

Б.А. САТЫБАЛДИНА, Р.Н. ЕСПАЕВА, А.М. ИСКАКОВА, У.Е. САГАЛБАЕВА, М.А. ЖАКСЫЛЫКОВА

Кафедра акушерства и гинекологии №2

Казахского Национального медицинского университета им.С.Д.Асфендиярова.

Отделение экстренной гинекологии

Центральной городской клинической больницы

КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ РЕДКОВСТРЕЧАЮЩИХСЯ ФОРМ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Внематочная беременность (ВБ) занимает 2-е место в структуре острых гинекологических заболеваний и первое – среди нозологических форм, сопровождающихся внутрибрюшным кровотечением.

Среди срочных гинекологических операций оперативные вмешательства по поводу ВБ занимают одно из первых мест и составляют около 50%.

В статье описываются случаи редко встречающихся форм эктопической беременности: гетеротопическая беременность в рудиментарном роге матки и в полости матки, а также яичниковая беременность, наблюдавшаяся в ЦГКБ.

Ключевые слова: *редко встречающиеся формы эктопической беременности, гетеротопическая беременность, беременность в рудиментарном роге матки, аномалия развития матки, яичниковая беременность.*

Введение. По данным литературы к редким разновидностям эктопической беременности относится беременность в рудиментарном (зачаточном) роге матки, который не сообщается с полостью развитого рога матки (0,1-0,9%) [1]. Прогрессирующая беременность в зачаточном роге редко диагностируется, и правильные диагнозы до операции ставятся приблизительно лишь в 15% случаев, в остальных же обычно предполагается наличие трубной, преимущественно интерстициальной беременности, маточной беременности и фибромиомы или кисты яичника. В таких случаях оплодотворенная яйцеклетка имплантируется в рудиментарном роге. 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. 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.

Яичниковая беременность – одна из редких форм эктопической беременности, ее частота составляет 0,1-0,7%. Различают две формы указанной беременности: интрафолликулярную и эпоифоральную. При первой оплодотворение и имплантация происходят в фолликуле, при второй – на поверхности яичника [2].

Яичниковая беременность наблюдается крайне редко, однако в настоящее время уже нельзя сомневаться в возможности существования этой формы внематочной беременности. Механизм образования яичниковой беременности можно себе представить в виде двух форм.

После разрыва граафова пузырька яйцо остается на внутренней его поверхности, не будучи увлечено током излившейся фолликулярной жидкости. Через полученный разрыв в полость фолликула проникают сперматозоиды, которые и оплодотворяют яйцо. Привитие оплодотворенного яйца в полости граафова фолликула происходит путем внедрения трофобласта в стенку фолликула.

Яичниковая беременность чаще всего прерывается на 6—8-й нед по типу наружного разрыва плодместилища с кровоизлиянием внутрь последнего и гибелью яйца.

Интересен факт, что яичниковая беременность может доходить до последних месяцев. Вероятно, это возможно вследствие того, что яичник обладает особой тканеобразовательной способностью, позволяющей ему развить достаточно прочную плодную камеру для растущего яйца. В этих случаях процесс образования необходимых тканей напоминает собой тот же процесс, свойственный развитию нередко огромных псевдомуцинозных кист, снабженных плотной наружной стенкой.

Возможна и вторая форма привития яйца. Здесь уже вышедшее из яичника яйцо, оплодотворенное в брюшной полости, прививается на поверхности яичника в одной из многочисленных складок и бухт его поверхности.

Клинически дооперационная диагностика яичниковой беременности, особенно прогрессирующей, крайне сложна. Ультразвуковое исследование является малоинформативным. Основным методом диагностики является диагностическая лапароскопия, которая в дальнейшем переходит в лечебную. Дифференциальная диагностика проводится с кистами яичника.

Диагностические признаки яичниковой беременности:

1. Маточная труба на пораженной стороне не изменена.
2. Плодное яйцо располагается в проекции яичника.
3. Плодное яйцо соединено с маткой собственной связкой яичника.
4. Среди плодных оболочек обнаруживается ткань яичника.

