

УДК 18.312-031.5

Дядык Е.А., Поколодная Ю.И., Дядык З.Б. *, Сидоренко Р.С.
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького
* Центральная городская больница №24, г. Донецк

СПОНТАННАЯ ДВУСТОРОННЯЯ ТРУБНАЯ ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

РЕЗЮМЕ. В связи с увеличением нарушения нормального течения беременности в настоящее время участились случаи развития внематочной беременности. Внематочная беременность (эктопическая беременность) – развитие эмбриона вне полости матки. В зависимости от места прикрепления (имплантации) яйцеклетки различают внематочную беременность трубную, яичниковую и брюшную. Внематочная беременность встречается примерно в 2 % от всех беременностей. Трубная беременность составляет 98 % от всех внематочных беременностей. Внематочная беременность может в дальнейшем приводить к бесплодию и повторной внематочной беременности. Спонтанная двусторонняя трубная внематочная беременность (ДТВБ) встречается очень редко, провоцирующими факторами являются оперативные вмешательства на маточных трубах, воспалительные заболевания органов малого таза, а также является результатом применения репродуктивных технологий. В литературе описано всего около 250 случаев двусторонней внематочной беременности. Авторами представлен случай спонтанной ДТВБ у 35-летней женщины, не имевшей в анамнезе факторов риска развития данной патологии. У пациентки была выявлена остро прервавшаяся правосторонняя и развивающаяся левосторонняя трубные беременности. На этапе диагностики невозможно было достоверно установить наличие именно двусторонней трубной беременности. Истинная картина выявлена интраоперационно и подтверждена, в последующем, патоморфологически.

Ключевые слова: двусторонняя трубная внематочная беременность, морфологические особенности трубной беременности.

Двусторонняя трубная внематочная беременность (ДТВБ) при отсутствии предшествующей индукции овуляции являются чрезвычайно редким явлением и, как полагают, представляют собой редчайшую форму внематочной беременности [1, 2]. Одновременное развитие беременности в обеих маточных трубах происходит независимо друг от друга. В последние два десятилетия отмечен рост частоты эктопической беременности в 3 раза, но вероятность развития спонтанной ДТВБ по-прежнему остается минимальной и составляет 1 случай на 20000 топических беременностей, а среди внематочных – в пределах 1 случай на 750-1580 эктопических [3]. Мы нашли в литературе данные о 250 случаях ДТВБ [2]. Использование УЗИ для диагностики ДТВБ малоинформативно. Как правило, ВТДБ является случайной интраоперационной находкой.

Наблюдение ДТВБ

В данном наблюдении имел место случай спонтанной ДТВБ у 35 летней

женщины, данная беременность третья, в анамнезе – одни роды, один медицинский аборт. Пациентка поступила в гинекологическое отделение ЦГКБ №24, куда была направлена из женской консультации этой больницы по поводу неполного самопроизвольного аборта в сроке 6 недель, осложненного кровотечением. В срочном порядке в связи с кровотечением было произведено выскабливание полости матки. Однако после манипуляции состояние больной резко ухудшилось, появились жалобы на боли внизу живота, головокружение.

Объективно: пульс 80 уд/мин, АД 110/70 – 100/60 мм. рт. ст, кожа и видимые слизистые бледные. Живот при пальпации мягкий, болезненный в нижних отделах, больше справа. В легких везикулярное дыхание. Выделения из влагалища кровянистые, темные, умеренные. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

При вагинальном исследовании обнаружено, что тело матки не увеличено, справа маточная труба утолщена, болезненная, слева – без особенностей.

Лабораторное исследование. В общем анализе крови: Нб 111 Г/л; эритроциты – 4,7 Т/л; лейкоциты – 8,2 Г/л; СОЭ – 5 мм/ч; гематокрит – 42%. Биохимический анализ крови: общий белок – 56,5 г/л, альбумины – 31,8 г/л, остаточный азот – 10,0 ммоль/л, мочевины – 2,9 ммоль/л, креатинин – 64,0 мкмоль/л, билирубин общий – 8,46 мкмоль/л, АСТ – 0,034 мккат/л, АЛТ – 0,052 мккат/л. Общий анализ мочи: удельный вес – 1015; белок – 0,045 г/л; эпителий плоский – 3-5 в п/зр., лейкоциты – 2-4 в п/зр., эритроциты – 1-4 в п/зр.

