

# КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ В РУДИМЕНТАРНОМ РОГЕ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

## PREGNANCY IN THE RUDITAL HORN: CASE REPORT

**Yu. Kucherenko  
D. Tolstihina  
E. Ismailov  
L. Mustafaeva  
S. Bekirova**

*Summary.* Pregnancy in a rudimentary horn is a rare pathology that does not have specific manifestations and therefore may be missed during screening and lead to serious consequences for a woman. A 32-year-old woman with a fourth pregnancy at the 6th week of gestation was hospitalized in the gynecology department, where a frozen pregnancy of 6 weeks was found. After the decision was made to urgently carry out the operation, preparations were made. During laparoscopy, an additional uterine horn was discovered, which was successfully cut off along with the frozen pregnancy and extracted in an endopackage. The diagnosis was confirmed histologically. Pregnancy with a rudimentary horn is an extremely rare cause of ectopic pregnancy and this case highlights the need for careful examination of pregnant women due to the lack of specific clinical manifestations for this pathology.

*Keywords:* uterus, anomalies, pregnancy, laparoscopy, rudimentary horn.

**Кучеренко Юрий Анатольевич**

Кандидат медицинских наук, доцент, Ордена Трудового  
Красного Знамени Медицинский институт  
им. С.И. Георгиевского, г. Симферополь  
mitya.kucherenko.75@mail.ru

**Толстихина Диана Михайловна**

Ордена Трудового Красного Знамени Медицинский  
институт им. С.И. Георгиевского, г. Симферополь  
alinka\_fedorec96@mail.ru

**Исмаилов Эльнар Мубиенович**

Ордена Трудового Красного Знамени Медицинский  
институт им. С.И. Георгиевского, г. Симферополь  
elnar\_ismailov@bk.ru

**Мустафаева Лиана Ремзиевна**

Ордена Трудового Красного Знамени Медицинский  
институт им. С.И. Георгиевского, г. Симферополь  
mustafaevalianka@gmail.com

**Бекирова Сафие Сулеймановна**

Ордена Трудового Красного Знамени Медицинский  
институт им. С.И. Георгиевского, г. Симферополь  
Sofus1806@mail.ru

*Аннотация.* Беременность в рудиментарном роге — это редко встречающаяся патология, которая не имеет специфических проявлений и ввиду этого может быть упущена при скрининге и привести к тяжелым последствиям для женщины. 32-летняя женщина с четвертой беременностью на 6-й неделе гестации была госпитализирована в отделение гинекологии, где обнаружили замершую беременность 6 недель. После принятого решения в экстренном порядке проводить операцию, была выполнена подготовка. Во время лапароскопии был обнаружен добавочный рог матки, который был успешно отсечен вместе с замершей беременностью и извлечен в эндопакете. Диагноз был подтвержден гистологически. Беременность с рудиментарным рогом является крайне редкой причиной внематочной беременности и данный случай подчеркивает необходимость тщательного обследования беременных женщин в виду отсутствия специфических клинических проявлений для данной патологии.

*Ключевые слова:* матка, anomalies, беременность, лапароскопия, рудиментарный рог.

## Введение

Рудиментарная беременность является чрезвычайно редкой причиной внематочной беременности, распространенность которой колеблется от 1:76000 до 150000 всех беременностей [1, 2]. Обычно диагноз упускается из виду и может представлять собой неотложную помощь с гемоперитонеумом [3]. Стандартным лечением является хирургическое иссечение рога [4]. Рудиментарный рог матки является врожденной аномалией, возникающей в результате неполного одностороннего развития мюллерова протока и неполного слияния

с нормальной контралатеральной стороной [5]. Беременность в рудиментарном роге — чрезвычайно редкая аномалия, которую трудно диагностировать из-за отсутствия специфической клинической картины и снижения чувствительности УЗИ по мере развития беременности [6]. Под руководством хорошего сонографа ультразвуковое исследование в первом триместре является идеальным инструментом для постановки данного диагноза [7]. МРТ более чувствительна в диагностике внематочной беременности при всех гестациях, ее использование часто ограничено не только противоречивым мнением о данном исследовании при беременности, но и доступ-

ностью, особенно в городах с низким уровнем дохода, а также отсутствием осведомленности и клиническим подозрением о существовании беременности в рудиментарном роге даже в развитых странах [8].

