

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ/OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

DOI: <https://doi.org/10.60797/IRJ.2026.164.1>

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ В РУДИМЕНТАРНОМ РОГЕ МАТКИ

Научная статья

Баклыгина Е.А.^{1,*}, Салтан А.В.², Светцова А.М.³, Земскова Д.А.⁴¹ORCID : 0000-0003-1174-7719;³ORCID : 0009-0000-7534-6186;⁴ORCID : 0009-0003-4987-5940;^{1, 2, 3, 4} Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Рязань, Российская Федерация

* Корреспондирующий автор (gnessochka1[at]rambler.ru)

Аннотация

Эктопическая беременность — беременность, при которой имплантация плодного яйца произошла вне полости матки [1]. Данная патология не утрачивает свою актуальность в связи с тем, что является одной из причин материнских смертей. Беременность в рудиментарном роге матки относится к редким формам эктопической беременности, частота которой составляет 1 случай на 76 – 40 000 беременностей [2].

Развитие беременности в рудиментарном роге матки ассоциировано с высокой вероятностью возникновения жизнеугрожающих осложнений, вплоть до летального исхода, обусловленных разрывом стенки матки, гемоперитонеумом и геморрагическим шоком.

Ввиду трудностей диагностики аномалий развития матки на догоспитальном этапе требуется повышенная осторожность к данной патологии и совершенствование методов визуализации.

В статье приводится клиническое наблюдение прогрессирующей эктопической беременности в рудиментарном роге матки с правильно поставленным диагнозом на догоспитальном этапе и успешно выполненным органосохраняющим оперативным лечением.

Ключевые слова: эктопическая беременность, рудиментарный рог, аномалия развития матки.

CLINICAL OBSERVATION OF PROGRESSIVE ECTOPIC ANGUAR PREGNANCY

Research article

Baklygina E.A.^{1,*}, Saltan A.V.², Svetstova A.M.³, Zemskova D.A.⁴¹ORCID : 0000-0003-1174-7719;³ORCID : 0009-0000-7534-6186;⁴ORCID : 0009-0003-4987-5940;^{1, 2, 3, 4} Ryazan State Medical University, Ryazan, Russian Federation

* Corresponding author (gnessochka1[at]rambler.ru)

Abstract

An ectopic pregnancy is a pregnancy in which the fertilised egg implants outside the uterine cavity [1]. This pathology remains relevant because it is one of the causes of maternal mortality. Pregnancy in the rudimentary horn of the uterus is a rare form of ectopic pregnancy, occurring in 1 out of every 76,000 to 40,000 pregnancies [2].

Pregnancy development in the rudimentary horn of the uterus is associated with a high probability of life-threatening complications, including death, caused by uterine rupture, hemoperitoneum, and haemorrhagic shock.

Given the difficulties in diagnosing uterine abnormalities in the pre-hospital period, increased awareness of this pathology and improvement of imaging methods are required.

The article provides a clinical observation of a progressive ectopic pregnancy in a rudimentary uterine horn with a correct diagnosis at the pre-hospital stage and successful organ-preserving surgical treatment.

Keywords: ectopic pregnancy, rudimentary horn, uterine developmental anomaly.

Введение

Список сокращений:

- КТР — копчик-теменной размер.
- УЗИ — ультразвуковое исследование.
- ХГЧ — хорионический гонадотропин человека.
- МРТ — магнитно-резонансная томография.

Эктопическая беременность - беременность, при которой имплантация плодного яйца произошла вне полости матки [1]. Данная патология не утрачивает свою актуальность в связи с тем, что является одной из причин материнских смертей. Беременность в рудиментарном роге матки относится к редким формам эктопической беременности, частота ее составляет 1 случай на 76–40000 беременностей [2]. Согласно классификации Европейской ассоциации репродуктологов и эмбриологов (ESHRE) и Европейской ассоциации гинекологов эндоскопистов (ESGE) матка с рудиментарным рогом относится к U4a типу аномалий строения матки и возникает вследствие неполного слияния парамезонефральных протоков (рис. 1) [3].

