

Двусторонняя двойничная трубная беременность*)

П. В. Маненкова.

Двусторонняя двойничная трубная беременность, принадлежащая к числу двуяйцевых двоен, относится, по Werth'y и Schauta, к третьей категории случаев двойничной внематочной беременности, — категории самой редкой, к которой причисляются только такие случаи двусторонней трубной беременности, где оба плодных яйца являются продуктом одной и той же овуляции, но не те, когда, после прерывания беременности в одной из труб, наступает новая беременность в другой, — или, реже, в той же трубе, — т. е. плодные яйца принадлежат разным овуляционным периодам.

Случаи этого последнего рода сравнительно нередки, причем они легко могут симулировать одновременную двустороннюю трубную беременность и, как показывает литература, неоднократно описывались в качестве таковой. Так, Jaule, разобрав найденные им в литературе 29 подобных случаев, пришел к заключению, что во всех их без исключения беременность была результатом зачатия в разные овуляционные периоды. В виду этого названный автор склонен даже думать, что самая возможность одновременной двусторонней трубной беременности подлежит сомнению.

Однако работы Labhardt'a, Малиновского, Unterberger'a и других авторов свидетельствуют, что подобные случаи вполне возможны, хотя и очень редки. Так, Малиновский, в 1913 г., мог собрать лишь 16 случаев этого рода, да и то только 10 из них можно считать несомненными, в 6 же остальных одновременная двойничная трубная беременность была лишь вероятна. Если присоединить сюда случаи, указанные несколько позднее Unterberger'ом (за исключением второго случая Werth'a, несомненность которого все-таки не доказана), и случай проф. Тимофеева, описанный в 1921 г., то мы будем иметь, в общей сложности, 20 случаев данного сорта, среди которых можно считать несомненными 12: Werth'a, Kristinus'a, Labhardt'a, Беляева, Süss-

*) Сообщено в Обществе Врачей при Казанском Университете.

mann'a, Findléy'a, Ward'a, Launay et Seguinot (тройничная трубная беременность), Davidsohn'a, Малиновского, Unterberger'a и Тимофеева; остальные 8 случаев,—Walter'a, Robins'a, Weinlechter'a, Frederick'a, Noble'a, Burford'a, Wilson'a и Vautrin'a,—могут считаться лишь более или менее вероятными случаями данной категории.

Чем же объясняется редкость разбираемой категории двойничной внематочной беременности? Известно, что вообще беременность двойнями в практике не так уже редка. По формуле Геллина на 80 случаев беременности вообще встречаются 1 двойни, а по обширным статистическим данным Михайлова у нас в России двойни наблюдаются даже чаще—1 раз на 48 беременностей. Сравнительно нередки и случаи одновременного развития маточной и внематочной беременности,—Neugebauer в 1910 году мог собрать из литературы 220 таких случаев. Значительно чаще случаев двусторонней двойничной трубной беременности встречаются и случаи двойничной беременности в одной трубе.

Сравнительную редкость случаев рассматриваемой категории проф. Груздев объясняет относительной незначительностью роли гонорройного (resp. двустороннего) сальпингита в этиологии внематочной беременности по сравнению с септическим (resp. односторонним) сальпингитом. Возможно, далее, что редкость одновременной двусторонней трубной беременности—лишь кажущаяся, и на самом деле случаи этого рода встречаются гораздо чаще, чем это принято думать, только значительная часть их просматривается.

За вероятность такого предположения говорит уже тот факт, что на 21 случай данного рода 2, т. е. почти 10⁰/₀, наблюдались в одной нашей клинике. Еще более вероятным представляется это предположение, если мы примем во внимание трудность диагноза двусторонней двойничной трубной беременности. Не говоря уже о том, что до операции такой диагноз совершенно невозможен,—даже и sub operatione распознать внематочную беременность этого рода далеко нелегко. Операция обычно производится при этом по экстренному показанию, при сильном внутреннем кровотечении, у обескровленных больных, и оперирующему приходится спешить с её окончанием, вследствие чего легко может случиться, что придатки лишь одной стороны будут тщательно осмотрены, другой же—менее внимательно, и, таким образом, беременность этой последней трубы будет не замечена. Впрочем даже и внимательный осмотр не так резко пораженных придатков не гарантирует от ошибок. Известно, что, при перерыве трубной беременности, небеременная труба нередко реагирует на разрыв плодместилища в другой трубе образованием

гематосальпинкса, и вот, найдя, во время операции по поводу беременности в одной трубе, гематосальпинкс в другой, мы легко можем принять последний за сопутствующий прерыванию беременности другой стороны.

