

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ШЕЕЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ. ДИАГНОСТИКА И ТЕРАПИЯ

A CASE REPORT OF CERVICAL ECTOPIC PREGNANCY. DIAGNOSIS AND THERAPY

**N. Grigoryan
L. Galustyan
J. Sargsyan**

Summary. In Russia, ectopic pregnancy miscarriage occurs in 1.13 cases per 100 pregnancies, or in 3.6 cases per 100 live births. The development of this pathology is facilitated by numerous adverse exo and endogenous environmental factors on the woman's organism. One of the most dangerous types of ectopic pregnancy is — the cervical pregnancy. Amongst the most issues in modern reproductive medicine, development and implementation of early diagnosis methods and organ-saving treatment methods are one of the most important. In this article, we give an example of a successful, in terms of maintaining reproductive function outcome of cervical pregnancy.

Keywords: ectopic pregnancy, fetal egg, cervical pregnancy, gynecological diseases, Doppler ultrasound, uterine artery embolization, fertility.

Григорян Нарине Аразиковна

К.б.н., доцент, Ростовский Государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону
narine_g69@mail.ru

Галустян Лусине Кареновна

Ростовский Государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону
markgalustyan@yandex.ru

Саргсян Джульетта Гургеновна

Ростовский Государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону
Dzhuliya.02@mail.ru

Аннотация. В России внематочная беременность встречается в 1,13 случаев на 100 беременностей, или в 3,6 случаев на 100 родивших живых детей. Развитию данной патологии способствуют многочисленные неблагоприятные экзо и эндогенные факторы окружающей среды на организм женщины. Одной из самых опасных видов внематочной беременности является — шейечная. Разработка и внедрение методов ранней диагностики и органосберегающих методов лечения является одним из важнейших вопросов современной репродуктивной медицины. В нашей статье мы приводим пример благополучного исхода шейечной беременности.

Ключевые слова: внематочная беременность (ВБ) эктопическая беременность, плодное яйцо, шейечная беременность, гинекологические заболевания, ультразвуковое исследование.

Введение

Внематочная (ВБ) или эктопическая беременность — это общий термин, характеризующий любую беременность, развивающуюся после имплантации бластоцисты, в любом другом месте кроме эндометриальной выстилки матки. Данную патологию в англоязычной литературе принято называть эктопической беременностью (ЭБ), а в русскоязычной внематочной, оба термина являются синонимами.

На сегодняшний день наблюдается все больше случаев эктопической беременности с 0,5 до 1–2%, 11 на 1000 беременностей, наиболее часто имплантация плодного яйца происходит в одном из отделов маточной трубы, и только 5% локализуется вне маточной трубы. К ред-

ким или атипичным формам относят интерстициальную (0,4–1%), яичниковую (0,4–1,3%), брюшную (0,1–0,9%), шейечную (0,1–0,4%) беременности. К казуистике относят чрезвычайно редкие наблюдения сочетания маточной и трубной беременности — гетеротопическая внематочная беременность [1].

Наиболее опасной считается шейечная беременность. При этой локализации слишком высок риск разрыва шейки на ранних сроках, с обильным кровотечением, опасным для жизни. До последнего времени шейечная ВМБ практически всегда заканчивалась удалением матки. [2].

Впервые развитие беременности в канале шейки описал в 1881 году И.М. Львов. Несмотря на появление

за последние десятилетия новых методик диагностики и лечения такого крайне тяжелого состояния, каким является шеечная беременность, данная проблема остается особенно актуальной. Шеечная беременность по месту прикрепления может быть как чисто шеечная (эмбрион не выходит за пределы шейки), так и шеечно-перешеечная (перешейком называется переход собственно тела матки в её шейку). Любая разновидность такой беременности является прямым показанием к хирургическому вмешательству и срочному прерыванию беременности.

При шеечной беременности плодное яйцо с развивающимся в нем эмбрионом имплантируется в шейку матки и может там расти до середины 1 триместра. По мере того, как развивается плодное яйцо, растягивается и шейка матки, женщина начинает испытывать боль в области таза с сопутствующим кровомазаньем. Кровотечение может быть, достаточно обильным, что при отсутствии незамедлительных гемостатических мероприятий представляет угрозу для жизни женщины.[3]

Наиболее частыми причинами развития шеечной беременности, по мнению, австрийских ученых R. Lehner и соавт. (2000) [4], являются перенесенные генитальные инфекции. Существенную роль, в развитии шеечной беременности играют перенесенные гинекологические заболевания, аномалии развития шейки матки, эрозия шейки матки, миома матки [5]. Большой риск развития шеечной беременности играют перенесенные ранее операции по выскабливаниям слизистой полости матки, искусственным абортam на ранних сроках беременности, а также оперативным вмешательствам по поводу доброкачественных образований яичников, миомы тела матки, эндометриоза и спаечного процесса в малом тазу, так же при врожденной аномалии репродуктивных органов, наличии синдрома Ашермана (спайки в полости матки). Длительное использование внутриматочных контрацептивов и ЭКО тоже могут привести к развитию шеечной ВМБ. Полученные данные позволяют нам предположить, что травматизация шейки матки и расширение цервикального канала в ходе оперативных вмешательств являются факторами риска при развитии шеечной беременности.

Диагностировать шеечную беременность при гинекологическом осмотре достаточно сложно. При осмотре в зеркалах врач может обратить внимание на увеличение шейки в размерах, при двуручном гинекологическом исследовании тело матки не соответствует предполагаемому сроку беременности и его размеры меньше шейки, которая имеет мягковатую консистенцию и резко отклонена к лону или крестцу. Уровень хорионического гонадотропина в крови снижен по сравнению с нормой для данного срока нормальной беременности.

