

ЭВАКУАЦИЯ ПЛОДНОГО ЯЙЦА НА ФОНЕ ВНУТРИМАТОЧНЫХ СИНЕХИЙ

Рушанья Исмагиловна Габидуллина^{1*}, Станислав Евгеньевич Савельев³,
Наиль Адамович Габитов², Ольга Николаевна Михайлова²,
Ляйсан Индусовна Сирматова², Наиль Равиелевна Назмутдинова⁴

¹Казанский государственный медицинский университет, г. Казань, Россия;

²Городская клиническая больница №7, г. Казань, Россия;

³Городская клиническая больница №16, г. Казань, Россия;

⁴Казанский (Приволжский) федеральный университет, г. Казань, Россия

Поступила 26.09.2016; принята в печать 06.10.2016.

Реферат

DOI: 10.17750/KMJ2016-967

Синдром Ашермана — спорная тема в гинекологии без чёткого консенсуса относительно лечения. Данная патология характеризуется образованием сращений в полости матки. Основной причиной этого расстройства является травма беременной матки, особенно после аборта, в послеродовом периоде или после замершей беременности. Синдром Ашермана имеет клинические проявления в виде нарушений менструального цикла и бесплодия. Беременность может осложняться преждевременными родами, предлежанием плаценты и её вращением. Появление метода гистероскопии изменило диагностику и лечение при внутриматочных синехиях, и гистероскопия служит наиболее ценным инструментом в настоящее время. Адгезиолизис при гистероскопии стал предпочтительным методом лечения в сочетании с курсом эстрогенов. В статье представлено клиническое наблюдение бессимптомного течения синдрома Ашермана у 29-летней женщины. Биполярная гистерорезекция синехий в сочетании с кюретажем оказалась эффективным и безопасным методом лечения.

Ключевые слова: синдром Ашермана, внутриматочные синехии, гистероскопия.

EVACUATION OF EMBRYO IN THE PRESENCE OF INTRAUTERINE ADHESIONS

R.I. Gabidullina¹, S.E. Savel'ev³, N.A. Gabitov², O.N. Mikhaylova², L.I. Sirmatova², N.R. Nazmutdinova⁴

¹Kazan state medical university, Kazan, Russia;

²City clinical hospital №7, Kazan, Russia;

³City clinical hospital №16, Kazan, Russia;

⁴Kazan federal university, Kazan, Russia

Asherman syndrome is a controversial topic in gynecology without a clear consensus for treatment. This pathology is characterized by adhesions in the uterine cavity. The main cause of this disorder is injuries to the gravid uterus especially in abortion, during postnatal period or after missed miscarriage. Menstrual disorders and infertility are characteristic clinical features of Asherman syndrome. Pregnancy may be complicated with premature labor, placenta previa and placenta accreta. Introduction of hysteroscopy has changed diagnosis and management of intrauterine synechiae and it is therefore considered the most valuable tool nowadays. Preferred treatment method is hysteroscopic lysis of adhesions combined with estrogens. A clinical case of asymptomatic Asherman syndrome in a 29 year old female is presented in the article. Bipolar hysteroscopic resection of synechiae in combination with curettage was proved to be an effective and safe method of treatment.

Keywords: Asherman syndrome, intrauterine synechiae, hysteroscopy.

Внутриматочные синехии до настоящего времени остаются актуальной проблемой в акушерстве и гинекологии. Впервые внутриматочные спайки были описаны Fritsch в 1854 г., однако их клиническую значимость показал Asherman в 1948 г. Иосиф Ашерман представил результаты наблюдения за 29 женщинами с аменореей и стенозом внутреннего зева шейки матки после родов [4]. С тех пор «синдром Ашермана» стал общепринятым термином, обозначающим внутриматочные синехии [5].

Беременная матка более подвержена развитию сращений, однако любая травма эндометрия, даже в небеременном состоянии, может вызвать их образование, поэтому в настоящее время этот термин включает все случаи спаечного процесса в полости матки, независимо от причин.

Внутриматочные синехии обычно ассоциированы с одним или несколькими клиническими проявлениями, такими как аменорея или другие нарушения менструального цикла, невынашива-

нием беременности и бесплодием. Беременность у женщин с синдромом Ашермана может осложняться абортами, преждевременными родами, предлежанием плаценты и её приращением [5].

За последние два десятилетия внедрение гистероскопии изменило принципы диагностики и лечения синдрома Ашермана. В настоящее время гистероскопия служит золотым стандартом диагностики и лечения внутриматочных сращений [15, 17]. Адгезиолизис во время гистероскопии позволяет достичь успешного анатомического восстановления полости матки в 57,8–97,5% случаев [7].