Лечение яичниковой беременности включает удаление плодного яйца или клиновидную резекцию.

Клинический случай: Первороберенная М. 26 лет, поступила в приемный покой гинекологии ЦГКБ с результатами УЗИ органов малого таза, по направлению городской поликлиники с диагнозом: Неразвивающаяся беременность в сроке 9-10 недель (по менструации 11-12 недель).

При поступлении состояние больной удовлетворительное. Жалобы на боли внизу живота тянущего характера, кровянистые выделения из половых путей. Заключение УЗИ: Неразвивающаяся беременность в сроке 9-10 недель.

Беременной произведено выскабливание полости матки. Соскоб отправлен на гистологическое исследование. Через два дня с целью исключения остатков плодного яйца больная направлена на контрольное УЗИ. Заключение УЗИ: Брюшная беременность.

В отсроченном экстренном порядке больная подготовлена для оперативного лечения лапаротомическим доступом с диагнозом: Состояние после выскабливания полости матки по поводу несостоявшегося выкидыша в сроке 9-10 недель. Гетеротопическая беременность. Брюшная беременность?

Интраоперационно обнаружено: аномалия развития матки Uterus unicornis с рудиментарным рогом, не сообщаемым с полостью матки. Левая маточная труба и яичник отходят от рудиментарного рога. Внематочная беременность в рудиментарном роге (Рисунок 1).



Рисунок 1 - Беременность в рудиментарном роге матки

Произведено удаление беременного рудиментарного рога (Рисунок 2) с придатками.



Рисунок 2 - Плодное яйцо в рудиментарном роге матки

Клинический случай: Пациентка 27 лет доставлена бригадой скорой помощи в приемный покой гинекологии ЦГКБ с жалобами на боли внизу живота (ШОБ 3 балла), общую слабость, недомогание, кровянистые выделения из половых путей. Заболела на фоне задержки менструации на 1,5 месяца.

Из анамнеза: беременностей - два, оба закончились операцией кесарева сечения по поводу узкого таза (2010 и 2012 годы), контрацепция ВМС в течение 2-х лет (2012-2014 годы).

Проведены клинико-лабораторные исследования: ОАК - гемоглобин 98 г/л; эритроциты - $4,04 \times 10^{12}/л$; лейкоциты - $6,53 \times 10^9/л$. Биохимический анализ крови, коагулограмма, ОАМ - в пределах нормы. УЗИ органов малого таза: Внематочная беременность справа. Жидкость в малом тазу.

Пациентка взята на операцию с диагнозом прервавшаяся внематочная беременность. Интраоперационно обнаружено: в малом тазу выраженный спаечный процесс, кровь в количестве 200,0 мл со сгустками, маточные

трубы с обеих сторон интактны. Правый яичник увеличен до 5-6 см в диаметре, на верхнем полюсе обнаружено плодное яйцо диаметром до 3-4 см достигающий до нижнего полюса с участком разрыва до 1,0 см, с кровоизлияниями по всему яичнику. Левый яичник без особенностей. Проведена операция аднексэктомия справа. В обоих случаях клинические диагнозы подтверждены гистологически.



Обсуждение: Беременность в рудиментарном роге матки может быть отнесена к маточной, однако в связи с тем, что в большинстве случаев рудиментарный рог не имеет сообщения с влагалищем, клинически такая беременность протекает как эктопическая [2].

Частота сочетания маточной и внематочной беременности, по данным разных авторов, составляют от 1 из 100 до 1 из 30000 беременностей. Она выше после индукции овуляции. Определив плодное яйцо в матке, при УЗИ нередко не обращают внимания на второе плодное яйцо.

По частоте яичниковая беременность находится на втором месте после трубной беременности. Дооперационная диагностика очень затруднительна. Прервавшаяся яичниковая беременность часто является операционной находкой.

