

УДК 618.14 - 007.21:618.319

**ДОНОШЕННАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ В РУДИМЕНТАРНОМ РОГЕ  
МАТКИ: СЛУЧАЙ КЛИНИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ***В.А. Лискович, Т.Ю. Егорова, И.А. Наумов, Л.Л. Минюк,  
А.Л. Гурин, А.Р. ПЛОЦКИЙ*УЗ «Гродненский областной клинический родильный дом»  
УО «Гродненский государственный медицинский университет»

*Эктопическая беременность является опасным для жизни осложнением гестационного процесса. Диагностика трубной беременности в настоящее время значительно улучшилась благодаря внедрению в практику серологических тестов, ультразвукового исследования и лапароскопии. Диагностика редких форм внематочной беременности, например, беременности в рудиментарном маточном роге, представляет определённые трудности. Поэтому каждый клинический случай представляет интерес для акушеров-гинекологов.*

**Ключевые слова:** рудиментарный рог матки, внематочная беременность.

*Ectopic pregnancy is a major life-threatening complication of gestation. The diagnosis of tubal pregnancy has improved with the development of serological tests, ultrasonic examination and employment of diagnostic laparoscopy. However, diagnosis of unusual ectopic locations (for example, pregnancy in rudimentary uterus) is still difficult. That is why every clinical case may be useful for gynecologists and obstetricians.*

**Key words:** rudimentary uterus, ectopic pregnancy.

Проблема внематочной беременности по-прежнему остается актуальной в современном акушерстве. Её частота составляет 5-6% от общего количества госпитализированных пациенток в гинекологические стационары [2], или один случай эктопической беременности приходится на 44 родов [6], при этом не наблюдается тенденции к её уменьшению.

Среди локализаций внематочной беременности подавляющее большинство случаев приходится на трубную беременность [1, 2, 5]. Диагностика трубной беременности в современных условиях не представляет серьезных затруднений.

Редкими формами внематочной беременности являются беременность в рудиментарном роге матки, яичниковая и брюшная беременность [1, 2]. При этом частота беременности в рудиментарном роге матки составляет около 0,9% [1, 2].

Зачаточный рог матки обычно соединяется с основным рогом при помощи сплошной ножки, которая чаще всего отходит от матки на уровне внутреннего зева или от её дна, при этом зачаточный рог матки, как правило, не имеет соединения с основным рогом. Это связано с тем, что матка и влагалище развиваются из слияния двух мюллеро-

вых протоков. Если один из них не развился или развитие его задержалось, образуется однорогая матка с зачаточным рогом или без него [1].

Впервые возможность наружной миграции оплодотворённой яйцеклетки или сперматозоидов из полноценного рога матки в рудиментарный с последующей имплантацией беременности в зачаточном роге матки описал Dreier в 1894 году; беременность при этом локализовалась в правом рудиментарном роге, а жёлтое тело - в левом яичнике. Частота подобного рода миграции составляет 2,6-5,4% [1].

В рудиментарном роге матки существуют более благоприятные условия для имплантации плодного яйца по сравнению с иными локализациями эктопической беременности в связи с тем, что слизистая оболочка рудиментарного рога является более полноценной, чем, например, в трубе [1, 2].

В большинстве случаев слизистая оболочка рудиментарного рога матки не подвергается отторжению во время менструации [2, 3, 5], что исключает развитие гематометры. В случае же полноценного циклического отторжения эндометрия существует возможность ретроградного заброса менструальной крови из рудиментарного рога через ма-

*ЛИСКОВИЧ В.А. – главный врач УЗ «Гродненский областной клинический родильный дом», к.м.н.*

*ЕГОРОВА Т.Ю. – зав. кафедрой акушерства и гинекологии ГГМУ, доцент, к.м.н.*

*НАУМОВ И.А. – заместитель гл. врача УЗ «Гродненский областной клинический родильный дом», к.м.н.*

*МИНЮК Л.Л. – заместитель главного врача УЗ «Гродненский областной клинический родильный дом».*

*ГУРИН А.Л. – ассистент кафедры акушерства и гинекологии ГГМУ, к.м.н.*

*ПЛОЦКИЙ А.Р. – ассистент кафедры акушерства и гинекологии ГГМУ.*

точную трубу в брюшную полость. Это не сопровождается клиническими проявлениями и отдаленными последствиями ввиду незначительного объема крови и высоких резорбтивных свойств брюшины.

