

Случай из практики

УДК 618.3-06+618-072.1-089

DOI 10.52246/1606-8157_2021_26_1_59

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ДВУСТОРОННЕЙ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ЕСТЕСТВЕННОМ ЗАЧАТИИ

А. И. Малышкина^{1,2}, доктор медицинских наук,
Н. В. Батрак^{1,2*}, кандидат медицинских наук

¹ ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства имени В.Н. Городкова» Минздрава России, 153045, Россия, г. Иваново, ул. Победы, д. 20

² ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, 153012, Россия, г. Иваново, Шереметевский просп., д. 8.

РЕЗЮМЕ Приведен случай редкой формы внематочной беременности (ВБ) – двусторонней трубной беременности (ДТБ). Описаны сложности в диагностике данного состояния, а также способы его лечения.

Ключевые слова: двусторонняя трубная беременность, ультразвуковое исследование, лапароскопия.

* Ответственный за переписку (corresponding author): batrkn@inbox.ru

Несмотря на то что большое число беременностей имплантируется в маточные трубы, спонтанная ДТБ остается редкой патологией. На сегодняшний день доступно только несколько опубликованных случаев. Эктопическая беременность составляет от 1 до 2 % всех беременностей и более чем в 98 % случаев локализуется в маточной трубе [7]. Частота ДТБ составляет лишь одну на 200 000 самопроизвольных беременностей и одну на 725–1580 всех ВБ [10].

Факторы риска включают повреждение эндосальпинкса, вызванное инфекциями, передаваемыми преимущественно половым путем, эндометриоз, оперативные вмешательства в анамнезе, наличие нескольких половых партнеров, курение, раннее начало половой жизни, нарушение функции маточных труб, применение антибиотиков с целью лечения воспалительных заболеваний органов малого таза, увеличение частоты стерилизации маточных труб, спринцевания [1]. Исследования показали, что примерно половина всех женщин с ВБ не имеет каких-либо известных факторов риска [4].

В настоящее время выдвинут ряд теорий относительно механизма наступления ДТБ: множественная овуляция, спонтанная или в результате индукции, способствует трансперитонеальной миграции трофобласта; ретроградная миграция оплодотворенной яйцеклетки в маточную трубу в результате сокращения миометрия, даже без применения вспомогательных репродуктивных

технологий; использование пероральных или внутриматочных контрацептивов, содержащих прогестерон, что, вероятно, связано с нарушением перистальтики маточных труб; перенос более одного эмбриона в маточные трубы при экстракорпоральном оплодотворении – свойства переносимой среды и ее большой объем, возможно, влияют на частоту возникновения ДТБ. Также постулируется, что вторая трубная беременность после гибели первой является причиной ДТБ.

ВБ является основной причиной материнской смертности в первом триместре, составляя 9–13 % всех смертей, связанных с беременностью [5, 8]. ДТБ – самая редкая форма ВБ и, как правило, связана с лечением бесплодия. Еще реже при данной форме беременности наблюдается одновременный разрыв маточных труб. Также сообщалось о ДТБ с обоими эмбрионами в одной трубе, а также с одним в каждой [6, 8]. Осложнения ВБ являются результатом поздней диагностики или неправильного подхода к лечению. Отсутствие возможности поставить быстрый и точный диагноз ВБ может привести к разрыву маточной трубы, что в свою очередь проявляется массивным кровотечением, геморрагическим шоком, диссеминированной внутрисосудистой коагулопатией.

Из-за редкости данной патологии не существует исчерпывающих клинических рекомендаций или протокола ее лечения. Как правило, тактика зависит от состояния женщины, степени повреж-

дения маточных труб и репродуктивных планов пациентки [9]. Различные варианты хирургического лечения варьируются от крайних случаев тотальной гистерэктомии с двусторонней аднексэктомией до консервативного подхода с использованием лапароскопических методов, включая сальпингэктомию или сальпингостомию.

Приводим клиническое наблюдение пациентки со спонтанно наступившей ДТБ.

В приемное отделение гинекологической клиники ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства имени В.Н. Городкова» Минздрава России обратилась пациентка 32 лет с жалобами на боль преимущественно внизу живота справа, кровянистые выделения из половых путей, рвоту. Данная беременность четвертая, желанная, наступила самостоятельно. В анамнезе имеются два медицинских аборта, один самопроизвольный выкидыш на ранних сроках, после которых отмечает бесплодие в течение десяти лет, не обследована. Соматически здорова.

При осмотре состояние пациентки удовлетворительное, сознание ясное, выявлена бледность кожных покровов, артериальное давление – 100/70 мм рт. ст., пульс – 137 ударов в минуту. При пальпации живота определяется болезненность в нижних отделах. Симптомы раздражения брюшины положительные.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно, влагалище нерожавшей. Матка больше нормы, плотная, подвижная, безболезненная. Правые и левые придатки не пальпируются. Определяется болезненность заднего свода влагалища.

