

АКУШЕРСТВО ГИНЕКОЛОГИЯ РЕПРОДУКЦИЯ

Включен в перечень ведущих
рецензируемых журналов и изданий ВАК

2012 • Том 6 • № 3

**Тромбоцитарные параметры
при нормально протекающей
беременности и гестозе**

right reserved
© 2012. Издательство «СМ-Пресс»
6095495
for commercial use. To order
info@sm-press.ru

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ 21-22 НЕДЕЛЬ ГЕСТАЦИИ В РУДИМЕНТАРНОМ РОГЕ МАТКИ

Данелян С.Ж.¹, Гогичаев Т.К.¹, Гуляева Н.М.¹, Джобова Э.М.²,
Доброхотова Ю.Э.²

¹ ГБУЗ Родильный дом № 18 ДЗ г. Москвы

² ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздравсоцразвития России, Москва

Резюме: приведен клинический случай внематочной беременности в сроке 21-22 недели гестации в рудиментарном роге матки, прервавшейся по типу разрыва рога с внутрибрюшным кровотечением. Описана операция и тактические подходы к ведению данного случая.

Ключевые слова: беременность в рудиментарном роге, внематочная беременность, внутрибрюшное кровотечение во время беременности.

Актуальность

К аномалиям женских половых органов относятся: неправильное анатомическое строение, например удвоение матки и влагалища, отсутствие проходности (атрезия) в области девственной плевы, влагалища, матки и др.; и недоразвитие правильно сформированных половых органов. Выраженные аномалии развития нередко сопровождаются нарушением менструальной и детородной функции. При некоторых аномалиях половых органов беременность может возникнуть и при этом иногда даже происходят роды [1].

Удвоение матки и влагалища – частный случай аномалий развития половых органов. Матка и влагалище образуются в ранние сроки внутриутробной жизни из двух канальцев (мюллеровы ходы), которые сливаются между собой в средней и нижней части. Из средней части слившихся мюллеровых ходов образуется матка, из нижней – влагалище; верхние, неслившиеся отделы этих ходов превращаются в маточные трубы. Если процесс слияния мюллеровых ходов нарушается, то возникают аномалии, характеризующиеся удвоением матки и влагалища [2].

Наблюдаются случаи разной степени удвоения: две отдельные матки (полуматки) и два влагалища; удвоение тела матки (двурогая матка) при общей шейке;

седловидная матка (разделение только в дне матки) с перегородкой в полости или без нее; перегородки во влагалище и т.д. Иногда развивается только один рог матки (однорогая матка), а другой остается недоразвитым (рудиментарный рог) [1,2].

Удвоение матки не препятствует возникновению беременности. Беременность развивается в одной половине (очень редко в обеих); вторая небеременная половина несколько увеличивается, размягчается, в слизистой происходит децидуальная реакция. При удвоении матки нередко наблюдается преждевременное прерывание беременности, в родах – слабость сократительной деятельности матки, кровотечение в послеродовом и послеродовом периоде. Если недоразвитие отсутствует или слабо выражено, беременность заканчивается срочными нормальными родами [3]. Седловидная матка способствует созданию поперечных и косых положений плода. Однако беременность и роды при седловидной матке могут протекать нормально.

Довольно редко наблюдается беременность в рудиментарном (зачаточном) роге матки, который сообщается с полостью развитого рога матки узким каналом. Это является разновидностью эктопической беременности. В таком роге не развита мышечная стенка, которая и не позволяет донашивать беременность до срока; и она заканчивается разрывом зачаточного рога. Происходит это чаще всего в сроки 8-16 недель. До этого периода в клиническом плане беременность протекает как маточная, нередко с болевым синдромом, что обуславливает госпитализацию и проведение терапии, как при невынашивании [3,5].

Так же описаны случаи возникновения беременности в рудиментарном роге, не имеющем сообщений с маткой. В таких случаях сперматозоиды попадают из полости нормально развитого рога матки через ее трубу в брюшную полость, а в дальнейшем – в трубу рудиментарного рога, где происходит оплодотворе-

ние; оплодотворенная яйцеклетка передвигается в рудиментарный рог и имплантируется в нем. Стенки рудиментарного рога развиты слабо, поэтому ворсины хориона прорастают слизистую и мышечную оболочку матки. Разрушение стенки ведет к разрыву рудиментарного рога, что сопровождается кровотечением в брюшную полость и шоком [4,5].

