

<https://doi.org/10.23946/2500-0764-2020-5-1-94-98>

ВРАСТАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ В РУДИМЕНТАРНЫЙ РОГ МАТКИ

КОЛЕСНИКОВА Н.Б.^{1*}, МАРОЧКО Т.Ю.¹, ЧУЙКОВА А.С.², АРТЫМУК Н.В.¹

¹ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Кемерово, Россия

²ГАУЗ КО «Кемеровская областная клиническая больница имени С.В. Беляева», г. Кемерово, Россия

Резюме

Беременность в рудиментарном роге относится к редко встречающемуся варианту внематочной беременности и, в некоторых случаях, сложна для диагностики. В статье представлен случай благополучного исхода беременности и родов в сроке 28 недель при врастании плаценты в рудиментарный рог матки. При патоморфологическом исследовании установлено полное прорастание истонченного миометрия рудиментарного рога матки на всем протяжении с разрывом. В последе выявлены морфологические признаки субкомпенсации смешанной формы хронической плацентарной недостаточности, очагового продуктивного виллузита: гематогенной инфекции последа. Трудности визуализации были связаны с наложением тени беременного рога матки на второй рог и шейку матки. Своевременное и

качественное оказание экстренной помощи при внутрибрюшном кровотечении с использованием современных кровосберегающих технологий позволило избежать геморрагического шока и гемотрансфузии. Ребенок выписан из отделения патологии новорожденных через 65 дней с массой тела 2370 г.

Ключевые слова: беременность в рудиментарном роге матки, внематочная беременность, внутрибрюшное кровотечение во время беременности, врастание плаценты, преждевременные роды.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Источник финансирования

Данная работа не имела источников финансирования.

Для цитирования:

Колесникова Н.Б., Марочко Т.Ю., Чуйкова А.С., Артымук Н.В. Вростание плаценты в рудиментарный рог матки. *Фундаментальная и клиническая медицина*. 2020; 5(1): <https://doi.org/10.23946/2500-0764-2020-5-1-94-98>

*Корреспонденцию адресовать:

Колесникова Наталья Борисовна, 650029. г. Кемерово, ул. Ворошилова 22а, E-mail: kolesnikovanb@rambler.ru
© Колесникова Н.Б. и др.

CASE REPORTS

PREGNANCY IN THE RUDIMENTARY UTERINE HORN

NATALIA B. KOLESNIKOVA^{1**}, TATYANA YU. MAROCHKO¹, ALEXANDRA S. CHUYKOVA², NATALIA V. ARTYMUК¹

¹Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russian Federation

²Belyaev Kemerovo Regional Clinical Hospital, Kemerovo, Russian Federation

English ►

Abstract

Aim. To develop the methodology to assess the standards of physical development of children and adolescents.

Materials and Methods. We have analyzed the available literature and our previous results to

identify current problems in evaluating physical development of children with the focus on regional standards.

Results. Current methodology in the field clearly needs standardization. We propose that “Standards of physical development of children and ad-

olescents” software enables the objective evaluation of physical development in relation to children and adolescents and therefore can be suggested as a golden standard. Comparative analysis of the anthropometric data using this program and standard descriptive statistics (SPSS 21) showed the similarity of the results.

Conclusions. Contemporary problems in the study of physical development of children and ad-

olescents include the lack of standardized methods, standards, and official documents. We suggest our novel approach as a promising solution.

Keywords: physical development, children, preventive examinations, standardization.

Conflict of Interest

None declared.

Funding

There was no funding for this project.

For citation:

Natalia B. Kolesnikova, Tatyana Yu. Marochko, Alexandra S. Chuikova, Natalia V. Artyumuk. Pregnancy in the rudimentary uterine horn. *Fundamental and Clinical Medicine*. 2020; 5(1): <https://doi.org/10.23946/2500-0764-2020-5-1-94-98>

****Corresponding author:**

Dr. Natalia B. Kolesnikova, 22a, Voroshilova Street, Kemerovo, 650056, Russian Federation, E-mail: kolesnikovanb@rambler.ru
© Natalia B. Kolesnikova et al.

