

*В. Н. Сидоренко¹, М. А. Шкроб², Е. Н. Кириллова¹,
Л. С. Ладутько², Т. М. Олешкевич², Я. Б. Станкевич²*

СЛУЧАИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ШЕЕЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ С СОХРАНЕНИЕМ РЕПРОДУКТИВНЫХ ОРГАНОВ

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»¹,
УЗ «5-я ГКБ»²*

Проведен анализ литературы по диагностике и тактике ведения пациенток с шейчной беременностью в современных условиях. Особое внимание уделено ультразвуковой диагностике и выявлению таких признаков как утолщенный эндометрий без плодного яйца или «пустая» полость матки; увеличение ширины шейки матки; визуализация плодного яйца или хориона в просвете цервикального канала ниже уровня внутреннего зева; высокая васкуляризация перитрофобластической области, обнаруживаемая при доплеровском исследовании. В статье определены условия для проведения органосохраняющего и радикального лечения. Представлены клинические случаи ранней диагностики шейчной беременности и успешного её прерывания под контролем УЗИ.

Ключевые слова: *шейчная беременность, УЗИ, удаление плодного яйца.*

***V. N. Sidorenko, M. A. Shkrob, E. N. Kirillova,
L. S. Ladutko, T. M. Oleshkevich, Ja. B. Stankevich***

CASES OF EARLY DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF CERVICAL PREGNANCY WITH PRESERVATION OF REPRODUCTIVE ORGANS

We performed a review and meta-analysis of literature on the diagnosis and tactics of patients manage with cervical pregnancy in modern conditions. Emphasis is paid to the ultrasonic diagnosis and detection of such signs as a thickened endometrium without the ovum or «empty» uterus; increasing the width of the cervix; visualization of the ovum or chorion in the lumen of the cervical canal below the level of the internal os; high vascularization peritrophoblastic area found during Doppler imaging. The article defines the conditions for organ preservation and radical treatment. Also presented clinical cases of early diagnosis of cervical pregnancy and its successful interruption under the ultrasound.

Key words: *cervical pregnancy, ultrasound, removal of the ovum.*

□ Случай из практики

Шеечная беременность (лат. *graviditas cervicalis*) – вариант эктопической беременности, при которой nidация и развитие плодного яйца происходит в шейечном канале матки. В гинекологии принято выделять дистальные формы внематочной беременности (шеечную и перешеечно-шеечную) и проксимальные формы (трубную, брюшную, яичниковую).

Впервые шейечная беременность была описана в 1881 году И. М. Львовым. Шеечная беременность среди различных вариантов эктопической беременности встречается довольно редко – 0,3–0,4% случаев, по отношению к родам – 1:18000.

Основной причиной шейечной беременности являются атрофические и дистрофические изменения слизистой полости матки, что приводит к затруднению или невозможности имплантации оплодотворенной яйцеклетки в теле матки, а также особенностью самого плодного яйца. Так недостаточная зрелость трофобласта и его малая активность нарушают имплантацию плодного яйца в полости матки и бластоциста опускается в шейечный канал. По мнению Айламазяна Э. К. и соавторов (1996 г.) риск возникновения шейечной беременности повышается при синдроме Ашермана, миоме матки, проведении экстракорпорального оплодотворения, рубцовых изменениях в области внутреннего маточного зева (в том числе и в результате ранее проведенного кесарева сечения), истмико-цервикальной недостаточности.

Атипичная имплантация плодного яйца приводит к тому, что трофобласт, а затем ворсины хориона быстро пенетрируют слизистую оболочку шейки матки, так как в цервикальном канале нет пышного функционального слоя с происходящим в ней при беременности децидуальным превращением стромы, и проникают в мышечный слой, а иногда в параметральную клетчатку. Обладая свойством расплавлять ткани, ворсинки разрушают при своем внедрении стенки кровеносных сосудов, в результате чего у женщины возникает наружное кровотечение. Симптомы шейечной беременности во многом определяются сроком беременности и уровнем имплантации плодного яйца.

Диагностика шейечной беременности представляет определенные трудности. Запоздалое распознавание дистальной эктопической беременности во многом объясняется редкостью заболевания, поэтому врачи акушеры–гинекологи часто не имеют достаточного опыта в работе с такими пациентками; с другой стороны – врачи функциональной диагностики не всегда верно указывают локализацию плодного яйца или трактуют ситуацию как неполный самопроизвольный выкидыш, когда плодное яйцо смещается в цервикальный канал.

