

Возможности сохранения репродуктивной функции у женщин с шеечной беременностью: случай инструментального удаления шеечной беременности при двойне, индуцированной в программе ЭКО

А.К.Курбанов, Ф.Р.Гаджиева

«Баку медикал плаза», частная клиника
Баку, Азербайджан

Приводится клинический случай пациентки П.А., 34 года, беременность, индуцированная ЭКО. Выполнено инструментальное удаление плодного яйца из шейки матки с последующим гемостазом. Необходим дифференцированный подход к лечению при шеечной локализации беременности. Рекомендательный метод может иметь широкое клиническое применение.

Ключевые слова: шеечная беременность, двойня, репродуктивная функция, инструментальное удаление, ЭКО.

ВВЕДЕНИЕ

Шеечная беременность — одно из редких и угрожающих жизни осложнений. Частота этой патологии составляет очень мало процентов всех видов эктопической беременности [7]. Из всех вариантов эктопической беременности в 0,3-0,4% случаев встречается шеечная или перешеечная беременность. Частота данной патологии среди всех случаев беременности составляет 1:95000. При истинной шеечной беременности плодное яйцо располагается в цервикальном канале. При шеечно-перешеечной беременности плодovместилищем являются шейка матки и область перешейка [1, 2]. При лечении шеечной беременности считается необходимым проводить экстирпацию матки, т.к. прогрессирование такой патологической беременности может сопровождаться профузным кровотечением. Максимальные сроки прогрес-

сирующей шеечной или перешеечной беременности, описанные в литературе, составляют 6-7 недель [2, 3, 4].

Впервые шеечную беременность описал И.М.Львов в 1881 г. С тех пор в мировой литературе опубликовано немногим более 300 сообщений [6].

Шеечную беременность ранних сроков нередко принимают как маточную. К 7-8 неделе беременности появляются типичные клинические признаки шеечной локализации плодного яйца: шейка матки становится мягкой, приобретает бочкообразную форму, сине-багровый цвет, наружный зев располагается эксцентрично. Однако правильный диагноз весьма редко ставится до того, как беременность начнет прерываться. Это сопровождается внезапным профузным кровотечением, угрожающим жизни больной. Кровотечение обусловлено тем, что в эти сроки беременности ветвистый хорион прорастает миометрий и эрозирует стенки кровеносных сосудов.

Летальность при шеечной беременности высока и колеблется от 14,3% до 50%, поскольку врач, оказывающий помощь женщине, крайне ограничен во времени. От него требуется высокая квалификация для быстрой и правильной диагностики и выбора наиболее рационального метода лечения.

До недавних пор единственным надежным методом остановки кровотечения при шеечной беременности считалась экстирпация матки [1]. Попытки остановить кровотечение иным способом, например выскабливанием с последующей тампонадой цервикального канала и влагалищных сводов, давал лишь временный эффект [4].

Тем не менее еще в 1965 г. Л.А.Ковалева [3] считала такую тактику наиболее рациональной при ранних сроках шеечной беременности. Она приводит два собственных наблюдения, успешно проведенных консервативно. Аналогичное мнение высказывает М.Я.Тешлер [5]. По его мнению, удаление плодного яйца путем кюретажа при шеечной беременности возможно до глубокого прорастания миометрия ворсинками хориона, т.е. при сроке не более 3-4 недель [5].

В последние годы предложили ряд методов в тактике ведения этих больных, в том числе с применением препарата метотрексата; эмболизации сосудов с последующим удалением плодного яйца, однако все эти методы применяются в плановом порядке и, в отличие от нашего метода, в экстренных случаях они неэффективны. Суть предложенного нами метода (метод Курбанова А.К.) заключается в том, что метод прост, малозатратный, доступный в любой клинике, где есть УЗИ.

Однако ввиду большой редкости шеечной беременности диагностика и тактика лечения в современных условиях освещены недостаточно. В этом плане определенный интерес представляет наше наблюдение.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Пациентка А., 34 года, беременность, индуцированная ЭКО, двойня. При УЗИ обнаружена: маточная беременность 8-9 недель. Шеечная беременность 8-9 недель. Полость матки линейной формы, эндометрий утолщен до 9 мм. В верхней трети цервикального канала визуализируется плодное яйцо, соответствующее 8-9 неделям беременности с одним живым эмбрионом. Хорион занимает треть толщины стенки шейки матки. Яичники обычной структуры, нормальных размеров. Срочно госпитализирована с диагнозом: прогрессирующая маточная и шеечная беременность сроком 8-9 недель.

В момент обращения в стационар пациентка жаловалась на кровянистые выделения из половых путей в течение 4 дней. Беременная с отягощенным акушерским анамнезом, несколько неудачных попыток ЭКО. Данная беременность тоже индуцирована в программе ЭКО. Двойня. Повторно выполненное в условиях стационара ультразвуковое исследование подтвердило наличие у пациентки прогрессирующей перешеечной беременности с гестационным сроком 8-9 недель и наличие прогрессирующей маточной беременности 8-9 недель. В целях сохранения детородной функции и прогрессирующей маточной беременности у

молодой нерожавшей женщины мы посчитали возможным не проводить экстирпацию матки, а рассмотреть другой вариант лечения шеечной беременности, а именно своим методом провести выскабливание с удалением плодного яйца в шеечном отделе матки с сохранением плодного яйца в полости матки. С больной и ее ближайшими родственниками была проведена беседа о возможном неблагоприятном исходе и высокой вероятности нарушения маточной беременности.

