

УДК 618.14-005.7-089.819.8

**ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЕ
КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ
ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ
С ИМПЛАНТАЦИЕЙ В ШЕЙКЕ МАТКИ
НА СРОКЕ ШЕСТЬ НЕДЕЛЬ
БЕРЕМЕННОСТИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)**

Пономарёв Владислав Викторович – д.м.н.,
профессор
ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»;
*ГБОУ ВО «Кубанский государственный
медицинский университет», Краснодар, Россия*

Сергеева Елена Владимировна – к.м.н.
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия*

Демченко Анна Игоревна
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия*

Шеечная беременность – медико-социальная проблема, представляющая огромный интерес для широкого спектра специалистов в сохранении репродуктивного здоровья и жизни молодой женщины. Статья посвящена проблеме органосохраняющего метода лечения шеечной беременности, а именно – эмболизации маточных артерий на подготовительном этапе перед выскабливанием цервикального канала под контролем гистероскопии.

Ключевые слова: ЭКТОПИЧЕСКАЯ
БЕРЕМЕННОСТЬ, ШЕЕЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ,
ЭМБОЛИЗАЦИЯ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ

UDC 618.14-005.7-089.819.8

**ORGAN-PRESERVING COMPLEX
TREATMENT OF ECTOPIC PREGNANCY
WITH INPLANTATION IN THE NECK
OF WOMB AT 6-WEEK GESTATION
(CLINIC CASE)**

Ponomarev Vladislav Viktorovich – MD,
professor
SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»;
*SBEA HPE «Kuban state medical university»,
Krasnodar, Russia*

Serheeva Elena Vladimirovna – MD
*SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»,
Krasnodar, Russia*

Demchenko Anna Igorevna
*SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»,
Krasnodar, Russia*

Neck womb pregnancy is a medical-social problem. It has of great interest for wide circle of specialists in preservation of reproductive performance of young women and their lives. The article devoted to the problem of organ-preserving technique of treatment of cervical pregnancy, namely embolization of uterine arteries at preparatory stages before endocervical curettage under hysteroscopy control.

Key words: ECTOPIC PREGNANCY, CERVICAL
PREGNANCY, EMBOLIZATION OF UTERINE
ARTERIES

Введение

Внематочная беременность – это имплантация плодного яйца вне децидуально измененного эндометрия (вне полости матки). Основным местом локализации являются маточные трубы (98 % случаев эктопической беременности): ампулярный отдел – 81 %, перешеек трубы – 12 %, фимбриальный конец – 5 %, интерстициальный сегмент – 2 %. Другими местами возможной локализации эктопической беременности являются яичники, шейка матки, брюшная полость (брюшно-полостная беременность встречается в 1 % случаев). Внематочная беременность встречается с частотой примерно 20 на 1000 беременностей (общемировые данные).

В случае шеечной беременности, которая встречается в 0,1 % всех эктопических беременностей, плодное яйцо определяется в цервикальном канале.

Шеечная и перешеечно-шеечная беременность – относительно редкое ее осложнение, являющееся вариантом дистальной эктопической беременности. Частота эктопических беременностей составляет 0,5–1,0 % к общему числу беременностей; шеечная беременность – 1 на 9 000–12 000 (0,3–0,4 %); гетеротопическая беременность – 1/30 000 (1/100 в программах ВРТ). Гетеротопическая беременность с шеечной локализацией одного из плодных яиц – эксклюзивный вариант. В мировой практике зафиксировано немного – более 37 подобных случаев.

Основополагающими причинами возникновения осложнения принято считать: морфологические изменения эндометрия, связанные с его травматизацией после осложненного течения предыдущих родов и послеродового периода, аборт, диагностических выскабливаний; оперативные вмешательства на матке с последующим образованием рубца и воспалительными процессами в эндометрии; нарушение рецептивности эндометрия, изменение «окна имплантации», гиперсекреторные изменения эндометрия, возраст матери, хромосомные поломки в трофобластической тка-

ни, гиперпластические процессы эндометрия, длительное применение комбинированных оральных контрацептивов (КОК).

В настоящее время частота случаев шеечной беременности стала возрастать. Вероятно, значительный вклад в этот процесс вносит более широкое применение различных инвазивных внутриматочных процедур, операций кесарева сечения, вспомогательных репродуктивных технологий.

В патогенезе можно выделить следующие этапы: имплантация бластоцисты в шейку матки, ворсины хориона быстро пенетрируют слизистый и мышечный слой шейки матки и проникают в параметрий с последующей деструкцией кровоснабжающих сосудов, что приводит к кровотечению.

Методы диагностики

Подтвердить клинический диагноз шеечной и перешеечно-шеечной беременности можно с помощью влагалищного исследования, ультразвуковой диагностики, определения β -субъединицы хорионического гонадотропина человека (β -ХГЧ) в сыворотке крови эндоскопическими методами – гистероскопия, гистерорезектоскопия с гистологическим исследованием биопсийного материала.

К ультразвуковым признакам шеечной беременности относятся: отсутствие плодного яйца в полости матки, не соответствующее сроку беременности увеличение матки (до 4–6 нед) или отсутствие значимого ее увеличения, изменение эндометрия по гравидарному типу, его утолщение, увеличение ширины шейки матки с плодным яйцом в цервикальном канале.

Наличие прогрессирующей шеечной беременности всегда угрожает жизни женщины, так как эта патология приводит к возникновению профузного кровотечения и потере органа после экстирпации матки. Несомненно, ранняя диагностика шеечной беременности позволяет предотвратить массивное кровотечение, выбрать метод лечения, сохранить пациент-

ке репродуктивную функцию. В литературе за последнее время все чаще встречаются данные по применению консервативных методов лечения при шеечной беременности.