Предварительно был установлен диагноз: трубная беременность справа?

Для дообследования больной было **проведено УЗИ**: Матка 8,3×4,6×6,6 см, увеличена до 7 недель беременности, не смещена, контуры ровные; в полости матки жидкостный компонент до 15 мл. В проекции правой маточной трубы визуализируется живой эмбрион ИТР 10 мм, СБ (+), Д 17 мм. OS не визуализируется, в его проекции фрагмент дилатированной маточной трубы с живым эмбрионом ИТР 12 мм, СБ (+). В околоматочном пространстве до 180 см³ анэхогенного содержимого, обнаружены эхопризнаки эктопической беременности (трубной) в правых придатках, развивающаяся эктопическая трубная беременность в левых придатках (7 недель 3 дня).

После проведенного комплексного исследования больной показано ургентное оперативное вмешательство. Произведено оперативное вмешательство: лапаротомия, двусторонняя сальпингэктомия.

Интраоперационно: в брюшной полости около 800-900 мл крови и сгустков, тело матки несколько увеличено, розовое; с обеих сторон маточные трубы изменены. *Правая* маточная труба синюшна, утолщена до 5 см с дефектом стенки, через который просачивается жидкая кровь. Произведена правосторонняя сальпингэктомия. *Левая* маточная труба утолщена на всем протяжении до 4-5 см в диаметре, из ампулярного отдела истекает жидкая кровь. Произведена левосторонняя сальпингэктомия. Операционный материал отправлен на патогистологическое исследование.

Данные морфологического исследования. В *правой* маточной трубе: дефект стенки, очаги некроза, в том числе и фибри-

ноидного, в просвете ворсины хориона с выраженной пролиферацией синцитиотрофобласта, с отеком, очагами некроза трофобласта, кровоизлияниями, инфильтрацией полиморфно-ядерными лейкоцитами (рис. 1); децидуализация в слизистой, мышечном слоях, пролиферация и инвазия трофобласта (рис. 2); кровоизлияния разных размеров, расслоение слоев, разной степени выраженности лейкоцитарные и лимфо-лейкоцитарные инфильтраты, неравномерно выраженное разрастание соединительной ткани (рис. 3) – признаки нарушенной маточной беременности, хронический сальпингит с признаками выраженного обострения.

В *левой* маточной трубе: в просвете в части ворсин – выраженное гнойное воспаление, склероз (рис. 4), децидуализация ткани трубы, очаговые лимфо-лейкоцитарные инфильтраты, очаговое разрастание соединительной ткани, кровоизлияния в стенке, очаги некроза (рис. 5, б) – внематочная трубная беременность, хронический сальпингит с признаками обострения.

Послеоперационный период протекал гладко, рана зажила первичным натяжением. Больная выписана в удовлетворительном состоянии для продолжения лечения в условиях дневного стационара.

Диагноз при выписке: Двусторонняя трубная беременность (прервавшаяся правосторонняя, развивающаяся левосторонняя). Осложнение: внутрибрюшное кровотечение.

Обсуждение

В настоящее время существует несколько теорий для объяснения возникновения ДТВБ. Возможным этиологическим фактором может послужить трансперитонеальная миграция трофобластических клеток из одной трубы в другую, что является правдоподобным объяснением для нахождения эмбриональной ткани в одной маточной трубе и только ворсин в другой [1].

Суперфетация – еще один возможный этиологический фактор, подразумевающий оплодотворение и развитие второй яйцеклетки, когда женщина является уже беременной. Это считается чрезвычайно редким явлением в организме и предоставляет большие трудности для подтверждения теории [5].