Симптомы разрыва беременного рудиментарного рога сходны с клинической картиной внематочной беременности. В таких случаях необходимо срочное чревосечение и удаление рудиментарного рога. В редких случаях беременность в рудиментарном роге прогрессирует, что также представляет опасность для женщины. Самостоятельные роды невозможны. Жизнь женщины можно спасти только путем чревосечения, при котором удаляется плод и рудиментарный рог матки.

Пациентки с врожденными пороками матки должны быть отнесены в группу высокого риска по разрывам матки. Беременность в рудиментарном роге может привести к разрыву в 1-м или во 2-м триместре. Разрыв обычно возникает до 20 недель, когда имплантация происходит в рудиментарном роге. У пациенток с удаленным рогом разрыв может возникнуть в месте операции так же как у женщин с рубцом на матке [3,4].

Если же разрыва стенки рудиментарного рога во время беременности не происходит и последняя прогрессирует, может наступить не менее опасное осложнение: начинающиеся родовые схватки, вследствие отсутствия выхода из полости рога, могут (если не будет своевременно распознана эта патология) привести к разрыву стенки рога. Только своевременное установление диагноза, своевременная госпитализация и необходимая операция могут спасти такую беременную от летального исхода [4,5].

Клинический случай

Беременная Ш., 25 лет находилась на стационарном лечении в ГБУЗ Родильном доме № 18 Департамента здравоохранения г. Москвы. Поступила в отделение гинекологии по наряду скорой помощи. При поступлении предъявляла жалобы на тянущие боли внизу живота. Диагноз при поступлении: «Беременность 20-21 неделя. Угроза прерывания беременности. Двурогая матка».

В анамнезе были отмечены соматические заболевания: пневмония в детстве; хронический бронхит; хронический гастрит; в 2003 г. проводилась хирургическая коррекция носовой перегородки. Из гинекологических заболеваний были отмечены в анамнезе: кандидозный вульвовагинит, в 2010 г. была выявлена двурогая матка по данным ультразвукового исследования (УЗИ) в женской консультации. Менструальная функция без особенностей. Паритет: 1-я беременность – настоящая, наступила самостоятельно. На учете в женской консультации состояла с 14 недель.

В I триместре перинатальный скрининг не проводился. Во II триместре: в 13 – 14 недель находилась на стационарном лечении по поводу токсикоза и угрозы прерывания беременности. В 16 – 17 недель повторно находилась на стационарном лечении по поводу угрозы прерывания беременности (получала гексопреналин (гинипрал), магниезиальный токолиз, свечи с папаверином, магния лактат (Магне В₆). Данные обследования на урогенитальную инфекцию были отрицательные. Второй перинатальный скрининг был в норме. За время беременности общая прибавка в весе составила 3 кг, исходное артериальное давление находилось в пределах 120/80 мм рт. ст.

В отделении гинекологии была полностью обследована. По данным УЗИ было выявлено, что левая матка была размерами 64x56x62 мм. М-эхо составляла 18 мм. В правой матке имелся один живой плод в тазовом предлежании. Размеры плода были пропорциональны, соответствовали 19-20 неделям беременности. Анатомия плода без особенностей. Плацента была расположена по передней стенке, высоко. Толщина плаценты была нормальная – 19 мм. Структура плаценты в норме. Степень зрелости 0. Количество вод было нормальное. Пуповина имела 3 сосуда. Длина шейки матки составляла 36 мм. Внутренний зев был закрыт. Заключение: беременность 19-20 недель. Удвоение матки. По данным доплерометрического исследования, индекс резистентности в артерии пуповины – 0,73, в маточных артериях: в правой 0,62, в левой 0,55. Показатели маточно-плацентарного кровотока были не нарушены.