Проведено лабораторное и инструментальное обследование.

Тест на беременность положительный.

Результаты общего анализа крови: содержание эритроцитов – $2,26 \times 10^{12}/л$, гемоглобина – 74 г/л, тромбоцитов $285 \times 10^9/л$.

Ультразвуковое исследование матки и придатков показало: тело матки – с ровными контурами, размерами $52 \times 37 \times 50$ мм. Эндометрий – 11 мм, секреторный. Плодное яйцо в полости матки не определяется. В брюшной полости визуализируется большое количество жидкости. Справа – неоднородная масса смешанной структуры. Плодное яйцо вне полости матки не определяется.

Учитывая клинические признаки ВБ и нестабильные показатели гемодинамики, было решено выполнить экстренную лапаротомию. В брюшной полости – 200 мл жидкой крови и сгустков. Правая труба цианотичная, увеличена в размерах

с перфорационным отверстием в интерстициальном отделе. Выполнена тубэктомия справа, санация брюшной полости. Левая маточная труба несколько увеличена в размерах, цианотична.

Гистологический ответ: «Нарушенная трубная беременность справа».

В послеоперационном периоде пациентка получала противовоспалительную терапию, препараты для коррекции анемии. Женщина выписана в удовлетворительном состоянии.

Через три дня после выписки пациентка поступила повторно с жалобами на острую боль внизу живота, слабость, головокружение, чувство давления на прямую кишку.

При осмотре – состояние больной средней тяжести, заторможена. Кожные покровы бледные. Артериальное давление – 130/100 мм рт. ст., пульс – 85 ударов в минуту. Живот болезненный в нижних отделах. Тест на беременность положительный. Симптомы раздражения брюшины положительные.

Результаты общего анализа крови: содержание эритроцитов – $1,43 \times 10^{12}/л$, гемоглобина – 45 г/л, тромбоцитов – $355 \times 10^9/л$.

В экстренном порядке пациентке выполнена лапароскопия. В брюшной полости обнаружено 500 мл крови и сгустков. Матка и яичники не изменены. Правая маточная труба отсутствует. Левая маточная труба расширена до 2 см в истмико-ампулярном отделе за счет плодного яйца с разрывом стенки и продолжающимся кровотечением.

Выполнена тубэктомия слева, санация брюшной полости.

Гистологический ответ: «Нарушенная трубная беременность».

В послеоперационном периоде перелиты три дозы эритроцитарной массы, проведено противовоспалительное лечение. Результаты общего анализа крови: содержание эритроцитов – $2,68 \times 10^{12}/л$, гемоглобина – 88 г/л, тромбоцитов – $400 \times 10^9/л$.

Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии.

У женщин с ДТБ широкий спектр клинических проявлений на ранних сроках беременности затрудняет своевременную диагностику. Данное состояние является жизнеугрожающим из-за высокого риска внутрибрюшного кровотечения, геморрагического шока и отсутствия своевременного вмешательства, несмотря на современные достижения, позволяющие провести диагностику до появления клинических симптомов. Хотя в последние годы частота ДТБ увеличилась в связи

с развитием вспомогательных репродуктивных технологий, спонтанные случаи данного состояния остаются редкими.

Клинические признаки представлены триадой симптомов, включающей аменорею, вагинальное кровотечение и боль в нижних отделах живота. Однако диагноз на основе измерения содержания хорионического гонадотропина не является надежным в случае ДТБ. Этот показатель имеет ограничения при использовании в клинической практике [10]. Для точной диагностики ранней беременности методом трансвагинального ультразвукового сканирования уровень хорионического гонадотропина должен составлять не менее 1000 МЕ/л [10]. В ряде случаев отсутствие возможности визуализации беременности обусловлено такими факторами, как аденомиоз и миома матки. Поэтому даже достаточный уровень хорионического гонадотропина не позволяет диагностировать методом ультразвукового исследования возможную маточную или эктопическую беременность [10].

Чтобы избежать неправильного лечения, в частности удаления контралатеральной трубы, необходимы тщательные пред- и интраоперационные обследования. Ультразвуковое исследование органов малого таза является надежным методом для уточнения диагноза. Ультразвук позволяет выявить ВБ примерно в 90% случаев [4]. Одно из исследований, посвященных изучению данной проблемы, показало, что с помощью трансвагинальной сонографии выявлены аномалии придатков почти в 95% случаев ВБ; наиболее частой находкой (более 50 %) было неспецифическое увеличение придатков [4].

Возможности цветного доплера повышают диагностическую чувствительность трансвагинального ультразвука для раннего распознавания маточной или эктопической беременности.