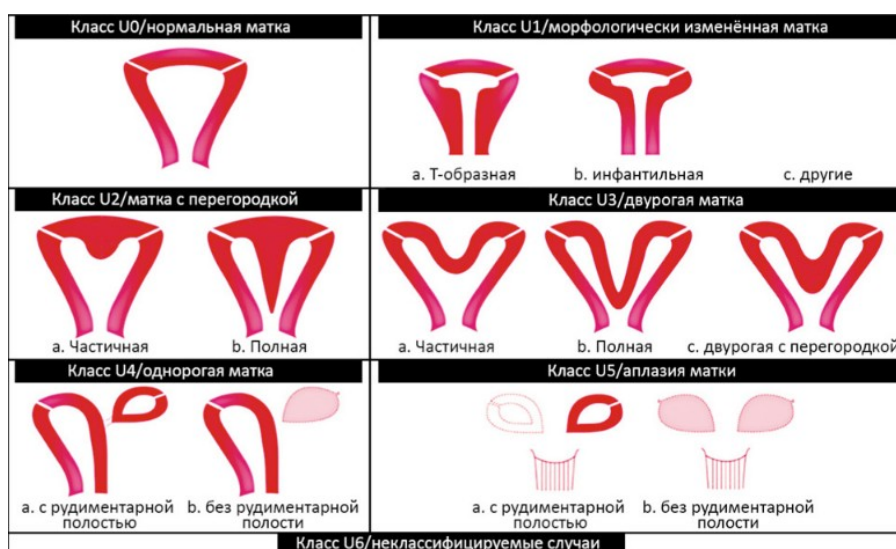


Рисунок 1 - Классификация пороков развития матки ESHRE/ESGE
DOI: <https://doi.org/10.60797/IRJ.2026.164.1.1>

Эктопическая беременность в рудиментарном роге матки представляет серьезную угрозу для жизни из-за возможных опасных осложнений, включая разрыв матки, внутрибрюшное кровотечение и геморрагический шок, способных привести к летальному исходу.

Крайне важна своевременная диагностика эктопической беременности в рудиментарном роге до момента его разрыва. Это позволяет эффективно лечить данное состояние и значительно снизить риск материнской заболеваемости и смертности.

Приводим клиническое наблюдение пациентки с редкой формой эктопической беременности. Благодаря своевременной диагностике и оперативному вмешательству удалось сохранить репродуктивный орган. Акцент сделан на особенностях течения беременности в рудиментарном роге и технике выполненной операции. Такой подход позволяет избежать радикального удаления матки и сохранить возможность деторождения в будущем.

Клиническое наблюдение

В Городскую клиническую больницу №8 города Рязани поступила пациентка М., 32 года, с жалобами на тянущие боли в нижней части живота и задержкой менструации на протяжении полутора месяцев.

Согласно анамнезу: начало менструаций с 14-летнего возраста; менструации по 5–6 дней через 28 дней, болезненные, в умеренном количестве. Ранее гинекологических заболеваний в анамнезе не отмечалось. Соматические заболевания отрицает. Брак 1, зарегистрирован. Текущая беременность — первая. При задержке менструации в течение 1,5 месяцев самостоятельно провела мочевой тест на беременность, результат которого оказался положительным. Женщина обратилась на прием к гинекологу по месту жительства. Выполнен анализ крови на в-ХГЧ, результат которого составил 15070 МЕ/мл. Ввиду подозрения на аномалию развития матки и наличие беременности малого срока в рудиментарном роге, обнаруженных с помощью ультразвукового исследования (УЗИ) органов малого таза, пациентка была перенаправлена в Городскую клиническую больницу №8 города Рязани.

При госпитализации в стационар: состояние больной оценено как удовлетворительное. Гемодинамика не нарушена. Признаков патологических изменений со стороны внутренних органов не обнаружено. При осмотре в зеркалах: имеется легкий цианоз слизистой влагалища, шейка матки конической формы, наружный зев закрыт. В ходе бимануального осмотра выявлено образование у правого ребра матки, размером приблизительно 4 см, тестоватой консистенции и чувствительное при пальпации. Тело матки увеличено, соответствует сроку беременности 5–6 недель, имеет плотную структуру, пальпация ее безболезненна. Придатки матки с обеих сторон не определяются, область их безболезненна. Своды влагалища свободны. Отмечаются умеренные слизистые выделения.

