УДК 618.318:618.144-001.5-089

doi.org:10.31684/2541-8475.2019.2(14).62-66

ПРОГРЕССИРУЮЩАЯ ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ 40,4 НЕДЕЛИ ПОСЛЕ РАЗРЫВА РУДИМЕНТАРНОГО МАТОЧНОГО РОГА С ВЫХОДОМ ПЛОДА В БРЮШНУЮ ПОЛОСТЬ: СЛУЧАЙ КЛИНИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ

¹Перинатальный центр (клинический) Алтайского края, г. Барнаул

Ершова Е.Г. 1 , Боровков В.А. 1 , Шадеева Ю.А. 1,2 , Таранина Т.С. 2 , Абзалова Н.А. 1 , Гольцова Н.П. 1

Эктопическая беременность является опасным для жизни осложнением гестационного процесса. Диагностика редких форм внематочной беременности имеет определенные трудности, поэтому каждый клинический случай представляет интерес для акушеров-гинекологов. Приведен случай собственного наблюдения прогрессирующей внематочной беременности 40,4 недели после разрыва рудиментарного маточного рога с выходом плодного яйца в брюшную полость. Описана операция и тактические подходы к ведению данного случая.

Ключевые слова: эктопическая беременность, внематочная беременность, беременность в рудиментарном роге, аномалия развития матки.

Ectopic pregnancy is a life-threatening complication of the gestational process. Diagnosis of rare forms of ectopic pregnancy has certain difficulties, so every clinical case is of interest to obstetrician-gynecologists. The case of proper observation of progressive extrauterine pregnancy of 40.4 weeks after rupture of the rudimentary uterine horn with exit of the gestational sac into the abdominal cavity is presented. The operation and tactical approaches to the management of this case are described.

Key words: ectopic pregnancy, extrauterine pregnancy, pregnancy in the rudimentary horn, abnormality of uterus development.

По данным современной статистики, у каждой 10 пациентки (9,5%), поступившей в гинекологический стационар, имеет место внематочная (эктопическая) беременность, которая в подавляющем большинстве случаев (96,5–98,5%) представлена беременностью трубной локализации [1, 2].

К редким разновидностям данной патологии относятся яичниковая, брюшная беременность и беременность в рудиментарном (зачаточном) роге матки, частота которой не превышает 0,1–0,9% [1, 3].

В процессе онтогенеза матка и влагалище развиваются в результате слияния двух мюллеровых протоков. В случае задержки развития одного из них происходит формирование однорогой матки с недоразвитым (рудиментарным) рогом. Зачаточный рог обычно не имеет полостного анатомического сообщения с основной маткой и соединяется с ней при помощи сплошной мышечной ножки, отходящей от матки на уровне дна или внутреннего зева [1, 4].

По сравнению с другими локализациями эктопической беременности, в рудиментарном роге матки существуют более благоприятные условия для имплантации плодного яйца в связи с тем, что слизистая оболочка зачаточного рога является более полноценной, чем, например, в трубе. С другой стороны, отсутствие хорошо

развитой сосудистой сети и преобладание соединительной ткани над мышечной существенно ограничивают возможности длительного пролонгирования беременности. В результате прогрессирующего роста плодного яйца происходит постепенная перфорация мышечного слоя ворсинами хориона, истончение стенки и разрыв плодовместилища на малом сроке беременности (чаще всего в 8-16 недель) [1, 2, 5]. Диагностика беременности, локализованной в рудиментарном роге, чаще всего происходит в процессе оперативного вмешательства после развития внутрибрюшного кровотечения. Вместе с тем, в литературе описаны единичные случаи прогрессирования эктопической беременности до срока физиологической зрелости плода [6].

Принимая во внимание малую распространенность данной нозологии, трудности диагностики и высокие цифры материнской летальности при подобной локализации плодного яйца (в 7-8 раз выше, чем при трубной, и в 90 раз выше, чем при маточной) [7], каждый клинический случай развития беременности в рудиментарном роге матки представляет значительный практический интерес.

