

УДК 618.14-005.1:[618.315:618.39-085.2/

Л.В. Ницифор<sup>1</sup>,Л.М. Рак<sup>1</sup>,М.І. Косевич<sup>2</sup><sup>1</sup>Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці<sup>2</sup>КМУ "Клінічний пологовий будинок №1", м. Чернівці

## ВИПАДОК МАСИВНОЇ МАТКОВОЇ КРОВОТЕЧІ ПІСЛЯ СПРОБИ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ПЕРЕРИВАННЯ ПЕРЕШИЙКОВОЇ ВАГІТНОСТІ

**Ключові слова:** перешийкова вагітність, медикаментозне переривання вагітності, ультразвукова діагностика, екстирпація матки.

**Резюме** Описано клінічний випадок масивної маткової кровотечі в пацієнтки, в якій в анамнезі за три місяці до даного ускладнення були спроби медикаментозного переривання вчасно не діагностованої шийково-перешийкової вагітності. Даний клінічний випадок описаний та проаналізований для ознайомлення широкого кола фахівців з метою уникнення в подальшому можливих діагностичних та лікувальних помилок у пацієнток з вищевказаною локалізацією ектопічної вагітності, що пов'язано зі значними труднощами верифікації даного діагнозу.

Упродовж останніх років проблема позаматкової вагітності стала однією з найбільш актуальних для акушерів-гінекологів в усьому світі. Згідно даних статистичних досліджень, середня частота позаматкової вагітності в індустріально розвинутих країнах становить 1,2 - 1,4% по відношенню до загальної кількості вагітностей [7]. У 96,5 - 98,5% позаматкова вагітність локалізується в матковій трубі. Шийкова та перешийкова вагітності являють собою дистальний варіант ектопічної вагітності при якій імплантація плідного яйця відбувається нижче внутрішнього вічка або в перешийку матки [7]. Серед усіх варіантів ектопічної локалізації вагітності питома вага шийково-перешийкової локалізації складає 0,1 - 0,4% [4].

Незважаючи на незначну частоту рідких форм ектопічної вагітності, їхня своєчасна діагностика та лікування з використанням сучасних медичних технологій є актуальною проблемою сучасного акушерства, оскільки переривання цих форм внаслідок анатомо-фізіологічних особливостей органів, які є ложем вагітності, нерідко призводить до значних кровотеч та змушують фахівців вдаватися до інвалідизуючих операцій [4].

Серед факторів, які сприяють виникненню шийкової та перешийкової вагітності, основна група включає причини, пов'язані з патологією ендометрію та міометрію, які поєднуються зі змінами нідацийних властивостей плідного яйця. Це аномалії розвитку шийки та тіла матки, міома матки, тривале використання ВМК, кесарів розтин в анамнезі (особливо у другому періоді пологів), аборти, атрофічні та запальні зміни

ендометрію, синехії в порожнині матки та стан після їхнього розділення, хірургічної корекції істміко-цервікальної недостатності в анамнезі, консервативне лікування шийкової вагітності [8].

Своєчасна клінічна діагностика шийкової та перешийкової вагітності досить ускладнена, особливо, в ранні її терміни, зокрема, при розташуванні плідного яйця у верхній частині цервікального каналу та в ділянці перешийка. Золотим стандартом ранньої діагностики даної форми ектопічної вагітності є УЗ-діагностика. Специфічними ознаками, які дозволяють запідозрити шийкову вагітність, є відсутність плідного яйця в порожнині матки, гіперехогенність та неоднорідність ендометрію, форма матки у вигляді пісочного годинника, збільшення поперечника шийки матки та розширення цервікального каналу з візуалізацією в просвіті останнього плідного яйця або тканини хоріону; відсутність зміщення тканини плідного яйця відносно стінок цервікального каналу при дозований компресії трансвагінальним датчиком на шийку матки; висока васкуляризація перитрофобластичної ділянки при доплерівському дослідженні [6, 2].

