и другие редкие случаи гетеротопической беременности, например беременность с локализацией плодного яйца в яичнике [16]. Корейские врачи описали случай, когда в приемное отделение больницы поступила 32-летняя пациентка с жалобами на резкие боли в животе. Беременность (срок – 5–6 недель) в результате ЭКО. УЗИ органов малого таза помимо маточной беременности показало анэхогенное образование правых придатков, окруженное гематомой, скопление жидкости в малом тазу. Исходя из этого, было заподозрено сочетание маточной и трубной или яичниковой беременности. В ходе лапароскопии диагностирована яичниковая беременность – выполнена резекция соответствующего яичника. Маточная беременность протекала без осложнений, родоразрешение состоялось на сроке доношенной беременности с помощью операции кесарева сечения.

У 35-летней женщины из Тайваня после подсадки двух эмбрионов по программе ЭКО выявлена гетеротопическая беременность 12–13 недель с локализацией плодного яйца в роге матки (в анамнезе удаление одной маточной трубы, на другой проведена операция разделения спаек) [17]. В ходе обследования после госпитализации выявлено внутрибрюшное кровотечение неясной этиологии. Проведена диагностическая лапароскопия: эктопическая беременность в роге матки на стороне с сохраненной маточной трубой. Выполнена клиновидная резекция рога матки в пределах плодместилища, на рану наложены швы. На сроке 39 недель пациентка родоразрешена с помощью операции кесарева сечения.

Описаны также случаи беременности с шейчной локализацией плодного яйца при гетеротопической беременности [18, 19]. Y. Fan и соавт. [18] описали двух пациенток, наблюдавшихся после процедуры ЭКО. При исследовании бета-ХГЧ крови у обеих пациенток показатели превышали норму при одноплодной беременности на их сроке, но были ниже, чем при двойне. На сроке 5 и 6 недель пациентки госпитализированы в гинекологическое отделение с кровотечением на фоне начавшегося выкидыша при беремен-

ности с локализацией в шейке матки и развивающейся беременностью внутри матки. В обоих случаях было решено выполнить аспирацию плодного яйца из шейки матки под контролем УЗИ. У первой пациентки беременность завершилась родами с помощью операции кесарева сечения на сроке 39 недель, без осложнений. У второй пациентки роды состоялись на сроке 27 недель после преждевременного разрыва плодных оболочек. Еще одна пациентка в возрасте 34 лет [19] доставлена в больницу с кровотечением после задержки менструации. Диагностирована маточная беременность. Пациентка приняла решение сделать медицинский аборт. В ходе операции развилось сильное маточное кровотечение. Незамедлительно выполнена эмболизация маточных артерий.

У женщины, 31 год, на четвертой неделе после переноса эмбрионов в полость матки диагностирована гетеротопическая беременность – плодное яйцо в матке и шейке матки [20]. Выполнены гистероскопия, удаление эктопически расположенного плодного яйца. На 22-й неделе проведен цервикальный серкляж по поводу цервикальной недостаточности. На сроке 38 недель родился здоровый ребенок.

Рубец после кесарева сечения относится к редкой локализации беременности [11, 21]. Описан случай, когда в ходе рутинного УЗИ на сроке 7–8 недель беременности выявлены два плодных яйца с живыми эмбрионами – в дне матки и области рубца в нижнем маточном сегменте с толщиной миометрия около 16 мм. При обсуждении тактики ведения пациентки было решено провести аспирацию амниотической жидкости в плодном яйце с патологическим расположением под контролем УЗИ. Внутрь плодного яйца ввели раствор хлорида калия с целью остановки роста и развития эмбриона. На 38-й неделе гестации пациентка была родоразрешена без осложнений [21]. У японской пациентки диагностировали нормально протекавшую маточную беременность на сроке 5–6 недель [22]. Однако двумя днями позднее она поступила в больницу с выраженной болью в животе и массивным внутрибрюшным кровотечением по данным дообследования. Проведена лапаротомия с целью поиска и устранения источника кровотечения, эктопически расположенное плодное яйцо на брюшине маточно-пузырного углубления удалено. Одна из уникальных локализаций плодного яйца

описана китайскими врачами [23]. 33-летняя женщина обратилась в больницу с болями в левой части спины после выскабливания полости матки по поводу неразвивающейся беременности. Данная беременность наступила после ЭКО, подсадки двух эмбрионов. В анамнезе у пациентки двусторонняя тубэктомия. Уровень ХГЧ оставался повышенным после выскабливания полости матки. Диагноз абдоминальной беременности с имплантацией гестационного мешка в левую большую поясничную мышцу на уровне левой лопатки был поставлен на основании данных УЗИ и компьютерной томографии. Выполнена лапаротомия, плодное яйцо выдучено, введен метотрексат в большую поясничную мышцу.

