

УДК 618.252:[618.214+618.319:618.144-007.21]

**РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ДВОЙНИ С РАСПОЛОЖЕНИЕМ ОДНОГО ПЛОДА
В РУДИМЕНТАРНОМ РОГЕ МАТКИ**

*В.Л. Зверко¹, к.м.н., доцент; Л.С. Бут-Гусаим², к.м.н.; М.В. Белуга¹;
В.А. Биркос²; В.Б. Белуга¹, к.м.н., доцент; Н.А. Ляхнович¹; А.К. Санько¹*

1 - УО «Гродненский государственный медицинский университет»

2 - УЗ «Гродненская клиническая больница скорой медицинской помощи»

Эктопическая беременность является опасным для жизни осложнением гестационного процесса. Диагностика редких форм внематочной беременности, например, беременности в рудиментарном роге матки, представляет определенные трудности. Поэтому каждый клинический случай представляет интерес для акушеров-гинекологов.

Ключевые слова: внематочная беременность, рудиментарный рог.

Extrauterine pregnancy is a major life-threatening complication of gestation. Diagnosis of unusual ectopic location (for example, pregnancy in rudimentary uterus) is still difficult. That is why every clinical case may be useful for gynecologists and obstetricians.

Key words: extrauterine pregnancy, rudimentary uterus.

Проблема внематочной беременности весьма актуальна в настоящее время. Частота эктопической беременности составляет 0,25-13%, при этом нет тенденции к снижению [2, 6]. Внематочная беременность является одним из самых серьезных заболеваний репродуктивной сферы молодых женщин, поскольку требует обязательного и неотложного хирургического вмешательства, которое осуществляется по экстренным, а иногда и по жизненно важным показаниям.

подавляющее большинство случаев приходится на трубную беременность [4, 5, 8], диагностика которой даже в современных условиях представляет определенные затруднения. К редким формам, кроме яичниковой, межсвязочной, брюшной, шейечной относится беременность в рудиментарном роге матки, частота которой составляет около 0,5-0,9% [9, 10], а сочетание маточной и внематочной беременности встречается еще реже (1 случай на 4000 беременностей) [3].

Из анатомии известно, что зачаточный рог матки обычно соединяется с основным рогом при помощи сплошной ножки, которая чаще всего отходит от матки на уровне внутреннего зева или от ее дна, при этом зачаточный рог матки, как правило, не имеет общей полости с основным рогом. Это связано с тем, что матка и влагалище развиваются из слияния двух мюллеровых протоков. Если один из них не развился или развитие его задержалось, образуется однорогая матка с зачаточным рогом или без него [4, 9].

Впервые возможность наружной миграции оплодотворенной яйцеклетки или сперматозоидов из полноценного рога матки в рудиментарный с последующей имплантацией зиготы в зачаточном роге матки описал Dreier в 1894 году; беременность при этом локализовалась в правом рудиментарном роге, а желтое тело – в левом яичнике [4].

В рудиментарном роге матки существуют более благоприятные условия для имплантации плодного яйца по сравнению с иными локализациями в связи с тем, что слизистая оболочка рудимента является более полноценной, чем в трубе [2, 8]. В большинстве случаев в слизистой рудиментарного рога матки не происходит фазы десквамации и, следовательно, не происходит формирования гематометры [1, 5, 7], препятствующей имплантации плодного яйца. Соединительная ткань в рудиментарном

роге обычно преобладает над мышечной, сосудистая же сеть выражена недостаточно, поэтому, как и при других формах внематочной беременности, условий для ее 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, 4, 7]. Однако описаны и случаи донашивания беременности в рудиментарном роге до срока физиологической зрелости плода [4, 6].

Диагностика беременности, развивающейся в рудиментарном роге матки, имеет свои особенности и представляет некоторые трудности.

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

Приводим собственно наблюдение.

Беременная П., 25 лет, обратилась в приемный покой УЗ «Гродненская клиническая больница скорой медицинской помощи» 30.10.2006 г. с жалобами на ноющие боли внизу живота.

Из анамнеза: месячные с 14 лет, установились сразу, по 5-6 дней через 28 дней. Последние месячные – 21.07.2006 г. Половая жизнь с 16 лет. Из перенесенных заболеваний отмечает простудные, из оперативных вмешательств – удаление околоушных лимфоузлов. Первая беременность закончилась срочными родами в ягодичном предлежании плода в 2003 году. Вторая беременность – настоящая.

Выполнено УЗИ органов малого таза: правый рог матки 11,6 x 7,7 см, в нем плодное яйцо 9,0 x 4,1 см, КТР плода 7,1 см. Сердцебиение +, движение +. Второй рог 9,7 x 7,2 см, в нем плодное яйцо 6,4 x 5,2 см, КТР плода 6,8 см. Сердцебиение +, движение +. Заключение: двурогая матка. Беременность 12 недель в обоих рогах матки.

Большой проведенно полное клинико-лабораторное обследование. Для уточнения диагноза 31.10.2006 г. выполнена диагностическая лапароскопия, в ходе которой установлено, что матка увеличена до 12 недель беременности, из левого угла матки исходит рудиментарный рог размером 11 x 11 x 12 см, толщина ножки около 4 см,

придатки с обеих сторон без видимой патологии, расположены правильно. Интраоперационно принято решение о хирургическом иссечении рудиментарного рога и сохранении маточной беременности. Произведены нижнесрединная лапаротомия и удаление рудиментарного рога на уровне ножки с ушиванием культи кетгутном и дексоном. Контроль гемостаза. Санация и ревизия органов брюшной полости. Брюшная полость ушита послойно наглухо. Диагноз после операции: беременность 12 недель. Двойня. Сочетание маточной и эктопической беременности в рудиментарном роге.

