

DOI: <https://doi.org/10.17816/aog626345>

Редкие формы эктопической беременности: в рудиментарном роге, яичниковая беременность. Как не пропустить главное?

Е.Б. Гинзбург¹⁻³, Б.Г. Гинзбург^{2, 3}¹ Калужская областная клиническая больница, Калуга, Россия;² Калужский государственный университет им. К.Э. Циолковского, Калуга, Россия;³ Медицинский центр «Мирпа Медикал», Калуга, Россия.

АННОТАЦИЯ

В данной статье представлены два клинических случая внематочной беременности редких локализаций (яичниковой и в рудиментарном роге), которые имели жизнеугрожающее течение. Несмотря на современную качественную диагностику, широкодоступную женщинам, мы видим, что постановка диагноза вызвала затруднения, поскольку окончательно его установили и подтвердили только интраоперационно. Исходя из этого, мы сделали вывод, что клиническая картина может стать ведущей в постановке правильного диагноза и выборе правильной тактики врачом. Не следует упускать из виду такие редкие локализации, вызывающие затруднения при постановке диагноза. Если своевременно не выявить внематочную беременность и недооценить риски, то возможно развитие летального исхода. Два клинических случая ярко демонстрируют своевременную постановку диагноза, вне зависимости от дополнительных методов обследования (УЗИ органов малого таза, β -ХГЧ), и адекватный выбор доступа и объема оперативного вмешательства. Также не следует забывать о недостаточной информированности женщин о данном виде патологии. Часто пациентки не предъявляют жалоб, не помнят дату последней менструации или вовсе не следят за менструальным циклом, несвоевременно обращаются за медицинской помощью. Сочетание нескольких факторов может привести к фатальному развитию событий. В данной статье оба случая эктопической беременности с редкой локализацией закончились благополучно.

Ключевые слова: эктопическая беременность; клинический случай; яичниковая беременность; беременность в рудиментарном роге; плодное яйцо.

Для цитирования:

Гинзбург Е.Б., Гинзбург Б.Г. Редкие формы эктопической беременности: в рудиментарном роге, яичниковая беременность. Как не пропустить главное? // Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирёва. 2024. Т. 11, № 3. С. 369–380. DOI: <https://doi.org/10.17816/aog626345>

Рукопись получена: 01.02.2024

Рукопись одобрена: 18.07.2024

Опубликована online: 09.09.2024

DOI: <https://doi.org/10.17816/aog626345>

Rare forms of ectopic pregnancy in the rudimentary horn and ovary. How not to miss the main thing?

Elizaveta B. Ginzburg¹⁻³, Boris G. Ginzburg^{2, 3}

¹ Kaluga Regional Clinical Hospital, Kaluga, Russia;

² Tsiolkovsky Kaluga State University, Kaluga, Russia;

³ «Mirpa Medical» Medical Center, Kaluga, Russia

ABSTRACT

This article presents two cases of ectopic pregnancy in the ovary and rudimentary horn, which had a life-threatening course. Despite availability of modern high-quality diagnostics, determining the condition remains challenging, because the definitive diagnosis is established and confirmed only intraoperatively. Hence, the clinical picture can be used primarily in making a diagnosis and choosing an appropriate treatment strategy. Rare localizations, such as in the ovary and rudimentary horn, which cause difficulties in making a diagnosis, should not be overlooked. If an ectopic pregnancy is not detected promptly and the risks are underestimated, death may occur. Two clinical cases clearly demonstrate timely diagnosis, regardless of additional examination methods (e.g., pelvic ultrasound, human chorionic gonadotropin test), and adequate choice of access and scope of surgical intervention. Moreover, the lack of awareness among women about this type of pathology should be considered. Patients often do not complain, do not remember the date of their last menstruation, do not monitor their menstrual cycle, and do not seek medical help in a timely manner. The combination of several factors can lead to fatal events. In this study, both cases of ectopic pregnancy with a rare localization ended favorably.

Keywords: ectopic pregnancy; clinical case; ovarian pregnancy; pregnancy in the rudimentary horn; fetal egg.

To cite this article:

Ginzburg EB, Ginzburg BG. Rare forms of ectopic pregnancy in the rudimentary horn and ovary. How not to miss the main thing? *V.F. Snegirev Archives of Obstetrics and Gynecology*. 2024;11(3):369–380. DOI: <https://doi.org/10.17816/aog626345>

Received: 01.02.2024

Accepted: 18.07.2024

Published online: 09.09.2024

DOI: <https://doi.org/10.17816/aog626345>

异位妊娠的罕见形式：胚角妊娠、卵巢妊娠。如何避免错过重要的事情？

Elizaveta B. Ginzburg¹⁻³, Boris G. Ginzburg^{2,3}

¹ Kaluga Regional Clinical Hospital, Kaluga, Russia;

² Tsiolkovsky Kaluga State University, Kaluga, Russia;

³ «Mirpa Medical» Medical Center, Kaluga, Russia

摘要

本文介绍了两个临床病例，这两个病例均为罕见的异位妊娠（卵巢妊娠和胚角妊娠），其病程危及生命。尽管现代高质量的诊断技术已广泛应用于妇女，但我们看到诊断的建立造成了困难，因为只有术中才能最终确定和证实。在此基础上，我们得出结论，临床表现是医生做出正确诊断和选择正确策略的首要因素。这种导致诊断困难的罕见定位不应被忽视。如果不能及时发现异位妊娠，低估其风险，则有可能导致死亡。两例临床病例清楚地表明，无论采用其他检查方法（盆腔超声、 β -hCG），还是充分选择手术干预的通路和范围，都能及时确诊。我们不应忘记，妇女对这类病变缺乏认识。患者往往没有任何主诉，不记得上次月经的日期，或者根本不关注自己的月经周期，也不及时就医。多种因素的综合作用会导致致命的事态发展。在本文中，两例罕见定位的异位妊娠均安全结束。

关键词： 异位妊娠；临床病例；卵巢妊娠；胚角妊娠；胎卵。

引用本文：

Ginzburg EB, Ginzburg BG. 异位妊娠的罕见形式：胚角妊娠、卵巢妊娠。如何避免错过重要的事情？ *V.F. Snegirev Archives of Obstetrics and Gynecology*. 2024;11(3):369–380. DOI: <https://doi.org/10.17816/aog626345>

收到: 01.02.2024

接受: 18.07.2024

发布日期: 09.09.2024

ОБОСНОВАНИЕ

Внематочная беременность — это состояние, при котором оплодотворённая яйцеклетка прикрепляется и развивается вне матки. Она бывает трубной, яичниковой, в дополнительном роге, брюшной, комбинированной [1]. Первое описание эктопической беременности было сделано после смерти пациентки, а в 1812 г. такой диагноз был поставлен при жизни.

