

6 нед и 22—23 нед женщина была госпитализирована: лечение ограничено назначением витамина Е.

Роды произошли 19.01.97 г. без осложнений. Родилась живая доношенная девочка: масса тела — 3230 г, рост — 54 см, по шкале Апгар — 9 баллов. Выписана на 6-й день в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, наше наблюдение подтверждает возможность сохранения герминативной функции у молодых женщин с дисгерминомой яичника при первой стадии заболевания.

УДК 618.3 — 07

Л.А. Козлов, В.И. Еремкина, Б.В. Нетребко, С.Г. Хайрутдинова, Ю.А. Ковалева, К.Ф. Юсупов (Казань). К диагностике беременности в рудиментарном атретичном роге матки

Среди многочисленных вариантов аномалий развития матки, выражающихся в ее удвоении, особый интерес представляет образование рудиментарного атретичного рога. В редких случаях плодное яйцо, развиваясь в нем, создает смертельную опасность из-за обязательного разрыва. Срок беременности, при котором наступает разрыв, может быть различным и зависит от толщины миометрия. При малой толщине разрыв происходит на раннем сроке и имитирует прервавшуюся трубную беременность. При большой толщине и хорошо развитой мускулатуре рога наступает прерывание беременности с клиникой разрыва матки. Известно, что правильный диагноз в подобной ситуации выставляется редко — от 6 до 25%.

Приводим собственные наблюдения.

М., 25 лет, поступила в гинекологическое отделение РКБ МЗ РТ 02.03.1992 г. с диагнозом: двугодая матка; беременность 5—6 нед в левом роге (?). Замужем. Первая беременность — внематочная справа. 12.02.1991 г. была выполнена тубопластика и удалены фолликулярные кисты яичников. Последняя нормальная менструация отмечалась 10.01.1992 г. При обследовании, в том числе трижды с помощью УЗИ, установлена неразвивающаяся беременность в левом роге, по поводу которой 18.03.1992 г. женщине было произведено выскабливание полости матки. При этом свободно вошли только в правый рог и удалили децидуальную оболочку. Отверстия, ведущего в левый рог, не найдено. Окончательный диагноз: двугодая матка; беременность на сроке 10 нед в левом атретичном роге.

26.03.1992 г. выполнена лапаротомия. Правый рог развит нормально. Левый рог (5×6×4 см) с плодным яйцом резецирован. Отверстия, ведущего в полость правого рога, не обнаружено. Послеоперационный период протекал без особенностей. Выписана на 11-й день после операции.

Таким образом, своевременно и правильно проведенная диагностика позволила выявить аномалию развития беременности — ее локализацию в рудиментарном роге.

К., 20 лет, поступила 20.09.1996 г. с диагнозом: беременность на сроке 22 нед. Был контакт с коревой краснухой. На прерывание беременности направлена по медицинским показаниям.

Общий и специальный анамнезы без особенностей. Настоящая беременность первая. 12.09.1996 г. во время УЗИ впервые была выявлена аномалия развития матки — двугодая матка. Беременность на сроке 22 нед в правом роге. Левый рог смещен резко влево и кзади. 13.09.1996 г. под контролем УЗИ была произведена попытка пройти в правый рог для прерывания беременности путем интраамнионального введения гипертонического раствора. Попытка оказалась безуспешной, так как сообщения цервикального канала с полостью этого рога не найдено. Принято решение прервать беременность путем малого кесарева сечения. Во время лапаротомии подтверждено наличие беременности в правом роге. Корпоральным разрезом извлечены плод и плацента. При тщательном исследовании полости рога отверстия, сообщающего его с цервикальным каналом, не обнаружено. Беременность развивалась в атретичном роге, который был удален.

Итак, использование УЗИ до и во время прерывания беременности позволило уточнить патологию, а именно выявить беременность на поздних сроках в атретичном роге и выбрать единственно правильную врачебную тактику — малое кесарево сечение. Тем не менее последнее слово в определении заключительного диагноза принадлежит клиницисту. Он должен провести тщательную дифференциальную диагностику аномалий развития матки, беременности, фибромиомы и опухолей яичников.

Т., 27 лет, поступила 05.08.1997 г. на прерывание беременности сроком 6—7 нед.

В анамнезе: менархе с 15 лет по 4 дня через 27 дней. Последняя нормальная менструация была отмечена с 11.04.1997 по 16.04.1997 г. Незамужем, до заболевания половой жизнью не жила, к гинекологу не обращалась.

04.05.1997 г. произошел насильственный половой контакт, после которого ожидаемой менструации не последовало. 25.05.1997 г. на приеме у гинеколога беременности не установлено. После 22-дневной задержки (со 02.06.1997 г. по 07.06.1997 г.) наблюдались кровянистые выделения (со слов женщины, как обычная менструация). 27.06.1997 г. осмотрена гинекологом повторно: беременность вновь не обнаружено. Направлена к невропатологу по поводу вторичной аменореи стрессового характера, который очаговой симптоматики не выявил.