Клинический случай (собственное наблюмение):

Беременная 3., 32 года. Настоящая беременность II, предстоящие роды I. В анамнезе I не-

²Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул

осложненный медицинский аборт в 2012 году. Считает себя соматически здоровой, вегетарианка. В 2012 году однократно обращалась к врачу-гинекологу с жалобами на незначительные боли внизу живота, проводилась консервативная терапия по поводу кисты яичника слева. Менструальная функция не нарушена, симптомов альгодисменореи не отмечает. Последняя менструация с 10.06.16 по 14.06.16.

настоящей беременности период на диспансерном учете в женской консультации не состояла, УЗИ не проводилось. Со слов, беременность протекала без осложнений, патологических выделений из половых путей не было. Впервые обратилась к врачу акушеру-гинекологу частного клинико-диагностического центра г. Барнаул 20.03.17 в связи с отсутствием родовой деятельности при доношенной беременности. При проведении УЗИ диагностировано центральное предлежание плаценты с выраженными морфологическими изменениями (нельзя исключить истинное врастание плаценты и трофобластическую болезнь), абсолютное маловодие.

20.03.17 в 17:30 в экстренном порядке с амбулаторного приема доставлена бригадой СМП в КГБУЗ «Перинатальный центр (клинический) Алтайского края». При поступлении предъявляла жалобы на умеренный дискомфорт и болезненные ощущения в животе при активном шевелении плода. Рост 162 см, вес 73,6 кг, живот шаровидной формы, ОЖ – 105 см, ВДМ – 35 см, положение плода поперечное, головка плода слева. При наружном осмотре части плода хорошо пальпируются, обращает внимание активное (подкожное) шевеление плода. Сердцебиение плода выслушивается, ритмичное, 140 уд/минуту.

По данным УЗИ: положение плода поперечное, ПВП – 4045 грамм, плацента полностью выполняет область нижнего сегмента, большая по площади, резко утолщена (до 100 мм), миометрий в области нижнего сегмента матки четко не определяется из-за резко расширенных сосудов и сосудистых лакун, выполняющих проекцию малого таза. Шейка матки не дифференцируется, представляет собой конгломерат резко расширенных сосудов. Мышечная ткань в области тела матки лоцируется нечетко (нельзя исключить наличие только серозного слоя), околоплодных вод нет. Заключение: Доношенная беременность. Крупный плод. Центральное предлежание плаценты с признаками placenta percreta (возможно наличие сосудистой инвазии в результате трофобластической болезни). Не исключить брюшную беременность.

По данным допплерометрии и КТГ, функциональное состояние плода компенсированное. При проведении лабораторного обследования выявлены признаки анемии средней степени

тяжести (Hb - 87 г/л). Учитывая подозрение на трофобластическую болезнь, забран анализ крови на ХГЧ (уровень соответствует доношенной беременности).

С результатами проведенного обследования беременная осмотрена консультативно. В ходе обсуждения наиболее вероятной акушерской патологией признано наличие у пациентки центрального предлежания плаценты с признаками placenta percreta и инвазией в шейку матки. С учетом высокого риска массивной акушерской кровопотери, решено провести оперативное родоразрешение в плановом порядке 21.03.17. Предполагаемый объем операции: донное кесарево сечение с последующей тотальной гистерэктомией.

21.03.17 в условиях работающего аппарата Cell Saver 5+ произведена нижнесрединная лапаротомия. В брюшной полости жидкой крови и патологического выпота нет. Свободное пространство брюшной полости занимает целый плодный пузырь с живым доношенным плодом в поперечном положении. Плодные оболочки резко утолщены, мутные, зеленоватой окраски. Околоплодных вод мало (около 400 мл), в полости амниона большое количество густого мекония (рисунок 1, 2).



Рисунок 1 – Целый плодный пузырь с доношенным плодом

По ходу пуповины установлено, что плацента расположена в нижнем полюсе плодного пузыря, толстая (около 6 см) и имеет площадь прикрепления диаметром 15 см.



