

СУДАЛГАА

СОРВИНЫ ЖИРЭМСНИЙ ОНОШЛОГОО,
ЭМЧИЛГЭЭНИЙ АСУУДАЛД

А.Мэндбаяр, Ц.Намжилцэрэн, Ц.Одонзул
Нийслэлийн Амгалан амаржих газар

Сорвины жирэмсэн нь умайн гадуурх жирэмслэлтийн харьцангуй ховор хэлбэр бөгөөд оношлогоо, эмчилгээ оройтвол амь насанд аюултай хүндрэл үүсгэдэг. ¹ Умайн сорвин дээрх жирэмсэн нь нийт жирэмслэлтийн 0,15%, кесар мэс заслын дараа тохиолдох умайн гадуурх жирэмсний 6,1%-д тохиолдоно. ² Сорвины жирэмсэн нь их хэмжээний цус алдалт, цочмог өвдөлт, улмаар умайн урагдал, амь насыг эрсдэлд оруулдаг. ^[3] Эрт оношлох нь консерватив эмчилгээг амжилттай болгох, хүндрэлээс урьдчилан сэргийлэх, эрхтэн хадгалахад чухал ач холбогдолтой юм. Оношилгоо нь ихэвчлэн үтрээний хэт авиагаар хийгддэг бөгөөд кесар мэс заслын сорвин дээр жирэмсний уутанцар бэхлэгдсэн, умайн хөндий хоосон байгаа нь харагддаг. Мөн давсаг болон умайн урд хананы хооронд трофобласт байгаа эсэх, хөврөл умайн урд талын хананаас товойсон, жирэмсний уутны (GS) хооронд миометр байхгүй зэрэг шинжийг харах боломжтой. Доплероор хэвийн бус судасжилтыг мөн харж болно ^{4,5,6} Сүүлийн жилүүдэд кесар мэс заслын тоо нэмэгдэж, хэт авиан оношилгоо сайжирсантай холбоотойгоор сорвины жирэмслэлтийн хоёр төрлийг тодорхойлсон: I хэв шинж (эндоген төрөл) сорвины өнгөн хэсэгт бэхлэгдэх, умайн дотор хананаас нааш чиглэсэн, II хэв шинж (экзоген төрөл) сорвины гүнд бэхлэгдэх, улмаар давсаг руу цүлхийсэн ⁷

байдаг бөгөөд I хэв шинж нь умайн сорвин дээр GS бэхлэгдсэн байх ба давсагны хооронд миометрийн зузаан нь 3 мм-ээс их байна. ⁸ II хэв шинж нь GS ба давсагны хоорондох миометрийн зузаан нь 3 мм-ээс бага байна. ^{9, 10} Хөврөлийн хөгжлийг зогсоож, цус алдалтаас сэргийлэх нь сорвины жирэмсний эмчилгээний менежментийн гол зорилго нь юм. Гэсэн хэдий ч кесар сорвины жирэмсний оновчтой эмчилгээний талаар дэлхий даяар тогтсон стандарт байхгүй хэвээр байна. Сорвины жирэмсний эмчилгээнд вакуум соруулах аргыг эмийн эмчилгээтэй хослуулан баллон катетатр тавих арга нь хэт авиан хяналтан дор хийгддэг бөгөөд үр дүнтэй ^[11] нарийн мэс засал хийх шаардлагагүйгээр аарцгийн эрхтэний үйл ажиллагааны бүрэн бүтэн байдлыг хадгалах боломжтой хамгийн бага инвазив процедур юм. ¹² Умайд хийгдэх тус ажилбарын үед их хэмжээний их цус алдалт байх бөгөөд энэ нь сорвины жирэмсний өвөрмөц хэв шинжтэй ¹³ холбоотой байж болно ^{14,15}. Өнөөдрийг хүртэл сорвины жирэмсний хэлбэрүүдэд эмчилгээний оновчтой аргууд хараахан батлагдаагүй, энэ талын ажил хомс учраас бидний судалгаа хийх үндэслэл болсон юм.

Зорилго: Сорвины жирэмсний үед хавсарсан эмчилгээний аргын аюулгүй байдал, зарим үр нөлөөг судлах

Материал, арга зүй: Судалгааг аналитик судалгааны аргыг ашиглан, просектив загвараар гүйцэтгэнэ.