Выживаемость при данной проблеме была низкой, поэтому многие исследователи занимались изучением данной патологии. Внематочную беременность изучали В.И. Змигородский, Н.Н. Феноменов, В.Ф. Снегирёв и его ученики [2].

По статистическим данным, 1,3–2,4% беременностей являются внематочными. Доля смертности при таком состоянии — 7,4% [3]. В США количество внематочных беременностей достигает 1,4%, в Германии — 2,0% [4].

Летальность при эктопической беременности остаётся на достаточно высоком уровне и сейчас. В 2012 г. этот показатель в России составил 0,47 на 100 000 родившихся живыми, в 2013 г. — 0,21, в 2014 г. — 0,26 [2].

Основные механизмы развития внематочной беременности: патологическое изменение транспорта оплодотворённой яйцеклетки по маточной трубе, высокая активность трофобласта [3], непроходимость маточных труб и изменение их стенки, цилиарные нарушения [5].

Диагноз эктопической беременности обычно устанавливают на 6–9-й неделе.

Факторы риска внематочной беременности:

- 1) группа высокого риска:
 - ранее проведённые операции на маточных трубах;
 - внематочная беременность в анамнезе;
 - использование внутриматочной спирали;
- 2) группа умеренно повышенного риска:
 - восходящие инфекции;
 - табакокурение;
 - патология маточных труб;
- 3) группа низкого риска:
 - возраст старше 40 лет [4].

Причинами внематочной беременности могут быть воспалительные заболевания (42–80%) [2, 3], эндометриоз, так как изменяется транспорт по маточным трубам и вероятны их механические повреждения, обструкция [2], изменения маточной трубы, например, инфантилизм: узкая, длинная, извитая, с рубцами и др. [1–3], аборт в анамнезе [1, 2], гормональные изменения [1], образования матки и придатков, ведущие к нарушениям органического взаимоотношения, что может привести к изменению транспортной способности маточной трубы [1–3], ЭКО, после которого частота внематочной беременности увеличивается в 2 раза [2], стресс, нервное возбуждение, ведущие к спазму маточных труб [1, 2].

Проявления эктопической беременности разнообразны, начиная от бессимптомного состояния и заканчивая

разрывом маточных труб с геморрагическим шоком [4]. Это значительно затрудняет диагностику.

Самым частым симптомом является боль в животе (95%), также к симптомам относят задержку месячных до нескольких недель (90%), кровянистые, часто мажущие выделения из половых органов (50–80%) [2].

Первым эктопическую беременность на рентгене определил в 1908 г. К. Klaus, до этого диагноз ставили исключительно на основании данных анамнеза и пальпации. В 1926 г. R. Dyroff предложил использовать гистеросальпингографию у беременных до 12-й недели, так как можно обнаружить гипотонус матки, но в 1939 г. K.F. Schultze Gunter после проведения исследования заключил, что гипотонус матки наблюдается только у 40% беременных. В 1963 г. С. Weinberg и соавт. предоставили данные, показывающие, что сочетанное использование пневмопельвиографии и гистеросальпингографии позволяет более качественно диагностировать внематочную беременность. В 1969 г. М. Kobayashi и соавт. первыми использовали эхографию.

В.Н. Демидов и Б.И. Зыкин, работая над проблемой совершенствования диагностики эктопической беременности, в 1990 г. предложили диагностически значимые признаки эхографии:

- 1) наличие придаткового новообразования сложной структуры, образуемого в результате трубного разрыва или выкидыша;
- 2) отсутствие плодного яйца в полости матки;
- 3) размер матки меньше, чем размеры при предполагаемом сроке беременности (при отсутствии патологии матки);
- 4) утолщение эндометрия;
- 5) обнаружение ложного плодного яйца в полости матки;
- 6) свободная жидкость в полости малого таза.

Позднее эти признаки подверглись значительной корректировке.

В начале 1990-х гг. стали использовать трансвагинальную эхографию, которая, по мнению многих авторов, считалась высокоточной. Существуют современные симптомы внематочной беременности при эхографии. Их разработали в 2014 г. Е. Kirk, С. Bottomley, Т. Bourne.

К данным эхо-признакам относят следующее:

- 1) присутствие неоднородного внеяичникового некистозного придаткового образования, субстратом которого является изменённая, расширенная маточная труба с элементами отслоившегося, чаще погибшего, плодного яйца и сгустками крови;
- 2) симптом капли;
- 3) симптом бублика (тубное кольцо);
- 4) эктопическое плодное яйцо [4].

Трансвагинальное УЗИ может определить внематочную беременность уже с 1,5–3-недельного срока.

Цветное доплеровское картирование и импульсно-волновую доплерометрию используют с середины

1980-х гг. (А. Kurjak). С их помощью можно визуализировать повышенную васкуляризацию в зоне эктопического трофобласта. Это более совершенная диагностика эктопической беременности [2].

Изменение уровня ХГЧ можно увидеть уже с 7–8-го дня оплодотворения. При внематочной беременности уровень ХГЧ повышается не более чем на 66% или снижается не более чем на 13% от базового уровня за 48 ч. Соотношение в пределах этого диапазона при абсолютном показателе ХГЧ выше 1500 МЕ/л может быть принято в качестве доказательства вероятной внематочной беременности [4].

Согласно данным литературы, уровень прогестерона при внематочной беременности ниже, чем при маточной, соответственно, это значение может служить для дифференциальной диагностики. Имеются данные, что уровень прогестерона в крови менее 15 нг/мл в 80% случаев свидетельствует о внематочной беременности у пациентки [2].

Одним из наиболее точных методов диагностики является лапароскопия (точность до 100%). При этом можно визуально определить состояние матки, яичников, труб, объём кровопотери, локализацию эктопического плодного яйца, оценить характер течения беременности, а также провести оперативное лечение.