Рисунок 2 – Малое количество околоплодных вод (около 400 мл), большое количество густого мекония в полости амниона

После бережного выведения из брюшной полости целого плодного пузыря с плодом обнаружено, что плодовместилище связано с небеременной маткой (расположенной в малом тазу и увеличенной до 8 недель) посредством мышечного тяжа размерами 3*3*1,5 см, отходящего от левого трубного угла (вероятно, рудиментарный маточный рог) (рисунок 3). Левые придатки распластаны по нижнему полюсу плодного пузыря и не представляют собой отдельных анатомических образований. От правого трубного угла небеременной матки отходят неизмененные правые придатки. Имеются единичные плоскостные спайки большого сальника с телом небеременной матки.

За пределами операционной раны плодные оболочки вскрыты инструментально, извлечена живая доношенная девочка массой 4160 грамм, длиной 56 см, с оценкой по шкале АПГАР 4/8 баллов.

После лигирования и пересечения круглой и воронко-тазовой связок слева, на мышечную ножку наложены встречные зажимы. Плодовместилище вместе с неотделившейся плацентой и левыми придатками отсечены остро. В области левого угла сквозных дефектов мышечной ткани и дополнительного хода в небеременную матку нет. По левому ребру матки определяется выраженная сосудистая сеть по типу мальформации. Культя мышечной ножки ушита отдельными викриловыми швами. При ушива-

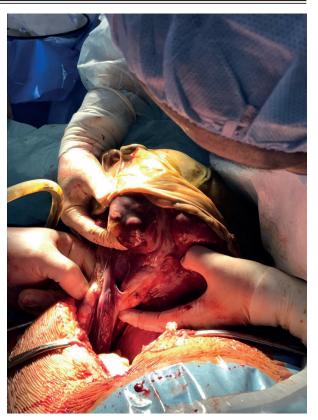


Рисунок 3 – Связь плодовместилища с небеременной маткой посредством мышечного тяжа размерами 3*3*1,5 см, отходящего от левого трубного угла

нии ткани матки режутся, обильно диффузно кровоточат. Полный гемостаз достигнут после лигирования восходящей ветви маточной артерии слева и проведения местного гемостаза с помощью наложения рассасывающейся гемостатической ткани плотного плетения из окисленной регенерированной целлюлозы (рисунок 4). Общая кровопотеря составила 900 мл.

Макропрепарат: плодовместилище (вероятно, рудиментарный маточный рог) с плацентой, оболочками и маточной трубой. Плацента плотно прикреплена к стенке нижнего полюса, при попытке отделения рвется (возможно, имеет место врастание ворсин).

При гистологическом исследовании: стенка плодовместилища представлена плотной тканью, состоящей из некротизированных ворсин хориона всех генераций (стволовых, опорных, промежуточных, терминальных), замурованных в массивные отложения фибриноида и фибрина с депозитами извести. При более детальном исследовании обнаружена связь некротизированной ткани плаценты с очень узким мышечным слоем, в котором определяются отложения фибриноида и инвазия трофобласта. Децидуальная оболочка отсутствует. Наличие фрагментов мышечной ткани в стенке плодовместилища является подтверждением существовавшего рудиментарного маточного рога.



Рисунок 4 – Лигирование восходящей ветви маточной артерии слева и проведение местного гемостаза путем наложения рассасывающейся гемостатической ткани плотного плетения из окисленной регенерированной целлюлозы

Таким образом, при ретроспективном осмыслении факта интраоперационной находки можно утверждать, что у беременной 3. 32 лет имела место врожденная аномалия развития половых органов в виде рудиментарного маточного рога без наличия анатомического сообщения с основной маткой. Морфологическая структурная неполноценность тканей рудиментарного рога привела к его перерастяжению с последующим нарушением целостности плодовместилища, выходу плодного яйца в брюшную полость с формированием вторичной брюшной беременности.