Большинство исследователей относят беременность в рудиментарном роге матки к варианту внематочной беременности, учитывая схожесть клинической картины в случае её прерывания. Частота этого вида внематочной беременности, по данным В.Е. Радзинского, составляет 0,1–0,9% [1]. Случаи прогрессирования внематочной беременности чаще связаны с беременностью в рудиментарном роге и составляют, по сведениям Королевского колледжа акушерства и гинекологии Великобритании (RCOG, 2016), 1:76000 случаев [2]. Вынашивание беременности до срока жизнеспособности плода и рождения живого ребенка очень редки. Так как эндометрий рудиментарного рога более тонкий, миометрий меньше васкуляризован и имеется преобладание соединительнотканного компонента, то риск вставания плаценты с последующим разрывом матки высок, что чаще регистрируется при сроке беременности 8–16 недель [2]. Разрыв матки сопровождается массивным кровотечением, геморрагическим шоком и угрожает жизни женщины [3]. Течение беременности обычно осложняет абдоминальный болевой синдром, который рассматривается как угроза прерывания беременности и приводит к неоднократным госпитализациям [1].

Как правило, диагностика беременности в рудиментарном роге не вызывает сложностей, и диагноз устанавливается на основании данных ультразвукового исследования и определения уровня β-хорионического гонадотропина в ранние сроки беременности. Однако в некоторых случаях диагностика беременности в рудиментарном роге представляет трудности [4]. В литературе имеется описание случаев благополучного исхода родов при доношенной беременности в рудимен-

тарном роге матки [5] и антенатальной гибели плода в 34 недели гестации [6]. В обоих случаях локализация беременности в рудиментарном роге матки была установлена на операционном столе. Королевский колледж акушерства и гинекологии Великобритании (RCOG, 2016) предложил следующие ультразвуковые критерии беременности в рудиментарном роге матки:

- определение только одного интерстициального участка маточной трубы в основном роге матки или прилегающего к плодному яйцу;
- плодное яйцо полностью окружено миометрием, подвижно и видно отдельно от матки;
- к плодному яйцу рудиментарного рога прищипывается сосудистая ножка [2].

Эти критерии улучшили диагностику, но полностью не исключили ошибок. Предложены дополнительные критерии ультразвуковой картины беременности в рудиментарном роге матки: расстояние от центра плодного яйца до боковой стенки полости матки более 1 см, а толщина миометрия, окружающего гестационный мешок, менее 5 мм [7].

Данный клинический случай демонстрирует редкую возможность донашивания беременности в рудиментарном роге до жизнеспособности плода.

Пациентка Ф., 33 лет, была родоразрешена в сроке беременности 28 недель при вставании плаценты в рудиментарный рог матки. Беременная в течение 6 лет страдает вирусным гепатитом С, ВИЧ-инфекцией, 4А стадии, осложненной аногенитальным кондиломатозом. Длительно получала антиретровирусную терапию, которая была продолжена во время беременности. В анамнезе употребление героина внутривенно, табакоку-

рение. В 2001 году оперирована по поводу аппендицита. Группа крови O(I), резус положительный. Наследственность, аллергологический анамнез не отягощены. Брак первый, не зарегистрированный. Мужу 39 лет, имеет положительный ВИЧ статус. Менструальная функция не нарушена.

Данная беременность первая, желанная, планированная, без прегравидарной подготовки. На учете в женской консультации с 8 недель беременности, наблюдалась регулярно. При взятии на диспансерный учет диагностирована тромбоцитопения легкой степени (тромбоциты $51 \cdot 10^6/\text{л}$, в динамике - 51, 25, 56, $40 \cdot 10^6/\text{л}$), которая сохранялась до родов, в специфической терапии не нуждалась.

С 8 недель беременность сопровождалась клиническими проявлениями угрожающего выкидыша, которые проявлялись периодическими кровянистыми выделениями из половых путей и сопровождалась неоднократным стационарным лечением. Пациентка получала прогестерон в дозе 400 мг в сутки вагинально до 23 недель беременности.

Ультразвуковое исследование плода проведено 19.10.16 г. По фетометрии беременность составила 13⁺³ недель. Плацента располагалась по задней стенке. Длина шейки матки была 46 мм. Форма матки правильная. При первом комбинированном скрининге расчетные риски низкие.

При проведении второго ультразвукового скрининга плода от 14.12.16 г. выявлено, что размеры плода пропорциональные, соответствуют 21 неделе беременности. Плацента располагалась по передней левой боковой и задней стенке. По передней стенке определялась дополнительная доля плаценты размерами 61x23 мм, нижний край дополнительной доли плаценты прилежал к внутреннему зеву.