В диагностике внематочной беременности своё применение нашло магнитно-резонансное исследование (МРИ). Но его эффективность на ранних сроках мало изучена. На МРИ при беременности в рудиментарном роге вокруг плодного яйца виден слой нормального миометрия. Доминирующий рог будет смещён вбок и по форме напоминать банан. При брюшной беременности характерно отсутствие миометрия вокруг плодного яйца [5].

На данный момент есть несколько вариантов лечения внематочной беременности: хирургический, медикаментозный и выжидательная тактика [2].

К методам хирургического лечения относят лапароскопию и лапаротомию. Преимущества лапароскопии: более быстрый доступ к брюшной полости, меньшее интраоперационное воздействие, меньшая кровопотеря, меньшая вероятность развития послеоперационного спаечного процесса [1, 4, 6]. При лапароскопии осуществляют и радикальные (сальпингоэктомия), и консервативно-пластические операции. Лапароскопические операции выполняют при удовлетворительном состоянии пациентки и стабильной гемодинамике. Абсолютное противопоказание для лапароскопии — геморрагический шок 3–4-й степени. Относительные противопоказания: нестабильная гемодинамика (геморрагический шок 1–2-й степени), интерстициальная локализация плодного яйца, расположение плодного яйца в добавочном роге матки, разрыв стенки маточной трубы. Общие противопоказания к лапароскопии: ожирение, выраженный спаечный процесс, сердечно-сосудистая и лёгочная недостаточность [2].

Ещё один метод — гистерофиброскопия. Её проводят только на маленьких сроках — до четырёх недель беременности [1].

В литературе есть данные об использовании в качестве консервативного метода лечения противоопухолевого препарата метотрексата. Метотрексат — противоопухолевый препарат, структурный аналог фолиевой кислоты. За счёт этого препарата фолиевая кислота не переходит в активную форму, нарушается синтез аминокислот, необходимых для развития ДНК эмбриона [2]. По данным разных источников, успешность лечения метотрексатом варьирует от 63 до 97%. У препарата есть ряд побочных эффектов: тошнота, рвота, стоматит, диарея, повышение уровня печёночных ферментов, повреждение почек и печени, пневмония, дерматит и плеврит [4]. Способы введения метотрексата: системное введение перорально и парентерально, локальное введение при лапароскопии под УЗ-контролем или трансцервикально, сочетанное введение. Однако в связи с огромным количеством побочных эффектов в настоящее время данный препарат в клинической практике не используется.

Реже для консервативного лечения используют калия хлорид, гипертонический раствор декстрозы [2].

По данным ряда авторов, у каждой четвёртой большой повторяется внематочная беременность, у каждой пятой-шестой — образуются спайки в малом тазу, а у 75% женщин после тубэктомии — вторичное бесплодие [3].

Редкие виды эктопической беременности: яичниковая (1,0–3,0%), шеечная (0,1–0,4%), брюшная (0,1–1,4%), интралигаментарная (0,1%), а также беременность, развивающаяся в рудиментарном роге матки (0,1–0,9%).

Беременность в рудиментарном роге — очень редкая разновидность внематочной беременности. По данным В.Е. Радзинского, её частота составляет 0,1–0,9% [7]. По данным иностранных источников, частота беременностей в рудиментарном роге оценивается как 1 на 100 000–140 000 [8]. Такие аномалии матки возникают из-за дефектов развития мюллерова протока. Односторонняя гипоплазия протоков приводит к образованию однорогой матки с рудиментарным рогом. Рудиментарная роговая беременность может наступить в результате трансперитонеальной миграции сперматозоидов или оплодотворенной яйцеклетки с последующей имплантацией в рог [9].

Так как эндометрий рудиментарного рога истончен, миометрий меньше васкуляризован и имеется преобладание соединительно-тканного компонента, то риск вставания плаценты с последующим разрывом матки высок. Чаще всего это происходит на сроке 8–16 недель [7].

Существуют данные о случаях двойных беременностей, одна из которых была в рудиментарном роге, а другая в функциональном, что, по оценкам Nahum, составляет 5,3% всех беременностей [8].

Кроме разрыва матки, есть риск бесплодия, возникновения тяжёлых форм фетоплацентарной недостаточности с исходом в антенатальную гибель плода или тяжёлых

форм задержки внутриутробного развития плода. Материнская смертность при данном виде беременности достигает 5%.

Первым такой вид беременности описал Dreier в 1894 г. Беременность при этом локализовалась в правом рудиментарном роге, а жёлтое тело — в левом яичнике [3].

Ранняя диагностика затруднена из-за того, что данный вид беременности в основном протекает бессимптомно, её обнаружение часто случайно во время лечения бесплодия, тазовых болей, выкидыша или во время второго триместра, когда происходит разрыв матки [9, 10].

Для диагностики большое значение имеют ультразвук, особенно трансвагинальный, гистеросальпингография, компьютерная томография и магнитно-резонансная томография. Диагноз можно поставить и во время лапароскопического вмешательства [8]. Данную патологию можно заподозрить при наличии рядом с несколько увеличенной и подвижной маткой мягкой, безболезненной «опухолью», отходящей от матки на толстой ножке. Эхография — высокоточный метод для определения беременности в рудиментарном роге матки.

Существуют УЗИ-критерии беременности в рудиментарном роге, рекомендованные Royal College of Obstetrics and Gynaecology (RCOG) в 2016 г.:

1) визуализация одной интерстициальной области маточной трубы;

2) плодное яйцо подвижно, отделено от матки, вокруг него миометрий;

3) имеется сосудистая ножка, которая соединяет плодное яйцо с однорогой маткой [11].

Есть дополнительные УЗИ-критерии для определения данной патологии: расстояние от центра плодного яйца до боковой стенки матки более 1 см, а толщина миометрия, окружающего гестационный мешок, менее 5 мм.

Имеются данные о доношенной беременности при локализации плодного яйца в рудиментарном роге, есть также информация о гибели плода только на 34-й неделе гестации [7].

Тактика при беременности в рудиментарном роге включает в себя резекцию рога вместе с плодным яйцом путем лапароскопии или лапаротомии в сочетании с ипсилатеральной сальпингэктомией и метропластикой. Российское общество акушеров-гинекологов рекомендует планировать следующую беременность не раньше 8–10 мес. после прерванной [11].