В послеоперационном периоде проводилась терапия, направленная на пролонгирование беременности (гинипрал, папаверин, магне В6, цефазолин, сорбифер). На 5 сутки состояние беременной ухудшилось, появилась клиническая картина внутреннего кровотечения. Выполнено УЗИ органов малого таза: в брюшной полости свободная жидкость в умеренном количестве, матка увеличена до 12 – 13 недель беременности, тонус матки 2 степени, в матке один плод. Сердцебиение и движения плода определяются.

Учитывая клинические данные и результаты УЗИ, 05.11.2006 г. принято решение о проведении релапаротомии. В брюшной полости около 350 мл жидкой крови. При ревизии органов малого таза установлено: матка увеличена до 13 недель беременности, плотноэластическая, правые придатки не изменены, слева к области маточного угла подпаяны сальник и сгустки крови. Тупым путем сальник отделен, сгустки удалены и обнажена культя добавочного рога матки, из которого продолжается кровотечение. Произведено лигирование культи отдельными швами с захватом стенки матки. Кровотечение остановлено. Установлены дренажи в подвздошные области брюшной полости. В дальнейшем продолжалось лечение угрозы прерывания беременности и антибактериальная терапия тиенамом. Послеоперационный период протекал без особенностей. На 12 сутки беременная выписана домой под наблюдение в женской консультации по месту жительства.

Женщина 10.04.2007 г. госпитализирована для планового родоразрешения в срок беременности 262 дня с диагнозом: хроническая фетоплацентарная недостаточность, компенсированная форма. Тазовое предлежание плода. Состояние после удаления рудиментарного рога матки в 12 недель беременности. Уретерогидронефроз II степени справа. После полного клинико-лабораторного обследования 12.04.2007 г. выставлен клинический диагноз: II предстоящие роды в срок беременности 264 дня. Тазовое предлежание плода. Хроническая фетоплацентарная недостаточность, субкомпенсированная форма. Гипоплазия плаценты. Нарушение плодово-плацентарного кровообращения I степени. Задержка внутриутробного развития плода I степени. Состояние после удаления рудиментарного рога матки в 12 недель беременности. Анемия легкой степени. Уретерогидронефроз II степени справа.

В плановом порядке 19.04.2007 г. выполнена повторная нижнесрединная лапаротомия с иссечением рубца на коже. Типичное кесарево сечение в нижнем сегменте матки поперечным разрезом. При вскрытии в брюшной полости оказалась беременная матка, рубец в области проекции добавочного рога и придатки – без особенностей. За тазовый конец извлечен мальчик весом 2950 грамм, длиной 51 см, 8/8 баллов по шкале Апгар. Матка ушита однорядным непрерывным дексоновым швом. Санация и ревизия органов брюшной полости. Брюшная полость ушита послойно наглухо. Послеродовой период протекал без особенностей. На 11 сутки женщина совместно с ребенком в удовлетворительном состоянии выписаны домой.

Таким образом, данный случай заслуживает внимания тем, что своевременно выставленный правильный диагноз, выбранная верная тактика ведения и родоразрешения беременной закончилась рождением здорового ребенка с минимальным риском для здоровья и жизни женщины. Своевременно оказанная квалифицированная медицинская помощь при данном осложнении беременности позволила не только осуществить благополучное родоразрешение, но и не ухудшила качество жизни самой женщины.

Литература

1. Айламазян, Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии / Э.К. Айламазян, И.Т. Рябцева. – Москва: Медицинская книга; Н.Новгород: Издательство НГМА, 2003. – 183 с.
2. Баисова, Б.И. Гинекология / Б.И. Баисова; под ред. Г.М. Савельевой. – Москва: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 480 с.
3. Гуляева, Л.И. Случай сочетания прогрессирующей маточной и внематочной беременности. / Л.И. Гуляева // Акушерство и гинекология. – 2000. – № 2. – с.96-97.
4. Гуриев, Т.Д. Внематочная беременность / Т.Д. Гуриев, И.С. Сидорова. – Москва: Практическая медицина, 2007. – 96 с.
5. Дуда, В.И. Клиническая гинекология: в 2 т. / В.И. Дуда, И.В. Дуда. – Минск: Высшая школа, 2004. – 2 т.
6. Кулаков, В.И. Гинекология: национальное руководство / В.И. Кулаков, Г.М. Савельева, И.Б. Манухин. – Москва: Литтерра, 2009. – 300 с.
7. Подзолкова, Н.М., Симптом. Синдром. Диагноз. Дифференциальная диагностика в гинекологии / Н.М. Подзолкова, О.Л. Глазкова. – 2-е изд., испр. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 520 с.
8. Серов, В.Н. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии: краткое руководство / В.Н. Серов. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 256 с.
9. Флейшер, А. Эхография в акушерстве и гинекологии. Теория и практика / А.Флейшер, Ф. Мэннинг, Ф. Дженти. – 6-е изд.; Пер. с англ. – Москва, 2005. – 354 с.
10. Хачкурузов, С. Г. Ультразвуковая диагностика внематочной беременности / С.Г. Хачкурузов. – Москва: МЕДпресс – информ, 2006. – 448 с.

Поступила 02.09.2010