Судалгааны хамрах хүрээ ба түүвэр: Судалгааг Нийслэлийн Амгалан амаржих газар (НААГ)-ын Эрсдэлтэй жирэмсний тусламжийн тасагт (ЭЖТТ) 2023 оны 08 сараас 2024 оны 08 сар хүртэлх хугацаанд сорвины жирэмсэн оношоор хэвтэн эмчлүүлсэн 56 тохиолдлыг сонгон судалсан. Судалгааны шалгуурыг хангасан 40 тохиолдлыг хамруулав.

Судалгаанд оруулах шалгуур: кесар мэс заслаар төрсөн (1 ба түүнээс дээш), аменорея, цусан дахь b-HCG түвшин нэмэгдсэн, сорвины жирэмсний оношлогооны шалгуурыг хангасан бөгөөд сорвины жирэмсэн онош батлагдсан, I болон II хэв шинжийг баталгаажуулсан ⁴; ⁵, 10 ба түүнээс доош долоо хоногтой.

Судалгаанаас хасах шалгуур: 12 сарын дотор үр хөндөлт хийлгэсэн, аарцгийн эрхтнүүдийн үрэвсэлт өвчин, үтрээний цус алдалт, эмнэлэгт хэвтэхээс өмнө сорвины жирэмсний эмчилгээ хийлгэсэн өвчтөнүүдийг судалгаанд хамруулаагүй.

Үр дүнгийн статистик боловсруулалтыг SPSS 25 программыг ашиглан

дескриптив болон нарийвчилсан статистик шинжилгээгээр пирсоны хи квадрат, Т тест, Спирмений корреляцийн коэффициентийг тооцож, утга 0.05-аас бага тохиолдолд статистикийн үнэн магадлалтай гэж үзнэ.

Судалгааны ажлын ёс зүйн асуудал: Судалгаа хийх ёсзүйн зөвшөөрлийг НААГ-ын дэргэдэх Судалгааны ёс зүйн хороогоор хэлэлцүүлж, гүйцэтгэсэн. Судалгаанд ашигласан материалууд судалгааны ёс зүйн хэм хэмжээний дагуу ашиглагдсан болно. Сорвины жирэмсэн оноштой өвчтөнүүдээс таниулсан зөвшөөрөл авч, хувийн мэдээллийг компьютерийн хаалттай систем бүхий файл үүсгэн, нууц дугаар өгөн зөвхөн судлаач нэвтрэх байдлаар зохцуулалт хийгдсэн болно.

Үр дүн: Судалгаанд оролцогчдын нас, урьд нь кесар мэс заслаар төрсөн тоо, үр хөндөлт, биений юм саатсан хоног, сүүлийн кесар мэс заслаас хойшхи хугацаа, GS-ийн дундаж диаметр, ургийн зүрхний цохилттой эсэх, эмчилгээ эхлэхээс өмнө цусан дахь b-HCG зэргийг судалсан (Хүснэгт 1).

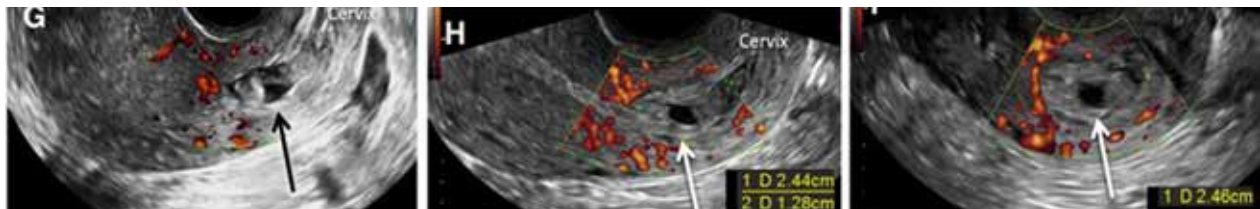
Хүснэгт 1. Сорвины жирэмсний I, II хэв шинжтэй өвчтөнүүдийн үндсэн шинж чанарыг харьцуулсан байдал

Хувьсагч	I төрөл (n=18)	II төрөл (n=22)	P утга
1. нас	32.8 ± 2.9	31.2 ± 4.0	0.06
2. аменорей	44.0 (41.0, 52.0)	45.0 (43.0, 51.0)	0.08
3. цусан дахь b-HCG (mIU/mL)	24,147 (24,098, 54000)	59,736 (31,603, 969,175)	0.06
4. үр хөндөлтийн тоо	2 (1, 3)	1 (1, 2)	0.10
5. кесар мэс заслаар төрсөн тоо	2 (3, 2)	3 (1, 2)	0.07
6. кесар мэс заслаас хойш хэдэн жилийн дараа жирэмсэлсэн	60 (35, 84)	60 (36, 84)	0.55
7. миометрийн зузаан (мм)	3.7 (3.3, 5.4)	2.0 (1.9, 2.5)	0.00
8. GS-ийн дундаж диаметр (мм)	19.0 (12.0, 23.2)	20.3 (17.0, 27.0)	0.01
9. ургийн зүрхний цохилт, (%)			0.56