При трансвагинальном УЗИ (рис.2, рис. 3): шейка 34 мм, эндоцервикс 2,9 мм, однородный. Тело матки 58х47х54мм, эндометрий повышенной эхогенности — 26 мм, с ровными контурами. По правому ребру матки имеется добавочный рудиментарный рог 38х32х35мм, в нем плодный пузырь 17 мм, КТР - 6 мм, сердцебиение определяется, желточный мешок 4,8 мм. Полость рудиментарного рога не сообщается с полостью матки. Яичники: правый 37х22х26 мм с желтым телом 19 мм, левый яичник 32х18х21 мм с фолликулами 5–6мм. Заключение: Беременность 6–7 недель в рудиментарном роге матки.



Рисунок 2 - Ультразвуковая сканограмма матки. 3D-изображение. Замкнутый рудиментарный рог, не сообщающийся с полостью матки:

1 - полость рога; 2 - полость матки

DOI: <https://doi.org/10.60797/IRJ.2026.164.1.2>

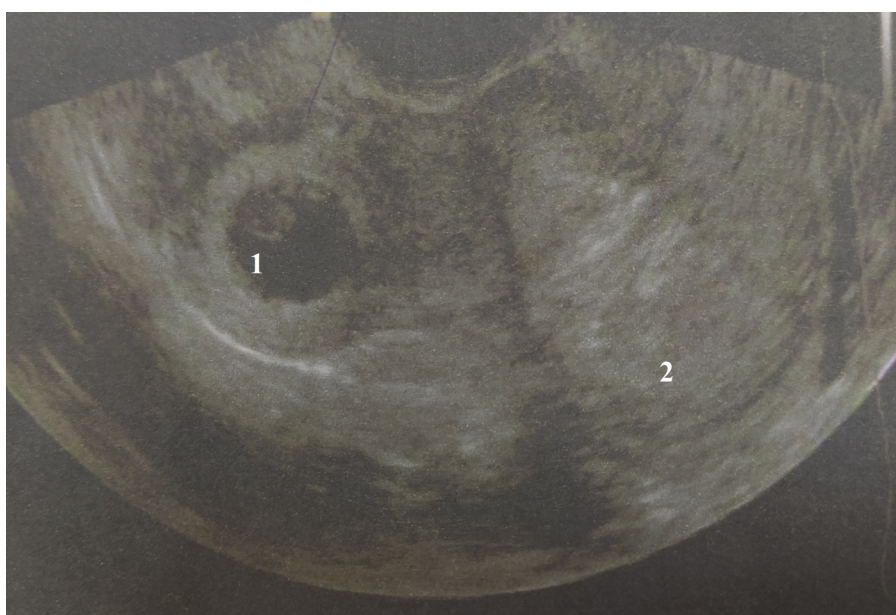


Рисунок 3 - Ультразвуковая сканограмма матки:

1 - полость рога; 2 - полость матки

DOI: <https://doi.org/10.60797/IRJ.2026.164.1.3>

Учитывая клиническую картину, данные анамнеза, УЗИ, объективного осмотра, пациентке выставлен диагноз: Другие формы внематочной беременности (беременность в рудиментарном роге матки). Аномалия развития матки: рудиментарный рог матки.

После проведения клинико-лабораторного обследования в экстренном порядке пациентка прооперирована.

Описание операции

Под эндотрахеальным наркозом выполнена лапаротомия по Пфанненштилю. Выпота в малом тазу нет. Матка больше нормальных размеров, мягкая, розовой окраски, с наличием справа рудиментарного рога размером 4х3,5 см с выраженным сосудистым рисунком на поверхности, от которого отходит правая маточная труба обычного строения, фимбрии свободны. К этому рогу близко подходит собственная связка правого яичника (рис. 4, рис. 5). Правый яичник 4х3х3 см с желтым телом диаметром 2 см. Левые придатки матки — без патологии. Выполнено удаление рудиментарного рога, правой маточной трубы. Материал отправлен на патогистологическое исследование.