При обзоре литературы выявлены также случаи гетеротопической беременности с несколькими плодными яйцами [24]. Исследователи описали четырехплодную беременность, при которой удалена маточная труба с плодным яйцом и сохранены три живых плода в полости матки. В. Сипроса и соавт. описали случай удаления маточной трубы с эктопической беременностью. Диагностированы три живых плода в матке, но решено сохранить только два во избежание осложнений [12].

А. Kajdu и соавт. наблюдали гетеротопическую беременность, диагностированную в третьем триместре (на 26-й неделе) [25]. Беременность завершилась родами на доношенном сроке.

## Заключение

Проблема гетеротопической беременности приобретает все большую актуальность. Дело в том, что сегодня социально активные женщины откладывают рождение первого ребенка на более зрелый возраст. Диагностика таких случаев крайне затруднительна. На фоне ухудшающегося репродуктивного прогноза женщины все чаще прибегают к вспомогательным репродуктивным технологиям, ЭКО, стимуляции овуляции. Как следствие – возрастает риск развития гетеротопической беременности.

В каждой конкретной клинической ситуации важно при проведении дифференциальной диагностики учитывать вероятность развития редких форм нематочной беременности.

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.*

## Литература

1. Основные показатели деятельности акушерско-гинекологической службы в Российской Федерации в 2018 году. Справочник Минздрава России. М., 2019.
2. Cheng X., Tian X., Yan Z., et al. Comparison of the fertility outcome of salpingotomy and salpingectomy in women with tubal pregnancy: a systematic review and metaanalysis. PLoS One. 2016; 11 (3): 0152343.
3. Hewlett K., Howell C.M. Heterotopic pregnancy: simultaneous viable and non-viable pregnancies. J. Am. Acad. Physician Assistants. 2020; 33 (3): 35–38.
4. Elhadidi A., Alhariri A., Hosny Garib M., et al. Ruptured heterotopic pregnancy: a rare encounter in acute surgical care settings. Cureus. 2020; 12 (11): e11782.
5. Dendas W., Schobbens J.C., Mestdagh G., et al. Management and outcome of heterotonic interstitial pregnancy: case report and review of literature. Ultrasound. 2017; 25 (3): 134–142.