Лишь удаление обеих труб и последующее микроскопическое исследование их позволяет нам правильно распознать двойничную трубную беременность, причем и здесь иногда встречаются большие затруднения. Так, в случаях Labhardt'a и Unterberger'a в одной из беременных труб только после долгих поисков на большом количестве срезов можно было найти небольшое число ворсинок хориона. Причина подобных затруднений легко понятна: с одной стороны мы можем встретиться с наличием в данных случаях трубного аборта с полным изгнанием плодного яйца в брюшную полость; с другой—ворсинки могут быть не найдены в трубе вследствие давности прерывания беременности, ибо, по Бекману, микроскопическое обнаружение их бывает легко в свежих случаях и затруднительно—в старых.

Наконец, и обнаружение ворсинок в той и другой трубе еще недостаточно для диагноза действительной двусторонней трубной беременности, так как подобная находка может иметь место и в некоторых случаях рецидивирующей внематочной беременности, развившейся сначала в одной, а потом уже в другой трубе. Для отличительного распознавания, по мнению Unterberger'a, надо в подобных случаях обращать внимание на отношение ворсинок к окраске, причем наличие в обеих трубах одинаково хорошо окрашенных ворсин говорит за одновременную двустороннюю беременность, ибо при рецидивирующей беременности ворсинки в трубе, ранее бывшей беременною, или настолько дегенерируют, что не воспринимают окраски и теряют свое типичное строение, или, если и воспринимают, то не так хорошо, как в другой трубе, забеременевшей позже.

Уже одна редкость случаев одновременной двусторонней трубной беременности побуждает меня описать один такой случай, наблюдавшийся недавно в Казанской Абушерско-Гинекологической Клинике проф. В. С. Груздева и тщательно обследованный мною. Как уже упомянуто выше, случай этот за последние 20 лет был вторым на 101 случай оперированных внематочных беременностей,—первый из них был описан Малиновским и относится к 1911 году. Вот история нашего случая:

Больная Я., 29 лет, поступила в Клинику 6/II 1923 г. Из анамнеза оказалось, что мenses появились у ней впервые на 10-м году, тип их до замужества был вполне правильный. Замуж Я. вышла

на 23-м году и на 24-м забеременела, причем беременность прервалась на II месяце самопроизвольным абортom. После выкидыша большая втечение 3 лет страдала сильными кровотечениями, сопровождавшимися болями внизу живота и повышением температуры, но за последние 2 года, после произведенного у пациентки выскабливания, правильные менструации восстановились, и больная чувствовала себя вполне здоровой. Последние нормальные крови были у ней 16/XII 1922 г., без болей. В начале января 1923 г. Я. стала чувствовать отвращение к пище и тошноту по ночам и утрам, что и заставило ее 19/I обратиться в Гинекологическое отделение Казанского Клинического Института, где у ней была предположена беременность. 22/I пациентка сильно угорела и упала на снег, после чего стала замечать при каждом мочеиспускании выделение капелек крови из полового канала; с целью остановить это кровотечение, больная 3/II сделала себе горячее спринцевание, после которого её бросило в жар и пот, она легла в кровать и почувствовала тянущую боль внизу живота, принявшую скоро схваткообразный характер; кровотечение, до этого бывшее незначительным, усилилось, причем кровь шла непрерывно со сгустками и пленками. В дальнейшем схваткообразные боли внизу живота стали появляться периодически раза 2 в день, продолжаясь по 2—3 часа. 6/II больная, чувствуя себя несколько лучше, отправилась пешком на амбулаторный прием в Клинику и здесь при исследовании, почувствовала сильную боль внизу живота слева. Боль эта по возвращении пациентки домой постепенно стала усиливаться, приняла ясно-схваткообразный характер и отчетливо локализовалась слева. Вскоре затем к ней присоединились — пот, общая слабость и кровотечение. Все это и побудило больную вечером того же дня, когда она была на амбулаторном приеме, вновь искать помощи в Клинике.