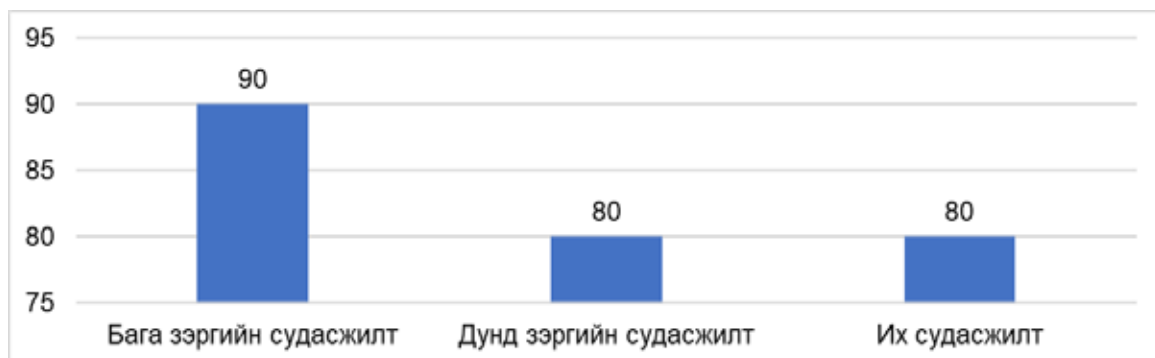
тийм	2(12.0)	6(27.3)
үгүй	16(88.0)	16(72.7)

Сорвины жирэмсний I, II хэв шинжийн үед GS сорвинд бэхлэгдэх миометр булчингийн зузаан $P<0.000$ статистик ач холбогдолтой. Кесар мэс заслын сорвин

дээр бэхлэгдсэн GS-ийн дундажийг диаметрээр тооцоход I, II хэв шинжийн үед $P<0.01$ статистик ач холбогдолтойг хүснэгт 1-ээр харуулав.



Зураг 1. GS-ийн диаметр ба судасжилтын байдал (бага, дунд, их судасжилттай)



Зураг 2. Судасжилтын байдал ба эмчилгээний үр дүн

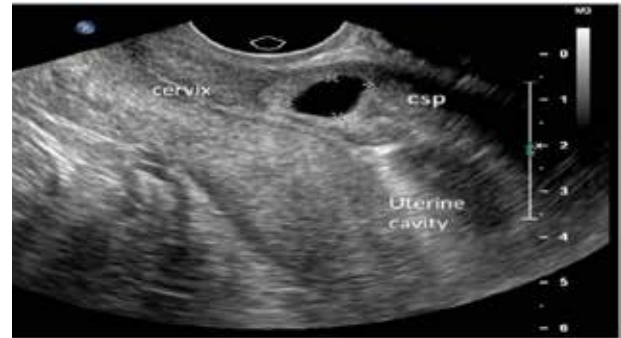
40 тохиолдлын 37-д нь буюу 92.5 хувьд эмчилгээний үр дүнтэй байлаа. Энэ нь судасжилтын зэрэгтэй ихээхэн хамааралтай байсан бөгөөд их судасжилттай 10 тохиолдлын 8 буюу 80 хувьд эмчилгээний үр дүн гарсан. Дунд зэргийн судасжилттай хүмүүсийн дунд эмчилгээний үр дүн 80 хувь, бага судасжилттай тохиолдлуудын дунд 90 хувь байсан ба статистик ач холбогдолтой $P<0.015$ байсан (Зураг 2). Бага зэргийн судасжилттай сорвины жирэмсний 10хувь, дунд болон их судасжилттай сорвины жирэмсний тус бүр 20 хувьд нь цус алдалт байсан. Нийт алдсан цусны дундаж хэмжээ 118.99 ± 34 мл (100-1000) мл байна. 30 тохиолдлын хувьд бага хэмжээний цус алдалт 100 мл, 11 тохиолдол нь 101-500 мл хүртэл,

2 тохиолдол нь 501-1000 хүртэлх буюу 980, 700 мл цус алдалттай байсан. Үр дүнтэй 38 тохиолдол hCG- 27556 (7552–45630.8) IU/L) болон цус алдсан 2 тохиолдол (28613 (9772–42559.0) IU/L) -д вакум соруулалт хийхээс өмнө b-hCG-ийн дундаж статистикийн хувьд ялгаатай байгаагүй. $P=0.915$. Хэдийгээр 500 мл-ээс их цус алдсан өвчтөнд вакум соруулалт хийхээс hCG-ийн дундаж 500 мл цус алдсан өвчтөнүүдээс өндөр байсан ч тэдгээрийн хоорондын ялгаа ажиглагдаагүй юм ($P=0.078$).