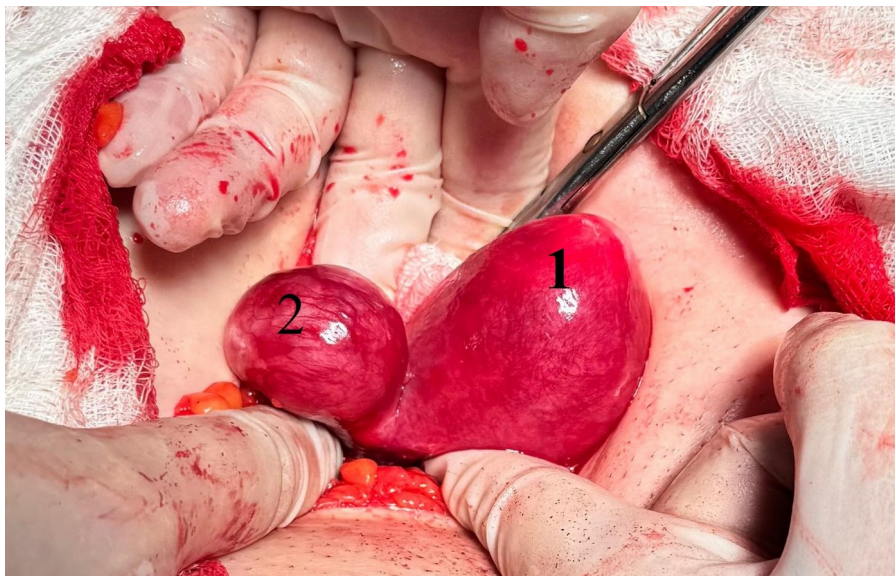


Рисунок 4 - Вид матки на операции:
1 - тело матки; 2 - рудиментарный рог с плодным яйцом
DOI: <https://doi.org/10.60797/IRJ.2026.164.1.4>

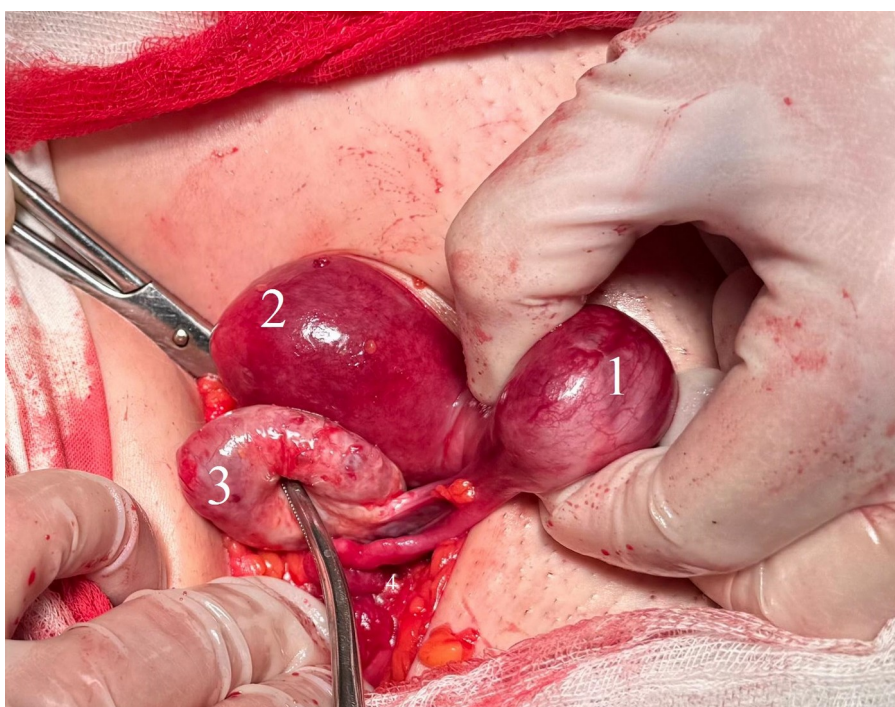


Рисунок 5 - Интраоперационно:
1 - рудиментарный рог; 2 - тело матки; 3 - правый яичник
DOI: <https://doi.org/10.60797/IRJ.2026.164.1.5>

Гистологическое заключение: Беременность в рудиментарном роге матки с полным приращением плодного пузыря с инвазией ворсин в миометрий. Кровоизлияния в стенку маточной трубы. Маточная труба со слабым склерозом слизистой и гипоплазией мышечной оболочки.