Цель исследования: продемонстрировать эффективность лечения шеечной беременности методом эмболизации маточных артерий для сохранения репродуктивной функции.

Описание клинического случая

21.05.2019 г. 16:52 пациентка И.Н.А. (28 лет) обратилась в приемное отделение с жалобами на боль внизу живота с тенденцией к усилению.

Из анамнеза известно, что пациентка у гинеколога наблюдалась регулярно.

Последняя нормальная менструация наступила 14.04.2019.

В анамнезе – двое срочных родов, три аборта.

В 2014 г. внематочная беременность трубной локализации (была произведена тубэктомия лапаротомическим доступом).

Общеклиническое обследование включало: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, коагулограмму, ЭКГ, определение уровня β -ХГЧ крови, УЗИ матки и придатков. Больная обследована в соответствии с принятыми стандартами (Приказ № 572-н).

Общеклинические и биохимические анализы в пределах нормы, β -ХГЧ – 81618 мМЕ/мл. По данным УЗИ: влагалище имбибировано множественными сгустками. Плодное яйцо по передней стенке шейки матки, ближе к внутреннему зеву диаметром 3×3 см, что соответствует 6 неделям беременности. Матка не увеличена, ее полость расширена, с жидкостным содержимым.

С учетом молодого возраста, высокого интереса в сохранении детородной функции, отсутствия кровотечения, не отягощенного соматического анамнеза, а также небольшого срока беременности, данных ультразвукового сканирования, клинического обследования решено было предпри-

нять попытку проведения органосохраняющего лечения беременной. Применение селективной эмболизации маточных артерий в сочетании с удалением плодного яйца и выскабливанием стенок цервикального канала и полости матки (под эхографическим контролем) является безопасным и эффективным методом лечения пациенток с шеечной беременностью, не имеющим противопоказаний и позволяющим сохранить детородную функцию.

Пациентке была выполнена эндоваскулярная эмболизация сосудов микроэмболами по методике Сельдингера. Катетер проводится через бифуркацию аорты в коллатеральную внутреннюю подвздошную артерию и низводится к месту отхождения маточной артерии. После этого выполняется введение эмболов в просвет сосуда под постоянным рентгеновизуальным контролем. После остановки кровотока аналогично эмболизацию проводят с другой стороны. Эффект методики обусловлен полной редукцией кровотока в маточных артериях.

В итоге коллатеральное кровообращение в матке становится основным, а также объем циркулирующей крови снижается в два раза.

Дальнейший этап предусматривал проведение обзорной гистероскопии, выскабливание цервикального канала, удаление плодного яйца из плодовместилища.

Результат патогистологического исследования (ПГИ): шеечная беременность: слизистая истмического отдела, ворсины хориона, децидуальная ткань.

Послеоперационный период протекал без особенностей. Пациентка была выписана в удовлетворительном состоянии на четвертые сутки.

Заключение

Таким образом, органосохраняющее лечение шеечной беременности с применением эмболизации маточных артерий позволило сохранить репродуктивную функцию женщины. Стоит отметить, что ведение пациент-

ки осуществлялось в условиях стационара третьего уровня, что является основой успеха. В условиях стационара Краевой клинической больницы № 2 проводилось круглосуточное наблюдение за изменениями состояния пациентки дежурным гинекологом отделения с привлечением дополнительных методов диагностики (кабинет УЗИ, экстренная лаборатория, экстренная операционная), рентгенохирургом, анестезиологической и реанимационной службами.

Список литературы

1. *Айламазян Э. К.* Гинекология : учебник для медицинских вузов / Э. К. Айламазян. – СПб.: СпецЛит, 2013. – 163 с.
2. *Внематочная (эктопическая) беременность : клинические рекомендации / Л. В. Адамян и др., 2017.*
3. *Крылова Ю. С.* Рецептивность эндометрия: молекулярные механизмы регуляции имплантации / Ю. С. Крылова, И. М. Кветной, Э. К. Айламазян // Журнал акушерства и женских болезней. – 2013; 2: 63–74.
4. *Адамян Л. В.* Комбинированное лечение шеечной беременности / Л. В. Адамян, И. С. Чернова, А. В. Козаченко // Акушерство и гинекология. – 2012; 4–2.
5. *Kim T. J., Seong S. J., Lee K. J. et al.* Clinical outcomes of patients treated for cervical pregnancy with or without methotrexate // J Korean Med Sci. – 2004. – Vol. 19. – P. 848–852.
6. *Ищенко А. И.* Возможности малоинвазивной хирургии в лечении больных шеечной беременностью / А. И. Ищенко, А. Д. Липман и др. // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2004. – Т 3, № 3. – С. 2–16.
7. *Байгазаков А. Т.* Цервикорезектоскопия в лечении шеечной и перешеечно-шеечной беременности с применением гемостатической композиции тахокомб / А. Т. Байгазаков, М. С. Мусуралиев, Н. А. Маманов, А. М. Абдиева // Московский хирургический журнал. – 2015. – № 4. – С.26–28.
8. *Давыдов А. И.* Шеечная беременность: этиопатогенез, диагностика, методы органосберегающего лечения / А. И. Давыдов, А. Н. Стрижаков, А. Д. Подтетенов, М. Н. Шахламова // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2014. – Т. 13, № 4. – С. 78–85.
9. *Гажонова В. Е.* Ультразвуковая диагностика в гинекологии 3D / В. Е. Гажонова. – М.: МЕДпресс-информ, 2005. – С. 261.
10. *Сумовская А. Е.* Возможности сохранения репродуктивной функции у женщин с шеечной беременностью / А. Е. Сумовская, И. В. Вахламова, М. Л. Хехонская // Акушерство и гинекология. – 2000. – № 2. – С. 57–59.