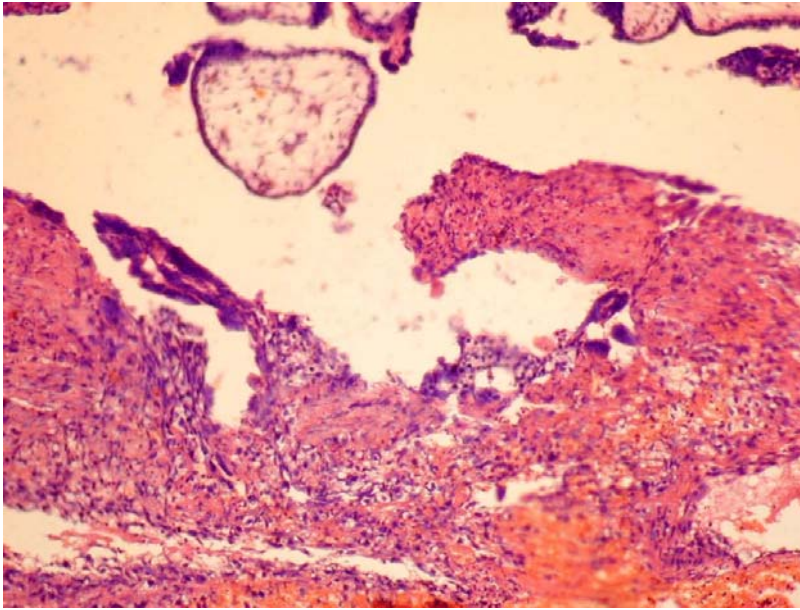


Рис. 1. В стенке трубы очаги некроза, кровоизлияний, фибрин, очаговая лейкоцитарная инфильтрация. В складках слизистой оболочки разрастание клеток трофобласта с прорастанием в мышечный слой. Рядом ворсины хориона с очаговой пролиферацией синцитиотрофобласта, местами его отсутствие. Окраска гематоксилином и эозином, $\times 100$.

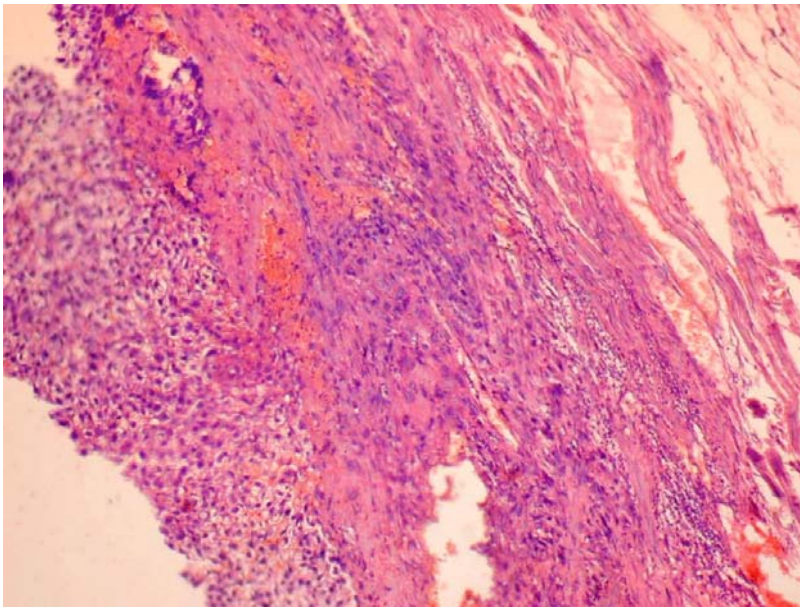


Рис. 2. В стенке трубы полнокровие, отек, очаговая децидуализация, очаги некроза, кровоизлияний, в слизистой, мышечном слое разрастание трофобласта, умеренно выраженная лейкоцитарная инфильтрация. Окраска гематоксилином и эозином, $\times 100$.