В 24 недели беременности пациентка поступила в отделение патологии беременности учреждения 3 уровня с жалобами на снижение двигательной активности плода в течение 3 дней. При осмотре состояние пациентки было удовлетворительное, гемодинамика стабильная, матка в нормальном тоне, правильной формы, положение плода продольное, предлежание головное, частота сердечных сокращений плода 132 удара в минуту. При доплерометрии выявлено нарушение маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока 3 степени – нулевой диастолический кровотока в сосудах пуповины. По данным ультразвукового исследования плацента расположена по передней, левой боковой и задней стенке мат-

ки. По правой боковой стенке матки определялась добавочная доля плаценты 34x16 мм. Трансвагинально обнаружен край плаценты, который перекрывал внутренний зев примерно на 29 мм. Внутренний зев был замкнут, длина шейки матки составила 35 мм. Толщина плаценты – нормальная до 22 мм. Структурность плаценты – 1 степени, имелись точечные гиперэхогенные включения. Количество околоплодных вод нормальное при амниотическом индексе 19. Форма матки правильная. Структура миометрия однородная. Заключение: Размеры плода соответствуют 23⁺⁵ недель по фетометрии. Эхо-признаки предлежания плаценты, изменений плаценты диффузного характера, добавочной доли плаценты.

После проведения обследования пациентке установлен диагноз: Беременность 24 недели. Предлежание дополнительной доли плаценты. Гестационный сахарный диабет. Угрожающее состояние плода. ВИЧ, 4А стадия. Хронический вирусный гепатит С минимальной активности. Аногенитальный кондиломатоз. Тромбоцитопения сложного генеза без геморрагического синдрома. Никотиновая зависимость. Наркотическая зависимость.

Прогноз дальнейшего течения и исхода беременности как при пролонгировании беременности, так и при родоразрешении в данном сроке гестации для жизни и здоровья плода определен как неблагоприятный, имелся высокий риск антенатальной гибели плода. Пациентка информирована, что при оперативном родоразрешении имеется высокая вероятность расширения объема операции до тотальной гистерэктомии без добавочных. Перинатальные риски: риск врожденного порока сердца и реализации внутриутробного инфицирования.

Пациентке назначена профилактика респираторного дистресс-синдрома (РДС) согласно клиническим рекомендациям: 4 дозы дексаметазона внутримышечно по 6 мг с интервалом 12 часов [8]. От предложенного родоразрешения после профилактики РДС новорожденного пациентка отказалась.

В последующем, при наблюдении за беременной, проведении доплерометрии в динамике сохранялось нарушение плодово-плацентарного кровотока 2-3 степени. Выявлен гестационный сахарный диабет, корригируемый диетой.

На 32-й день пребывания в стационаре у беременной внезапно появились резкие боли в эпигастрии, однократная рвота и жидкий стул, сопровождавшиеся обморочным состоянием. Па-

циентка осмотрена дежурным врачом. При объективном обследовании состояние оценено как тяжелое. Кожные покровы бледные с мраморным рисунком, одышка 20 в минуту, тахикардия 118 ударов в минуту, пульс слабого наполнения, гипотония 80/40, 90/50 мм рт.ст. Язык влажный, чистый. Живот при пальпации несколько подвздут, мягкий, резко болезненный в области правого подреберья и фланка, умеренное напряжение мышц передней брюшной стенки справа, положительный симптом Щеткина – Блюмберга справа. Мочеиспускание не нарушено.

При наружном акушерском исследовании обращала на себя внимание сглаженность контуров матки, болезненность в области дна. Тонус матки нормальный. Родовой деятельности нет. Положение плода продольное. Предлежание головное. Сердцебиение плода 138 уд/мин., ритмичное, приглушено. Консилиумом установлен диагноз: Беременность 28 недель. Внутривенное кровотечение неясного генеза. Осложнения: Хроническая фетоплацентарная недостаточность. Хроническая гипоксия плода. Угрожающее состояние плода. Полное предлежание плаценты. Гестационный сахарный диабет (на диете). Сенсибилизация по АВО. Сопутствующий: ВИЧ, 4 А стадия, ремиссия на антиретровирусной терапии. Хронический вирусный гепатит С минимальной степени активности. Аногенитальный кондиломатоз. Тромбоцитопения без геморрагического синдрома сложного генеза. Никотиновая зависимость. Наркотическая зависимость.

В связи с внутривенным кровотечением принято решение о проведении экстренной лапаротомии с ревизией органов брюшной полости и родоразрешением путем операции кесарево сечение.