Соединительная ткань в рудиментарном роге обычно преобладает над мышечной, сосудистая же сеть выражена недостаточно, поэтому, как и при других формах внематочной беременности, условий для её пролонгирования до срока физиологической зрелости плода недостаточно. В результате прогрессирующий рост плодного яйца приводит к истончению рога и постепенной перфорации его ворсинами. Этот процесс обычно приводит к разрыву плодместилища в ранние сроки гестации [1, 3].

Однако описаны и случаи донашивания беременности в рудиментарном роге до срока физиологической зрелости плода [1, 4]. В связи с этим у врача акушера-гинеколога существует реальная возможность столкнуться с беременностью в рудиментарном роге матки в практической деятельности.

В настоящее время диагностика беременности, развивающейся в рудиментарном роге матки, все еще представляет значительные трудности. Это связано как с недостаточной оснащенностью лечебно-профилактических организаций акушерско-гинекологического профиля современной ультразвуковой аппаратурой, так и с отсутствием практического опыта у врачебного персонала в связи с редкостью данной нозологии.

Учитывая вышеизложенное, каждый клинический случай развития беременности в рудиментарном роге матки, способы ее диагностики и методы родоразрешения представляют значительный практический интерес.

Приводим собственное наблюдение.

Беременная В., 31 год, поступила в приёмный покой учреждения здравоохранения «Гродненский областной клинический родильный дом» 31 августа 2004 года в 03 ч. 50 мин. с жалобами на схваткообразные боли внизу живота.

Из анамнеза: настоящая беременность вторая. Первая беременность в 1993 году закончилась срочными родами - было выполнено кесарево сечение в связи с тазовым предлежанием плода и слабостью родовых сил. При этом во время операции была выявлена двурогая матка.

Акушерский статус: тело матки увеличено до 30 недель беременности, в тонусе. Положение плода поперечное, головка справа. Шейка матки сформирована, цервикальный канал закрыт.

Диагноз при поступлении: «Беременность 211 дней. Угрожающие преждевременные роды. Отягощенный акушерский анамнез (рубец на матке

после кесарева сечения в 1993 году). Поперечное положение плода. Двурогая матка».

Беременная была госпитализирована в акушерско-обсервационное отделение стационара, где была клинически и лабораторно обследована.

Ультразвуковое исследование было выполнено 31 августа 2004 года. Заключение: «Плацента располагается на передней и обеих боковых стенках матки, большая по площади, полностью перекрывает внутренний зев. Справа имеется маточный рог размерами 8,2 x 5,7 см. Размеры плода соответствуют 30-31 неделе беременности. Предполагаемая масса плода 1300 г».

В стационаре проводилась терапия, направленная на пролонгирование беременности (внутривенное капельное введение 10 мл 25% раствора сульфата магния, гинипрал 1/2 таблетки 3 раза в сутки внутрь, диазепекс 2,0 мл внутримышечно), имевшая незначительный положительный эффект: болевой синдром полностью не купировался, при этом боли локализовались в правой подвздошной области.

В связи с жалобами на повышение интенсивности болей в правой подвздошной области 31 августа 2004 года беременная В. с подозрением на острый аппендицит была переведена в хирургический стационар больницы скорой медицинской помощи г. Гродно. Диагноз острой хирургической патологии подтвержден не был, и 5 сентября 2004 года пациентка была переведена для дальнейшего лечения в акушерско-обсервационное отделение областного роддома.

В период с 5 до 20 сентября 2004 года, когда беременная В. самовольно ушла из стационара, пациентке проводилась токолитическая и спазмолитическая терапия. За время пребывания в акушерском стационаре у беременной В. сохранялся постоянный тонус матки, положение плода было поперечным, при этом головка плода располагалась справа. В течение всего срока госпитализации не отмечалось структурных изменений со стороны шейки матки. Лабораторные показатели находились в пределах нормы. При ультразвуковом исследовании, выполненном 17 сентября 2004 года, был подтвержден выставленный ранее диагноз полного предлежания плаценты; предполагаемая масса плода составила 1900-2000 г.

23 сентября 2004 года в 01 ч. 30 мин. беременная В. вновь поступила в приемный покой областного родильного дома с жалобами на схваткообразные боли внизу живота. Акушерский статус при поступлении не претерпел изменений со времени самовольного ухода В. из стационара.

После проведенного лечения в акушерско-гинекологическом отделении наступило некоторое улучшение состояния пациентки, что выражалось

в уменьшении болевого синдрома. Тем не менее, у беременной В. преимущественно в ночное время регистрировалось регулярное повышение тонуса матки и возобновление болевого синдрома, который все же удавалось купировать.