Наявність прогресуючої шийково-перешийкової вагітності є загрозою для життя жінки у зв'язку з високим ризиком профузної кровотечі. Саме тому донедавна єдиним методом лікування вищевказаного виду ектопічної вагітності була екстренна гістеректомія. Завдяки сучасним методам лікування та діагностики даного захворювання значно зросли шанси проведення органозберігаючих операцій у жінок з нереалізованою репродуктивною функцією [4, 6].

Органозберігаючі технології розподіляються на медикаментозні (використання метотрексату, актиноміцину Д) та на сучасні органозберігаючі хірургічні: накладання кругового шва на шийку матки з одночасною тампонадою каналу після евакуації плідного яйця, гістероскопічну резекцію ложа плідного яйця, селективну емболізацію маткових артерій, лазерну вапоризацію хоріального ложа з наступною тампонадою каналу катетером Фолея [4].

У нашій практиці мав місце клінічний випадок масивної маткової кровотечі в пацієнтки, в якій в анамнезі за три місяці до даного ускладнення були спроби медикаментозного переривання вагітності. Дану клінічну ситуацію вважаємо за доцільне описати для ознайомлення широкого кола фахівців із метою уникнення в подальшому діагностичних та лікувальних помилок у випадках шийково-перешийкової вагітності.

Хвора О., 32 років, звернулася до гінекологічного відділення КМУ "Клінічний пологовий будинок №1" м. Чернівці зі скаргами на інтенсивні кров'яністі виділення зі статевих шляхів, що виникли за півтори години до звернення хворої на приймальний покій стаціонару на тлі персистоючих кров'янистих виділень, які турбували жінку впродовж останніх трьох місяців. На момент поступлення інтенсивність кров'янистих виділень зменшилась, тому вони були розцінені лікарями як помірні.

З анамнезу з'ясовано, що пацієнтка хворіє хронічним гастродуоденітом, у 1999 році проводилась апендектомія. Менархе з 13 років, менструальний цикл до захворювання регулярний, 28 днів з тривалістю менструальної кровотечі до 7 днів. Місячні, зі слів, значні. В анамнезі двос пологів, другі - шляхом кесарового розтину, який проводився в другому періоді пологів. Причину оперативного способу розродження назвати не може - проводилось за кордоном. Під час другої вагітності діагностований та підтверджений тяж Симонарта, у дитини - вроджена вада кінцівки. Вказує на один медичний інструментальний аборт в анамнезі. У 2006 році - видалення кісти бартолінієвої залози. З 2003 до 2005 року - носій ВМС "Мірена".

У післяопераційному періоді (див. нижче) додатково було з'ясовані дані анамнезу: за три місяці до даної госпіталізації хворій в одній із приватних клінік проводилося медикаментозне переривання вагітності на "тлі міоми тіла матки". Ці дані пацієнтка за незрозумілих причин при опитуванні на час госпіталізації приховала. Вияснено, що на час переривання вагітності

затримка менструації становила 45 днів. Документальні дані відсутні. Однак, зі слів хворої, УЗ-контроль після переривання вагітності проводився. Наявність утворення та персистенція кров'янистих виділень після переривання були інтерпретовані лікарем приватної клініки як симптоми міоми матки.

Після переривання вагітності хвора зверталась неодноразово до лікарів УЗ-діагностики зі скаргами на персистоючі неінтенсивні кров'яністі виділення зі статевих шляхів без надання інформації фахівцям про попереднє медикаментозне переривання вагітності. Фахівці інтерпретували наявність утворення в перешийку матки як вузлову форму аденоміозу або вузлову міому з шийковою локалізацією вузла.

Опис УЗД за 10 днів до операції: "Ехоструктура міометрія лівої бокової стінки неоднорідна: в нижньому сегменті в міометрії візуалізується нечітко окреслене утворення неоднорідної ехоструктури низької та середньої ехощільності розміром 43?41 мм, яке контактує з порожниною матки. Висновок: Вузлова форма аденоміозу? Інтрамуральний вузол в ділянці перешийка?".