По вскрытии брюшной полости обнаружено около 500 мл жидкой крови. В рану предлежит синюшно-багровая матка с выраженной сетью расширенных маточных сосудов. В зоне, свободной от сосудов, произведен поперечный линейный разрез до 2,0 см, тупо продлен до 8 см. Толщина стенки плодовместилища на разрезе 2 мм, миометрий на разрезе четко не прослеживается. Излилось небольшое количество светлых околоплодных вод. За головку без затруднений в переднем виде затылочного предлежания извлечен недоношенный мальчик массой 850 г, длиной 33 см с оценкой по шкале Апгар 5/7 баллов. рН крови пуповины 7,334.

При ревизии обнаружено, что плацента занимает всю внутреннюю поверхность матки. В об-

ласти дна матки обнаружена кровоточащая поверхность размером 6 на 8 см, представленная плацентарной тканью с нарушением серозного покрова матки. Визуализировались только левые придатки в едином конгломерате с сальником, поперечной ободочной и сигмовидной кишкой, круглая связка матки слева гипопластична. При дополнительном осмотре выявлено, что беременность локализовалась в левом рудиментарном роге матки, который прикреплялся в области перешейки и не имел сообщения с правым рогом, увеличенным до 4 недель беременности и сообщаемым с шейкой матки. Правые придатки не изменены. Произведено удаление рудиментарного левого рога с маточной трубой. Культия круглой связки, собственной связки яичника фиксирована к правому рогу по верхнему углу шва. Удалены «организованные» сгустки крови из подпеченочного пространства в объеме 350 мл. Общая кровопотеря составила 1500 мл, аппаратная реинфузия крови – 487 мл.

При патоморфологическом исследовании установлено полное прорастание истонченного миометрия рудиментарного рога матки на всем протяжении с разрывом. В последе выявлены морфологические признаки субкомпенсации смешанной формы хронической плацентарной недостаточности, очагового продуктивного виллузита: гематогенной инфекции последа.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Выписана на 7-е сутки.

Ребенок выписан из отделения патологии новорожденных через 65 дней месяца в удовлетворительном состоянии с массой тела 2370 г.

Данный клинический случай демонстрирует запоздалую диагностику беременности в рудиментарном роге матки, обусловленную ошибкой ультразвуковой визуализации, проведенной достаточно опытным врачом, в 8 недель беременности. Трудности визуализации были связаны с наложением тени беременного рога матки на второй рог и шейку матки. Тем не менее, своевременное и качественное оказание экстренной помощи при внутривенном кровотечении с использованием современных кровосберегающих технологий позволило избежать геморрагического шока и гемотрансфузии.

Таким образом, клиническое наблюдение свидетельствует о трудности диагностики редко встречающейся прогрессирующей беременности рудиментарного рога матки несмотря на проведение ультразвукового исследования в ранние сроки беременности.

Литература / References:

1. Гинекология: национальное руководство / под ред. Савельевой Г.М., Сухих Г.Т., Серова В.Н., Радзинского В.Е., Манухина И.Б. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2017. [Savlieva GM, Suchikh GT, Serov VN, Radzinsky VE, Manuchin IB. *Gynecology*. Moscow: GEOTAR-MediaPubl; 2017. (In Russ.)]
2. Diagnosis and Management of Ectopic Pregnancy: Green-top Guideline No. 21. *BJOG*. 2016;123(13):e15-e55. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14189>
3. Dagar M, Srivastava M, Ganguli I, Bhardwaj P, Sharma N, Chawla D. Interstitial and Cornual Ectopic Pregnancy: Conservative Surgical and Medical Management. *J Obstet Gynaecol India*. 2018;68(6):471-476. <https://doi.org/10.1007/s13224-017-1078-0>
4. Thurber BW, Fleischer AC. Ultrasound Features of Rudimentary Horn Ectopic Pregnancies. *J Ultrasound Med*. 2019;38(6):1643-1647. <https://doi.org/10.1002/jum.14847>
5. Лискович В.А., Егорова Т.Ю., Наумов И.А., Минюк Л.Л., Гурин А.Л., Плоцкий А.Р. Доношенная беременность в рудиментарном роге матки: случай клинического наблюдения. *Журнал Гродненского государственного университета*. 2005;(1(9)):71-74. [Liskovich VA, Yegorova TYu, Naumov IA, Minyuk LL, Gurin AL, Plotskiy AR. Term Pregnancy in Rudimentary Uterus: Clinical Care. *Zhurnal Grodnenskogo gosudarstvennogo universiteta*. 2005;(1(9)):71-74. (In Russ.)]
6. Elsayegh A, Nwosu EC. Rupture of pregnancy in the communicating rudimentary uterine horn at 34 weeks. *Human Reproduction*. 1998;13(12):3566-3568. <https://doi.org/10.1093/humrep/13.12.3566>
7. Abdelazim IA, Shikanova S, Bekzhanova M. Regarding Laparoscopic Management 4 Cases of Recurrent Cornual Ectopic Pregnancy and Review of Literature. *J Minim Invasive Gynecol*. 2019;26(4):774. <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2018.11.020>
8. Сухих Г.Т., Серов В.Н., Адамян Л.В., Филиппов О.С., Баев О.Р., Клименченко Н.И., Тетруашвили Н.К., Тютюнник В.Л., Ходжаева З.С., Холин А.М. *Преждевременные роды*. Клинические рекомендации (протокол): методические указания. М.; 2013. [Sukhikh GT, Serov VN, Adamyanyan LV, Filipov OS, Baev OR, Klimentchenko NI, Tetruashvili NK, Tyutyunnik VL, Khodjaeva ZS, Kholin AM. *Prezhdevremennyye rody*. Clinical guidelines (protocol): methodical instructions. Moscow; 2013. (In Russ.)]