Яичниковая беременность — разновидность эктопической беременности, при которой плодное яйцо располагается в яичнике. Частота материнской смертности от 14,3 до 50,0% случаев. Встречаемость этого вида беременности — 1–3% [12].

Впервые о яичниковой беременности было упомянуто в 1682 г. в Saint Maurice [3].

Выделяют следующие критерии яичниковой беременности (критерии Шпигельберга): маточные трубы должны быть анатомически целыми и присоединёнными

к яичникам, плодное яйцо должно определяться в яичнике, плодное яйцо через собственную связку яичника должно прилежать к матке, в стенке плодного яйца должна находиться яичниковая ткань [13].

Существует несколько видов яичниковой беременности:

- интрафолликулярная (истинная, первичная), при которой оплодотворение яйцеклетки наступает в фолликуле, встречается редко;
- овариальная (вторичная), при которой эмбрион располагается на поверхности яичника [12, 14];
- интерстициальная, при которой плодное яйцо погружается в сторону яичника [15].

Редко встречается двусторонняя форма [16].

Причины яичниковой беременности изучены недостаточно, но выделяют следующие наиболее вероятные: инфекционные заболевания, кистозные новообразования яичников, осложнения после хирургических операций, нарушение транспортной функции маточных труб, заболевания эндокринной системы, генитальный инфантилизм, ношение внутриматочной спирали, эндометриоз [6, 12, 14]. Использование внутриматочных спиралей многие иностранные источники отмечают в качестве главного фактора риска [6, 16].

По некоторым данным, патологические изменения маточных труб, а также ранее проведённые на них хирургические вмешательства не являются фактором риска яичниковой беременности [16]. Но другие источники предоставляют данные о развитии яичниковой беременности через некоторое время после трубной беременности и удалении в связи с ней маточной трубы [17].

Помимо перечисленного, яичниковая беременность часто встречается у пациенток после процедуры ЭКО [13, 16].

Наиболее часто яичниковая беременность встречается в возрасте женщин от 20 до 34 лет.

К симптомам яичниковой беременности относят абдоминальную боль в 42,9% случаев и вагинальное кровотечение — в 28,6% [12, 14]. Боли в животе соответствуют разрыву капсулы яичника и образованию гемоперитонеума. Соответственно, пациентки чаще всего поступают в состоянии шока [16]. Есть данные, подтверждающие бессимптомное течение данной патологии [6].

Методы диагностики яичниковой беременности: бимануальное влагалищное исследование, УЗИ, определение уровня β -ХГЧ, лапароскопия.

УЗИ-критерии яичниковой беременности: отсутствие плодного яйца в матке, маточных трубах; присутствие новообразований, похожих на жёлтое тело, в яичнике; расположение плодного яйца с сосудами по краю («огненное кольцо») в проекции поражённого яичника; обнаружение признаков внутрибрюшного кровотечения, возможность выполнения визуального кульдоцентеза [13].

Ряд авторов считает, что важным диагностическим методом является МРТ-исследование, так как оно позволяет увидеть более точную локализацию плодного яйца

[4]. В большинстве случаев диагноз устанавливается интраоперационно [6]. Дифференциальная диагностика проводится с кистой жёлтого тела или кистой с кровоизлиянием [16].

При данном виде патологии наблюдали более частые случаи донашивания, чем при других формах эктопических беременностей. Так, например, по данным С. Дале и соавт., зарегистрирован случай яичниковой беременности, доношенной до срока 32 недели с живым плодом массой 1400 г [13]. Этому способствует развитая сосудистая сеть, достаточно широкая полость при внедрении яйца внутри фолликула, к тому же ткань яичника способна к быстрой пролиферации.

Однако беременность часто прерывается на ранних сроках, при этом отмечают сильные боли в области живота, обильные кровотечения, тошноту, рвоту, головокружения, обмороки [15, 17].

В исследованиях иностранных авторов описаны случаи развития яичниковой беременности в пожилом возрасте [14].

Лечение яичниковой беременности — хирургическое (овариэктомия или клиновидная резекция яичника). Проводят с помощью лапароскопии или мини-лапаротомии [3, 6, 17].

По данным литературы, кроме перечисленных вмешательств, применяют выскабливание трофобласта с коагуляцией с сохранением яичника [16]. Перед хирургическим вмешательством возможно использование питрессина, так как он временно сужает сосуды, с целью минимизировать интраоперационную кровопотерю [6]. Возможно дальнейшее консервативное лечение метотрексатом, если после операции уровень β -ХГЧ повышается, что может указывать на глубокую инвазию трофобласта [3, 12, 16, 17].

Ниже представлены два клинических случая беременности: в рудиментарном роге и яичниковой формы. Информированные согласия на обработку персональных данных от пациенток получены.

КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ

Беременность в рудиментарном роге

Пациентка К., 34 лет, обратилась в приемное отделение Калужской областной клинической больницы 5 июля 2021 г. в 14.30.

Жалобы при поступлении: тянущие боли внизу живота, беспокоят в течение семи дней.

С 27.06.2021 г. находилась в стационаре в связи с угрозой прерывания беременности малых сроков, получала сохраняющую терапию (дюфастон 1 таблетка 2 раза в день). Отмечен рост уровня β -ХГЧ, однако плодное яйцо в полости матки не визуализировалось. Из-за неясности топики беременности пациентка переведена для дальнейшего лечения в областную клиническую больницу.

Диагноз при поступлении: беременность неясной локализации; анемия лёгкой степени.

Гинекологический анамнез: мenses с 16 лет, по 5–6 дней, через 28 дней. Характер менструаций: регулярные, безболезненные, умеренные. Последние месячные: 17.05.2021 г. Беременность — третья (настоящая), роды одни, аборт один. *An vitae*: эктопия шейки матки. Кесарево сечение — 2007 г. (тазовое предлежание).

Хронические заболевания отрицает. Аллергоанамнез без особенностей. *Status praesens*: состояние удовлетворительное. ЧДД 16 в мин, пульс 72 в мин, АД 120/70 мм рт. ст. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.