В статье представлено клиническое наблюдение за пациенткой с бессимптомным течением синдрома Ашермана, когда внутриматочные синехии были выявлены при неудачной попытке медикаментозного прерывания беременности.

Пациентка М. 29 лет поступила в гинекологическое отделение Городской клинической больницы №7 г. Казани с жалобами на незначительные мажущие кровянистые выделения в течение 2 нед после медикаментозного аборта,

Клинические наблюдения



Рис. 1. Ультразвуковое исследование органов малого таза пациентки М. Деформированное плодное яйцо в правом трубном углу полости матки. Внутриматочные синехии



Рис. 2. Гистероскопия. Частичная окклюзия устья левой маточной трубы



Рис. 3. Гистерорезекция синехий в правом трубном углу матки



Рис. 4. Гистероскопия. Визуализация плодного яйца после адгезиолиза

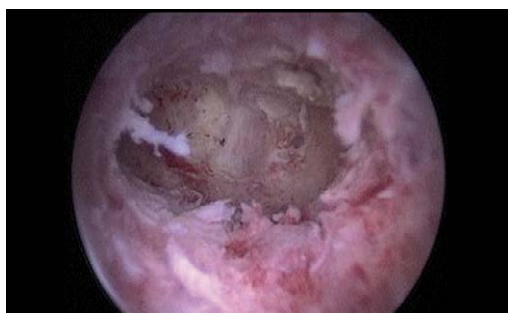


Рис. 5. Гистероскопия. Полость матки после адгезиолиза

выполненного на сроке 5–6 нед беременности.

Менструации с 12 лет, установились сразу, по 5–6 дней через 28 дней, регулярные, безболезненные. Замужем, предохраняется барьерным методом (с помощью презерватива). В анамнезе 2 беременности, завершившиеся срочными родами. Беременности и роды протекали без осложнений. Имеет 2 здоровых детей. Абортов и других внутриматочных вмешательств не было. Гинекологические заболевания и туберкулёз отрицает. Экстрагенитальные заболевания не выявлены. Гемотрансфузионный и аллергический анамнез не отягощён.

При ультразвуковом исследовании органов малого таза в полости матки визуализировалось деформированное плодное яйцо с неравномерно утолщённой хориальной оболочкой, неровным внутренним контуром. В просвете плодного

яйца определялось гиперэхогенное включение (вероятно, эмбрион) без кровотока. Эндометрий с неровным контуром за счёт втяжений, неоднородной структуры с гиперэхогенными включениями (синехии; рис. 1).

С учётом клинической картины и результатов ультразвукового исследования была произведена вакуум-аспирация содержимого полости матки, однако аспират оказался скудным, без элементов плодного яйца. При последующей гистероскопии визуализировать плодное яйцо в полости матки не удалось вследствие выраженных внутриматочных сращений, выявлены неполная внутриматочная перегородка и частичная окклюзия левой маточной трубы (рис. 2).

В соответствии с классификацией С. March, R. Izrael (1981) [12] определена II степень спаечного процесса. В связи с этим после получения добровольного информированного письменного согласия, в условиях развёрнутой операционной под внутривенной анестезией проведена гистерорезекция синехий в правом трубном углу матки (рис. 3) биполярным электродом с помощью системы Versopoint (США) и гистерорезектоскопа фирмы Storz (Германия).

После адгезиолиза удалось визуализировать плодное яйцо (рис. 4), которое было удалено методом кюретажа.

В завершение операции выполнена гистерорезекция внутриматочной перегородки, полностью восстановлена полость матки нормальных размеров (рис. 5).

Длительность операции составила 20 мин. Расход 0,9% раствора натрия хлорида 800,0 мл. Дефицит жидкости минимальный. Кровопотеря во время операции 50 мл.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Сразу после операции была начата терапия трансдермальным эстрадиолом с добавлением в последующем во вторую фазу цикла микронизированного прогестерона.

Пациентка была выписана на 4-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии с рекомендациями по приему эстроген-гестагенных препаратов для профилактики рецидива внутриматочных сращений.

На фоне эстроген-гестагенной гормональной терапии у пациентки восстановилась менструальная функция. При обследовании через 3 мес по результатам ультразвукового исследования восстановилась нормальная толщина эндометрия, эхографических признаков внутриматочных синехий нет. С учётом необходимости контрацепции через 3 мес пациентке была предложена гормональная контрацепция препаратом, содержащим аналог натурального эстрадиола.