Результат УЗД за тиждень до операції: "У міометрії передньої стінки матки візуалізується субсерозний фіброматозний вузол гетерогенної внутрішньої структури (на гіпоехогенному фоні візуалізуються ехопозитивні включення середньої ехощільності) розмірами 43,1?44,7 мм. Ендометрій у верхній та середній третинах відповідає по товщині і структурі першій фазі циклу (товщина ендометрію в передньо-задньому напрямку 8,5 мм). Висновок: УЗ-ознаки вузлової фіброміоми матки.

При поступленні стан хворої розцінено як задовільний, гемодинаміка стабільна - АТ 115/70 мм. рт. ст., пульс 80 уд/хв. При гінекологічному огляді шийки матки в дзеркалах звернула на себе увагу її гіпертрофія. По передній стінці матки в ділянці перешийка ближче до лівого ребра визначалось утворення 6?8 см, туго-еластичної консистенції, чутливе при пальпації. Хворій встановлено діагноз "Симптомна вузлова міома тіла матки. Маткова кровотеча". Вирішено провести лікувально-діагностичне вишкрібання стінок порожнини матки. Враховуючи, що на момент поступлення кров'яністі виділення були неінтенсивними, приймаючи до уваги стабільну гемодинаміку, маніпуляцію вирішено було відтермінувати до отримання даних лабораторних остежень, які були призначені та проведені відповідно до вимог нормативів

надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги, затверджених наказом МОЗ України від 29.12.2003 № 620 "Про організацію надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні". Доопераційно проведена антибіотико-профілактика шляхом внутрішньовенного введення 1 гр. цефотаксиму, введено 4 мл 12,5% розчину діцинону внутрішньовенно на 400 мл ізотонічного розчину натрію хлориду.

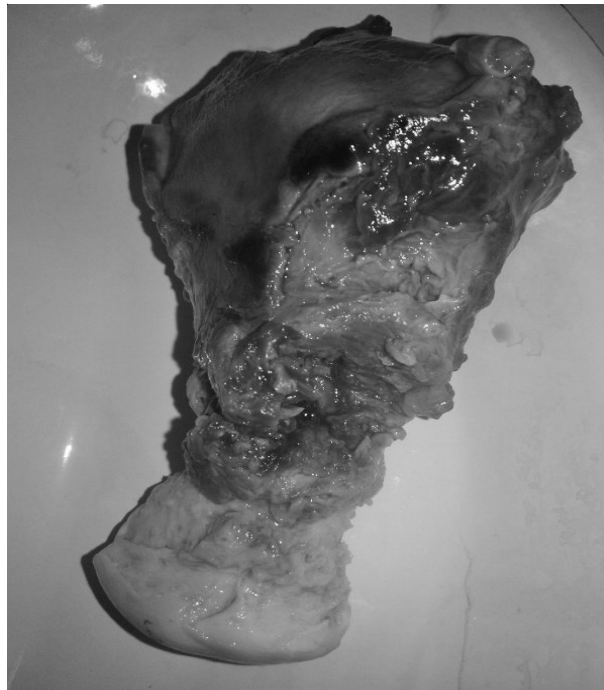
Після отримання результатів обстежень та проведення вищезазначеної доопераційної підготовки розпочате вишкрібання стінок порожнини матки. Констатовано зияння цервікального каналу, довжина порожнини матки при зондуванні - 10 см. Під час зондування порожнини матки розпочались рясні кров'яністі виділення, які набули характеру профузних при спробі вишкрібання стінок порожнини матки. Встановлено проміжний діагноз "Відмерла вагітність з шийково-перешийковим розташуванням. Маткова кровотеча". Розпочата інфузійна терапія в дві кубітальні вени, компресія черевної аорти за загальноприйнятою методикою. Пацієнтка ургентно переведена в операційну та через 20 хвилин після початку спроби вишкрібання розпочата лапаротомія.