При ультразвуковом исследовании, выполненном 2 ноября 2004 года, было выявлено ягодичное предлежание плода и подтверждено аномальное расположение плаценты. Предполагаемая масса плода составила 2100 г.

В связи с сохранением и нарастанием болевого синдрома, в том числе по ходу послеоперационного рубца, 5 ноября 2004 года состоялся консилиум с участием администрации роддома и сотрудников кафедры акушерства и гинекологии Гродненского государственного медицинского университета. Диагноз консилиума: «Беременность 246 дней. Угрожающие преждевременные роды. Отягощенный акушерский анамнез (рубец на матке после кесарева сечения в 1993 году). Подозрение на несостоятельность рубца на матке. Ягодичное предлежание плода. Центральное предлежание плаценты. Двурогая матка». Было решено экстренно родоразрешить беременную путём выполнения операции кесарева сечения в связи с неэффективностью проводимой терапии, подозрением на несостоятельность рубца на матке и центральным предлежанием плаценты.

Выполнена лапаротомия по Пфанненштилю с иссечением рубца на коже. При ревизии брюшной полости обнаружено около 100 мл серозно-геморрагического выпота. Размеры матки соответствовали установленному сроку беременности. Визуально отмечалось выраженное истончение стенки матки. При дополнительном осмотре были обнаружены особенности строения матки. Она была двурогой. В левом перерастянтом роге располагался плод. Правый маточный рог был увеличен до 12 недель беременности, на его поверхности отмечались единичные узловатые образования. Правые придатки изменены не были, а в левом яичнике отмечались множественные кровоизлияния. Видимого сообщения между рогами матки не было, с шейкой матки был соединен только правый маточный рог.

Таким образом, интраоперационно была обнаружена практически доношенная беременность в рудиментарном роге матки, что явилось определенной неожиданностью.

Учитывая данные, полученные при ревизии органов малого таза, левый маточный рог был послойно рассечён в нижней части. За ягодицы был извлечён плод женского пола массой 2250 г, длиной 45 см, с оценкой по шкале Апгар 8/8 баллов. При ревизии полости матки было отмечено плотное прикрепление плаценты, занимающей боль-



Рис. 1. Вид операционной раны

шую часть поверхности рудиментарного рога (рис. 1). С учетом значительного затруднения отделения плаценты, резкого истончения миометрия рудиментарного рога, наличия узловатых образований в правом маточном роге и множественных кровоизлияний в левый яичник было решено выполнить операцию надвлагалищной ампутации матки с левыми придатками, что и было произведено типичным образом.

Макропрепарат: ампутированная матка с левыми придатками, состоящая из двух рогов: правый – 10 x 9 x 8 см, толщина его стенок – 2-4 см, левый – 17 x 15 x 8 см в виде мешотчатого образования, толщина его стенок составляла около 1 см и участками истончения до 1-3 мм. В полости левого рога располагалась плацента, плотно прилежавшая к маточной поверхности, вместе с оболочками. Имело место оболочечное прикрепление пуповины. Анатомического сообщения между маточными рогами выявлено не было. Не было выявлено также анатомического сообщения левого маточного рога и цервикального канала (рис. 2).

Микроскопически левый рог был представлен истончённым миометрием, к которому интимно

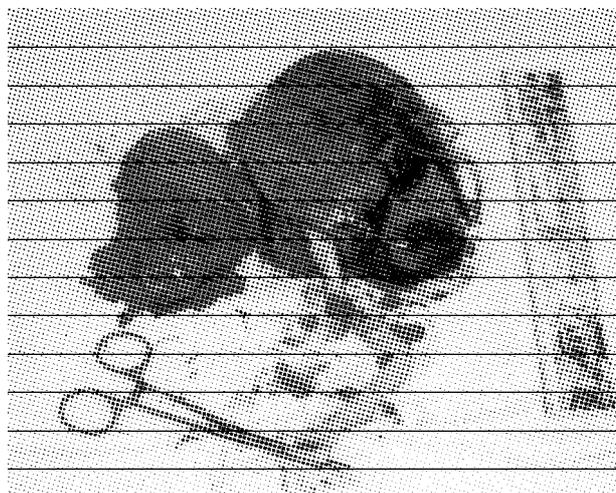


Рис. 2. Макропрепарат

прилежала децидуальная ткань с участками некроза, кровоизлияний и воспаления. В правом маточном роге отмечались признаки аденомиоза.

Ретроспективный анализ данного случая позволил более глубоко осмыслить факт интраоперационной находки – доношенная беременность в рудиментарном роге матки при отсутствии анатомического сообщения между рогами и крайне выраженном истончении левого рога, в котором она и локализовалась.