Р/в: шейка матки цилиндрическая, зев сомкнут. Тело матки увеличено до 6 недель беременности, округлое, мягковатой консистенции, безболезненное. Слева от матки определяется округлое новообразование до 4 см, мягковатой консистенции, безболезненное. Справа придатки четко не опеределаются, безболезненные. Выделения слизистые.

УЗИ органов малого таза: матка размерами 66×52×75 мм. М-эхо — 15 мм, неоднородной структуры. Яичник справа 30×27 мм, без особенностей. Яичник слева 37×27 мм, фолликулы до 5 мм, неоднородное анэхогенное образование 25×20 мм. Слева гетерогенное образование 32×33 мм, плодное яйцо с эмбрионом, КТР 9 мм, сердцебиение положительное.

Заключение: прогрессирующая трубная беременность слева.

Проведённая операция (06.07.2021 г.): лапароскопия, удаление дополнительного рога матки слева, тубэктомия слева.

Лапароскопия выполнена классическим способом, интраабдоминально. Матка размерами 6×4×6 см, округлой формы, синюшно-багрового цвета. Правые придатки представлены яичником и маточной трубой, визуально без особенностей. Рядом с маткой слева визуализировано округлое новообразование размерами 3×3×2,5 см, синюшно-багрового цвета, связанное с левой боковой стенкой матки. Новообразование расценено как рудиментарный рог матки. Собственная связка яичника, круглая маточная связка и маточный конец трубы отходят от рудиментарного рога. Произвели отделение придатков (биполяр, ножницы), удаление рудиментарного рога (биполяр, ножницы). Санация, декомпрессия, швы.

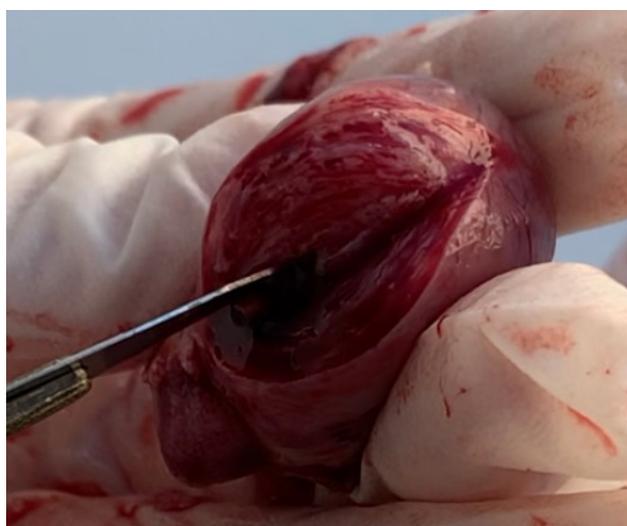
В табл. 1 представлена динамика результатов β -субъединцы хорионического гонадотропина. В табл. 2 представлена динамика изменения показателей крови за время наблюдения пациентки.

Клинический анализ мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма во время нахождения в стационаре без патологии. Группа крови 0 (I), резус-фактор положительный.

Гистология № 31238-48: хронический сальпингит с рубцовой деформацией просвета трубы, маточная

Таблица 1. Результаты исследования β -ХГЧ пациентки К.**Table 1.** Human chorionic gonadotropin levels of patient K.

Дата исследования Date of study	Результат Result
05.07.2021	Более 10 000 мМЕ/мл >10,000 mIU/ml
11.07.2021	1232 мМЕ/мл 1232 mIU/ml

**Рис. 1.** Беременность в рудиментарном роге слева.**Fig. 1.** Pregnancy in the rudimentary horn.**Рис. 2.** Рудиментарный рог.**Fig. 2.** Rudimentary horn.**Таблица 2.** Показатели клинического анализа крови пациентки К.**Table 2.** Clinical blood test indicators of patient K.

Дата Date	Лейкоциты, $\times 10^9$ /л Leukocytes, $\times 10^9$ /l	П/я, % Banded neutrophils, %	Сегментоядерные, % Segmented neutrophils, %	Лимфоциты, % Lymphocytes, %	Моноциты, % Monocytes, %	Эритроциты, $\times 10^{12}$ /л Erythrocytes, $\times 10^{12}$ /l	Гемоглобин, г/л Hemoglobin, g/l	СОЭ, Мм/ч ESR, Mm/h	Тромбоциты, $\times 10^9$ /л Platelets, $\times 10^9$ /k
05.07.2021	9,71	7	48	32	7	4,63	116	10	221
06.07.2021	7,35	4	51	30	6	4,57	120	18	228
07.07.2021	15,14	4	86	8	2	4,99	129	16	314
10.07.2021	6,41	3	72	14	4	4,28	111	8	220

беременность, гравидарные изменения эндометрия; синцитиальный эндометрит.

Послеоперационный период протекал гладко, на 5-е сут сняты швы, заживление первичным натяжением. В удовлетворительном состоянии пациентка выписана из стационара.

Изображения данной патологии представлены на рис. 1, 2.

Яичниковая беременность

Пациентка Б., 38 лет, 13 июня 2021 г. доставлена в приёмное отделение Калужской областной клинической больницы в 19.20 бригадой СМП из ЦРБ Кировского района с жалобами на боли внизу живота, появившиеся 3 дня назад. Самостоятельно принимала но-шпу с целью обезболивания, без эффекта. Самостоятельно выполняла тест на беременность, положительный. В 14.00 обратилась в ЦРБ, где была осмотрена гинекологом, обследована (УЗИ органов малого таза и клинический анализ крови).

Отмечает нарушение менструального цикла с апреля 2021 г., ациклические мажущие кровянистые выделения. Дата последней менструации 17.04.2021 г., по 3 дня через 28 дней. Характер менструаций: регулярные, безболезненные, умеренные. Родов двое, аборт два. Хронические заболевания и оперативные вмешательства отрицает. Из анамнеза известно, что страдает хроническим сальпингофоритом. Объективно при поступлении: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые резко бледные, умеренно влажные. Пульс 93 удара в минуту, АД 110/70 мм рт. ст. Живот не вздут, мягкий и резко болезненный во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины положительные. Физиологические отправления без особенностей.

Вагинальный осмотр: шейка матки цилиндрическая, зев щелевидный, тракции за шейку матки резко болезненные. Тело матки мягковатой консистенции, увеличено до 7–8 недель беременности, чувствительное при пальпации. Справа от матки определяется объёмное образование до 13 см в диаметре, резко болезненное при пальпации. Слева область придатков без особенностей. Выделения кровянистые, скудные.

