

М.А. Яковлева, М.О. Майорова
**ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТКИ С ШЕЕЧНОЙ
 БЕРЕМЕННОСТЬЮ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ПРОГНОЗА ДЛЯ ЖИЗНИ**

Научный руководитель: д-р мед. наук, проф. О.Б. Калинкина,

д-р мед. наук, проф. Ю.В. Тезиков

Кафедра акушерства и гинекологии

Самарский государственный медицинский университет

M.A. Yakovleva, M.O. Mayorova
**CHOICE OF TREATMENT PATIENTS WITH CERVICAL PREGNANCY
 FROM THE POINT OF VIEW OF PROGNOSIS FOR LIFE**

Tutors: MD, professor O.B. Kalinkina,

MD, professor Yu.V. Tezikov

Department of Obstetrics and Gynecology IKM

Samara State Medical University

Резюме. В данной работе рассмотрен опыт успешного применения эмболизации ветвей маточных артерий при шеечной беременности, чем обеспечилась возможность бескровного удаления плодного яйца без повреждения шейки матки и реализации репродуктивных планов пациентки в будущем.

Ключевые слова: внематочная беременность, шеечная беременность, аборт, эмболизация маточных артерий.

Resume. In this paper, the experience of successful use of embolization of the branches of the uterine arteries in cervical pregnancy was considered, which ensured the possibility of bloodless removal of the fetal egg without damaging the cervix and the implementation of the patient's reproductive plans in the future.

Keywords: ectopic pregnancy, cervical pregnancy, abortion, uterine artery embolization.

Актуальность. Шеечная беременность - вариант эктопической беременности, при которой nidация и развитие зародыша происходит не в полости матки, а в цервикальном канале. Частота встречаемости данной патологии – 1 случай на 9000–12000 беременностей (0,1–0,4%) [1]. Возникновение шеечной беременности обусловлено невозможностью имплантации бластоцисты в полости матки ввиду либо нарушения функции эндометрия, либо недостаточной активности трофобласта. Предпосылки для возникновения шеечной локализации беременности могут быть обусловлены следующими основными причинами: органической патологией матки, инвазивными вмешательствами в полости матки, нарушениями в генотипе зародыша [2]. Шеечная беременность относится к редким формам внематочной беременности, в связи с этим могут быть ошибки в постановке диагноза, поскольку клиника вариабельна. Проявления патологии разнообразны - от безболезненного маточного кровотечения, которое может быть принято за менструацию, до тяжелого состояния женщины, обусловленного критическим уровнем кровопотери или вторичными инфекционными осложнениями [3]. Выраженное кровотечение обусловлено прорастанием трофобластом стенки a.uterina и/или отходящей от нее a.vaginalis. Диагностика данной патологии достаточно сложна, диагноз ставят с запозданием, но нужно заподозрить и исключить это редкое состояние при периодически возобновляющихся маточных кровотечениях, особенно если со временем они

становятся обильнее. Бимануальное исследование и осмотр в зеркалах позволяет диагностировать наличие цианоза и бочкообразной деформации шейки матки, эксцентрического смещения наружного зева, а также наличие плодного яйца, спаянного со стенками цервикального канала. Критериями УЗ-диагностики шеечной беременности служат гиперэхогенность эндометрия, отсутствие плодного яйца в полости матки, расширение цервикального канала, содержащее плодное яйцо и плацентарную ткань, цветное доплеровское исследование выявляет характерный кольцевидный рисунок в аномально расположенном плодном яйце [4]. Согласно клиническим протоколам, лечение данной патологии - хирургическое, варианты включают в себя радикальную операцию (гистерэктомия) или гистерорезектоскопическое удаление плодного яйца на фоне цитостатической терапии метотрексатом в сочетании с фолиевой кислотой, возможно в сочетании с эмболизацией маточных артерий [1]. Несмотря на то, что радикальное хирургическое лечение (гистерэктомия) надёжно в плане профилактики развития жизнеугрожающих осложнений, оно препятствует в дальнейшем реализации репродуктивных планов пациентки. Эктопическая беременность может быть результатом отсутствия контрацепции, и часто является очень желанной. В связи с этим нужно рассматривать любой эффективный и безопасный вариант сохранения репродуктивной функции у пациентки с этим диагнозом, переходя к органосохраняющей операции только при невозможности проведения других методов лечения.