В процессе диагностики шейечную беременность чрезвычайно важно дифференцировать от шейечной миомы (фибромы) матки, самопроизвольного прерывания беременности (аборт в ходу). При фи-

бриоме матки отсутствуют указания на беременность (задержка менструации, положительный тест на беременность). При аборте в ходу, отслаивании и опускании плодного яйца в шейечный канал отмечаются схваткообразные боли внизу живота, структурные изменения шейки матки.

На современном этапе благодаря трансвагинальному УЗИ и целенаправленному изучению структур цервикального канала достоверная диагностика шейечной беременности стала возможной на ранних этапах беременности. Трансвагинальное цветковое доплеровское картирование (ЦДК) и доплерометрия обусловили появление дополнительных критериев локализации плодного яйца.

Еще в 1996 году D. Jurcovic et al. представили модифицированные ультразвуковые критерии диагностики шейечной беременности: утолщенный эндометрий без плодного яйца или «пустая» полость матки; увеличение ширины шейки матки; визуализация плодного яйца или хориона в просвете цервикального канала ниже уровня внутреннего зева; высокая васкуляризация перитрофобластической области, обнаруживаемая при доплеровском исследовании (максимальная систолическая скорость > 20 см/с, пульсационный индекс < 1,0). Кроме того необходимо обращать внимание на наличие симптома «скольжения», который основан на идентификации подвижности плодного яйца в шейечном канале и позволяет дифференцировать неполный самопроизвольный аборт и шейечную беременность. Если во время выполнения трансвагинального ультразвукового исследования при надавливании на шейку матки датчиком эктопическое плодное яйцо не смещается по отношению к цервикальному каналу – это является подтверждением наличия именно шейечной беременности.

Не сложно поставить диагноз шейечной беременности при осмотре с помощью зеркал и локализации плодного яйца в нижней или средней части шейки. Обнаруживают «бочкообразное» утолщение шейки, эксцентрическое расположение наружного зева, а у ряда пациенток на влажной части шейки матки заметна сеть расширенных венозных сосудов; отмечается выраженный цианоз слизистой шейки и влажной части. При бимануальном исследовании шейка матки представляется шарообразно увеличенной, мягкой консистенции и на ней в виде «шляпки гриба» находится более плотное тело матки небольших размеров.

Труднее поставить диагноз шейечной беременности, когда ложе плододвместилца располагается в верхней части шейечного канала. При осмотре с помощью зеркал не так выражены патологические изменения шейки, которая цианотична как при обычной беременности с центральным расположением наружного зева. Данные вагинального исследования также не являются показательными (короткая влажная часть шейки, вышележающей в расширенной верхней части располагается пло-

довместилище с плотным телом матки). Правильный диагноз чаще устанавливается при ультразвуковом исследовании или раздельном выскабливании матки.

Проводя эту операцию, необходимо обратить внимание на следующие моменты:

- 1) расширение наружного зева происходит очень легко, но сопровождается сильным кровотечением;
- 2) нет ощущения прохождения инструментом внутреннего зева;
- 3) удаление плодного яйца осуществляется с трудом и не приводит к остановке кровотечения;
- 4) после удаления плодного яйца (опорожнение плодместилища) кюреткой можно ощутить углубление («нишу»).

Затруднение при эвакуации плодного яйца, продолжающееся и даже усиливающееся кровотечение, выявление кратерообразного углубления в стенке плодместилища – это те ориентиры, которые помогают заподозрить и распознать данную патологию.

Симптомы шеечной беременности во многом определяются сроком беременности, уровнем имплантации плодного яйца. Основным проявлением заболевания является кровотечение из половых путей на фоне предшествующей задержки очередных месячных при отсутствии болевого симптома. Кровотечение может быть умеренным, обильным или профузным.

До недавнего времени основным методом лечения при шеечной беременности считалась гистерэктомия, имеющая серьезные последствия для молодых женщин. Однако, сегодня ранняя диагностика и современные органосберегающие технологии (гистероскопическая резекция ложа плодного яйца с последующей коагуляцией цервикального канала, селективная эмболизация маточных артерий с последующим удалением плодного яйца и выскабливанием слизистой цервикального канала, кюретаж после перевязки нисходящих ветвей маточных артерий) позволяют сохранить репродуктивную функцию женщинам. По мнению А. И. Давыдова и соавт. (2014 г.) удаление матки в современных условиях оправдано при наличии следующихотягчающих обстоятельств:

- 1) геморрагический шок 2–3-й степени при продолжающемся маточном кровотечении;
- 2) прорастание хориона в параметральное пространство;
- 3) отсутствие технических условий для проведения органосберегающего лечения.

