

АКУШЕРСТВО ГИНЕКОЛОГИЯ РЕПРОДУКЦИЯ

Включен в перечень ведущих
рецензируемых журналов и изданий ВАК

2011 • Том 5 • № 2

**Дифференцированный подход
к лечению аденомиоза**

**Состояние гуморального иммунитета
у женщин при опухолевых
заболеваниях матки**

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩАЯ ОПЕРАЦИЯ ПРИ ШЕЕЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТКИ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА (клиническое наблюдение)

Макаров И.О., Ермоленко Г.Л., Хайрудинова Н.М.

Кафедра акушерства и гинекологии ФППОВ ММА им. И.М. Сеченова

Резюме: авторы описывают клинический случай шейечной беременности у пациентки 35 лет с органосохраняющим хирургическим лечением.

Ключевые слова: шейечная беременность, органосохраняющая операция

Чаще всего (в 96,5 – 98,5%) внематочная беременность локализуется в маточной трубе [1,2]. Удельная частота остальных вариантов локализации распределяется следующим образом:

- яичниковая – 0,4-1,3%;
- брюшная – 0,1-0,9%;
- беременность в роге матки – 0,2 – 0,9%;
- шейечная – 0,1 – 0,4%;
- интралигаментарная – 0,1%.

Тем не менее, несмотря на сравнительно низкую частоту редких форм эктопической беременности, их раннее распознавание представляет важную, и, вместе с тем, сложную задачу, учитывая, что прерывание этих форм вследствие анатомо-физиологических особенностей органов, служащих ложем для плодного яйца, часто сопровождается массивным кровотечением (как внутренним, так и наружным), которое и по сей день остается одной из ведущих причин материнской смертности [1,2,4].

Шеечная беременность представляет собой дистальный вариант эктопической беременности, при которой имплантация плодного яйца происходит ниже уровня внутреннего зева шейки матки. Данные о частоте встречаемости этой патологии варьируются, составляя в среднем

1:50 000 всех беременностей [3]. Однако в настоящее время в связи с широким распространением в акушерско-гинекологической практике вспомогательных репродуктивных технологий возможно увеличение частоты наступления шейечной беременности [5]. Факторы, предрасполагающие к развитию шейечной беременности, делятся на две этиологические группы: связанные с патологией эндо – и/или миометрия и

непосредственно с особенностями оплодотворенной яйцеклетки. К первой группе относятся врожденные аномалии тела и шейки матки, миома матки, длительное использование внутриматочных спиралей (ВМС), аборт, кесарево сечение, атрофические процессы в эндометрии на фоне хронического эндометрита, консервативное лечение шейечной беременности в анамнезе, синехии в полости матки или состояние после их разделения [6].

Ко второй группе относятся изменения способности плодного яйца к nidации [8]. Клиническая диагностика шейечной беременности представляет определенные трудности, особенно на малых сроках беременности и при имплантации плодного яйца в верхней части цервикального канала. Осмотр шейки матки при помощи зеркал и бимануальное исследование в этих случаях практически не информативны, а пациентки могут не предъявлять никаких жалоб [3]. В этой связи с этим, в современных условиях основными методами диагностики шейечной беременности следует считать ультразвуковое исследование и определение уровня β-субъединицы хорионического гонадотропина человека (ХГЧ) в сыворотке крови [7]. Наличие прогрессирующей шейечной беременности угрожает жизни женщины в связи с риском возникновения профузного кровотечения. Именно поэтому единственным методом лечения до недавнего времени считалась экстирпация матки [3]. Тем не менее, ранняя диагностика этого состояния позволяет не только предотвратить массивное кровотечение, но и выбрать консервативный метод лечения, который позволит сохранить пациентке репродуктивную функцию.

В данной публикации нами представлено наблюдение шейечной беременности с органосохраняющим хирургическим лечением.

Пациентка N., 35 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на задержку менструации на 7 дней, нагрубание молочных желез. Тест на беременность положительный. При выполнении УЗИ органов малого таза выявлены эхографические признаки, указывающие на возможную шейечную беременность.

Бригадой скорой медицинской помощи доставлена в ГКБ № 40, госпитализирована в гинекологическое отделение.