Цель: оценка эффективности и прогноза органосохраняющего лечения, проведенного пациентке с прервавшейся шеечной беременностью.

Задачи:

1. Изучение клинического случая шеечной беременности.
2. Обоснование выбора предложенной тактики лечения.
3. Формулировка выводов в свете прогноза для жизни у такой категории пациенток.

Материалы и методы. Нами были изучены результаты обследования и лечения больной Н., 29 лет, поступившей в гинекологическое отделение ГБУЗ СОКБ им. В.Д. Середавина 15.04. 2022 года с жалобами на скудные мажущие кровянистые выделения из влагалища. При сборе анамнеза выяснено, что пациентка не предохранялась. Ранее было 5 беременностей, из которых три закончились искусственными абортами по желанию женщины при сроках 6-7 недель беременности, две – самопроизвольными выкидышами при сроках 5-6 недель беременности. Пятая беременность закончилась самопроизвольным абортом при сроке 5 недель беременности в 2019 году, с последующим выскабливанием полости матки по поводу остатков частей плодного яйца. После этого беременность не наступала. Н. проходила обследование и лечение в ГБУЗ «Самарский областной медицинский центр Династия» с диагнозом: «Бесплодие вторичное, комбинированного генеза. Трубно – перитонеальный фактор бесплодия. МФЯ. Эндокринный фактор бесплодия. Микропролактинома гипофиза. Гиперпролактинемия, скорректированная медикаментозно. Хронический эндометрит. Иммунологический фактор бесплодия. Мужской фактор бесплодия (MAR тест 100 %). Десенситизация системы гипофиз – гипоталамус – яичники. Подготовка эндометрия. Перенос размороженных эмбрионов». Проходила лечение

методом ЭКО. Стимуляция осуществлялась по криопротоколу с подготовкой эндометрия препаратом дивигель. Был осуществлен перенос 2 эмбрионов в полость матки. На 14 день после переноса эмбрионов проводилось исследование крови на ХГЧ, результат анализа - 616, 66м МЕ/мл, был подтвержден факт прогрессирования данной беременности. На 22 день после переноса эмбрионов у женщины появились мажущие кровянистые выделения из влагалища. Пациентка обратилась в медицинский центр «Династия». Было проведено ультразвуковое исследование органов малого таза, поставлен диагноз «Шеечная беременность малого срока». Пациентка в экстренном порядке госпитализирована в гинекологическое отделение ГБУЗ СОКБ им. В.Д. Середавина. Осмотрена консилиумом в составе заместителя главного врача по акушерству и гинекологии, заведующего гинекологическим отделением, лечащего врача. Объективно состояние женщины удовлетворительное, показатели гемодинамики в норме, данных за воспалительный и болевой синдром в пределах брюшной полости нет. При условиях развернутой операционной проведено гинекологическое исследование пациентки. Гинекологический статус без особенностей. Осмотр с помощью зеркал: слизистая влагалища синюшного цвета, шейка матки также синюшного цвета, бочкообразной формы. Выделения из половых путей скудные, сукровичные, мажущие. При УЗ-исследовании были получены данные за шеечную локализацию плодного яйца. Диагноз: «Беременность шеечная, 6 недель, прервавшаяся. Бесплодие вторичное, комбинированного генеза в анамнезе. Трубно – перитонеальный фактор бесплодия. МФЯ. Эндокринный фактор бесплодия. Микропролактинома гипофиза. Гиперпролактинемия, скорректированная медикаментозно. Хронический эндометрит. Иммунологический фактор бесплодия. Мужской фактор бесплодия (MAR тест 100 %). Десенситизация системы гипофиз – гипоталамус – яичники. Подготовка эндометрия. Перенос размороженных эмбрионов». В день поступления после подтверждения диагноза пациентке была выполнена операция эмболизация маточных артерий. После эмболизации маточных артерий была проведена операция: мануальная вакуумная экскохлеация плодного яйца, гистерорезектоскопия, интрацервикальная электрохирургическая резекция зоны имплантации плодного яйца. Обезболивание - спинномозговая анестезия. Послеоперационный период протекал без осложнений. Получала антибактериальную, противовоспалительную терапию. Значимых изменений в показателях данных лабораторной диагностики выявлено не было. Проведено гистологическое исследование макропрепарата. Заключение: прервавшаяся шеечная беременность 6 недель. Пациентка была выписана в удовлетворительном состоянии под наблюдение врача женской консультации. При выписке было рекомендовано решить вопрос о планировании последующей беременности после проведения консультации репродуктолога, оценки полноценности шейки матки с помощью УЗИ, ГСГ, гистероскопии в плановом порядке, с соблюдением контрацепции до окончания периода обследования.