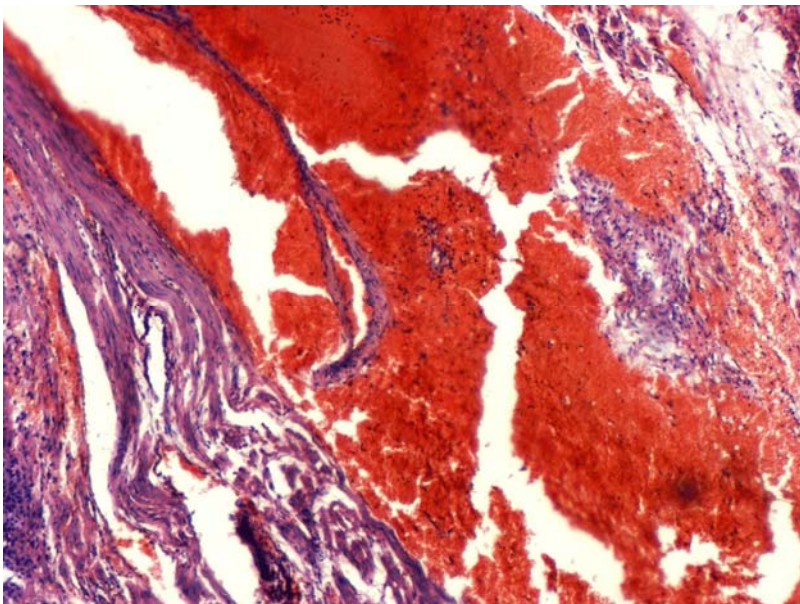


Рис. 3. В стенке трубы полнокровие, отек, расслоение мышечного слоя, кровоизлияния, лейкоцитарная инфильтрация; в просвете – крупные кровоизлияния, некротизированная децидуальная ткань. Окраска гематоксилином и эозином, $\times 30$.

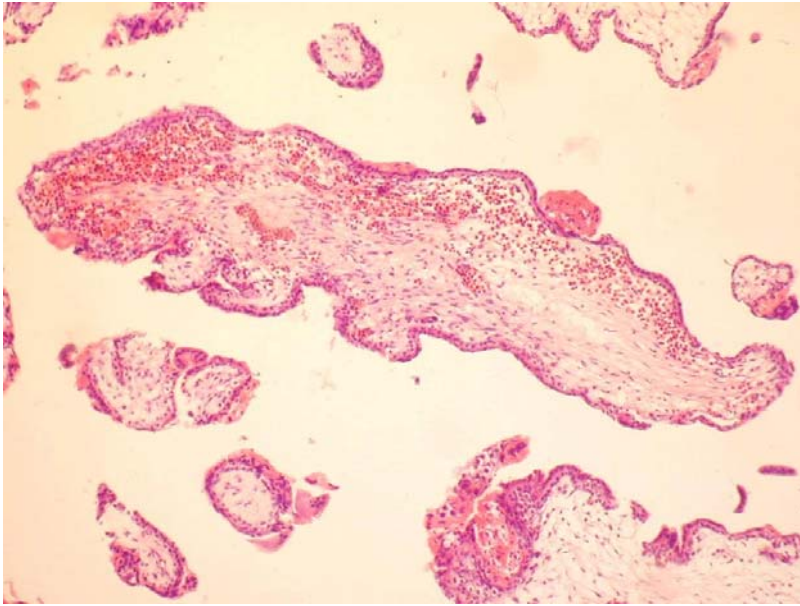


Рис. 4. В крупной ворсине хориона – склероз, скопление эритроцитов, полиморфно-ядерных лейкоцитов преимущественно под синцитиотрофобластом. в меньших ворсинах – очаговая пролиферация синцитиотрофобласта, отек, практически полное отсутствие сосудов, гидropическая дегенерация. Окраска гематоксилином и эозином, $\times 100$.

