

УДК 618.312+618.17:616092

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЭКТОПИЧЕСКОЙ МНОГОПЛОДНОЙ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

О. С. Нестеренко

Архангельский клинический родильный дом им. К. Н. Самойловой, г. Архангельск, Россия

© О. Н. Нестеренко, 2018 г.

Представлен случай эктопической трубной многоплодной беременности в сроке 5–6 недель. Обнаружена расширенная правая маточная труба, содержащая два эмбриона. Амниотическая перегородка не визуализировалась. Матка расположена типично, увеличена до 7–8 недель беременности, за счет гравидарной реакции. Правый яичник определялся в типичном месте, желтое тело в его проекции не визуализировалось. Левый яичник определялся за маткой, в его проекции определялось образование, напоминающее желтое тело.

Ключевые слова: беременность, эктопическая, трубная, многоплодная.

CASE OF POLYCARPOUS TUBAL ECTOPIC PREGNANCY

O. S. Nesterenko

Arkhangelsk Clinical Maternity Hospital named after K. N. Samoilova, Arkhangelsk, Russia

The case of multiple ectopic tubal pregnancy is presented in the 5–6 weeks term. An expanded right uterine tube containing two embryos was found. The amniotic partition was not visualized. The uterus is located typically, increased to 7–8 weeks of gestation, due to decidual reaction. The right ovary was identified in a typical place, the yellow body in its projection was not visualized. The left ovary was determined behind the uterus, in its projection the reminding yellow body was defined.

Key words: pregnancy, ectopic, tubal, polycarpous.

DOI: <http://dx.doi.org/10.22328/2079-5343-2018-9-2-79-81>

Введение. Эктопическая беременность — беременность, протекающая вне полости матки. Различают множество различных форм эктопической беременности, в зависимости от того, где находят плодное яйцо. Чаще всего среди локализаций эктопической беременности встречается *трубная беременность* (97,7%). Яичниковую, шеечную, брюшную, интралигаментарную и развивающуюся в рудиментарном роге матки беременность относят к редким формам внематочной беременности. *Яичниковая беременность* встречается в 0,2–1,3% случаев. Выделяют две формы яичниковой беременности: интрафолликулярную, когда оплодотворение зрелой яйцеклетки происходит внутри полости овулированного фолликула, и овариальную при которой имплантация плодного яйца происходит на поверхности яичника.

Брюшная беременность наблюдается в 0,1–1,4% случаев. При первичной брюшной беременности плодное яйцо сразу имплантируется непосредственно на брюшине, сальнике, кишечнике или других внутренних органах брюшной полости. Вторичная брюшная беременность формируется, когда плодное яйцо попадает в брюшную полость из трубы. Частота *шеечной беременности* составляет 0,1–0,4%. При

этом плодное яйцо имплантируется в цилиндрическом эпителии канала шейки матки. Ворсины трофобласта глубоко проникают в мышечную оболочку шейки, что приводит к разрушению ее тканей и сосудов и заканчивается массивным кровотечением.

Очень редко (0,1%) встречается *интралигаментарная внематочная беременность*, когда плодное яйцо развивается между листками широкой связки матки, куда попадает (вторично) после разрыва стенки трубы в сторону брыжейки маточной трубы. Редко наблюдается и гетеротопическая (многоплодная) беременность, когда в полости матки имеется одно плодное яйцо, а другое располагается за пределами матки.

Также к редким случаям эктопической беременности относится вариант многоплодной эктопической беременности, когда в полости маточной трубы развивается сразу два эмбриона. Таких случаев в мире описано по литературным данным всего 250.

Материалы и методы. Повторнобеременная С., 32 лет. Данная беременность желанная, последняя менструация 25 декабря 2017 г. Обратилась для ультразвукового подтверждения беременности. На учете в женской консультации не состоит. В анамнезе одни срочные роды, один самопроизвольный

выкидыш в малом сроке беременности. Из гинекологического анамнеза выявлена ранее миома матки небольших размеров.

Результаты и их обсуждение. Ультразвуковое исследование проводилось в родильном доме на аппарате Medison accuvix V10. При трансвагинальной эхоскопии обнаружено: тело матки увеличено до 7–8 недель беременности. Миометрий неоднородной структуры. В толще стенок определялись небольшие миоматозные узлы. Срединное М-эхо до 11 мм плодное яйцо в полости матки не определялось. Структура эндометрия соответствовала второй фазе менструального цикла, линия смыкания полости прослеживалась, не деформирована (рис. 1). Правый яичник визуализировался в типичном месте, в структуре его

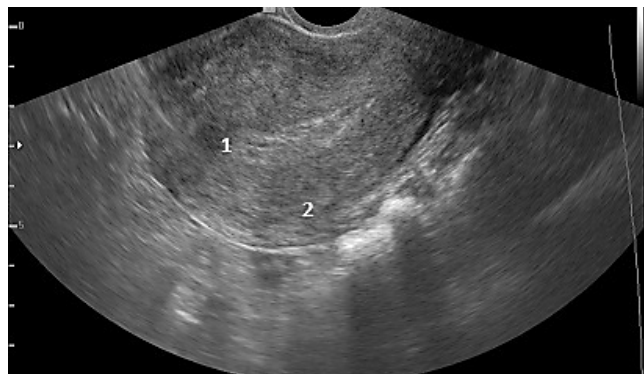


Рис. 1. 1 — полость матки; 2 — эндометрий; 3 — тело матки

определялись антральные фолликулы до 5 мм. Левый яичник определялся за маткой, в структуре его выявлено образование, напоминающее желтое тело. При осмотре области придатков справа, визуализировался участок размерами 34×20 мм, напоминающий расширенную маточную трубу. В полости трубы определялись два анэхогенных включения по типу желточных мешков, а также две структуры по типу эмбрионов 2 и 3 мм длиной (рис. 2, 3). У одного из эмбрионов визуализировалась отчетливая пульсация, при ЦДК определялся кровоток. У второго пульсация и кровоток отсутствовали.