Предварительные диагнозы: внематочная беременность, синдром внутрибрюшного кровотечения; острая постгеморрагическая анемия тяжёлой степени.

В условиях приёмного отделения определены группа крови и резус-фактор, установлен мочевого катетер, заказаны свежезамороженная плазма и эритроцитарная масса. Пациентка экстренно отправлена на операцию. Взято информированное добровольное согласие для проведения оперативного вмешательства и гемотрансфузии.

С учётом жалоб, клинической картины, данных объективного осмотра и показателей лабораторных исследований планируемый объём оперативного вмешательства выбран следующий: нижнесрединная лапаротомия. Дальнейший объём решили уточнить интраоперационно из-за неясности локализации плодного яйца.

УЗИ органов малого таза: матка размерами 81×59×30 мм. Полость матки до 10 мм. Справа от матки образование 104×71 мм, в котором плодное яйцо 62 мм, КТР 6,67 см (13 недель беременности). Свободной жидкости в малом тазу не выявлено. УЗИ-признаки эктопической беременности (брюшной?).

В табл. 3 представлены показатели клинического анализа крови, выполненного в центральной районной больнице и в приёмном отделении Калужской областной клинической больницы.

Обследования, проведённые согласно клиническим рекомендациям и протоколам (общий анализ мочи, коагулограмма, биохимический анализ крови, серологические исследования), без патологии.

При вскрытии брюшной полости обнаружено следующее: жидкая кровь и сгустки крови в малом тазу, брюшной полости, по фланкам и в подпечёночном пространстве. Тело матки округлое, размерами до шести недель беременности. Придатки слева представлены маточной трубой и структурным яичником размерами 3×2,5×3 см без видимой патологии. В области правых придатков определяется новообразование до 16 см в диаметре,

Таблица 3. Показатели клинического анализа крови пациентки Б. от 13.06.2021 г.

Table 3. Clinical blood test indicators of patient B

Показатели Indicators	ЦРБ Central Regional Hospital	Калужская ОКБ Kaluga Regional Clinical Hospital
Эритроциты, $\times 10^{12}/л$ Erythrocytes, $\times 10^{12}/l$	2,3	2,15
Гемоглобин, г/л Hemoglobin, g/l	75	66
Гематокрит, % Hematocrit, %	–	18,5
Тромбоциты, $\times 10^9/л$ Platelets, $\times 10^9/l$	–	222
Лейкоциты, $\times 10^9/л$ Leukocytes, $\times 10^9/l$	16,4	15,5

содержащее плодное яйцо с эмбрионом и ткань хориона, которые фиксированы и интегрированы в яичник, с тенденцией к деструкции. Органопринадлежность маточной трубы затруднительна, поскольку тампонирована сгустками. Произведена аднексэктомия справа, с последующим прошиванием. Санация до чистых промывных вод. Установлен силиконовый дренаж в дугласовом пространстве, выведен через контрапертуру справа. Ушивание передней стенки послыно. На кожу швы по Доннати. Интраоперационно произведено переливание трёх доз свежезамороженной плазмы и двух доз эритроцитарной массы по показаниям.

Гистологическое заключение № 33894-05: серозный флебит в одной из пупочных вен (плод мужского пола, длиной 8 см, пуповина 4 см), хронический сальпингоофрит с обострением; инвазия ворсин хориона в яичниковую



Рис. 3. Правосторонняя яичниковая беременность.
Fig. 3. Right-sided ovarian pregnancy.

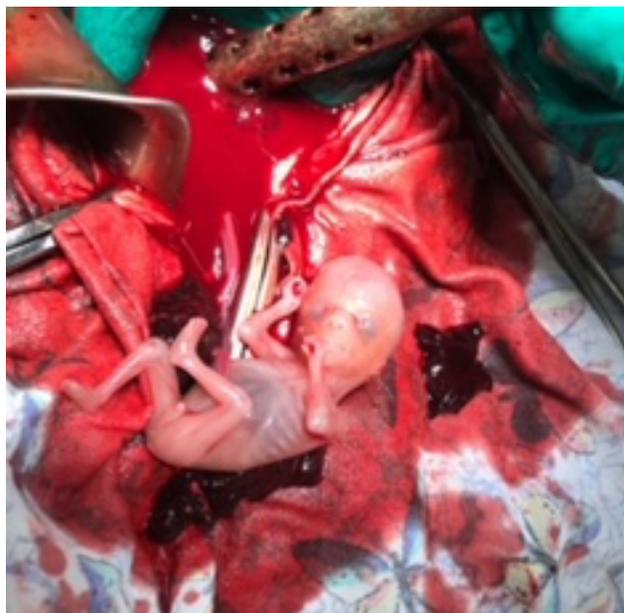


Рис. 4. Эмбрион 11–12 недель гестации при яичниковой беременности.
Fig. 4. 11–12-week embryo in ovarian pregnancy.

паренхиму с кровоизлияниями и некрозами; серозные кисты яичника.

Послеоперационный период протекал гладко, на 10-е сут сняты швы, заживление первичным натяжением. В удовлетворительном состоянии пациентка выписана из стационара.

Изображения данной патологии представлены на рис. 3, 4.

ОБСУЖДЕНИЕ

Согласно «золотому стандарту» диагностики эктопической беременности, определение β -ХГЧ и визуализация трофобласта за пределами матки при выполнении УЗИ органов малого таза с 18-го дня задержки являются критериями в постановке диагноза. Однако на практике пациентки к врачу обращаются с жалобами на нарушение менструального цикла и сомнительным тестом на беременность, при этом не помнят дату последней менструации. При задержке менструации в течение трёх недель отсутствие плодного яйца в полости матки — это повод специалисту задуматься о диагнозе и отнести данную пациентку в группу высокого риска и не упустить из виду, поскольку потеря времени и недооценка состояния может стоить жизни. В данной статье представлены два клинических случая, ярко демонстрирующих затруднение или отсутствие диагностики на доклиническом этапе развития заболевания, в первом случае диагноз был установлен исключительно интраоперационно, во втором случае — при ярко развёрнутой клинической картине. Данные факты ещё раз подтверждают трудности в диагностике не просто эктопической беременности, но особенно редко встречающихся форм.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представлены два клинических случая внематочной беременности редких локализаций, которые имели жизнеугрожающее течение. Несмотря на современную качественную диагностику, широкодоступную женщинам, мы видим, что постановка диагноза вызвала затруднения, окончательно он был установлен и подтверждён только интраоперационно. Исходя из этого, мы сделали вывод, что клиническая картина может стать ведущей в постановке верного диагноза и при выборе правильной тактики врачом. Не следует упускать из виду такие редкие локализации, вызывающие затруднения при постановке диагноза. Если своевременно не выявить внематочную беременность и недооценить риски, то возможно развитие летального исхода.