Після вскриття передньої черевної стінки при ревізії черевної порожнини в ній виявлено до 100 мл темної крові, матка в серединному положенні, тіло її дещо збільшене, в ділянці перешийка по рубцю після кесарового розтину більше зліва візуалізується утворення 6?8 см м'яко-еластичної консистенції, просочене темною кров'ю. Визначаються гематоми паравезикальної клітковини та між листками широкої зв'язки матки. При пальпації матки утворився дефект серозного покриву над утворенням, відділились згортки та елементи хоріону та розпочалась профузна кровотеча. Інтраопераційно встановлено діагноз "Відмерла вагітність в 9-10 тижнів, шийково-перешийкове розташування. Маткова кровотеча. Гематоми паравезикальної та парацервікальної клітковини". Нами консиліарно прийняте рішення про проведення пангістеректомії за життєвими показами з боку матері. Операція тривала 1 год 10 хв. Загальна крововтрата під час операції склала 1000 мл (500 мл доопераційна та 500 мл інтраопераційна).

При поступленні кількість еритроцитів склала 4,2?10??, рівень гемоглобіну - 125 г/л, на висоті кровотечі під час вишкрібання - 100 г/л. Коагулопатичних порушень не було. Під час операції та в ранньому післяопераційному періоді введено 363 мл еритромаси O(I) Rh-позитивної

та 428 мл свіжомороженої однокрупної плазми, 1600 мл кристалоїдів (вага пацієнтки 59 кг).

При огляді макропрепарату звертав на себе увагу дефект міометрія в ділянці перешийка та верхньої третини гіпертрофованої шийки матки з некротичними краями (рис. 1).



*Рис.1 Макропрепарат: видалене тіло матки разом з шийкою, яка містить ложе ектопічної вагітності з локалізацією в перешийковому відділі*

Результати патогістологічного дослідження: матка - набряк та гіпертрофія м'язового шару; шийка матки - множинні наботові кісти; перешийок - вростання ворсинок хоріону в слизовий та підслизовий шари. При дослідженні "пухлино-подібного утворення" серед мас крові спостерігалися ворсини хоріону з некрозом.

Післяопераційний період перебігав без ускладнень, хвора виписана на шосту добу без відхилень у результатах лабораторних досліджень під нагляд дільничного лікаря з відповідними рекомендаціями.

Аналіз даного випадку дозволяє стверджувати, що ймовірною причиною розвитку шийково-перешийкової вагітності у хворої О. є сукупність наступних факторів ризику: кесарів розтин в анамнезі в другому періоді пологів, інструментальний медичний аборт, тривале застосування внутрішньоматкової контрацепції.

Таким чином, даний випадок демонструє необхідність обов'язкової чіткої ультразвукової верифікації маткової локалізації плідного яйця перед медикаментозним перериванням вагіт-

ності, яку має здійснювати сертифікований лікар ультразвукової діагностики. Своєчасна діагностика шийково-перешийкової локалізації вагітності, в даному випадку, дозволила б застосувати медикаментозні або малоінвазивні хірургічні методи її лікування та зберегти пацієнтці репродуктивну функцію.