Объективное исследование: больная ослабленного питания, кожа и слизистые оболочки у нее бледны, t^0 —37,1^o, пульс—96; живот вздут, выше пупка тимпаничен, ниже при перкуссии дает тупой тон, в нем определяется небольшое количество свободной жидкости; матка в аптеflexio, несколько увеличена, мягкой консистенции, подвижность ее ограничена, при пальпации матка болезненна, наружный ее зев пропускает фалангу указательного пальца, из зева вытекает кровь; своды выпячены, особенно левый, в котором прощупываются увеличенные придатки. На основании как данных анамнеза, так и данных объективного исследования у Я. была распознана свежее-прервавшаяся внематочная беременность, по поводу которой и было решено прибегнуть к операции.

Операция (проф. В. С. Груздев) была произведена 9/II, т. е. через 7¹/₂ недель после последних правильных регул, под хлороформным наркозом, per laparotomiam. Разрез брюшной стенки по Pfannenstiel'ю. В брюшной полости оказалось до 200 куб. сант. темной, жидкой крови; в заднем Douglas'овом кармане несколько сгустков, из которых один довольно плотный, с небольшое куриное яйцо величиной. Левая труба представляет картину трубного аборта, правая утолщена в pars isthmica до величины грецкого ореха. Левый яичник увеличен. В каждом яичнике имеется по одному corpus luteum. После осмотра половых частей обе трубы удалены, с оставлением

яичников, и целостность широких связок восстановлена. Затем брюшина освобождена от жидкой крови и сгустков, и брюшная рана закрыта наглухо.

Послеоперационный период был осложнен лихорадкой, желтухой и нагноением в ране. Лихорадка и желтуха, однако, скоро прошли. и 22/III больная выписалась из Клиники при нормальной t^0 и почти зажившей ране.

Удаленные и фиксированные 10% формалином обе трубы и упомянутый выше сгусток макроскопически представлялись в следующем виде:

Левая труба, длиной 7 сант., конически раздута в области *infundibuli ee*. Поперечник маточного отрезка трубы — $\frac{3}{4}$ сант., в середине препарата — 2 сант. и в ампулярной части — $2\frac{3}{4}$ сант. Поверхность трубы неровная. Отверстие трубного канала на медиальном конце едва заметно, *ostium же abdominale tubae* расширено до $1\frac{1}{2}$ сант. в диаметре. Воронка трубы окутана снаружи трудно снимающимися кровяными сгустками темно-красного цвета. Бахромки — утолщены. На разрезе, проведенном по длиннику трубы, в *pars ampullaris ee* найдена удлиненно-овальной формы, лишенная содержимого, величиной со сливу, полость, стенки которой, толщиной от $\frac{1}{4}$ до $\frac{1}{2}$ сант., непосредственно переходили в стенки расширенного *ostii abdominalis*; внутренняя поверхность стенок полости местами обнаруживала продольную складчатость, местами же была покрыта кровяными сгустками. Медиальнее этой полости по ходу канала трубы были найдены 2 других маленьких полости, наполненных кровью.