Уникальность данного случая определяется не только полноценным развитием плода вне матки до срока доношенной беременности, но и отсутствием массивного внутрибрюшного кровотечения при разрыве рудиментарного маточного рога, вероятнее всего, связанного с тампонадой возникшего дефекта тканями большого сальника. При повторном детальном сборе анамнеза установлено, что в сроке беременности около 12 недель пациентка отмечала кратковременные спастические боли в животе,

иррадиирующие в правую надключичную область, что свидетельствует о наличии признаков раздражения диафрагмального нерва вследствие возникшего внутрибрюшного неблагополучия.

Заключение

При проведении УЗИ половых органов и малого таза через 1 месяц ультразвуковая картина соответствует норме послеродового периода. Отклонений в развитии и состоянии здоровья новорожденного не отмечено.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Список литературы:

- 1. Макаров Р.Р. Внематочная беременность. Ленинград: Медгиз; 1958: 128.
- 2. Радзинский В.Е. *Акушерская агрессия*. М.: Медиабюро Статус Презенс; 2017: 250.
- 3. Сатыбалдина Б.А., Еспаева Р.Н., Искакова А.М., Сагалбаева У.Е., Жаксылыкова М.А. Клинические случаи редко встречающихся форм внематочной беременности. Вестник Казахского Национального медицинского университета. 2016;1: 20-23.
- 4. Радзинский В.Е., Фукс А М. Гинекология. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2014: 708-731.
- 5. Курцер М.А. *Неотложные состояния* в акушерстве и гинекологии. Диагностика и лечение. М.: Бином. Лаборатория знаний; 2009: 57-63.
- 6. Лискович В.А., Егорова Т.Ю., Наумов И.А. Доношенная беременность в рудиментарном роге матки: случай клинического наблюдения. Журнал Гродненского государственного медицинского университета. 2005;1:71-74.
- 7. Волгина В.Ф., Волковицкая В.В. Внематочная беременность как причина материнской смертности. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 1997;2: 23-25.
- 8. Буянова С.Н., Щукина Н.А., Чечнева М.А. Брюшная беременность. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2014;5:71-74.
- 9. Демидов В.Н., Саркисов С.Э., Демидов А.В. Брюшная беременность клиника, диагностика, исходы. *Акушерство и гинекология*. 2014;12:94-99.

Контактные данные

Автор, ответственный за переписку: Ершова Елена Германовна, главный врач КГБУЗ «Перинатальный центр (клинический) Алтайского края», г. Барнаул.

656019, г. Барнаул, ул. Попова, 29.

Тел.: (3852) 438401.

E-mail: guzkpc2010@mail.ru

Информация об авторах

Боровков Владимир Анатольевич, заместитель главного врача по акушерско-гинекологической помощи КГБУЗ «Перинатальный центр (клинический) Алтайского края», г. Барнаул. 656019, г. Барнаул, ул. Попова, 29.

Тел.: (3852) 542360.

E-mail: guzkpc2010@mail.ru

Шадеева Юлия Александровна, ассистент кафедры акушерства и гинекологии с курсом ДПО Алтайского государственного медицинского университета, г. Барнаул.

656045, г. Барнаул, ул. Ляпидевского, 1.

Тел.: (3852) 689622.

E-mail: shadieieva@mail.ru

Таранина Татьяна Сергеевна, к.м.н., доцент кафедры судебной медицины имени профессора В.Н. Крюкова и патологической анатомии

с курсом ДПО Алтайского государственного медицинского университета, г. Барнаул.

656050, г. Барнаул, ул. Юрина, 168 н.

Tea.: (3852) 408439. E-mail: science@agmu.ru

Абзалова Нина Анатольевна, к.м.н., заведующий акушерским отделением патологии беременности КГБУЗ «Перинатальный центр (клинический) Алтайского края», г. Барнаул.

656019, г. Барнаул, ул. Попова, 29.

Тел.: (3852) 542337.

E-mail: guzkpc2010@mail.ru

Гольцова Наталья Петровна, к.м.н., заместитель главного врача по клинико-экспертной работе КГБУЗ «Перинатальный центр (клинический) Алтайского края», г. Барнаул.

656019, г. Барнаул, ул. Попова, 29.

Тел.: (3852) 542340.

E-mail: argorod3541@rambler.ru