В анамнезе – холецистэктомия в сентябре 2009 года. В течении 7 лет страдает гипертонической болезнью II ст. Менструальная функция не нарушена. Половая жизнь в течение 17 лет, состоит в браке (второй брак). В беременности заинтересована. Были 1 одни своевременные роды, и 5 пять искусственных аборт без осложнений. В 2005 году перенесла острый двусторонний сальпингоофарит. Данные клинико-лабораторных показателей в пределах нормы. Уровень β -ХГЧ в крови – 8179ед/мл. При УЗИ органов малого таза выявлено: тело матки размерами 61x50x60 мм, контуры ровные, миометрий однородной структуры. М-эхо – 12 мм. Плодного яйца в полости матки нет. В шейке матки в верхней трети цервикального канала визуализируется анэхогенная структура 12x5x6 мм с четкими контурами, внутри имеется кольцевидная структура (плодное яйцо с желточным мешочком). Нижний полюс плодного яйца располагается на расстоянии 17 мм от наружного зева. Левый яичник 33x20x19 мм, содержит желтое тело диаметром 16 мм. Правый яичник без особенностей.

После обследования, учитывая желание женщины, второй брак, решено предпринять попытку органосохраняющей операции.

После предварительно начатого внутривенного капельного введения окситоцина 3,0 мл в 400,0 мл физиологического раствора, в асептических условиях шейка матки взята на пулевые щипцы, низведена. Длина полости матки, измеренной с помощью зонда,

составила 8,5 см. Наложены кетгутовые швы на нисходящие ветви маточных сосудов через своды влагалища на уровне ребер шейки матки. Цервикальный канал расширен расширителями Гегара до № 9. Произведено выскабливание канала шейки матки и стенок матки. В обильном соскобе из цервикального канала визуально определялась плацентарная ткань с мелкими сгустками крови. При введении гистероскопа обнаружено: в цервикальном канале место прикрепления плодного яйца расположено на передней стенке (больше справа), стенки матки шероховатые. На шейку матки наложен кетгутовый шов со стороны влагалища в проекции ложа плодного яйца. Кровотечения из места прикрепления плодного яйца нет. Матка сократилась. Кровотечения нет. Кровопотеря 80,0 мл. В течение 30 минут продолжалось наблюдение за больной в операционной. Произведена тугая тампонада сводов влагалища на 2 часа, после чего и пациентка была переведена в палату. Проведен курс антибактериальной, утеротонической и гемостатической терапии. Послеоперационный период протекал без осложнений. На 4-е сутки после операции уровень β -ХГЧ снизился до 875 ед/мл. На 7-е сутки после операции пациентка выписана домой с рекомендациями.

Результат гистологического исследования: в соскобах пласты гравидарного эндометрия и ворсины хориона со склерозом.

Учитывая, раннюю диагностику шеечной беременности малые сроки, возможно выполнение органосохраняющих операции в подобной ситуации при условии полной подготовки и профилактики кровотечения.

Литература:

1. Айламазан Э.К., Рябцева И.Т. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии. 2-е изд., доп. М.: Медицинская книга; Н. Новгород; НГМА 2003.
2. Кулаков В.И., Селезнева Н.Д., Белоглазова С.Е. Руководство по оперативной гинекологии. МИА. М., 2006.
3. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Белокерковцева Л.Д., Шахламова М.Н. Внематочная беременность. Изд. 2-е. М.: Медицина 2001.
4. Шахламова М.Н. Новые технологии в диагностике, лечении и реабилитации больных с различными формами внематочной беременности. Автореф. дисс. д.м.н., М., 2001.
5. Davies D.W., Masson G.M., McNeal A.D., Gadd S.C. Simultaneous intrauterine and cervical pregnancies after in vitro fertilization and embryo transfer in a patient with a history of a previous pregnancy. Case report. Br J Obstet Gynecol 1990; 97, 634-7.
6. Dicer D., Feldberg D., Samuel N., Goldman J. Etiology of cervical pregnancy: association with abortion, pelvic pathology, IUDs and Ashermans syndrome. J Reprod Med 1985; 30: 25-7.
7. Payne S., Duge J., Bradbury W. Ectopic pregnancy concomitant with twin intrauterine pregnancy. A case report. Obstet Gynecol 1978.4130; 234 -5.
8. Robertson A., Grant A. Combined intra uterine and extra uterine pregnancy in two patients treated with human pituitary gonadotropins. Aust NZ J. Obstet Gynecol 1972; 12; 253-4.

SPARING SURGERY IN A PATIENT OF REPRODUCTIVE AGE WITH CERVICAL PREGNANCY (clinical observation)

Makarov I.O., Ermolenko G.L., Hayrudinova N.M.

Department of Obstetrics and Gynecology, First Moscow State Medical University named after I.M. Sechenov

Abstract: the authors describe a case study of cervical pregnancy with organsparing surgical treatment in a 35 years woman.

Key words: cervical pregnancy, sparing surgery