Перед операцией сложно диагностировать ДТБ. Обычно диагноз ставится во время операции. Часто также не удается распознать беременность в контралатеральной трубе во время операции. Действительно, чаще всего в контралатеральной трубе беременность протекает бессимптомно или ее трудно отличить от тазовой боли, вызванной медикаментозным лечением или контролируемой гиперстимуляцией яичников [4].

Ведение трубной беременности может быть медикаментозным или хирургическим и во многом зависит от состояния маточных труб на момент постановки диагноза. Клиницисту необходимо знать о различных вариантах ведения пациентки с данной патологией. Терапевтический эффект консервативного лечения метотрексатом неудовлетворителен из-за высокого уровня хорионического гонадотропина (метотрексат показан для терапии при уровне хорионического гонадотропина менее 5000 МЕ/л) [2]. Конечно, пациенты должны быть проинформированы о возможности неполного удаления трофобласта и, как следствие, дополнительного лечения метотрексатом [3].

Трубную беременность необходимо лечить преимущественно хирургическим путем методом сальпингэктомии или сальпинготомии [2]. Несмотря на потенциально повышенный риск повторной ВБ, сальпинготомия часто предпочтительнее сальпингэктомии, поскольку предполагается, что сохранение обеих труб обеспечивает лучшие перспективы наступления последующей беременности [11].

Несмотря на то что самопроизвольная ДТБ встречается очень редко, при подозрении на данную патологию необходимо проведение лапароскопии с тщательным исследованием обеих маточных труб. Гистологическое исследование позволит исключить или подтвердить ДТБ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Внематочная (эктопическая) беременность : Клинические рекомендации (протокол лечения) Письмо Минздравом России от 6 февраля 2017 г. № 15-4/10/2-729.
2. A case of bilateral tubal pregnancy / F. Ayano, F. Atsushi, F. Rie [et al.] // *Gynecol Minim Invasive Therapy*. – 2017. – Vol. 6. – P. 191–192.
3. Salpingotomy versus salpingectomy in women with tubal pregnancy (ESEP study): an open-label multicentre randomised controlled trial / M. Femke, S. Annika, S. Karin [et al.] // *Lancet*. – 2014. – Vol. 383. – P. 1483–1489.
4. Hoffmann, S. Spontaneous Bilateral Tubal Ectopic Pregnancy: Incidental Finding During Laparoscopy – Brief Report and Review of Literature / S. Hoffmann, H. Abele, C. Bachmann // *Geburtshilfe Frauenheilkd*. – 2016. – Vol. 76(4). – P. 413–416. DOI: 10.1055/s-0041-110394.
5. Emergency medicine myths: ectopic pregnancy evaluation, risk factors, and presentation / J. Jennifer, L. Brit, K. Alex [et al.] // *J Emerg Med*. – 2017. – Vol. 53. – P. 819–828.
6. Ko, J. K. Time to revisit the human chorionic gonadotropin discriminatory level in the management of pregnancy of unknown location / J. K. Ko, V. Y. Cheung // *J Ultrasound Med*. – 2014. – Vol. 33. – P. 465–471.
7. Mayank, M. Ectopic pregnancy / M. Mayank, O. Mohammed, W. H. Andrew // *Obstet Gynecol Rerod Med*. – 2017. – Vol. 27. – P. 245–250.

8. Sheeba, M. Spontaneous Bilateral Tubal Gestation: A Rare Case Report / M. Sheeba, G. Supriya // Case Rep Obstet Gynecol. – 2016. – 8526903. DOI: 10.1155/2016/8526903.
9. Tankou, C. S. Occurrence of spontaneous bilateral tubal pregnancy in a low-income setting in rural Cameroon: a case report / C. S. Tankou, C. B. Sama, L. G. N. JINETTE // Case Reports BMC Res Notes. – 2017. – Vol. 10(1). – P. 679. DOI: 10.1186/s13104-017-3021-y
10. Xu, H. A spontaneous bilateral tubal pregnancy: a case report / H. Xu // Medicine (Baltimore). – 2018. – Vol. 97(38). – P. 12365. DOI: 10.1097/MD.00000000000012365
11. Diagnosis and surgical therapy of the retroperitoneal ectopic pregnancy: a case report / Y. Yizhuo, L. Zhongyu, S. Lei [et al.] // Int J Surg Case Rep. – 2018. – Vol. 49. – P. 21–24.

CLINICAL OBSERVATION OF BILATERAL TUBAL PREGNANCY IN NATURAL IMPREGNATION

A. I. Malyshkina, N. V. Batrak

ABSTRACT A clinical case of rare form of ectopic pregnancy (EP) namely bilateral tubal pregnancy (BTP) is presented. Complicacy in this state diagnosis and methods of its treatment is described.

Key words: bilateral tubal pregnancy, ultrasound trial, laparoscopy.