Восстановительный период после хирургического вмешательства протекал без осложнений, рана зажила первичным натяжением. Пациентка была выписана из стационара в стабильном состоянии с рекомендацией дальнейшего наблюдения у акушера-гинеколога по месту жительства.

Обсуждение

В соответствии с критериями Американского общества фертильности рудиментарный рог матки бывает бесполостным в 33% случаев; полостным, но несообщающимся — в 22% случаев; полостным и сообщающимся — в 10% случаев [4].

Ввиду неспецифичности симптомов диагностика беременности в рудиментарном роге матки бывает затруднительной. Приблизительно у 40% женщин симптомы отсутствуют, а боль в животе не является специфическим признаком беременности в рудиментарном роге матки [5].

Диагностика данной формы беременности осложняется рядом обстоятельств, среди которых следует выделить: редкую встречаемость, недостаточную осведомленность специалистов акушерско-гинекологического профиля. Дисменорея, женское бесплодие, невынашивание беременности, генитальный эндометриоз, аномалии развития мочевыводящей системы нередко встречаются при наличии рудиментарного рога матки. Рудиментарный рог матки можно и нужно выявлять еще до наступления беременности при рутинном УЗИ на профилактических осмотрах у акушера-гинеколога [6].

Королевским колледжем акушерства и гинекологии Великобритании (RCOG, 2016) были предложены следующие ультразвуковые критерии беременности в рудиментарном роге матки: визуализируется только один интерстициальный участок маточной трубы в основном роге матки; плодное яйцо полностью окружено миометрием, подвижно и определяется отдельно от матки; к плодному яйцу рудиментарного рога примыкает сосудистая ножка [7]. Для уменьшения диагностических ошибок были 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 [8]. Магнитно-резонансная томография (МРТ) может быть использована для диагностики беременности в рудиментарном роге матки, что позволит своевременно провести хирургическое вмешательство. Однако использование МРТ в качестве рутинного пренатального обследования женщин с нормально протекающей беременностью нецелесообразно [9].

Во всех случаях беременности в рудиментарном роге матки требуется немедленное хирургическое лечение. Традиционным вариантом лечения является лапаротомия, удаление рудиментарного рога с ипсилатеральной маточной трубой [10]. В последние годы лапароскопическая хирургия стала стандартным методом лечения беременности в рудиментарном роге матки. При выполнении лапароскопии необходимо помнить о высокой вероятности лапароконверсии, а также расширении объема хирургического вмешательства.

Заключение

Представленное клиническое наблюдение направлено на привлечение внимания акушеров-гинекологов к диагностике и хирургическому лечению беременности в рудиментарном роге матки. Эта локализация беременности протекает без ярко выраженных клинических симптомов, что существенно усложняет ее раннюю диагностику. Учитывая своевременную диагностику этой редкой патологии, удалось провести органосохраняющую операцию, что особенно важно для реализации репродуктивной функции пациентки.

Конфликт интересов

Не указан.

Conflict of Interest

None declared.

Рецензия

Все статьи проходят рецензирование. Но рецензент или автор статьи предпочли не публиковать рецензию к этой статье в открытом доступе. Рецензия может быть предоставлена компетентным органам по запросу.

Review

All articles are peer-reviewed. But the reviewer or the author of the article chose not to publish a review of this article in the public domain. The review can be provided to the competent authorities upon request.