В связи с задержкой менструации 08.07.1997 г. была проведена прогестероновая проба, оказавшаяся отрицательной.

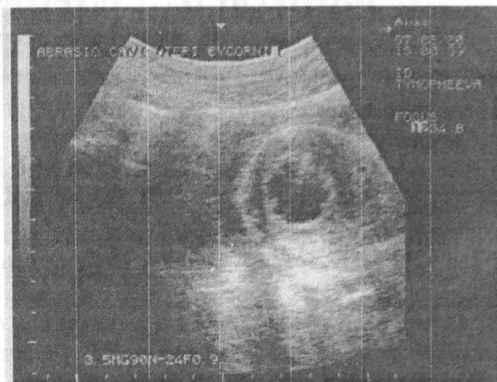
УЗИ от 15.07.1997 г. показало беременность на сроке 4 нед. 18.07.1997 г. был произведен миниаборт: хорион не найден. После гистологического анализа макропрепарата было сделано заключение: эндометрий с явлениями незначительной секреции в железах. Однако кровянистые

выделения после аборта не прекращались, и 30.07.1997 г. на УЗИ у женщины была обнаружена прогрессирующая беременность на сроке 5 нед 6 дней, внутренний диаметр плодного яйца — 26 мм.

УЗИ от 04.08.1997 г., проведенное в центре медицинской косметологии и здоровья, подтвердило наличие беременности сроком 6 нед 6 дней, внутренний диаметр плодного яйца — 32 мм. Женщину вновь направили на аборт. При по-ступлении: 6-недельная беременность была подтверждена, и 05.08.1997 г. произведено выскабливание полости матки. Взят скудный соскоб — плодное яйцо не обнаружилось, что подтвердилось на гистологическом исследовании.

УЗИ от 06.08.1997 г.: двурогая матка с беременностью в правом роге, внутренний диаметр плодного яйца — 32 мм (6 нед 5 дней), сердцебиение эмбриона не визуализируется, копчиково-тенистый размер — 13 мм (5 нед 6 дней). Матка прозондирована. Сообщения цервикального канала с правым рогом не найдено. В дальнейшем была предпринята безуспешная попытка зондирования под контролем УЗИ. В процессе дальнейших повторных бимануальных исследований было предположено, что, кроме неразвивающейся в атретичном роге беременности, имеется субсерозный фиброматозный узел с некрозом и полостью. Такой вывод был сделан в связи с наличием широкой связи между обеими частями матки и лишь небольшой седловидностью в ее дне.

В результате лапаротомии было выявлено следующее: тело матки асимметрично — ее правая половина выпячивается за счет плотного образования, расположенного в толще передней стенки, ближе к правому ребру и пальпаторно напоминающего интерстициально-субсерозный фиброматозный узел (4 × 4 см). Из-за этого выпячивания в дне матки — небольшая седловидность. Правый угол матки находится от верхнего полюса данного образования на расстоянии 1,5—2 см. Левая половина матки обычного строения. Маточные трубы без особенностей; абдоминальный конец левой трубы закрыт вследствие спаечного процесса. Яичники обычные. На передней стенке матки, ближе к plicia vesicouterina, расположен маленький (0,3 × 0,5 см) субсероз-



ный узелок. Энуклеация обоих узлов произведена без затруднений. Ложе ушито. Выполнены сальпинголизис и стоматоластика левой трубы.

Описание макропрепарата: шарообразный плотный узел (4 × 4 см) на разрезе представляет собой толстостенную оболочку с внутренней полостью (2 × 2 см) и неровными внутренними краями. Содержимое — распавшаяся беловато-сероватая бесформенная ткань, напоминающая детрит. Псевдооболочка состоит из двух слоев. Наружный соединительнотканно-мышечный слой толщиной приблизительно 1 см после разреза сократился, при этом выделился внутренний слой толщиной 0,7 см, белого цвета, однородной структуры, плотной хрящевидной консистенции. Результат гистологического исследования — лейомиома. Послеоперационный период протекал без осложнений. Выписана на 10-й день.

В настоящем наблюдении совершена переоценка значимости УЗИ в диагностике беременности, повлекшая за собой ряд неправильных действий. Однако еще на этапе первого гистологического исследования (при отсутствии частей плодного яйца и наличии ранней стадии секреции эндометрия) можно было заподозрить фибромиому. По-видимому, молодой возраст женщины (27 лет), отсутствие типичных жалоб (меноррагия), факт насильственного коитуса в анамнезе, задержка менструации стрессового характера склоняли клинициста к мысли о беременности в атретичном роге. И только в результате лапаротомии был поставлен правильный диагноз. Некротический детрит в полости узла (см. рис.) напоминал неразвивающееся плодное яйцо.