По данным литературы, до настоящего времени внематочная беременность (ВБ) занимает 2-е место в структуре острых гинекологических заболеваний и первое – среди нозологических форм, сопровождающихся внутрибрюшным кровотечением. Повторную ВБ обнаруживают у 7,5-22% женщин.

Среди срочных гинекологических операций оперативные вмешательства по поводу ВБ занимают одно из первых мест и составляют около 50%.

ВБ стабильно занимает 3-4 место в структуре причин материнской смертности в индустриально развитых странах мира, 5-е в Российской Федерации [2].

Заключение. Описываемые клинические случаи относятся к редко встречающимся формам эктопической беременности. Первый клинический случай наблюдался у первобеременной женщины. Что свидетельствует о необходимости планирования беременности с проведением УЗИ органов малого таза. Во втором случае, где описана яичниковая беременность у повторнородящей женщины, эктопическая беременность обусловлена двумя оперативными вмешательствами и ВМС в течение 2-х лет.

Врачи экстренной гинекологической службы и функциональной диагностики должны помнить о редких формах ВБ и случаях гетеротопической беременности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Под редакцией Радзинского В.Е., Фукса А.М. Гинекология. Учебник. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - С. 708-731.
- 2 В.Н.Серова и Г.Т.Сухих Учебник: Акушерство и гинекология, 4-е издание, переработанное и дополненное. - 2014. - С. 841-863.
- 3 Курцера М.А. Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии. Диагностика и лечение. – М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2009. - С. 57-63.

Б.А. САТЫБАЛДИНА, Р.Н. ЕСПАЕВА, А.М. ИСКАКОВА, У.Е. САГАЛБАЕВА, М.А. ЖАКСЫЛЫКОВА

*С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медициналық университетінің
№2 акушерлік іс және гинекология кафедрасы
Орталық қалалық клиникалық ауруханасының жедел гинекология бөлімшесі*

ЖАТЫРДАН ТЫС ЖҮКТІЛІКТІҢ СИРЕК КЕЗДЕСЕТІН ТҮРІНЕ КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙ

Түйін: Жатырдан тыс жүктілік (ЖТЖ) жедел гинекологиялық аурулардың ішінде екінші және іш қуысынан қан кетумен жүретін нозологиялық формалардың ішінде бірінші орын алады.

Жедел гинекологиялық оталардың ішінде жатырдан тыс жүктілік бойынша жасалатын оталар бірінші орын алады және 50% құрайды.

Мақалада ОҚКА бақыланған эктопиялық жүктіліктің сирек кездесетін: жатырдың рудиментарлы мүйізінде және жатыр қуысында, сонымен қатар аналық безіндегі жүктілік формалары баяндалады.

Түйінді сөздер: эктопиялық жүктіліктің сирек түрлері, гетеротопиялық жүктілік, жатырдың рудиментарлы мүйізіндегі жүктілік, жатырдың даму ақауы, аналық безіндегі жүктілік.

B.A. SATYBALDINA, R.N. ESPAEVA, A.M. ISKAKOVA, U.E. SAGALBAEVA, M.A. ZHAKSILIKOVA

*Department of Obstetrics and Gynecology, №2
Kazakh National Medical University im.S.D.Asfendiyarova.
Department of Emergency gynecology
Central City Hospital*

CLINICAL CASES ARE RARE THERE ARE FORMS OF ECTOPIC PREGNANCY

Resume: Ectopic pregnancy (WB) took 2nd place in the structure of acute gynecological diseases and the first - among the entities that are accompanied by intra-abdominal bleeding. Among the urgent gynecological surgery operations on the WB occupy one of the first places, and account for about 50%.

This article describes the cases of rare forms of ectopic pregnancy: heterotopic pregnancy in rudimentary horn of the uterus and uterine cavity, as well as ovarian pregnancy observed in the CCCH.

Keywords: rare form of ectopic pregnancy, heterotopic pregnancy, pregnancy in rudimentary horn of the uterus, abnormal development of the uterus, ovarian pregnancy.