Беременность с рудиментарным рогом является крайне редкой причиной внематочной беременности. Ее клинические проявления перекликаются с абдоминальной беременностью, при этом пациентки часто не имеют симптомов на ранних сроках беременности с появлением болей в животе на более поздних сроках беременности, которые усиливаются по мере развития беременности [9]. Ключом к диагностике до разрыва является высокий индекс клинического подозрения. Наличие тяжелой дисменореи в анамнезе может быть ключом к постановке диагноза [10]. Однако рудиментарный рог может быть недоразвит, а его эндометрий нефункционален, поэтому дисменорея может отсутствовать [11]. Тщательный гинекологический осмотр в первом триместре, выявляющий отклонение матки с пальпируемым образованием в придатках, должен вызвать подозрение на мюллерову аномалию. Это можно подтвердить с помощью УЗИ или МРТ [12]. Ультразвуковая чувствительность составляет 26 %. Увеличивающийся рог с истонченным миометрием может скрывать соседние анатомические структуры, а чувствительность еще больше снижается по мере развития беременности. МРТ является важным диагностическим инструментом в данном случае.

Приблизительно у 38 % пациентов имеются сопутствующие почечные аномалии. Наиболее часто встречается односторонняя агенезия почек — это почти всегда ипсилатерально с рудиментарным рогом [13]. Дифференциальный диагноз включает трубную, роговичную или внутриматочную беременность при двурогой матке. Различия в толщине миометрия в двух рогах и заметное расстояние между ними свидетельствуют в пользу диагноза рудиментарной роговой беременности [14]. Непрерывность между эндометрием, выстилающим плодный мешок, и другим рогом матки типична для беременности при двурогой матке. В данном случае диагноз первоначально был пропущен, вероятно, из-за отсутствия клинических подозрений.

Немедленная операция рекомендуется всякий раз, когда ставится диагноз беременности в рудиментарном роге. Традиционным лечением является лапаротомия и хирургическое удаление беременного рога для предотвращения разрыва и повторной беременности рудиментарного рога [15]. В последние годы большинство случаев были успешно вылечены с помощью лапароскопии с использованием различных методов. Некоторые авторы описывают системное введение метотрексата или фетидид с внутрисердечным введением хлорида калия в качестве альтернативы или дополнения

к хирургическому вмешательству на ранних сроках беременности. Консервативное лечение до установления жизнеспособности рекомендуется в отдельных случаях с большими массами миометрия. Экстренная операция может быть выполнена в любое время. Во всех таких случаях пациент должен быть проинформирован о рисках состояния, а также о вариантах их лечения.

#### Клинический случай

32-летняя женщина с четвертой беременностью на 6-й неделе гестации была госпитализирована в отделение гинекологии в Керченской ЦРБ, где произвели УЗИ органов малого таза (ОМТ) и обнаружили замершую беременность 6 недель, после чего пациентку перевели в ГБУЗ РК СКБ им Н. А. Семашко с жалобами на тянущие боли внизу живота. В анамнезе у больной было 3 беременности, из них 3 кесарево сечение (2013, 2017, 2018 гг.), в связи с наличием узкого таза. Данная беременность протекала с перманентными тянущими болями, на что пациентка не обращала внимания.

Гепатиты, ВИЧ, сифилис, туберкулез в анамнезе отсутствуют. Гемотрансфузии не проводились. Наследственность и аллергоанамнез не отягощены. Больная длительно болеет анемией 1 степени. При поступлении общее состояние больной удовлетворительное. Молочные железы без патологии. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Пульс — 76 ритмичный, АД 120/80 мм рт.ст. Сердце: тоны ясные, ритмичные. Легкие: дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Осмотр в зеркалах показал, что слизистая влагалища, шейка матки соответствуют возрасту, их состояние в норме. Тело матки увеличено, размягчено, что соответствует 6 неделям беременности.