Бидний шалгуур үзүүлэлтийг хангасан 18 тохиолдол (75%) нь I хэв шинжийн сорвины жирэмсэн (Зураг 3), 22 тохиолдол (25%) нь II төрлийн (Зураг 4) ангилалд багтсан.



Зураг 3. Кесарын сорвины жирэмсний (CSP) I хэв шинж, жирэмсний хүүдий нь умайн хөндий рүү байрласан



Зураг 4. Кесарын сорвины жирэмсний (CSP) II хэв шинж, жирэмсний хүүдий нь сорвины гүн рүү нэвчиж, умайн серозон давхарга руу байрласан

Хэт авиан шинжилгээний хяналтан дор куретаж хийсэн аргачлал:

Эпидураль мэдээ алдуулалтын дор өвчтөнүүдийг липотомийн байрлалд оруулан хэт авиан хяналтан дор 40 Па вакуум даралттай 6.0 мм хошуу бүхий вакум соруулаар умайн хүзүүгээр дамжуулан болгоомжтой оруулсан. Жирэмсний эдийг салгахын тулд GS орчмын талбайг тойруулан алгуур

соруулсан. Дараа нь 20 нэгж окситоциныг гуяны булчинд тарьсан. Хэрэв умайн цус алдалт үүсвэл энгийн катетерийг натри хлоридын уусмалыг шахаж даралттай бөмбөлөг үүсгэн цус тогтоосон. Ийнхүү эхоны хяналтан дор бөмбөлгийг нүдэнд харагдах хүртэл аажмаар 10-25 мл хүртэл шингэнээр хийлсэн. Цус алдалтын хэмжээг тооцоолохын тулд катетарын төгсгөлийг ууттай холбосон (Зураг 5, 6).



Зураг 5. 20 мл натри хлоридоор дүүргэсэн Фоли катетерийн бөмбөлөг (хар сумаар заасан)



Зураг 6. катетарын ууттай холбогдсон байдал

Манай эмнэлэгт сорвины жирэмсэн оношлогдсон 40 өвчтөнд метотрексатыг биеийн гадаргууд болох томъёогоор бодож тарьсан. 72 цагийн дараа мифепростон 200 мг уулган 36 цагийн дараа вакумаар соруулсан. Энгийн катетерийг 12-24 цагийн турш байрлуулан эмчилгээний явцад өвчтөнүүдийг хэвтрийн дэглэмд байлгасан. Хэрэв цус алдалт үүсвэл мэс засал, умайн

артерийн эмболизаци зэргийг хийх бэлэн байдалд байв. Катетарын гуурсаа катетерийн ууттай холбож, 24 цагийн хугацаанд гарах цусны хэмжээг хянасан. 12 цагийн дараа 2-3 мл-ээр 4 цагийн зайтай бөмбөлгийн шингэнийг сулласан. Катетарыг авснаас хойш 6 цагийн дараа хэт авиан шинжилгээнд харж ажигласан. Эмгэг судлалын шинжилгээнд сорвины жирэмсний бүх тохиолдлуудад chorionic

villi болон trophoblastic эд батлагдсан юм.

Дүгнэлт:

1. Кесар мэс заслын сорвины жирэмсний I, II хэв шинжийг бүрэн оношлох боломжтой бөгөөд II хэв шинж давамгайл оношлогдож байна.
2. Эмийн эмчилгээ, вакуум соруулалт, баллон катетрийн эмчилгээний үр дүнтэй хавсарсан арга 92.5 хувь байна.

Талархал: Туссудалгааг хийж гүйцэтгэхэд дэмжиж тусалсан НААГ-ын судалгааны ёс зүйн хэсгийн хорооны дарга гишүүд болон ЭЖТТ-ийн тасгийн эмч С.Шийлэгпагам, К.Гүлгайм, Т.Бавуугарьд, П.Очирхүрд, Д.Бадамгарав, П.Таравчамбуу нартаа гүн талархсанаа илэрхийлье.