Правая труба — $8\frac{1}{2}$ сант. длиной, в перешейковой части представляет утолщение с грецкий орех величиной; диаметр ее на месте утолщения — 2 сант., в середине — $1\frac{1}{4}$ сант., в *pars ampullaris* — $\frac{1}{2}$ сант., на наружной поверхности местами встречаются маленькие сгустки крови. Отверстия трубного канала на медиальном конце не обнаруживаются, *ostium же abdominale* и *infundibulum tubae* отклонений от нормы не представляют. На разрезе, соответственно утолщению в *pars isthmica*, — *haematosalpinx*, окруженный как-бы капсулой, толщина стенок которой — около $\frac{1}{4}$ сант. Граница между периферией кровяного сгустка и капсулой очень резка, имеет вид щели, за исключением небольшого пространства, где указанный сгусток интимно соединен со стенкой капсулы. Канал трубы медиально от гематосальпинкса представляется облитерированным, латеральнее же последнего на $2\frac{1}{2}$ сант. он сохранен и обладает ясно выраженной продольной складчатостью.

Кровяной сгусток — неправильно-овальной формы, длиной 5 сант. и толщиной 3 сант., на разрезе — темно-красного цвета, в центре содержит как-бы небольшую полость, выстланную тонкой пленкой. Зародышей нигде не было обнаружено.

Для микроскопического исследования были взяты кусочки из разных участков описанных выше препаратов, уплотнены алкоголем, залиты в парафин и парафин-целлоидин, разложены на серии срезов, толщиной около 6μ каждый, и окрашены частью гематоксилин-эозином, частью по *Van-Gieson's*.

При изучении срезов из левой трубы, в стенках главной полости было обнаружено небольшое количество хорошо окрашенных вор-

синок хориона, эпителиальный покров которых представлял ясно выраженную двуслойность, — снаружи каждая ворсинка была окружена синцитиальной каймой, внутри же от последней располагался слой Langhans'a, состоявший из одного ряда круглых или овальных клеток с таким же ядром и совершенно бледной, неокрашенной протоплазмой. Строма ворсинок отличалась рыхлостью, состояла из молодых соединительнотканых клеток и была совершенно лишена сосудов. Ворсинки глубоко вросли в стенку трубы, местами проникая в расширенные сосуды *st. muscularis ee*. Между ними и мышечным слоем трубы там и сям встречались скопления крупных клеток, похожих на вышеописанные клетки Langhans'овского слоя, среди которых кое-где попадались большие, неправильной формы протоплазматические массы с несколькими интенсивно окрашенными ядрами (синцитиальные гиганты). Входящие в состав этих клеточных скоплений элементы морфологически представляли зачастую сходство с децидуальными клетками, и лишь внимательное изучение их на сериях срезов обнаруживало их плодовое происхождение. В различных местах стенка полости оказалась имеющей различное строение. Так, вне места обнаружения ворсинок она сохраняла трехслойность трубной стенки, была гиперэмирована, разрушена и инфильтрирована; складки мукозы здесь были низки и редки, покрывающий их эпителий был уплощен, мускулатура не гипертрофирована. В месте введения ворсинок ни слизистой трубы, ни, в частности, покровного эпителия нельзя было обнаружить; внутренний слой стенки представлялся здесь пропитанным кровоизлияниями, содержал указанные выше псевдецидуальные элементы и вросшие в сильно расширенные сосуды стенки ворсины; от мышечного слоя остались лишь отдельные мышечные волокна; здесь же местами можно видеть нерезко выраженный слой Nitabusch'a. Из других участков левой трубы медиальный отрезок ее давал картину слабо выраженного эндосальпингита: складки трубы здесь были утолщены, гиперэмированы и местами обнаруживали наклонность к слипанию; покровный эпителий их — низкий цилиндрический, местами представлялся двуслойным и наклонным к пролиферации. В строме встречалась инфильтрация с участием полинуклеаров. Мускулатура трубы была не гипертрофирована, содержала ряд полостей, выстланных эпителием, похожим на эпителий складок трубной мукозы. В подбрюшинном слое также встречались полости, эпителий которых был похож на эндотелий брюшины.

При изучении срезов из правой трубы, в области гэматосальпинкса были найдены в большом количестве хорошо сохранившиеся ворсинки хориона, по окраске и строению вполне соответствовавшие таким же образованиям в левой трубе; некоторые из них были разбросаны в выполнявших трубу сгустках крови, большая же часть располагалась в трубной стенке. Отношение ворсинок к стенке гэматосальпинкса и строение последней были таковы же, как и в левой трубе. В других участках правой трубы, кроме сильной гиперэмии, отечности и местами очаговой, местами диффузной инфильтрации, заметных отклонений от нормы не обнаружено.