Література. 1. Акушерство: национальное руководство / [Айламазян Э.К., Кулаков В.И., Радзинский В.Е., Савельева Г.М.]; под ред. Э.К. Айламазяна - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1200 с. 2. Акушерство і гінекологія: національний підручник у 4-х томах / [Коллектив авторів]; за ред. В.М. Запорожана. - [Том 1. Акушерство]. - Київ: ВСВ "Медицина", 2013. - С.622-623 3. Кулаков В.И. Руководство по оперативной гинекологии / Кулаков В.И., Селезнева Н.Д., Белоглазова С.Е. - М.: МИА, 2006. - 434 с. 4. Опыт органосохраняющего лечения прогрессирующей шеечной беременности (обзор литературы и клинический случай) / [Падалко Л.И., Дубоссарская З. М., Дубоссарская Ю. А. и др.] // Жіночий лікар: журн. для практикуючих лікарів. - 2011. - № 1. - С. 12-16 5. Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний / [Пономарев В.В., Безрукова О.В., Уманская С.Г., Наумова Н.В.]; под ред. В.И. Кулакова, Л.В. Адамян. - М.: ПАНТОРИ, 2005. - С. 275-276. 6. Эхография в акушерстве и гинекологии. Теория и практика / [Флейшер А., Мэннинг Ф., Дженти Ф., Ромэро Р.; пер. с англ.]. - [6-е изд.]. - М.: МИА, 2005. - 544 с. 7. Dialani V. Ectopic pregnancy: a review/ V. Dialani, D. Levine // Ultrasound G.. - 2004. - V.20, №3. - P.105-117. 8. Management of analysis in case of ectopic pregnancy / [Kempf-Haber M., Wiechec M., Wicherek L. et al. // Ginekol. Pol.. - 2003. - V.74, №12. - P. 1557-1562. 9. Management of early viable cervical pregnancy / [Mesogitis S., Pilalis A., Daskalakis G. et al. // VJOG. - 2005. - V. 112, № 4. - P.409-411. 10. Sonographically guided minimally invasive treatment of unusual ectopic pregnancies / Doubilet P.M., Benson C.B., Frates M.C., Ginsburg E. // Ultrasound Med. - 2004. - V.23, №3. - P. 359-370.

## СЛУЧАЙ МАССИВНОГО МАТОЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕ ПОПЫТКИ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ПРЕРЫВАНИЯ ПЕРЕШЕЕЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Л.В.Никуфор<sup>1</sup>, Л.М.Рак<sup>1</sup>, М.І.Косевич<sup>2</sup>

**Резюме** Описан клинический случай массивного маточного кровотечения у пациентки, которой в анамнезе за три месяца до операции проводились попытки медикаментозного прерывания вовремя не диагностированной шеечно-перешеечной беременности. Данный клинический случай описан и проанализирован для ознакомления широкого круга специалистов с целью недопущения в дальнейшем диагностических и лечебных ошибок у пациенток с вышеуказаной локализацией эктопической беременности, что связано со значительными трудностями верификации данного диагноза.

**Ключевые слова:** перешеечная беременность, медикаментозное прерывание беременности, ультразвуковая диагностика, экстирпация матки.

## A CASE OF ABUNDANT UTERINE BLEEDING DUE TO AN ATTEMPT OF MEDICALLY INDUCED ABORTION DURING THE CERVICAL PREGNANCY

L. V. Nykyfor<sup>1</sup>, L. M. Rak<sup>1</sup>, M. I. Kosevych<sup>2</sup>

**Abstract:** The article describes a clinical case of abundant uterine bleeding in a patient who had undergone an attempt of medically induced abortion during not diagnosed cervical pregnancy three months before the operation. This clinical case has been described and analysed for a variety of specialists in order to avoid by them further possible diagnostic and treatment mistakes in patients with the above mentioned location of the ectopic pregnancy that is associated with significant difficulties of verification of the given diagnosis.

**Key words:** cervical pregnancy, medically induced abortion, ultrasound diagnostics, hysterectomy.

<sup>1</sup>Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

<sup>2</sup>CMI "Clinical Maternity Home №1" (Chernivtsi)

*Clin. and experim. pathol.* - 2014. - Vol.13, №2 (48). - P.181-184.

Надійшла до редакції 18.05.2014

Рецензент – доц. Ф.В. Семеняк

© Л.В. Никуфор<sup>1</sup>, Л.М. Рак<sup>1</sup>, М.І. Косевич<sup>2</sup> 2014