После осмотра пациентки заведующим отделением было принято решение об оперативном лечении в экстренном порядке. Больной под эндотрахеальным наркозом в асептических условиях наложен пневмоперитонеум при 16 мм рт.ст. В брюшную полость были введены лапароскоп и манипулятор слева. При ревизии ОМТ в брюшной полости был обнаружен — добавочный рог матки слева с беременностью 6–7 недель. Справа маточная труба и яичник 3\*4 см без особенностей. Слева круглая и собственно яичниковые связки отходят от добавочного рога, левая маточная труба и яичник 2\*3 см. без особенностей. Стенки добавочного рога матки синюшные, истончены, напряжены, с множественной сосудистой сетью. Биполярным электродом прокоагулированы круглая и собственно яичниковые связки слева. Наложены викриловый шов на границе матки и добавочного рога. Добавочный рог с беременностью отсечен, полный

гемостаз биполярном. Добавочный рог удален из брюшной полости в эндопакете. Брюшная полость промыта физиологическим раствором, дренирована справа. На кожу наложены швы. Кровопотеря во время операции была до 300 мл. Длительность операции: 95 минут. Послеоперационный период протекал без осложнений, больная была выписана на девятые сутки. Гистологическое исследование подтвердило диагноз.

Результаты проведенных исследований:

РГ ОГК от 22.02.2023 г №42 ЭОД-0,006 мЗв: без патологии.

ЭКГ от 24.04.2023 г: нормальное положение ЭОС, синусовый ритм с ЧСС 79 в мин.

Сахар крови 3,9 моль/л. от 24. 04.2023 г.

Группа крови 0 (1) отрицательная от 24.04.2023 г.

Тест на КОВИД— отрицательный от 24.04.2023 г.

Кровь на РВ — отрицательная 25.04.2023 г.

Маркеры вирусных гепатитов HBs Ag и HCV — отрицательные от 25.04.2023 г.

Кровь на АТ к ВИЧ — отрицательная от 25.04.2023 г.

Биохимия от 25.04.2023 г: АЛТ — 9,3 АСТ — 10,9; билирубин общий — 8,5; прямой — 2,0; непрямой — 6,5 мкмоль; мочевины — 3,7; креатинин — 72; общий белок — 67 г/л.

Мазок на флору от 25.04.2023 г: эпителий — покрывает поле зрения; лейкоциты 2–4 в поле зрения; флора — ед. кокки, обнаружены нити мицеллия.

Мазок на атипичные клетки от 25.04.2023 г: онкопатологии не обнаружено.

УЗИ ОМТ от 25.04.2023 г: неразвивающаяся левосторонняя трубная беременность. Коагулограмма от 27.04.2023г: ПТИ — 94,5 %; МНО 1,08; Протромбиновое время — 14,3; АЧТВ — 29,4; фибриноген А — 2,55 г/л.

Общий анализ крови от 01.05.2023 г: Нв — 113 г; Эритроциты — 3,69; ЦП — 0,85; Гематокрит — 29 %; Лейкоциты — 4,9; Тромбоциты — 240; СОЭ — 24 мм в час.; Палочкоядерные — 12; Сегментоядерные — 51; Эозинофины — 3; Лимфоциты — 26; Моноциты — 8.

Общий анализ мочи от 01.05.2023 г: уд. Вес — 1012; среда — кислая; белок — отрицательный; глюкоза — отрицательная; эпителий плоский — в небольшом количестве в поле зрения; лейкоциты — 3–4 в поле зрения.