Выполнено инструментальное удаление плодного яйца из шейки матки с последующим гемостазом своим методом и под контролем УЗИ наблюдение дальнейшего развития маточной беременности — ревизия полости матки. Под внутривенной анестезией после 3-кратной обработки влагалища раствором йода шейку матки расширили гегарами, не проникая в полость матки. Произведено инструментальное удаление плодного яйца кюреткой, яйцо фрагментами извлечено. Затем после удаления плодного яйца в шейку введен обычный катетер Фолея (диаметр 14) и манжетка раздувается физраствором, пока диаметр раздуваемой манжетки не будет соответствовать диаметру плодного яйца (предварительный замер по УЗИ). Манжетку мы предварительно обворачивали в гемостатическую губку. После окончания манипуляции по УЗИ в полости матки по передней стенке второе плодное яйцо не травмировано. Через 2 часа после операции женщины жалоб не предъявляет, кровотечения не возникло, общее состояние удовлетворительное. В течение 3 суток сохранялся доступ в периферическую вену, проведена инфузионная терапия: но-шпа 2,0 мл внутривенно на физиологическом растворе, дицинон 4,0 внутримышечно, дюфастон по 1 табл. 3 раза в сутки. Отмечена положительная динамика, мажущие кровянистые выделения купированы. Каждые 2 дня мы спускали манжетку на 0,5-1,0 мл в течение 10 дней. На десятые сутки катетер Фолея полностью извлечен из цервикального канала.

На момент выписки на десятые сутки по результатам УЗИ в полости матки визуализируется одно плодное яйцо размером 0,57 мм. СВД 1,2 мм, сердцебиение выслушивается, шейка матки 3,5 см, цервикальный канал сомкнут. Уровень хорионического человеческого гонадотропина в крови 85000 МЕ/л, что соответствует нормальным значениям для такого срока беременности.

Прогноз в отношении развития данной маточной беременности не может быть однозначным, так как она была индуцирована

на программой ЭКО, к тому же проводились внутриматочные манипуляции, которые будут определять свои особенности течения и критические состояния. Однако, основываясь на литературных данных и рутинном опыте лечения шеечной беременности, можно заключить, что благоприятный исход в представленном клиническом наблюдении оправдывает выбранную нами тактику лечения тяжелой патологии у молодой женщины для сохранения детородной функции и попытки пролонгирования маточной беременности.

ВЫВОД

Таким образом, представленное клиническое наблюдение свидетельствует о необходимости дифференцированного подхода к лечению при шеечной локализации беременности. Используемый нами метод должен иметь широкое клиническое применение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айламазян Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии / Э.К. Айламазян, И.Т. Рябцева. — Н.Новгород, 1997.
2. Иванова В.С., Егорова Ж.К. // Ультразвук, диагностика. — 1996. — №3. — С. 50-52.
3. Ковалева Л.А. // Вопросы морфологии, физиологии и практической медицины. — Петрозаводск, 1965. — С. 212-214.
4. Лехтман М.Н. Клинико-морфологические особенности шеечной и шеечно-перешеечной беременности. — Фрунзе, 1970.
5. Течтер М.Я. // Здоровоохранение. — 1985. — №4. — С. 47-48.
6. Ярмоненко С.С. // Фельдш. и акуш. — 1986. — №2. — С. 8-10.
7. Porter E. B. Early Pregnancy / E.B.Porter, T.K.Hooks. — New York, 1983.
8. Персианинов Л.С. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии / Л.С.Персианинов, Н.Н.Расстригин. — Ташкент: Медицина, 1997.
9. Кулаков В.И. Оперативная гинекология / В.И.Кулаков, Н.Д.Селезнева, В.И.Краснопольский. — Н.Новгород: Изд-во НГМА, 1997.

А.К.Курбанов, Ф.Р.Гаджиева. Можливості збереження репродуктивної функції у жінок з шийковою вагітністю: випадок інструментального видалення шийкової вагітності при двійні, індукованій у програмі ЕКЗ. Баку, Азербайджан.

Ключові слова: шийкова вагітність, двійня, репродуктивна функція, інструментальне видалення, ЕКЗ.

Наведено клінічний випадок пацієнтки А., 34 роки, вагітність, індукована ЕКЗ. Виконано інструментальне видалення плодового яйця з шийки матки з наступним гемостазом. Необхідний диференційований підхід до лікування при шийковій локалізації вагітності. Рекомендований метод може мати широке клінічне застосування.

A.K.Kurbanov, F.R.Hajiyeva. Opportunities of preservation of reproductive function in women with cervical pregnancy: a case-extraction cervical pregnancy with twins, induced in the IVF program. Baku, Azerbaijan.

Key words: Cervical pregnancy, twins, reproductive function, IVF program.

Clinical case of the patient A., 34 years old, pregnancy-induced IVF was given. The authors have performed an instrumental removal of the ovum from the cervix with subsequent hemostasis. Clinical case demonstrates the need for a differentiated approach to the treatment of cervical localization pregnancy and used our method should have broad clinical application.

Надійшла до редакції 30.08.2013 р.