Ном зүй

1. Rajakumar C, Agarwal S, Khalil H, Fung Kee Fung KM, Shenassa H, Singh SS: Cesarean scar pregnancy. J Obstet Gynaecol Can 2015;37(3):199–200.
2. Tulpin L, Morel O, Malartic C, Barranger E: Conservative management of a cesarean scar ectopic pregnancy: a case report. Cases J 2009;2:7794.
3. Larsen JV, Solomon MH: Pregnancy in a uterine scar sacculus—an unusual cause of postabortal haemorrhage: a case report. S Afr Med J 1978;53(4):142–143.
4. Ofili-Yebovi D, Ben-Nagi J, Sawyer E, et al: Deficient lower-segment cesarean section scars: prevalence and risk factors. Ultrasound Obstet Gynecol 2008;31(1):72–77.
5. Rotas MA, Haberman S, Levгур M: Cesarean scar ectopic pregnancies: etiology, diagnosis, and management. Obstet Gynecol 2006;107(6):1373–1381.
6. Ash A, Smith A, Maxwell D: Cesarean scar pregnancy. BJOG 2007;114(3):253–263.
7. Shah JS, Nasab S, Papanna R, et al. Management and reproductive counseling in cervical, caesarean scar and interstitial ectopic pregnancies over 11 years: identifying the need for a modern management algorithm. Hum Reprod Open. 2019;2019(4):hoz028.
8. Timor-Tritsch IE, Monteagudo A, Santos R, Tsymbal T, Pineda G, Arslan AA: The diagnosis, treatment, and follow-up of cesarean scar pregnancy. Am J Obstet Gynecol 2012;207(1):44.e1–13
9. Papillon-Smith J, Sobel ML, Niles KM, et al. Surgical management algorithm for caesarean scar pregnancy. J Obstet Gynaecol Can. 2017;39(8):619–626.
10. Family Planning Subgroup, Chinese Society of Obstetrics and Gynecology, Chinese Medical Association. Expert opinion of diagnosis and treatment of cesarean scar pregnancy (2016). Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi. 2016;51:568–572.
11. Orsi F, Arnone P, Chen W, et al. High intensity focused ultrasound ablation: a new therapeutic option for solid tumors. J Cancer Res Ther. 2010;6(4):414–420.
12. Lin Y, Xiong C, Dong C, et al. Approaches in the treatment of cesarean scar pregnancy and risk factors for intraoperative hemorrhage: a retrospective study. Front Med. 2021;24(8):682368.
13. Huang L, Zhao L, Shi H. Clinical efficacy of combined hysteroscopic and laparoscopic surgery and reversible ligation of the uterine artery for excision and repair of uterine scar in patients with type II and III cesarean scar pregnancy. Med Sci Monit. 2020; 26:e924076.
14. He Y, Wu X, Zhu Q, et al. Combined laparoscopy and hysteroscopy vs. uterine curettage in the uterine artery embolization based management of cesarean scar pregnancy: a retrospective cohort study. BMC Womens Health. 2014;14:116.
15. Rodrigues DB, Stauffer PR, Vrba D, et al. Focused ultrasound for treatment of bone tumours. Int J Hyperthermia. 2015;31(3): 260–271.

ABSTRACT

CESAREAN SCAR PREGNANCY OF DIAGNOSIS
TREATMENT, AND RESULTS

Mendbayar A, Namjiltseren Ts. Odonzul Ts
Amgalan Maternity Hospital

Objectives: Caesarean scar pregnancy (CSP) is a very rare and dangerous form of pregnancy because of the increased risk of rupture and excessive hemorrhage. There is currently no consensus on the treatment. We studied if methotrexate (MTX) therapy followed by suction curettage followed by simple catheter was a viable treatment for patients with CSP.

Study design: Forty patients with CSP in our hospital received a single dose MTX by intramuscular injection. If gestational cardiac activity was seen on transvaginal ultrasound After 3 days, vacuum curettage was performed to remove the retained products of conception and blood clot (CSP

mass) under transabdominal sonography (TAS) guidance. After the suction curettage, a simple catheter balloon was placed into the isthmic portion of cervix.

Results: The resolution time of the serum b-hCG was 20.62 5.41 (9–33) days. The time to CSP mass disappearance was 12.57 4.37 (8–25) days. Overall success of the primary treatment was recorded among 40 (37) 92.5% and significantly correlated with degree of vascularity, type of CSP, and beta hCG levels. Conclusions: MTX administration followed by suction curettage followed by Foley tamponade was an effective treatment for caesarean scar pregnancy