После тщательной оценки каждой ситуации и отсутствия указанных факторов, целесообразно использовать органосберегающие методики.

Нами успешно пролечено 2 пациентки с шеечной беременностью за последние 5 лет.

Клинический случай I.

Пациентка К., 28 лет, обратилась 19.06 с жалобами на кровянистые выделения из половых путей в течение 10 дней, задержку очередных менструа-

ций на 2 недели. Тест на беременность положительный. Последние нормальные *menses* 26.04. Акушерско-гинекологический анамнез отягощен двумя неразвивающимися беременностями в 7 и 9 недель, по поводу чего производился кюретаж полости матки. Гинекологические заболевания отрицает. Менструации с 12 лет, по 3–4 дня, через 28–30 дней, регулярные, умеренные, безболезненные. Пациентка самостоятельно обратилась в приемный покой по поводу продолжающихся кровянистых выделений из половых путей.

При поступлении общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. Температура тела 36,6 °С. Кожа и видимые слизистые нормальной окраски, чистые, влажные. Дыхание везикулярное, частота дыхания 16 в минуту. Артериальное давление 110/80 мм рт. ст. Тоны сердца ясные ритмичные, частота сердечных сокращений 86 в минуту. Живот мягкий, безболезненный во всех областях. Перитонеальные симптомы отрицательные.

Осмотр в зеркалах: слизистая влагалища и шейки цианотична, чистая. Выделения кровянистые скудные.

Бимануальное исследование: влагалище узкое, нерожавшей, шейка расположена кзади, укорочена до 1,5 см, незначительно расширена в области внутреннего зева, матка в переднем положении, плотная, нормальных размеров. Область придатков без особенностей.

Клинический анализ крови, общий и биохимический анализ, анализ мочи без особенностей.

Ультразвуковое исследование органов малого таза: матка размерами 55/44/56 мм, толщина эндометрия 7 мм, шейка матки 42/42/54 мм. Ниже внутреннего зева определяется плодное яйцо средним диаметром 20 мм, с одним эмбрионом КТР-6 мм, сердцебиение отсутствует, желточный мешок 2 мм, хорион по задней поверхности. При надавливании на шейку матки трансвагинальным датчиком плодное яйцо не смещается по отношению к стенкам цервикального канала. Яичники: размерами 25/20/18 и 22/18/19 обычной структуры. Заключение по УЗИ: Беременность 5–6 недель неразвивающаяся, эктопическое расположение плодного яйца (шеечная беременность).

Суммируя все указанные выше данные, поставлен клинический диагноз: шеечная беременность 5–6 недель. Отягощенный акушерский анамнез.

Решением консилиума определена тактика ведения пациентки: учитывая анамнез (две неразвивающиеся беременности), возраст, срок беременности выполнить выскабливание цервикального канала и полости матки вакуумной кюреткой в условиях операционной при наличии одногруппной эр-массы и СЗП. При возникновении кровотечения – расширение объема оперативного вмешательства до экстирпации матки без придатков. Пациентке была предоставлена полная информация о возможных исходах и осложнениях инвазивного

□ Случай из практики

вмешательства, о рисках для жизни и здоровья, вероятности экстирпации матки. Получено письменное информированное согласие на проведение указанного вмешательства и при необходимости – расширение объёма оперативного вмешательства до экстирпации матки. Нами успешно выполнена операция – удаление плодного яйца путём выскабливания цервикального канала и полости матки под контролем УЗИ в условиях операционной. Кровопотеря составила 50 мл. После операции женщина жалоб не предъявляла, общее состояние оставалось удовлетворительным. В течение 3-х суток сохранялся доступ в периферическую вену, проводилась антибактериальная, симптоматическая (утеротоническая и гемостатическая) терапия. Уровень ХГ в сыворотке крови вернулся к показателям, характерным для состояния вне беременности к 7 дню. Пациентка выписана домой в удовлетворительном состоянии с рекомендациями: обследование на ИППП совместно с половым партнёром; исключить АФС; контроль ХГ 1 раз в месяц первые 3 месяца; контрацепция гормональная (Ярина) на 6 мес.; УЗИ органов малого таза через 1–3–6 мес.