Синдром Ашермана — одна из самых дискуссионных тем в гинекологии. Самая высокая частота этого заболевания (19%) была зафиксирована в Израиле, Греции и Южной Америке, а также в некоторых европейских странах [8]. В Российской Федерации доля женщин с внутриматочными синехиями варьирует от 3 до 13% [1]. Внедрение метода гистероскопии, позволившего визуализировать полость матки, показало, что сращения встречаются значительно чаще, чем было принято считать ранее [3].

До настоящего времени нет консенсуса относительно патогенеза заболевания. Методом электронной микроскопии выявлены серьёзные нарушения эндометрия на субклеточном уровне, такие как потеря рибосом, набухание митохондрий вследствие сосудистых и гипоксических изменений [6]. Изучаются вопросы нарушения кровоснабжения эндометрия и миометрия, влияния цитокинов в слизистой оболочке матки, генетический фактор [3, 6, 16].

Исследование факторов риска возникновения внутриматочных синехий показало, что в основе лежит ятрогенное повреждение эндометрия. Наиболее высокий риск развития внутриматочных спаек ассоциирован с выскабливанием полости матки после выкидыша и в промежутки между 2-й и 4-й неделями после родов [3]. Наложение компрессионных швов при послеродовом кровотечении в последующем также способствует формированию внутриматочных синехий [9].

Синдром Ашермана всегда следует исключать при наличии нарушений менструального цикла, бесплодии, невынашивании беременности, аномалиях расположения и прикрепления плаценты. Так, у больных с бесплодием внутриматочные синехии обнаруживают более чем в

половине случаев [2].

В связи с этим нам представился интересным случай бессимптомного течения заболевания. Женщина в анамнезе имела 2 родов, спайки были обнаружены лишь при неудачной попытке прерывания беременности. У пациентки не были нарушены менструальная и репродуктивная функции. Завершились в срок самопроизвольными родами 2 беременности. В течении родов и послеродовом периоде женщина осложнений не отмечала. Отрицала она также любые внутриматочные вмешательства. В соответствии с медицинскими документами и результатами обследования влияние туберкулёза было исключено. В силу её профессии пациентке регулярно ежегодно проводили медицинское обследование.

Визуализация полости матки методом гистероскопии позволила поставить правильный диагноз. В левом трубном углу матки синехии выглядели как нежная плёнка с проходящими в них сосудами. Справа определялись плотные белесоватые тяжи, обуславливавшие частичное заращение полости матки.

К сожалению, до настоящего времени не принята единая классификация внутриматочных синехий. Наиболее удобной и часто используемой является классификация С. March, R. Izrael (1981) [12]:

- I степень (минимальные спайки) — вовлечено менее 1/4 объёма полости матки, тонкие спайки, дно и устья труб свободны;
- II степень (умеренные спайки) — вовлечено от 1/4 до 3/4 объёма полости матки, слипания стенок нет, присутствуют только спайки, дно и устья труб частично закрыты;
- III степень (обширные спайки) — вовлечено более 3/4 объёма полости матки.

Выявленный нами спаечный процесс в полости матки классифицировался как умеренный.

Учитывая наличие плодного яйца и перегородки в полости матки, для лечения пациентки был выбран метод биополярной гистерорезекции. В ходе операции удалось добиться полного восстановления полости матки.

Дискуссионным остаётся вопрос эвакуации плодного яйца в подобных случаях. Удаление с помощью электрической энергии гистерорезектоскопа, по данным литературы, приводит к выраженным термическим повреждениям эндометрия. Удаление остатков трофобластической ткани под контролем гистероскопа при помощи гистерорезектоскопической петли без использования тока вызывает меньшую травматизацию [13]. Однако подобная процедура увеличивает время манипуляции, что создает риск гипергидратации. В связи с этим было принято решение применить кюретаж на этапе эвакуации плодного яйца.

Особого внимания заслуживает выбор метода реабилитации пациентки с целью восстановления менструальной и репродуктивной функций, предотвращения рецидива синехий.

По данным ряда авторов, краткосрочное размещение в полости матки инородных предметов (таких, как шары, катетеры, внутриматочные системы) препятствует формированию внутриматочных синехий [7]. Однако, учитывая риск перфорации матки, восходящей инфекции и дискомфорта для женщины, остановили выбор на медикаментозной терапии.

Применение эстроген-гестагенной терапии с целью стимулирования быстрого роста эндометрия оказалось эффективным в ряде наблюдений и позволило восстановить не только менструальную функцию, но и фертильность [10, 11]. Менструальная функция у наблюдаемой пациентки успешно восстановилась. Через 3 мес ультразвуковые признаки внутриматочных синехий, такие как неровные контуры эндометрия, прерывистое М-эхо [14], не визуализировались. В связи с тем, что женщина нуждалась в контрацепции, целесообразным посчитали использование комбинированного перорального контрацептива, содержащего аналог натурального эстрадиола.