Был выставлен клинический диагноз: «Беременность 21-22 недели. Угроза прерывания беременности. Удвоение матки». В отделение было проведено лечение: MgSO₄ 25% – 20,0 + NaCl 0,9% – 200,0 в/в капельно, коринфар (нифедипин – с токолитической целью) – 10 мг 3 раза в день, дюфастон (дидрогестерон) – 10 мг длиной 4 раза в день, магния лактат (Магне В₆) – 2 таблетки 3 раза в день.

Необходимо отметить, что угроза прерывания беременности была в высокой степени резистентна к проводимой терапии, в связи с чем пациентка долгое время находилась в стационаре, проводился индивидуальный подбор токолитической терапии, с применением гексопреналина (гинипрала) внутривенно инфузозоматом по схеме острого и поддерживающего токолиза.

На 17-е сутки госпитализации в связи с внезапно появившейся на фоне полного покоя клиникой «острого живота» с признаками внутрибрюшного кровотечения и геморрагического шока, т.е. в связи с разрывом рудиментарного рога справа, антенатальной гибелью плода и его изгнанием в брюшную полость, развитием внутрибрюшного кровотечения в экстренном порядке под эндотрахеальным наркозом была произведена операция. В родильный дом были

вызваны главный врач, заместитель главного врача по медицинской части, профессор – заведующая кафедрой акушерства и гинекологии № 2 лечебного факультета ГБОУ ВПО РНИМУ, заведующая отделением анестезиологии и реанимации, бригада сосудистых хирургов, бригада выездной реанимации больницы им. С.П. Боткина. В операционной была произведена катетеризация центральной вены, начата инфузионная – трансфузионная терапия, развернут аппарат Cell Saver.

Была произведена операция: нижнесрединная лапаротомия с обходом пупка справа. Ушивание рудиментарного рога матки, справа. Гемостатические швы на рудиментарном роге справа. Перевязка внутренних подвздошных артерий с двух сторон. Операция была произведена под эндотрахеальным наркозом. В ходе операции в асептических условиях нижнесрединным разрезом с обходом пупка справа послойно вскрыта брюшная полость, обнаружено: жидкой крови со сгустками в количестве 1500 мл, также обнаружена однорогая матка с наличием рудиментарного рога справа, с его разрывом на протяжении 7 см и изгнанием плода в брюшную полость вместе с последом. Был извлечен мертвый плод мужского пола весом 400 г, ростом 26 см (был отправлен на гистологическое исследование). Был выставлен интраоперационный диагноз: «Внематочная беременность в сроке 21-22 недели в рудиментарном роге матки справа. Антенатальная гибель плода. Разрыв правого рудиментарного рога матки. Внутрибрюшное кровотечение. Геморрагический шок II степени». Был выработан план операции: учитывая кровопотерю 1500 мл (2,7% от массы тела), наличие геморрагического шока II степени, было решено произвести ушивание рудиментарного рога и перевязку внутренних подвздошных артерий. Было произведено выскабливание стенок рудиментарного рога, визуально сообщения между рудиментарным рогом и маткой не было обнаружено. Стенки рудиментарного рога были резко истончены, гипоплазированы. На истонченные участки были наложены отдельные матрасные гемостатические швы № 3. Края раны были иссечены, выровнены, (резецированный участок миометрия был отправлен на гистологию), произведено ушивание раны двухрядным ПГА швом. В дальнейшем сосудистыми хирургами была произведена перевязка внутренних подвздошных артерий и ревизия органов брюшной полости. Придатки матки были визуально не изменены. Правые придатки исходили из рудиментарного рога, слева придатки исходили из однорогой матки. В дальнейшем брюшная стенка была послойно восстановлена. Края кожной раны были соединены внутрикожным швом. Общая кровопотеря составила 2000,0 мл. Учитывая отсутствие выделений из половых путей, в условиях операционной было решено провести осмотр шейки матки в зеркалах. Была произведена операция: осмотр шейки

матки в зеркалах и бужирование цервикального канала. Под контролем УЗИ было произведено зондирование (длина полости матки по зонду 6 см) и бужирование цервикального канала расширителями Гегара до № 9,5 однорогой матки. Выделения кровянистые умеренные. Интраоперационно была начата адекватная антибактериальная, утеротоническая, гемостатическая и инфузионно-трансфузионная терапия: была проведена реинфузия аутоэритроцитарной массы.