Сведения об авторах

Колесникова Наталья Борисовна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии им. проф. Г.А. Ушаковой, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (650056, Россия, г. Кемерово, ул. Ворошилова, д. 22а).

Вклад в статью: работа с литературными источниками, обработка материала, написание и оформление статьи.
ORCID: 000-0001-6563-5507

Марочко Татьяна Юрьевна, доцент, кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии им. проф. Г.А. Ушаковой, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (650056, Россия, г. Кемерово, ул. Ворошилова, д. 22а).

Вклад в статью: принимала участие в написании и редактировании статьи.
ORCID: 0000-0001-5641-5246

Чуйкова Александра Сергеевна, врач акушер-гинеколог отделения патологии беременности ГАУЗ КО «Кемеровская областная клиническая больница имени С.В. Беляева» (650066, Россия, г. Кемерово, пр. Октябрьский 22).

Вклад в статью: принимала участие в обработке материала и написании статьи.
ORCID: 0000-0001-8852-4623

Артёмук Наталья Владимировна, профессор, доктор медицинских наук, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии им. проф. Г.А. Ушаковой, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (650056, Россия, г. Кемерово, ул. Ворошилова, д. 22а).

Вклад в статью: принимала участие в работе с литературными источниками, написании и редактировании статьи.
ORCID: 0000-0001-7014-6492

Статья поступила: 05.07.2019г.

Принята в печать: 29.02.2020г.

Контент доступен под лицензией CC BY 4.0.

Authors

Dr. Natalia B. Kolesnikova, MD, PhD, Associate Professor, Department of Obstetrics and Gynecology, Kemerovo State Medical University (22a, Voroshilova Street, Kemerovo, 650056, Russian Federation).

Contribution: performed a literature search; collected and analyzed the data; wrote the manuscript.
ORCID: ORCID: 000-0001-6563-5507

Dr. Tatyana Yu. Marochko, MD, PhD, Associate Professor, Department of Obstetrics and Gynecology, Kemerovo State Medical University (22a, Voroshilova Street, Kemerovo, 650056, Russian Federation).

Contribution: wrote the manuscript.
ORCID: 0000-0001-5641-5246

Dr. Alexandra S. Chuikova, MD, Obstetrician-Gynecologist, Pregnancy Pathology Unit, Belyaev Kemerovo Regional Clinical Hospital (22, Oktyabr'skiy avenue, Kemerovo, 650056, Russian Federation).

Contribution: collected and analyzed the data; wrote the manuscript.
ORCID: 0000-0001-8852-4623

Prof. Natalia V. Artyumuk, MD, DSc, Professor, Head of the Department of Obstetrics and Gynecology, Kemerovo State Medical University (22a, Voroshilova Street, Kemerovo, 650056, Russian Federation).

Contribution: collected and analyzed the data; wrote the manuscript.
ORCID: 0000-0001-7014-6492

Received: 05.07.2019

Accepted: 29.02.2020

Creative Commons Attribution CC BY 4.0.