Сделано предположение о наличии экстрапечерической правосторонней многоплодной беременности перекрестного типа, так как овуляция произошла в левом яичнике (рис. 4).

О пациентке было доложено заведующему гинекологическим отделением. Принято решение о срочном оперативном лечении. Интраоперационно подтвержден факт экстрапечерической правосторонней беременности, наличии желтого тела в структуре левого яичника. Материал отправлен на гистологическое исследование.



Рис. 2. 1 — участок правой маточной трубы; 2 — желточный мешок и первый эмбрион; 3 — желточный мешок и второй эмбрион

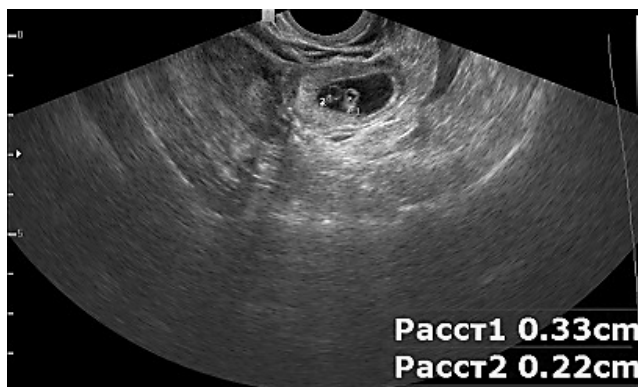


Рис. 3. КТР: 1 — первого эмбриона; 2 — второго эмбриона



Рис. 4. 1 — правый яичник; 2 — правая маточная труба

Диагностированная своевременно экстрапечерическая беременность различной локализации — это своевременная помощь женщине и, возможно, вовремя спасенная жизнь. Врачебная настороженность, тщательная оценка клинических данных и не допускающее разночтений ультразвуковое исследование способствуют раннему выявлению данной патологии. Своевременное хирургическое вмешательство способно предотвратить развитие серьезных осложнений у женщины.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Кира Е.Ф. Репродуктивная хирургия в гинекологии // *Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний* / под ред. В.И. Кулакова, Л.В. Адамян. М.: Пантори, 2005. С. 29–31. [Kira E.F. Reproductivnaya hirurgiya v

- gicheskikh zabolevaniy / под ред. В.И. Кулакова, Л.В. Адамян. М.: Пантори, 2005. С. 29–31. [Kira E.F. Reproductivnaya hirurgiya v

- ginekologii. *Sovremennyye tekhnologii v diagnostiki i lechenii ginekologicheskikh zabolevanij* / pod red. V.I. Kulakova, L.V. Adamyan. Moscow: Izdatel'stvo Pantori, 2005, pp. 29–31 (In Russ.).
2. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Шахламова М.Н. и др. *Внематочная беременность*. М.: Медицина, 2001. 215 с. [Strizhakov A.N., Davydov A.I., Shahlamova M.N. et al. *Vnematohnaya beremennost'*. Moscow: Izdatel'stvo Medicina, 2001. 215 p. (In Russ.).]
3. Шония М.Б. Диагностика внематочной беременности методом эхографии // *Акушерство и гинекология*. 1984. № 1. С. 45–48. [Shoniya M.B. Diagnostika vnematohnoj beremennosti metodom ehkhografii. *Akusherstvo i ginekologiya*, 1984, No. 1, pp. 45–48 (In Russ.).]
4. Майоров М.В., Жученко С.И., Черняк О.Л. Внематочная беременность: современные методы диагностики и лечения // *Медицинские аспекты здоровья женщины*. 2013. № 3. С. 35–43. [Majorov M.V., Zhuchenko S.I., Chernyak O.L. *Vnematohnaya beremennost': sovremennyye metody diagnostiki i lecheniya. Medicinskie aspekty zdorov'ya zhenshchiny*, 2013, No. 3, pp. 35–43 (In Russ.).]

Поступила в редакцию: 12.03.2018 г.

Контакт: Нестеренко Ольга Сергеевна, nesterenkoolay@mail.ru

Сведения об авторе:

Нестеренко Ольга Сергеевна — врач ультразвуковой диагностики ГБУЗ АО «Архангельский клинический родильный дом им. К. Н. Самойловой»; 163060, г. Архангельск, ул. Тимме, д. 1; e-mail: nesterenkoolay@mail.ru.

Уважаемые коллеги!

13 декабря 2018 состоится международная телеконференция **«Современные международные стандарты анализа лучевых изображений: RADS и другие»**

В фокусе внимания современные критерии анализа изображений головного мозга, позвоночника, сердца, легких, суставов, печени, почек.

Целевая аудитория: лучевые диагносты, врачи УЗД,
представители смежных специальностей

Материалы конференции будут изданы в виде руководства для врачей.

Приглашаются все желающие!

Подробная информация:

тел.: +7 921 956-92-55

на сайте: <https://radiomed.ru/>