6. Parker V.L., Srinivas M. Non-tubal ectopic pregnancy. Arch. Gynecol. Obstet. 2016; 294 (1): 19–27.
7. Islam A., Fawad A., Shah A.A., et al. Analysis of two years cases of ectopic pregnancy. J. Ayub. Med. Coll. Abbottabad. 2017; 29 (1): 65–67.
8. Aziz M., Arronte J. A case of spontaneous heterotopic pregnancy in natural conception complicated with hemoperitoneum. Heliyon. 2020; 6 (2): e03373.
9. Momtahan M., Kasraeean M., Faraji A., et al. Term spontaneous heterotopic pregnancy (abdominal and intrauterine): a case report. Bull. Emerg. Trauma. 2021; 9 (4): 201–203.
10. Černiauskaitė M., Vaigauskaitė B., Ramašauskaitė D., Šilkūnas M. Spontaneous heterotopic pregnancy: case report and literature review. Medicina (Kaunas). 2020; 56 (8): 365.
11. Chen Z.Y., Zhou Y., Qian Y., et al. Management of heterotopic cesarean scar pregnancy with preservation of intrauterine pregnancy: a case report. World J. Clin. Cases. 2021; 9 (22): 6428–6434.
12. Cimpoca B., Moldoveanu A., Gică N., et al. Heterotopic quadruplet pregnancy. Literature review and case report. Medicina (Kaunas). 2021; 57 (5): 483.
13. Cucinella G., Gullo G., Etrusco A., et al. Early diagnosis and surgical management of heterotopic pregnancy allows us to save the intrauterine pregnancy. Prz. Menopauzalny. 2021; 20 (4): 222–225.
14. Тлемисова М.М., Тлемисов А.С. Гетеротопическая беременность. Описание клинического случая. Наука и здравоохранение. 2020; 6.
15. Ouafidi B., Kiram H., Benaguida H., et al. Diagnosis and management of a spontaneous heterotopic pregnancy: rare case report. Int. J. Surg. Case Rep. 2021; 84: 106184.
16. Hong Y.H., Kim H., Kim S.K., Jee B.C. A case of heterotopic ovarian pregnancy after in vitro fertilization: early diagnosis and single-port access conservative laparoscopic treatment. Gynecol. Minim. Invasive Ther. 2021; 10 (1): 57–60.
17. Li Y.L., Chuang F.C., Lan K.C. Laparoscopic management of second trimester ruptured cornual heterotopic pregnancy with subsequent live birth delivery: a case report and literature review. Taiwan J. Obstet. Gynecol. 2023; 62 (2): 363–368.
18. Fan Y., Du A., Zhang Y., et al. Heterotopic cervical pregnancy: case report and literature review. J. Obstet. Gynaecol. Res. 2022; 48 (5): 1271–1278.
19. Mu Q., Liu Y., Wang S., et al. Cervical heterotopic pregnancy: a case report. Zhong Nan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban. 2021; 46 (2): 212–216.
20. Sheng S., Zhang H., Pan Z., et al. Treatment of heterotopic cervical pregnancy by ultrasound-guided hysteroscopy: a case report and literature review. Medicine (Baltimore). 2022; 101 (48): e32177.
21. Authreya A.J., Agrawal P., Makam A. Ultrasound-guided procedures in the management of heterotopic caesarean scar pregnancy – a review of case reports and case series. Australas J. Ultrasound. Med. 2021; 24 (2): 70–77.
22. Ozawa N., Shibata M., Mitsui M., et al. Spontaneously conceived heterotopic pregnancy with abdominal pregnancy implanted on the vesicouterine pouch: a case report and literature review. J. Obstet. Gynaecol. Res. 2021; 47 (10): 3720–3726.
23. Wang X., Ma D., Zhang Y., et al. Rare heterotopic pregnancy after frozen embryo transfer: a case report and literature review. BMC Pregnancy Childbirth. 2020; 20 (1): 542.
24. Waheed H., Masroor I., Afzal S., et al. Quadruplet heterotopic pregnancy; ectopic managed successfully with laparotomy with subsequent viable intrauterine pregnancy: a case report. Radiol. Case Rep. 2022; 17 (5): 1528–1531.
25. Kajdy A., Muzyka-Placzyńska K., Filipecka-Tyczka D., et al. A unique case of diagnosis of a heterotopic pregnancy at 26 weeks – case report and literature review. BMC Pregnancy Childbirth. 2021; 21 (1): 61.

### Combination of Ectopic Pregnancy and Non-Developing Uterine Pregnancy on Natural Cycle

Ye.V. Sibirskaya, PhD, Prof.<sup>1,2,3,4</sup>, Ye.A. Volkova<sup>1</sup>, V.V. Bdoyan<sup>1</sup>, L.G. Papyan<sup>1</sup>, Ye.D. Burkhanskaya<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Dolgoprudny Central City Hospital

<sup>2</sup> N.I. Pirogov Russian National Research Medical University

<sup>3</sup> Russian Children's Clinical Hospital – a Branch of N.I. Pirogov Russian National Research Medical University

<sup>4</sup> Russian University of Medicine

Contact person: Yelena V. Sibirskaya, elsibirskaya@yandex.ru

*Presented a clinical case of heterotopic pregnancy with interrupted tubal pregnancy and undeveloped uterine pregnancy. Usually, such cases occur in the cycle of in vitro fertilization, but in this patient, pregnancy occurred in a natural cycle. Analyzed other rare clinical cases described in the Russian and foreign literature of recent years: pregnancy with several fetal eggs, tubal pregnancy detected in the third trimester, localization of the fetal egg in the cervical canal, uterine horn, ovary, pelvic peritoneum, uterine scar after cesarean section and even on the large lumbar muscle. Cases of successful gestation of a normally occurring uterine pregnancy after surgical treatment of combined ectopic pregnancy are described.*

**Keywords:** clinical case, ectopic pregnancy, heterotopic pregnancy, non-developing pregnancy