Таким образом, течение синдрома Ашермана может быть бессимптомным. Мы согласны, что оптимальным методом лечения внутриматочных сращений тяжелой степени служит гистерорезекция с использованием биполярного электрода. Методика безопасна, малотравматична, эффективна. Пациенткам репродуктивного периода после адгезиолиза целесообразно назначение эстроген-гестагенных препаратов для профилактики образования повторных синехий в полости матки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению. Руководство. Под ред. Г.Т. Сухих, Т.А. Назаренко. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2010; 784 с. [Besploдный brak. Sovremenne podkhody k diagnostike i lecheniyu. Rukovodstvo. (Infertile marriage. Current approaches to diagnosis and treatment: a guide.) Ed. by G.T. Sukhikh, T.A. Nazarenko. Moscow: GEOTAR-Media. 2010; 784 p. (In Russ.)]
2. Попов Э.Н., Корсак В.С., Исакова Э.В., Забелкина О.И. Диагностика патологии полости матки у больных, страдающих трубно-перитонеальной формой бесплодия. *Ж. акушерства и жен. бол.* 2005; (3): 50–53. [Popov E.N., Korsak V.S., Isakova E.V., Zabelkina O.I.

The diagnostics of pathology in uterine cavity in patients with tubal and peritoneal type of infertility. *Zhurnal akusherstva i zhenskikh bolezney.* 2005; (3): 50–53. (In Russ.)]

3. Al-Inany H. Intrauterine adhesions: an update. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 2001; 11: 986–993.
4. Asherman J.G. Amenorrhoea traumatica (atretica). *J. Obstet. Gynaecol. Br. Emp.* 1948; 55 (1): 23–30.
5. Bhandari S., Bhavne P., Ganguly I. et al. Reproductive outcome of patients with Asherman's syndrome: A SAIMS experience. *J. Reprod. Infertil.* 2015; 16 (4): 229–235.
6. Chen Y., Chang Y., Yao S. Role of angiogenesis in endometrial repair of patients with severe intrauterine adhesion. *Int. J. Clin. Exp. Pathol.* 2013; 11: 1343–1350.
7. Conforti A., Alviggi C., Mollo A. et al. The management of Asherman syndrome: a review of literature. *Reprod. Biol. Endocrinol.* 2013; 11: 118.
8. Hooker A.B., Lemmers M., Thurkow A.L. Systematic review and meta-analysis of intrauterine adhesions after miscarriage: prevalence, risk factors and long-term reproductive outcome. *Hum. Reprod. Update.* 2014; 20 (2): 262–278.
9. Kim T., Ahn K.H., Choi D.S. A randomized, multi-center, clinical trial to assess the efficacy and safety of alginate carboxymethylcellulose hyaluronic acid compared to carboxymethylcellulose hyaluronic acid to prevent postoperative intrauterine adhesion. *J. Minim. Invasive Gynecol.* 2012; 19 (6): 731–736.
10. Magos A. Hysteroscopic treatment of Asherman's syndrome. *Reprod. Biomed Online.* 2002; 11 (3): 46–51.
11. March C.M. Management of Asherman syndrome. *Reprod. Biomed Online.* 2011; 1: 63–76.
12. March C.M., Israel R. Gestational outcome following hysteroscopic lysis of adhesions. *Fertil. Steril.* 1981; 36 (4): 455–459.
13. Reddy S., Rock J.A. Surgical management of complete obliteration of the endometrial cavity. *Fertil. Steril.* 1997; 11: 172–174.
14. Soares S.R., Barbosa dos Reis M.M., Camargos A.F. Diagnostic accuracy of sonohysterography, transvaginal sonography, and hysterosalpingography in patients with uterine cavity diseases. *Fertil. Steril.* 2000; 11: 406–411.
15. Song D., Xia E., Xiao Y. et al. Management of false passage created during hysteroscopic adhesiolysis for Asherman's syndrome. *J. Obstet. Gynaecol.* 2016; 36 (1): 87–92.
16. Tao Z., Duan H. Expression of adhesion-related cytokines in the uterine fluid after transcervical resection of adhesion. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi.* 2012; 11: 734–737.
17. Yu D., Wong Y.M., Cheong Y. et al. Asherman syndrome — one century later. *Fertil. Steril.* 2008; 89 (4): 759–779.