При анализе данного случая нам пришлось дать ответ на вопрос: можно ли было заподозрить и своевременно диагностировать наличие беременности, в том числе и доношенной, в рудиментарном роге матки?

При изучении медицинской документации нами было установлено, что уже анамнестические данные (пациентка знала и сообщала врачам о наличии у неё двурогой матки) позволяли заподозрить возможность ее локализации в рудиментарном роге на ранних сроках.

Также установлено, что в протоколе операции кесарева сечения 10-летней давности (операция выполнялась в условиях данного стационара) было указано, что у пациентки был обнаружен левый рудиментарный рог матки, размерами 5 x 6 x 4 см, который соединялся с правым маточным рогом на уровне внутреннего зева. При этом видимого сообщения между маточными рогами выявлено не было, а плод располагался в правом маточном роге. Если бы данный факт был своевременно принят к сведению, то, возможно, позволил бы акцентировать внимание как врача акушера-гинеколога, так и врача ультразвуковой диагностики на возможности редкой эктопической локализации плодного яйца.

Кроме того, как уже нами указывалось выше, при наличии выраженных явлений угрозы прерывания беременности у пациентки не происходило структурных изменений со стороны шейки матки и не отмечалось кровянистых выделений из половых путей, хотя таковые можно было ожидать, учитывая «центральное предлежание плаценты», диагностированное при ультразвуковом исследовании. По нашему мнению, ошибочное ультразвуковое заключение стало возможным в связи с тем, что эхографическое изображение растущего рудиментарного рога матки наслаивалось на соответствующее изображение шейки матки и создавало ложное впечатление полного предлежания плаценты (рис. 3). Нам представляется, что диагноз «центрального предлежания плаценты» неправомерен

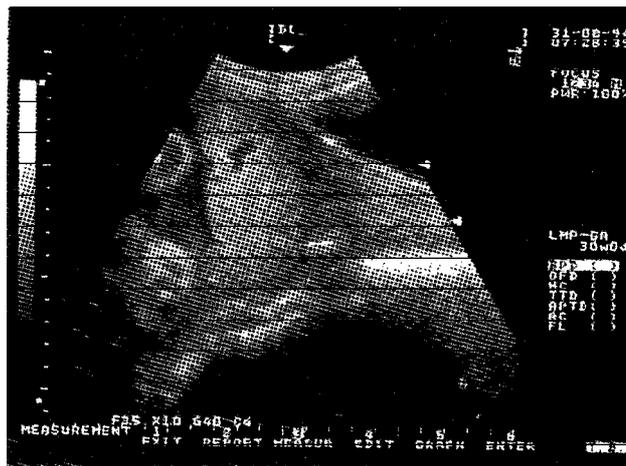


Рис. 3. Эхографическое изображение «предлежания» плаценты

еще и по той причине, что рудиментарная матка не соединялась с цервикальным каналом и плацента не могла перекрывать внутренний зев из-за их анатомической разобщенности.

Отдельно следует отметить, что пациентка трижды проходила ультразвуковое обследование тремя специалистами, имеющими достаточный опыт работы в акушерстве и гинекологии. Это, по нашему мнению, позволяет исключить субъективный фактор в трактовке эхографических данных.

Таким образом, своевременная и полная диагностика беременности в рудиментарном роге матки по-прежнему остается сложной задачей для практического врача, что обусловлено редкой встречаемостью данной патологии. В описанном нами случае, несмотря на неправильный дооперационный диагноз, тактика ведения и родоразрешения беременной оказалась верной, так как клиническая картина имела сходство с симптоматикой несостоятельности рубца на матке, а промедление с оперативным родоразрешением могло привести к разрыву перерастянутого рудиментарного рога и массивному внутрибрюшному кровотечению со всеми вытекающими отсюда последствиями.

P.S. Ребёнок осмотрен через 3 месяца: масса 5150 г, рост 56 см. Отклонений в состоянии его здоровья не отмечено.

#### Литература

1. Макаров Р.Р. Внематочная беременность. - Л.: Медгиз, 1958. - 127с.
2. Грязнова И.М. Внематочная беременность. - М.: Медицина, 1980. - 144с.
3. Айламазян Э.К., Рябцева И.Т. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии. - Н.Новгород.: Медицинская книга, 1997. - 176с.
4. Ж.Л.Фор. Оперативная гинекология. - М.: Госмедиздат, 1933. - 422с.
5. Дуда В.И., Дуда И.В. Клиническая гинекология: В 2-х т. - Мн.: 1999.
6. Danforth's Obstetrics and Gynecology. - Philadelphia, 1994.