

**ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ
ШЕЕЧНОЙ И ШЕЕЧНО-ПЕРЕШЕЕЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ
С ПРИМЕНЕНИЕМ ЦЕРВИКОРЕЗЕКТОСКОПИИ**

Байгазаков А.Т.,¹ Маманов Н.А.,¹ Осмоналиев Б.К.,^{1,2} Абдиева А.М.,¹ Акылбеков Р.А.²

¹Эндовидеохирургический центр ЮРФА-Clinic

²Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Цель работы разработать органосохраняющий метод лечения шейной и шейно-перешеечной беременности. Цервикорезектоскопия была произведена 8 женщинам в возрасте от 22 до 31 года. После общеклинических и специфических методов обследования в условиях операционной под внутривенной анестезией, под контролем УЗИ осуществляли пункцию амниотической оболочки плода с эвакуацией его жидкости, вместо него вводился метотрексат. На следующий день под внутривенной анестезией вводили гистерорезектоскоп и производили удаление редуцированного метотрексатом плодного яйца. Специфических осложнений, связанных с операцией, не было. Пациентки на 4-6 сутки после операции были выписаны из клиники с выздоровлением. Благоприятный исход оправдывает выбранную нами тактику лечения этих тяжелых патологий для сохранения детородной функции.
Ключевые слова: шейная беременность, гистерорезектоскоп, цервикорезектоскопия.

**ЦЕРВИКОРЕЗЕКТОСКОПИЯНЫН КОЛДОНУУСУ МЕНЕН ЖАТЫН МОЙНОГУНДАГЫ
ЖАНА ЖАТЫН МОЙНОГУНА ЧЕЙИНКИ ЖАЙГАШКАН КОШ БОЙЛУУЛУКТАН
МҮЧӨ САКТАП КАЛУУ ЫКМАСЫ**

Байгазаков А.Т.,¹ Маманов Н.А.,¹ Осмоналиев Б.К.,^{1,2} Абдиева А.М.,¹ Акылбеков Р.А.²

¹ Бишкек шаарындагы ЮРФА-Clinic Эндовидеохирургия борбору

² И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Изилдөөнүн максаты – жатын мойногундагы жана жатын мойногуна чейинки жайгашкан кошбойлуулукта цервикорезектоскопия ыкмасынын натыйжалуулугу. Гистерорезектоскопия 22 жаштан 31 жашка чейинки 8 кошбойлуу аялга колдонулган. Жалпы клиникалык жана өзгөчө изилдөөлөрдөн кийин, операция жасоочу жайдын шартында кантамыр анестезиясында, УДИнүн көзөмөлүнүн алдында, күмөн жумурткасынын пункциясы менен бирге каканак суусу сордурулуп, метотрексат куюлган. Эртеси күнү кан тамыр анестезиясынын алдында гистероскоп киргизилип, күмөн жумурткасы редуцияланган. Операция менен байланыштуу спецификалык кабылдоолор болгон эмес. Бейтаптар 4-6 күндүн ичинде сакайып, клиникадан чыгарылган. Биз тандаган жаңы ыкма, аталган оор дартты сакайтуу менен бирге, бала төрөө мүмкүнчүлүгүн сактайт.

Негизги сөздөр: жатын мойногундагы кошбойлуулук, гистерорезектоскоп, цервикорезектоскопия.

ORGAN-PRESERVING METHOD OF TREATMENT OF THE CERVICAL AND ISTHMO-CERVICAL PREGNANCY WITH THE USE OF CERVICORESECTOSCOPY

Baygazakov A.T.,¹ Mamanov N.A.,¹ Osmonaliev B.K.,^{1,2} Abdieva A.M.,¹ Akylbekov R.A.²

¹ Endovideohirurgichesky Center URFA-Clinic

² I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. Purpose to evaluate the effectiveness of cervicoresectoscopy in treatment of cervical and isthmico-cervical pregnancy. Cervicoresectoscopy was made 8 women aged 22 to 31 years. After general clinical and special methods of examination in the operating room under intravenous anesthesia, ultrasound-controlled puncture was performed on the gestational SAC with evacuation of its liquid contents into the cavity of the ovum was injected methotrexate. The next day, under intravenous anesthesia was administered hysteroresectoscopy and deletes reduced ovum. Specific complications associated with surgery, was not. The patient for 4-6 days after surgery were discharged from hospital with recovery. A favorable outcome justifies the chosen tactics of treatment of these severe pathologies to preserve fertility.

Key words: cervical pregnancy, hysteroresectoscopy, cervicoresectoscopy.

Введение.

Внематочная беременность - это имплантация оплодотворённого плодного яйца вне полости матки. По литературным данным внематочной беременность варьирует в пределах от 1 до 2% от всех исходов беременности. 97 - 98% случаев эктопических беременностей приходится на трубную локализацию. Из многих вариаций эктопической беременности, шейная и шейно-перешеечная беременности относится к редким формам беременности. Частота этой формы внематочной беременности составляет от одного случая на 2400 до 1 на 50000 беременностей [1-3]. Шейная и шейно-перешеечная

беременность препровождают тяжелую угрозу не только для здоровья, но и для жизни пациентки. Причиной смерти в 75-85% случаев данной формы эктопической беременности является профузное маточное кровотечение [3-5]. В настоящее время, как основной способ лечения, многие авторы в основном описывают оперативный метод лечения, заключающийся в экстирпации матки по жизненным показаниям, так как профузное кровотечения при попытке пальцевого или кюретажного выскабливания приводит в 80-90% случаев к смертельному исходу [2, 4, 6]. Экстирпация матки исключает наступление беременности у оперированной женщины в будущем, ее радикальность

носит инвалидизирующий характер. Для пациентки весьма важным является сохранение органов репродуктивной системы и детородной функции. Другие вмешательства, как наложение швов на кровоточащие сосуды шейки матки, консервативно-пластическая операция на шейке матки с иссечением ложа плодместилища, не могут быть рекомендованы для широкой практики из-за большого риска и малой эффективности. [5].