Заключительный диагноз: «Внематочная беременность в сроке 21-22 недели в рудиментарном роге матки справа. Антенатальная гибель плода. Разрыв рудиментарного рога справа. Внутрибрюшное кровотечение. Геморрагический шок II степени. Нижнесрединная лапаротомия с обходом пупка справа. Ушивание рудиментарного рога матки справа. Гемостатические швы на рудиментарном роге справа. Перевязка внутренних подвздошных артерий с 2-х сторон».

В послеоперационном периоде проводились антибактериальная, инфузионная, утеротоническая терапия, обезболивание, терапия, направленная на стимуляцию кишечника. Послеоперационный период протекал без особенностей. Заживление швов первичным натяжением. УЗИ при выписке: размеры матки 78×58×70 мм. Размеры рудиментарного рога 72×54×69 мм. Область швов без особенностей в рудиментарном роге. Полость матки 8 мм, содержимое однородное. Полость рудиментарного рога 7 мм, однородное содержимое. Заживление швов на передней брюшной стенке без особенностей. Свободной жидкости в области малого таза нет. В удовлетворительном состоянии была выписана на 10-е сутки после операции под наблюдение врача женской консультации. Были даны рекомендации о последующем обследовании и хирургическом лечении в отделении репродуктивной оперативной гинекологии НЦАГ и П РАМН Росмедтехнологий им. В.И. Кулакова.

Заключение

Данный случай является весьма редким и интересным с точки зрения как науки, так и практической медицины. В некоторых случаях беременные наблюдаются по поводу невынашивания беременности, неоднократно госпитализируются в родильные дома, им проводится постоянная терапия угрозы прерывания беременности и данный диагноз ставится уже интраоперационно при возникновении клиники «острого живота». В других случаях пациентки оперируются после неудачного «искусственного аборта», что требует поиска локализации истинной беременности, и только вследствие этого определяется беременность в рудиментарном роге. При разрыве рудиментарного рога матки с плодным яйцом отмечаются интенсивные кровотечения и бурное развитие внутренних перитонеальных симптомов.

Литература:

1. Айламазян Э.К., Рябцева И.Т. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии. Н. Новгород: Издательство НГМА. 2000; 172 с.
2. Национальное руководство: акушерство. Под ред. Г.М. Савельевой, Э.К. Айламазяна, В.Е. Радзинского. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2008.
3. Рыбалка А.Н., Памфамиров Ю.К., Заболотнов В.А., Тимофеева Н.А., Сидоров Д.М., Боева О.И. Беременность в рудиментарном роге матки. www.rusnauka.com/8_NMIW_2008/Medecine/28147.doc.htm.
4. Abramson N., Milton E. Pregnancy in a Rudimentary Uterine Horn: Description of a technic to facilitate prerupture diagnosis. *Obstetrics & Gynecology*. 2008; 11 (4): 446-450.
5. Elsayegh A., Nwosu E.C. Rupture of pregnancy in the communicating rudimentary uterine horn at 34 weeks. *Human Reproduction*. 1998; 13 (12): 3566-3568.

CLINICAL CASE OF EXTRAUTERINE PREGNANCY, LOCATED IN RUDIMENTAL UTERINE HORN AT 21-22 WEEK OF GESTATION

Danelyan S.Zh.¹, Gogichaev T.K.¹, Gulyaeva N.M.¹, Dzhobava E.M.², Dobrokhotova Yu.E.²

¹ GBUZ Maternity House №18 DZ Moscow

² GBOU VPO RSMU named after N.I. Pirogov, Ministry of Health and Social Development of Russia

Abstract: in article the question is a case of extrauterine pregnancy in term of 21-22 weeks in the rudimentary horn of a uterus in term of 21-22 weeks interrupted because of break of a horn with an intrabelly bleeding. The operation and tactical approaches to conducting the given case are described.

Key words: pregnancy in a rudimentary horn, extrauterine pregnancy, an intrabelly bleeding during pregnancy.