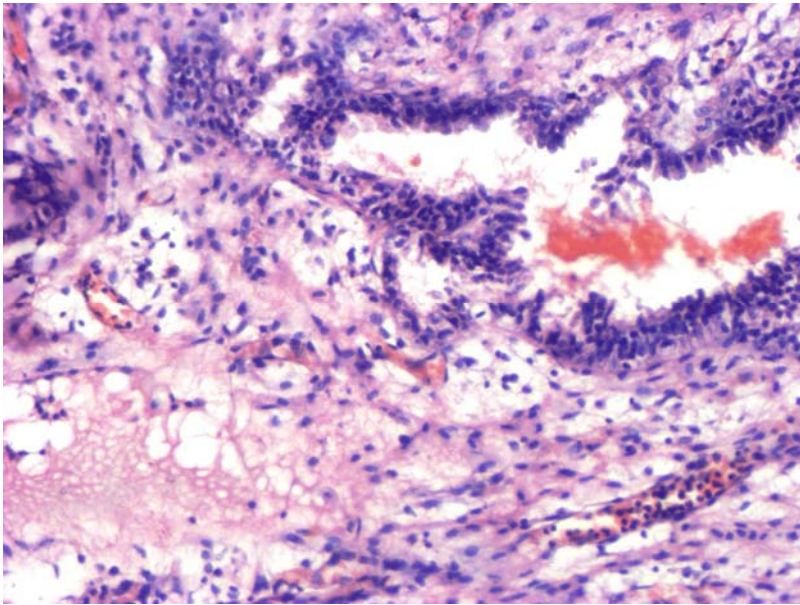


Рис. 5. В стенке трубы резкий отек, инфильтрация полиморфно-ядерными лейкоцитами, очаговая децидуализация в стенке, пролиферация эпителия складок слизистой оболочки, в просвете эритроциты, нити фибрина. Окраска гематоксилином и эозином, $\times 100$.

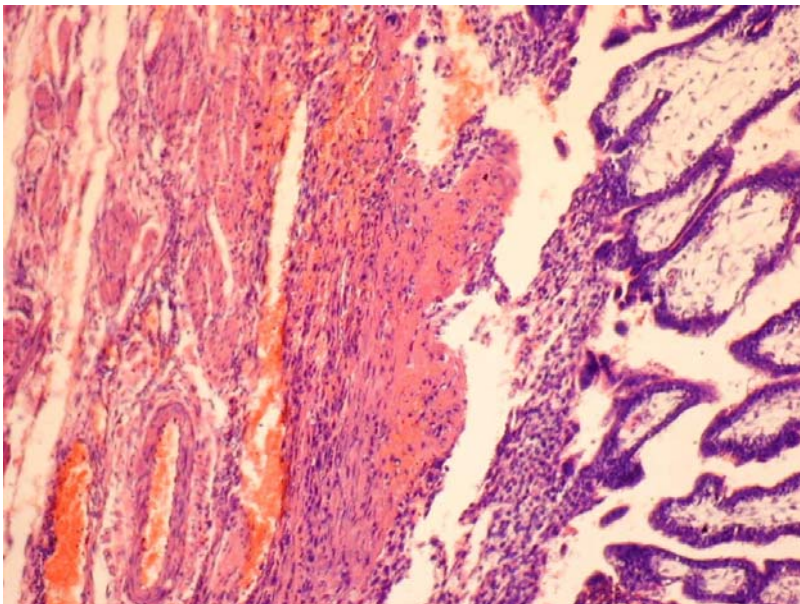


Рис. 6. В стенке трубы полнокровие, тромбоз, отек, очаги некроза, кровоизлияний, очаговая лейкоцитарная инфильтрация, на поверхности слизистой оболочки разрастание клеток трофобласта, рядом ворсины хориона с очаговой пролиферацией клеток синцитиотрофобласта, с отеком, гидropической дегенерацией, снижением количества сосудов. Окраска гематоксилином и эозином, $\times 100$.

Вывод

Патоморфологічески значимими являються критерії Fishback и Norris: виявлення ембріональної тканини і ворсин хориона при гистологічному дослідженні маточних труб [4]. В будь-якому випадку, ДТВБ вимагає негайної діагностики і оперативного втручання, для запобігання небажаних наслідків для жінки.

Список литературы

1. *Bilateral tubal pregnancy. A report of an unusual case/ [Tabachnikoff R.M., Dada M.O., Woods R.J.,*

Myers C.P.]//Journal of Reproductive Medical – 1998. – Vol 43, № 707. – P. 9-12.