Список литературы / References

1. Клинические рекомендации. Внематочная (эктопическая) беременность / РОАГ. — 2024.
2. Diagnosis and Management of Ectopic Pregnancy: Green-top Guideline No. 21 // BJOG. — 2016. — Vol. 123 (13). — P. 15–55.
3. Coakley K.E. Perivable delivery of a pregnancy in a rudimentary uterine horn: A case report / K.E. Coakley, T.B. Yang, J.H. Chung // Case Rep. Womens Health. — 2021. — № 32. — Art. e00346. — DOI: 10.1016/j.crwh.2021.e00346.
4. Li X. The pregnancy outcomes of patients with rudimentary uterine horn: A 30-year experience / X. Li, P. Peng, X. Liu [et al.] // PLoS One. — 2019. — Vol. 25. — № 14 (1). — Art. e0210788. — DOI: 10.1371/journal.pone.0210788.
5. Ma Y.C. Pregnancy in a non-communicating rudimentary horn of unicornuate uterus / Y.C. Ma, K.S. Law // Diagnostics (Basel). — 2022. — Vol. 21. — № 12 (3). — P. 759. — DOI: 10.3390/diagnostics12030759.
6. Jiang Y. Diagnosis and management of non-communicating rudimentary horn pregnancy / Y. Jiang, Y. Zhong, L. Dong [et al.] // Gynaecology. Pol. — 2022. — DOI: 10.5603/GP.a2021.0168.
7. Diagnosis and Management of Ectopic Pregnancy: Green-top Guideline No. 21 // BJOG. — 2016. — Vol. 123 (13). — P. 15–55.
8. Abdelazim I.A. Regarding Laparoscopic Management 4 Cases of Recurrent Cornual Ectopic Pregnancy and Review of Literature / I.A. Abdelazim [et al.] // J Minim Invasive Gynecol. — 2019. — Vol. 26. — № 4. — P. 774.
9. Delic R. Pregnancy in a unicornuate uterus with non-communicating rudimentary horn: diagnostic and therapeutic challenges / R. Delic // Acta Med. Lit. — 2020. — № 27 (2). — P. 84–89. — DOI: 10.15388/Amed.2020.27.2.6.
10. Bhagavath B. Surgical management of interstitial (cornual) ectopic pregnancy: many ways to peel an orange! / B. Bhagavath, S.R. Lindheim // Fertil. Steril. — 2021. — № 115 (5). — P. 1193–1194. — DOI: 10.1016/j.fertnstert.2021.03.016.

**Список литературы на английском языке / References in English**

1. Klinicheskie rekomendatsii. Vnematochnaya (ektopicheskaya) beremennost [Clinical guidelines. Ectopic pregnancy] / ROAG. — 2024. [in Russian]
2. Diagnosis and Management of Ectopic Pregnancy: Green-top Guideline No. 21 // BJOG. — 2016. — Vol. 123 (13). — P. 15–55.
3. Coakley K.E. Perivable delivery of a pregnancy in a rudimentary uterine horn: A case report / K.E. Coakley, T.B. Yang, J.H. Chung // Case Rep. Womens Health. — 2021. — № 32. — Art. e00346. — DOI: 10.1016/j.crwh.2021.e00346.
4. Li X. The pregnancy outcomes of patients with rudimentary uterine horn: A 30-year experience / X. Li, P. Peng, X. Liu [et al.] // PLoS One. — 2019. — Vol. 25. — № 14 (1). — Art. e0210788. — DOI: 10.1371/journal.pone.0210788.
5. Ma Y.C. Pregnancy in a non-communicating rudimentary horn of unicornuate uterus / Y.C. Ma, K.S. Law // Diagnostics (Basel). — 2022. — Vol. 21. — № 12 (3). — P. 759. — DOI: 10.3390/diagnostics12030759.
6. Jiang Y. Diagnosis and management of non-communicating rudimentary horn pregnancy / Y. Jiang, Y. Zhong, L. Dong [et al.] // Gynaecology. Pol. — 2022. — DOI: 10.5603/GPa.2021.0168.
7. Diagnosis and Management of Ectopic Pregnancy: Green-top Guideline No. 21 // BJOG. — 2016. — Vol. 123 (13). — P. 15–55.
8. Abdelazim I.A. Regarding Laparoscopic Management 4 Cases of Recurrent Cornual Ectopic Pregnancy and Review of Literature / I.A. Abdelazim [et al.] // J Minim Invasive Gynecol. — 2019. — Vol. 26. — № 4. — P. 774.
9. Delic R. Pregnancy in a unicornuate uterus with non-communicating rudimentary horn: diagnostic and therapeutic challenges / R. Delic // Acta Med. Litu. — 2020. — № 27 (2). — P. 84–89. — DOI: 10.15388/Amed.2020.27.2.6.
10. Bhagavath B. Surgical management of interstitial (cornual) ectopic pregnancy: many ways to peel an orange! / B. Bhagavath, S.R. Lindheim // Fertil. Steril. — 2021. — № 115 (5). — P. 1193–1194. — DOI: 10.1016/j.fertnstert.2021.03.016.