Результаты и их обсуждение. Возникновение шеечной беременности в данном клиническом случае могло быть обусловлено сочетанием нескольких факторов риска развития этого варианта внематочной беременности: выскабливание полости матки в анамнезе, наличие хронического эндометрита, мужского фактора бесплодия, нарушения гормональной регуляции гипоталамо – гипофизаной системы, вызванного

наличием микропролактиномы гипофиза, а также наступление беременности в результате ЭКО. Уже на этапе сбора анамнеза клиницист должен отметить возможную неполноценность эндометрия и осложнения, которые могут возникнуть при этом состоянии, в частности такой редкий вариант патологии имплантации. При гинекологическом исследовании и УЗ-исследовании были получены данные, подтвердившие шеечную беременность. Это послужило основанием для ранней диагностики данной патологии и госпитализации женщины в экстренном порядке. Своевременная диагностика данной патологии позволила избежать обильного кровотечения, что дало возможность провести органосохраняющее оперативное лечение. Эффективным этапом органосохраняющего лечения при шеечной беременности является проведение эмболизации ветвей маточных артерий, что позволяет затем бескровно удалить плодное яйцо, что и было выполнено в описываемом клиническом случае. При невозможности или неэффективности при шеечной беременности выполнения перечисленных органосохраняющих мероприятий, а также при массивном кровотечении показана гистерэктомия.

Выводы: в данном клиническом случае предупреждение у пациентки нежелательной беременности путем назначения рациональной контрацепции, которое дало бы возможность избежать искусственных абортов и осложнения, сопровождающегося выскабливанием полости матки, своевременная диагностика причин бесплодия и невынашивания беременности, а также профилактика и эффективное лечение хронического эндометрита позволили бы снизить риск возникновения или избежать возникновения шеечной беременности. Настороженность врачей в отношении этой редкой патологии позволила выявить такой вариант внематочной беременности и не допустить возникновения тяжелых осложнений, а также выполнить органосохраняющее оперативное лечение, дающее пациентке в последующем возможность реализовать её репродуктивные планы. На основании изучения данного клинического случая можно сделать вывод об эффективности предложенной тактики ведения пациентки с шеечной беременностью и возможность рекомендовать такой вариант врачебной тактики при лечении пациенток с данной патологией.

Литература

1. «Российское общество акушеров-гинекологов» (РОАГ), «Ассоциация акушерских анестезиологов-реаниматологов». Клинические рекомендации «Внематочная (эктопическая) беременность». Год утверждения: 2021.
2. Ankum W.M., Mol B.W., Van der Veen F., et al. Risk factors for ectopic pregnancy: a meta-analysis. *Fertility and sterility*. 1996. Vol. 65(6). P. 1093–1099
3. Адамян Л.В., Чернова И.С., Козаченко А.В. Шеечная беременность – современный взгляд на проблему. Системный анализ и управление в биомедицинских системах. 2010. Т. 9, № 4. С. 749–754.
4. Давыдов А.И., Кузьмина Т.Е., Рубина Е.В., и др. Возможности современной эхографии в диагностике внематочной беременности различной локализации. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2015. Т. 14, № 6. С. 69–78.