2. *Discordant twins with the smaller baby appropriate for gestational age – unusual manifestation of superfetation: a case report/ Baijal N., Sahni M., Verma N. [et al.]// Journal of Medical. – 2007 – Vol. 7, № 2. – P. 11.*

3. *Jullien Brady. Spontaneous bilateral tubal ectopic pregnancy/ Jullien Brady, Margaret Wilson// Journal of Reproductive Society. – 2005. – Vol. 98, № 3. – P. 120-121.*

4. *Norris S. Bilateral simultaneous tubal pregnancy/ S. Norris, H.R. Fishback//Canadian Medical Association Journal. – 1953. – Vol. 68, №3. - P. 79–81.*

5. *Spontaneous ruptured and intact bilateral ectopic pregnancy a case report/ Quraan G L., Taani M.L., Nussair B.M. [et al.]// LaRevue de Sante de la Mediterranee Orientale. – 2007. – Vol. 13, № 4. – P. 97.*

Отримано 03/04/2014

*Дядик О.О., Покоłodна Ю.І., Дядик З.Б., Сидоренко Р.С.
Донецький національний медичний університет ім. М. Горького
Центральна міська лікарня № 24, м.Донецьк*

**СПОНТАННА ДВУСТОРОННЯ ТРУБНА ПОЗАМАТКОВА ВАГІТНІСТЬ
(КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)**

РЕЗЮМЕ. У зв'язку із збільшенням порушення нормального перебігу вагітності в даний час частіше трапляються випадки розвитку позаматкової вагітності. Позаматкова вагітність (ектопічна вагітність) – розвиток ембріона поза порожниною матки. Залежно від місця прикріплення (імплантації) яйцеклітини розрізняють позаматкову вагітність трубну, яєчникову і черевну. Позаматкова вагітність зустрічається приблизно в 2% від усіх вагітностей. Трубна вагітність становить 98% від усіх позаматкових вагітностей. Позаматкова вагітність може надалі приводити до безпліддя і повторної позаматкової вагітності. Спонтанна двостороння трубна позаматкова вагітність (ДТПВ) зустрічається дуже рідко, провокуючими факторами є оперативні втручання на маткових трубах, запальні захворювання органів малого таза, а також є результатом застосування репродуктивних технологій. У літературі описано всього близько 250 випадків двосторонньої позаматкової вагітності. Авторами надано випадок спонтанної ДТПВ у 35 річної жінки, яка не мала в анамнезі факторів ризику розвитку даної патології. У пацієнтки була виявлена гостро перервана правобічна і прогресуюча лівостороння трубні вагітності. На етапі діагностики неможливо було достовірно вказати на наявність саме двосторонньої трубної вагітності. Справжня картина виявлена інтраопераційно та підтверджена в подальшому при патоморфологічному дослідженні.

Ключові слова: двостороння позаматкова трубна вагітність, морфологічні особливості трубної вагітності.

*DYADYK E.A., POKOLODNAYA Y.I., DYADYK Z.B., SIDORENKO R.S.
Donetsk National Medical University after M Gorky
Central City Hospital № 24, Donetsk*

**SPONTANEOUS BILATERAL TUBAL ECTOPIC PREGNANCY
(CASE REPORT)**

SUMMARY. In connection with increase of violations of normal pregnancy currently, increase the cases of ectopic pregnancy. Ectopic pregnancy – embryo develop outside the uterus. Depending on the place of attachment (implantation) fertilized ovum discern ectopic pregnancy tubal, ovarian and peritoneal. Ectopic pregnancy occurs in about 2% of all pregnancies. Tubal pregnancy is 98% of all ectopic pregnancies. Ectopic pregnancy may further lead to infertility and ectopic pregnancy repeated. Spontaneous bilateral tubal ectopic pregnancy (BTEP) is very rare, provoking factors are surgery on the fallopian tubes, inflammatory diseases of the pelvic organs, as well as results from the use of reproductive technologies. In the literature, only about 250 cases of bilateral ectopic pregnancy. The authors provided a case of spontaneous BTEP in 35 year old woman that did not have a history of risk factors for developing this disease. The patient was identified and stopped sharply right-sided and left-sided developing tubal pregnancy. During the diagnosis could not reliably indicate the presence of just a bilateral tubal pregnancy. The true picture is revealed and confirmed intraoperative subsequently pathologically.

Keywords: bilateral tubal ectopic pregnancy, morphological features of tubal pregnancy.