Два клинических случая ярко демонстрируют своевременную постановку диагноза, вне зависимости

от дополнительных методов обследования (УЗИ органов малого таза, β -ХГЧ), и адекватный выбор доступа и объёма оперативного вмешательства.

Не следует забывать о недостаточной информированности женщин о данном виде патологии. Часто пациентки не предъявляют жалоб, не помнят дату последней менструации или вовсе не следят за менструальным циклом, несвоевременно обращаются за медицинской помощью. Сочетание нескольких факторов может привести к фатальному развитию событий.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Вклад авторов. Е.Б. Гинзбург — хирургическое лечение пациентов, сбор и анализ литературных источников, обзор литературы, написание текста, подготовка фотоматериалов; Б.Г. Гинзбург — сбор и анализ литературных источников, обзор литературы, подготовка и написание текста статьи, редактирование текста статьи. Все авторы подтверждают соответствие своего авторства международным критериям ICMJE (все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией).

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Информированное согласие на публикацию. Пациентки, участвовавшие в исследовании, подписали информированное согласие на участие в исследовании и публикацию медицинских данных.

ADDITIONAL INFO

Authors' contribution. E.B. Ginzburg — surgical treatment of the patient, literature review, collection and analysis of literary sources, writing the text and editing the article, preparation of photographic material; B.G. Ginzburg — literature review, collection and analysis of literary sources, preparation and writing of the text of the article, editing the text of the article. All authors confirm that their authorship meets the international ICMJE criteria (all authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work).

Funding source. This study was not supported by any external sources of funding.

Competing interests. The authors declares that there are no obvious and potential conflicts of interest associated with the publication of this article.

Consent for publication. The patients who participated in the study signed an informed consent to participate in the study and publish medical data.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Сарсембаева М.М. Внематочная беременность. Причины, симптомы, лечение, прогнозы // Вестник хирургии Казахстана. 2012. № 4. С. 64–65. EDN: IZSLUK
2. Фетищева Л.Е., Ушакова Г.А., Петрич Л.Н. Внематочная беременность: факторы риска, проблемы диагностики, лечения, восстановления фертильности // Мать и дитя в Кузбассе. 2017. № 1. С. 16–24. EDN: YFUHAN
3. Лебедев В.А., Шахламова М.Н., Давыдов А.И. Редкие формы эктопической беременности // Трудный пациент. 2016. Т. 14, № 8–9. С. 13–18. EDN: XROKZZ
4. Taran F.A., Kagan K.O., Hübner M., et al. The diagnosis and treatment of ectopic pregnancy // *Dtsch Arztebl Int.* 2015. Vol. 112, N 41. P. 693–704. doi: 10.3238/arztebl.2015.0693
5. Ишутина Т.М. Инструментальные методы диагностики эктопической беременности // Журнал акушерства и женских болезней. 2015. Т. 64, № 5. С. 77–86. EDN: VKFYAJ
6. Wong C.H., Wang Y.L., Huang J.P. Postoperative reproductive outcomes in women with ovarian pregnancy: A retrospective analysis // *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2021. Vol. 60, N 2. P. 295–298. doi: 10.1016/j.tjog.2021.01.007
7. Колесникова Н.Б., Марочко Т.Ю., Чуйкова А.С., Артымук Н.В. Вростание плаценты в рудиментарный рог матки // Фундаментальная и клиническая медицина. 2020. Т. 5, № 1. С. 94–98. EDN: NETOAE doi: 10.23946/2500-0764-2020-5-1-94-98
8. Mamouni N., Ghazal N., Erraghay S., et al. Grossesse dans une corne rudimentaire: difficultés diagnostiques et prise en charge thérapeutique [Rudimentary horn pregnancy diagnostic: difficulties and therapeutic management] // *Pan Afr Med J. French.* 2016. Vol. 24. P. 14. doi: 10.11604/pamj.2016.24.14.6659
9. Hussain A., Jawaid H., Faisal N., et al. Ruptured rudimentary horn pregnancy revealed on emergency laparotomy: a case of primigravida presenting in a developing country // *Cureus.* 2018. Vol. 10, N 5. P. e2591. doi: 10.7759/cureus.2591
10. Amer W.M., Altraigey A. A triplet's ectopic pregnancy in a non-communicating rudimentary horn and spontaneous rupture // *Ginekol Pol.* 2020. Vol. 91, N 9. P. 569–570. doi: 10.5603/GP.2020.0089
11. Сулима А.Н., Рыбалка А.Н., Баскаков П.Н., и др. Беременность в рудиментарном роге матки: два клинических случая успешного органосохраняющего лечения // Таврический медико-биологический вестник. 2018. Т. 21, № 1. С. 168–172. EDN: OWFJNL
12. Довгопольный А.В., Попов Ю.В., Ванке Н.С., и др. Яичниковая беременность на фоне использования внутриматочных спиралей (клинический случай) // Опухоли женской репродуктивной системы. 2018. Т. 14, № 2. С. 96–99. EDN: XLHZZ doi: 10.17650/1994-4098-2018-14-2-96-99
13. Арютин Д.Г., Баринаева Э.К., Ордянец И.М., и др. Яичниковая беременность: клинический случай // Акушерство и гинекология. Новости. Мнения. Обучение. 2020. Т. 8, № S3. С. 116–120. EDN: KWKMNU doi: 10.24411/2303-9698-2020-13919
14. Ranaivoson H.V., Ranaivomanana V.F., Nomenjanahary L, et al. Grossesse ovarienne: à propos de 3 cas et une revue de la littérature [Ovarian pregnancy: about 3 cases and review of the literature] // *Pan African Medical Journal.* 2016. Vol. 25. P. 128. doi: 10.11604/pamj.2016.25.128.10834
15. Досмаганбетова З.А. Ультразвуковая диагностика прогрессирующей яичниковой беременности // Медицина и экология. 2012. № 4. С. 66–68.
16. Zoukar O., Zouari I., Jemaa Y., et al. La grossesse ovarienne à propos d'un cas et revue de la littérature [Ovarian pregnancy case study and literature review] // *Pan Afr Med J.* 2021. Vol. 40. P. 208. doi: 10.11604/pamj.2021.40.208.32011
17. Szadok P., Kubiacyk F., Bajorek A., Suchocki S. Ovarian ectopic pregnancy // *Ginekol Pol.* 2019. Vol. 90, N 12. P. 728. doi: 10.5603/GP.2019.0125