### Заключение

Редкость беременности с рудиментарным рогом в сочетании с отсутствием отчетливой клинической картины и сниженной сонографической чувствительностью по мере развития беременности затрудняют для клиницистов дифференциальную диагностику беременности с рудиментарным рогом от абдоминальной беременности. УЗИ в первом триместре необходимо проводить всем беременным женщинам для определения места беременности. МРТ является методом выбора, позволяющим дифференцировать беременность рудиментарного рога от брюшной беременности на поздних сроках гестации. Этот случай подчеркивает необходимость высокого клинического подозрения на это редкое заболевание.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Yassin A, Munaza S, Mohammed A. Tale of rudimentary horn pregnancy: case reports and literature review. *J Matern Neonatal Med.* 2019;32(4):671–6. <https://doi.org/10.1080/14767058.2017.1387533>
2. Tesemma MG. Pregnancy in noncommunicating rudimentary horn of unicornuate uterus: a case report and review of the literature. *Case Rep Obstet Gynecol.* 2019;2019: 1489751 doi:10.1155/2019/1489751
3. Al Qarni AA, Al-Braikan N, Al-Hanbali MM, Alharmaly AH. Rupture rudimentary horn pregnancy at 31 week. *Saudi Med J.* 2017;38(2):201–203. doi:10.15537/smj.2017.2.16016
4. Bruand M, Thubert T, Winer N, Gueudry P, Dochez V. Rupture of non-communicating rudimentary horn of uterus at 12 weeks' gestation. *Cureus.* 2020;12(3):e7191. doi: 10.7759/cureus.7191
5. Li X, Peng P, Liu X, Chen W, Liu J, Yang J, et al. The pregnancy outcomes of patients with rudimentary uterine horn: a 30-year experience. *PLoS One.* 2019;14(1):e0210788. doi: 10.1371/journal.pone.0210788
6. Siwatch S, Mehra R, Pandher DK, Huria A. Rudimentary horn pregnancy: a 10-year experience and review of literature. *Arch Gynecol Obstet.* 2013;287(4):687–695. doi:10.1007/s00404-012-2625-7
7. Dhanawat J, Pape J, Stuhlmann-Laeisz C, Maass N, Freytag D, Gitas G, et al. Ectopic pregnancy in noncommunicating horn of unicornuate uterus: 3D-ultrasound and primary laparoscopic management. *Clin Case Rep.* 2021;9(5):e04261. doi: 10.1002/ccr3.4261
8. Brady PC, Molina RL, Muto MG, Stapp B, Srouji SS. Diagnosis and management of a heterotopic pregnancy and ruptured rudimentary uterine horn. *Fertil Res Pract.* 2018;4(1):6. doi:10.1186/s40738-018-0051-7

9. Zhang DD, Gao Y, Lang JH, Zhu L. Diagnosis and treatment of rudimentary horn pregnancy: analysis of eleven cases. *Chin Med J.* 2018;131(24):3012–3014. doi: 10.4103/0366-6999.247200
10. Zhang Y, Pang Y, Zhang X, Zhao Z, Liu P. Full-term pregnancy in a rudimentary horn with a live fetus: a case report. *Medicine (Baltimore).* 2020;99(34): e21604. doi: 10.1097/MD.00000000000021604
11. Supermaniam S, Thye WL. Diagnosis and laparoscopic excision of accessory cavitated uterine mass in young women: two case reports. *Case Rep Womens Health.* 2020;26:e00187. doi:10.1016/j.crwh.2020.e00187
12. Ogbole GI, Adeyomoye AO, Badu-Pepurah A, Mensah Y, Nzeh DA. Survey of magnetic resonance imaging availability in West Africa. *Pan Afr Med J.* 2018;30:240. doi: 10.11604/pamj.2018.30.240.14000
13. Chatzioannidou K, Fehlmann A, Dubuisson J. Case report: laparoscopic management of an ectopic pregnancy in a rudimentary non-communicating uterine horn. *Front Surg.* 2020;7:582954. doi:10.3389/fsurg.2020.582954
14. Sharma D, Usha MG, Gaikwad R, Sudha S. Laparoscopic resection of unruptured rudimentary horn pregnancy. *J Gynecol Endosc Surg.* 2011;2(2):101–104. doi:10.4103/0974-1216.114161
15. Houmaid H, Hilali A. Rupture of rudimentary horn pregnancy at 16 weeks of gestation. *Case Rep Obstet Gynecol.* 2021;2021:8829053. . doi:10.1155/2021/8829053

---

© Кучеренко Юрий Анатольевич (mitya.kucherenko.75@mail.ru); Толстихина Диана Михайловна (alinka\_fedorec96@mail.ru);  
Исмаилов Эльнар Мубиенович (elnar\_ismailov@bk.ru); Мустафаева Лиана Ремзиевна (mustafaevalianka@gmail.com);  
Бекирова Сафие Сулеймановна (Sofus1806@mail.ru)  
Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»