Сколько-нибудь распространенных децидуальных изменений ни в той, ни в другой трубе мною не было найдено, и только местами,

вне области nidации плодных яиц, попадались единичные децидуальные клетки в мукозе трубы и децидуоподобные—в подсерозном слое ее.

В срезах из кровяного сгустка были также обнаружены ворсинки хориона, во всех отношениях сходные с находившимися в той и другой трубе. Каких-либо остатков тела зародышей ни в одном из исследованных препаратов не было найдено.

На основании всех изложенных клинических и патолого-анатомических данных мы имеем полное право несомненно диагностировать в данном случае прервавшуюся двухстороннюю двойничную трубную беременность. Наш случай является, стало быть, 21-м случаем такой беременности и 13-м несомненным случаем этого рода.

Прерывание двойничной беременности в большинстве известных из литературы случаев данной категории наблюдалось в очень раннем периоде ее развития, и при этом в обеих трубах одновременно. Лишь случаи Süssmann'a, Малиновского и Unterberger'a представляют, на первый взгляд, исключение из этого правила, но весьма вероятно, что и в них прерывание внематочной беременности имело место в обеих трубах одновременно,—только в одной трубе беременность прервалась окончательно, в другой же, несмотря на разрыв плодеместилища, продолжала прогрессировать.

Что касается нашего случая, то едва ли можно сомневаться, что беременность здесь прервалась в раннем периоде своего развития, а именно, около половины II месяца, и притом одновременно в той и другой трубе.

В заключение несколько слов об этиологии трубной беременности в нашем случае. Как известно, главную роль в возникновении внематочной беременности обычно приписывают воспалительному процессу в трубной мукозе, т. е. эндосальпингиту. Весьма вероятно, что эндосальпингит был причиной внематочного развития яйца и в данном случае,—за это говорят как данные гистологического исследования трубных стенок, так и данные анамнеза, свидетельствовавшие о перенесенном больною воспалительном процессе в половой сфере.

ЛИТЕРАТУРА.

- 1) Aschoff. Beitr. z. Anatomie der Schwangerschaft. Ziegler's Beitr. z. pathol. Anat., Bd. 25.—2) Беляев. Случай одновременной беременности в обеих трубах. Мед.Обозрение, 1908, № 20.—3) Бекман. О повторной трубной беременности и к этиологии внематочной беременности. Журн. Акуш. и Женск. Б., 1916, стр. 567.—4) Груздев. Курс акушерства и женских болезней. Часть II, том I. 1922. Берлин.—5) Davidsohn. Ueber gleichzeitiger Schwangerschaft. Münch. med. Woch., 1912, S. 145.—6) Какшкин. Клинические материалы по

вопросу о внематочной беременности. Журн. Акуш. и Ж. Б., 1913, январь.—7) Labhardt. Gleichzeitige doppelseitige Tubarschwangerschaft. Hegar's Beitr. z. Geb. und Gyn., 1909, Bd. 14.—8) Малиновский. К вопросу о двойничной трубной беременности. Каз. Мед. Журн., 1913, т. XIII.—9) Mauthner. Zur Aetiologie und Therapie der Tubargravidität. Zentr. f. Gyn., 1922, № 50.—10) Снегирев. Маточные кровотечения. 1907.—11) Schroeder. Учебник акушерства. Русск. изд. 1908.—12) Тимофеев. Реф. Медицинский Журнал, 1921, № 8-9.—13) Unterberger. Gleichzeitige Schwangerschaft beider Tuben. Monats. f. Geb. und Gyn., 1913, Bd. 38.—14) Werth. Die Extrauterinschwangerschaft. Winkel's Handb. der Geb., 1904, Bd. 2, Th. II.—15) Vautrin. Jahresbericht f. Geb. und Gyn., 1912, S. 554.—