REFERENCES

1. Sarsembayeva MM. Extra uterine pregnancy. Reasons, symptoms, treatment, forecasts. *Bulletin of Surgery of Kazakhstan.* 2012;(4):64–65. EDN: IZSLUK
2. Fetishcheva LE, Ushakova GA, Petrich LN. Ectopic pregnancy: risk factors, a problems of diagnosis, treatment, the restoration of fertility. *Mother and Baby in Kuzbass.* 2017;(1):16–24. EDN: YFUHAN
3. Lebedev VA, Shahlamova MN, Davydov AI. The rare forms of ectopic pregnancy. *Difficult Patient.* 2016;14(8–9):13–18. EDN: XROKZZ
4. Taran FA, Kagan KO, Hübner M, et al. The diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. *Dtsch Arztebl Int.* 2015;112(41):693–704. doi: 10.3238/arztebl.2015.0693
5. Ishutina TM. Instrumental methods of diagnosis of ectopic pregnancy. *Journal of Obstetrics and Womens Diseases.* 2015;64(5):77–86. EDN: VKFYAJ
6. Wong CH, Wang YL, Huang JP. Postoperative reproductive outcomes in women with ovarian pregnancy: A retrospective analysis. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2021;60(2):295–298. doi: 10.1016/j.tjog.2021.01.007
7. Kolesnikova NB, Marochko TY, Chuikova AS, Artymuk NV. Pregnancy in the rudimentary uterine horn. *Fundamental and clinical medicine.* 2020;5(1):94–98. EDN: NETOAE doi: 10.23946/2500-0764-2020-5-1-94-98
8. Mamouni N, Ghazal N, Erraghay S, et al. Grossesse dans une corne rudimentaire: difficultés diagnostiques et prise en charge thérapeutique [Rudimentary horn pregnancy diagnostic: difficulties and therapeutic management]. *Pan Afr Med J. French.* 2016;24:14. doi: 10.11604/pamj.2016.24.14.6659
9. Hussain A, Jawaid H, Faisal N, et al. Ruptured rudimentary horn pregnancy revealed on emergency laparotomy: a case of primigravida presenting in a developing country. *Cureus.* 2018;10(5):e2591. doi: 10.7759/cureus.2591
10. Amer WM, Altraigey A. A triplet's ectopic pregnancy in a non-communicating rudimentary horn and spontaneous rupture. *Ginekol Pol.* 2020;91(9):569–570. doi: 10.5603/GP.2020.0089
11. Sulima AN, Rybalka AN, Baskakov PN, et al. Pregnancy in the rudimental uterine horn: two clinical cases of successful treatment. *Tavrisheskiy Mediko-Biologicheskij Vestnik.* 2018;21(1):168–172. EDN: OWFJNL

12. Dovgopolyy AV, Popov YV, Vanke NS, et al. Ovarian pregnancy on the background of the use of intrauterine spirals (a clinical case). *Tumors of Female Reproductive System*. 2018;14(2):96–99. EDN: XVLHZZ DOI: 10.17650/1994-4098-2018-14-2-96-99
13. Aryutin DG, Barinova EK, Ordiyants IM, et al. Ovarian pregnancy. *Obstetrics and Gynecology. News. Views. Education*. 2020;8(S3):116–120. EDN: KWKMHU doi: 10.24411/2303-9698-2020-13919
14. Ranaivoson HV, Ranaivomanana VF, Nomenjanahary L, et al. Grossesse ovarienne: à propos de 3 cas et une revue de la littérature [Ovarian pregnancy: about 3 cases and review of the literature]. *Pan Afr Med J*. 2016;25:128. doi: 10.11604/pamj.2016.25.128.10834
15. Dosmaganbetova ZA. Ultrasound diagnosis of progressive ovarian pregnancy. *Medicine and Ecology*. 2012;(4):66–68.
16. Zoukar O, Zouari I, Jemaa Y, et al. La grossesse ovarienne à propos d'un cas et revue de la littérature [Ovarian pregnancy case study and literature review]. *Pan Afr Med J*. 2021;40:208. doi: 10.11604/pamj.2021.40.208.32011
17. Szadok P, Kubiacyk F, Bajorek A, Suchocki S. Ovarian ectopic pregnancy. *Ginekol Pol*. 2019;90(12):728. doi:10.5603/GP.2019.0125

ОБ АВТОРАХ

***Гинзбург Елизавета Борисовна**, канд. мед. наук, доцент;
адрес: Россия, 248007, Калуга, Вишневого, 1;
ORCID: 0009-0006-7932-9061;
eLibrary SPIN: 9767-6727;
e-mail: ginzburg.elizaveta@ya.ru

Гинзбург Борис Григорьевич, д-р мед. наук;
ORCID: 0000-0001-6042-644X;
eLibrary SPIN: 7524-2646;
e-mail: bginz@mail.ru

AUTHORS' INFO

***Elizaveta B. Ginzburg**, MD, Cand. Sci. (Medicine), Assistant Professor;
address: 1 Vishnevskiy str., Kaluga, 248007, Russia;
ORCID: 0009-0006-7932-9061;
eLibrary SPIN: 9767-6727;
e-mail: ginzburg.elizaveta@ya.ru

Boris G. Ginzburg, MD, Dr. Sci. (Medicine);
ORCID: 0000-0001-6042-644X;
eLibrary SPIN: 7524-2646;
e-mail: bginz@mail.ru

* Автор, ответственный за переписку / Corresponding author