Поэтому в настоящее время поиск органосохраняющего метода лечения при шеечной и шеечно-перешеечной беременности является весьма актуальной задачей в гинекологии.

Материал и методы. Представляются результаты цервикорезектоскопии 8 пациенток в возрасте от 22 до 31 года. Все пациентки госпитализированы с установленным диагнозом прогрессирующей шеечной и шеечно-перешеечной беременности в сроках 5-7 недель. Всем женщинам проводились общеклинические и специфические методы исследования: общий анализ крови и мочи, ПТИ, МНО, фибриноген, группа крови и резус-фактор, ХГЧ, УЗИ, ЭКГ.

В первый день в условиях операционной под внутривенной анестезией при положении пациентки на операционном гинекологическом кресле после соответствующей обработки операционного поля обнажали шейку матки зеркалами и фиксировали ее пулевым щипцом по верхней полуокружности. Устанавливали вагинальный ультразвуковой датчик на передний свод (можно применять и трансабдоминальное сканирование при заполнении мочевого пузыря теплым раствором фурациллина). Под контролем ультрасонографии с помощью стерильной одноразовой иглы для перидуральной анестезии Tuohé осуществляли пункцию амниотической оболочки плодного яйца с эвакуацией его жидкого содержимого. Затем, не вынимая пункционную иглу, в полость плодного яйца вводился метотрексат 50 мг. Иглу извлекали, и влагалище рыхло тампонируют. Вторым этапом на следующий день в условиях операционной под внутривенной анестезией цервикальный канал под контролем ультразвукового исследования расширяли до 5 мм и проводили обзорную гистерорезектоскопию. После оценки ситуации цервикальный канал расширяли до 10 мм. В цервикальный канал вводили гистерорезектоскоп диаметром 10 мм и производили удаление редуцированного плодного яйца с одновременным гемостазом монополярной коагуляцией. Плодное яйцо фрагментами извлекали из полости матки. С целью профилактики рецидива кровотечения из ложи плодместилища осуществляли тампонаду раневой поверхности гемостатической пластиной «Тахокомб», которой окутывали баллон уретрального катетера Фолея №16. Баллон раздували нагнетанием физ. раствора в количестве 5-8 мл и, подтягивая катетер, фиксировали «Тахокомб» к ране цервикального канала. Мочевой катетер оставляли в умеренно натянутом положении путем дополнительной фиксации бинтом в коленную область. Мочевой катетер удаляли на 3 сутки, постепенно уменьшая объем его баллона.

Результаты и обсуждение. В раннем послеоперационном периоде у пациенток с шеечной и шеечно-перешеечной беременностью специфических

осложнений, связанных с цервикорезектоскопией не было, болевой синдром был минимальный. Проводился контроль уровня ХГЧ и УЗИ в динамике, и во всех случаях отмечалась положительная динамика послеоперационного периода. Пациентки на 2-3 сутки активировались, на 4-6 сутки после операции были выписаны из клиники с выздоровлением. Использование лишь гистероскопической технологии в лечении эктопической беременности опасно из-за развития кровотечения из ложи плодместилища цервикального канала. Поэтому данный метод нами дополнен предварительным проведением интраамниотической редукации препаратом метотрексат в дозе 50 мг под контролем УЗИ. Метотрексат это мощный цитостатический препарат, ингибирует развитие эмбриона, вызывает лизис хориональной ткани и частичную отслойку плодного яйца от плодместилища. Интраамниотическое введение метотрексата в минимально допустимой дозе (50 мг) исключает системные побочные эффекты и иммунодепрессию. Гемостатический эффект разработанного способа обусловлен двумя факторами: монополярной коагуляцией гистерорезектоскопа и местным применением гемостатической пластины «Тахокомб».

Заключение. Таким образом, благоприятный исход в наших клинических наблюдениях оправдывает разработанную нами тактику лечения этих тяжелых патологий у молодых женщин.

Полученные результаты доказывают эффективность и безопасность нашего метода лечения, что позволяет рекомендовать для лечения шеечной и шеечно-перешеечной беременности с целью сохранения детородной функции женщины.

Литература:

1. *Внутриматочная патология: клиника, гистероскопическая диагностика и лечение: учебно-метод. пособие / под ред. профессора У.Б. Рудаковой. М.: МЕДпресс-информ, 2011. - 80с.: ил.*
2. *Кондриков Н.И. Патология матки. М.: Практическая медицина, 2008. - 334 е.: ил.*
3. *Кулаков В.И., Шмаков Г.С. Миомэктомия и беременность. М.: МЕДпресс-информ, 2001. - 344с.*
4. *Адамян Л.В., Кулаков В.И. Эндоскопия в гинекологии. М.: Медицина. 2000. - 383 с.*
5. *Адамян Л.В., Ткаченко Э.Р. Принципы гистероскопической хирургии (гистерорезектоскопии) // В книге: Эндоскопия в диагностике и лечении, мониторинге женских болезней. М., 2000. - С. 484-501.*
6. *Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Шукина Н.А., Попов А.А. Оперативная гинекология М.: МЕДпресс-информ, 2010. - 320 е.: ил*