Клинический случай II.

Пациентка Т., 29 лет, поступила по направлению врача женской консультации 1.12 с подозрением на шеечную беременность. При поступлении предъявляла жалобы на тянущие боли внизу живота в течение 5 дней. Последние мenses 8.11 в срок, скудные. Считает себя беременной: тест на ХГ-положительный. Беременность 1-я. Гинекологические заболевания отрицает. Соматически здорова. Половая жизнь с 22 лет, в гражданском браке. Предохраняется от наступления беременности, используя презерватив.

Общее состояние женщины при поступлении удовлетворительное. Вес 62 кг, рост 162 см, ИМТ 25. Температура тела 36,6 °С. Кожа и видимые слизистые нормальной окраски, чистые, влажные. Дыхание везикулярное, частота дыхания 16 в минуту. Гемодинамика стабильная. Живот мягкий, безболезненный во всех областях. Перитонеальные симптомы отсутствуют.

Осмотрена в зеркалах: имеется эрозия шейки матки 1×1 см, слизистая влагалища и шейки слегка цианотичная.

При вагинальном исследовании установлено: влагалище нерожавшей, шейка длиной 2,5 см, отклонена кзади, плотная. Тело матки нормальных размеров, кпереди, безболезненное. Область придатков без особенностей. Своды глубокие.

Проведённое ультразвуковое исследование подтвердило наличие шеечной беременности (4 нед.). Матка размерами 44/40/44 мм, контуры чёткие, толщина эндометрия – 11 мм. По ходу цервикального канала ниже внутреннего зева округлое жидкостное образование средним диаметром 12 мм с наличием симптома «кольца». Правый яичник

33/34/16 мм с наличием жёлтого тела диаметром 17 мм, левый – 27/23/19 мм, обычного строения.

Решением консилиума определена тактика ведения с учётом срока у первобеременной, размеров плодного яйца – удаление плодного яйца путём выскабливания в условиях операционной под контролем УЗИ.

Пациентка подробно письменно проинформирована о возможных осложнениях (кровотечение) и расширении объёма оперативного вмешательства до экстирпации матки без придатков. Операция – удаление шеечной беременности путём выскабливания цервикального канала и полости матки прошла успешно. Кровопотеря составила 80,0 мл.

В обоих случаях гистологически подтверждено наличие элементов беременности в соскобе из шейки матки.

Таким образом, произошедший в последние два десятилетия прогресс в ультразвуковой технике сегодня обеспечивает не только возможность установления диагноза, но и проведение операции под контролем УЗИ по остановке развития эктопически расположенного плодного яйца, позволяющей сохранить репродуктивную функцию молодым женщинам.

Профилактика шеечной беременности заключается в рациональном лечении гинекологических заболеваний, отказе от абортов, проведении полноценной реабилитации после внутриматочных вмешательств.

Внимательное ведение беременности акушером-гинекологом позволяет выявить эктопическое расположение плодного яйца в ранние сроки гестации и не допустить возникновения жизнеугрожающих осложнений.

Литература

1. Айламазян, Э. К., Рябцева И. Т. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии. – Н. Новгород: Изд-во НГМА, 1996. – 170 с.
2. Давыдов, А. И. Шеечная беременность: этиопатогенез, диагностика, методы органосберегающего лечения // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии / А. И. Давыдов, А. Н. Стрижаков, А. Д. Подтетнев. – 2014. – Т. 13, № 4. – С. 78–85.
3. Дмитриев, С. Г. Случай ранней диагностики шеечной беременности с использованием 3 D эхографии // SonoAce – Ultrasound. – С. Г. Дмитриев, И. В. Бобченко. – 2012. – № 23. – С. 18–23.
4. Лехтман, М. Н. Врачебная тактика при шеечной беременности // Акушерство и гинекология / М. Н. Лехтман. – 1973. – № 6. – С. 57–59.
5. Сумовская, А. Е. Возможности сохранения репродуктивной функции у женщин с шеечной беременностью // Акушерство и гинекология / А. Е. Сумовская, И. В. Вахлова, М. Л. Хехонская. – 2002. – № 2. – С. 56–60.
6. Кулаков, В. И. Репродуктивное здоровье населения России // Акушерство и гинекология / В. И. Кулаков. – 2002. – № 2. – С. 47–57.

Поступила 4.03.2014 г.