Очень важна своевременная правильная диагностика, чем раньше выявлено заболевание, тем лучше прогноз. При позднем обращении, или неправильной диагностике есть угроза не только потери матки, но и жизни женщины. Причиной смерти чаще всего является кровотечение (в 75–85% случаев), реже — инфекция, при своевременном выявлении детородную функцию возможно сохранить.

Исходя из вышеизложенного можно считать, что методом выбора при диагностике шеечной беременности является — трансвагинальное ультразвуковое исследование — основной метод диагностики при таких патологиях.

Ультразвуковая картина при шеечной беременности показывает плодное яйцо, расположенное в цервикальном канале, в котором нередко визуализируется желточный мешок или эмбрион. Округлое или овальное плодное яйцо, имеющее правильную форму и окруженное эхогенным ободком, с высокой вероятностью указывает на шеечную беременность. Диагноз становится наиболее вероятным, если внутри яйца обнаруживается эмбрион с сердцебиением. При обнаружении плодного яйца уплощенной формы без эхогенного ободка, либо со слабо выраженным ободком, при отсутствии в яйце эмбриона или обнаружении мертвого эмбриона наиболее вероятным становится диагноз аборт в ходу.

При поставленном диагнозе — шеечная беременность важно правильно выбрать терапию! Органосохраняющие хирургические вмешательства можно комбинировать с медикаментозным лечением эктопической беременности. В последние годы в клиническую практику вошел новый метод лечения миомы матки — эндоваскулярная эмболизация маточных артерий. По мнению ряда исследователей, эмболизация маточных артерий может стать методом выбора при шеечной беременности. [6]

Для контроля массивного кровотечения при шеечной внематочной беременности шейки матки используется двойной шейный баллон. [7]

Материалы и методы

Пациентка N первобеременная в возрасте 30 лет, обратилась в мкг после положительно теста на беременность. Гинекологический анамнез отягощен эрозией шейки матки. При соматическом анамнезе экстрагенитальной патологии не выявлено

Ультразвуковое исследование проведено на аппарате Logiq S8 от General Electric Healthcare (США) с использованием трансвагинального датчика.



Рис. 1. Шеечная беременность.

Клинический случай

В сентябре 2018 г. В медицинский центр «Ваш Доктор» г. Константиновска ростовской области, обратилась пациентка N, в возрасте 30 лет, в связи с задержкой менструации и положительного теста на беременность. Примерный срок беременности 7 недель от начала последней менструации. Беременность первая: в анамнезе эрозия шейки матки. На момент обращения жалоб не имела. Пациентке было назначено трансабдоминальное и трансвагинальное ультразвуковое исследование малого таза с цветным доплеровским картированием (ЦДК). В результате трансвагинального УЗИ установлено: тело матки размером 50*40*56 мм, контуры четкие, ровные, размер матки не увеличен. В полости матки определяется gravidарный эндометрий, плодного яйца в полости матки не обнаружено.

Шейка матки обычной формы, несколько увеличена в переднезаднем направлении, в цервикальном канале шейки матки четко определяется плодное яйцо диаметром 12 мм округлой формы, с желточным мешком



Рис. 2. Плодное яйцо в шейки матки (режим ЦДК)

имеющим наружный диаметр 3мм. Яичники визуализированы с обеих сторон в правом яичнике желтое тело диаметром 22 мм, с характерным циркулярным кровотоком

Заключением УЗИ стало: УЗ-признаки шеечной беременности 5–6 недель. Рекомендована консультация гинеколога в срочном порядке. В экстренном порядке пациента была госпитализирована в гинекологическое отделение. Диагноз был подтвержден интероперационно. Было проведено органосохраняющее оперативное вмешательство.

Заключение

На сегодняшний день возрос риск развития разных видов эктопической беременности, в том числе и шеечной. Применение ЭКО, тенденция к увеличению возраста рожениц, влиянием различных экзо и эндогенных факторов на репродуктивное здоровье женщин. Своевременная профилактика женщин в группе риска и ранняя диагностика дает возможность сохранить не только жизнь, но и репродуктивную функцию женщин.

ЛИТЕРАТУРА

1. С.Н. Буянова, Н.В. Пучкова, М.В. Мгелиашвили, Р.А. Барто. редкие формы эктопической беременности//Российский вестник акушера-гинеколога. 2017;17(6): с. 53–56
2. Л.К. Галустьян, Н.А. Григорян. Гетеротопическая беременность. Клинический случай// Материалы VI межрегиональной научно-практической студенческой конференции «Экология и здоровье», 16 мая 2019 г, Ростов-на-Дону с. 161–165.

3. Питер М. Дубиле, Кэрл Б. Бенсон Атлас по ультразвуковой диагностике в акушерстве и гинекологии // 2011 г., с. 300–302.
4. Lehner R., Kucera E., Jiresek S. et al. Ectopic pregnancy // Arch. Gynecol. Obstet. 2000. Vol. 263. P. 87–92.
5. Козаченко А.В., Акинфиев Д. М., Адамян Л. В., Яроцкая Е. Л. Органосохраняющее лечение шеечной беременности у женщин репродуктивного возраста // Акушерство и гинекология: Новости. Мнения. Обучения. 2017. № 2 (16). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/organosohranyayushee-lechenie-sheechoy-b>
6. И.С. Липатов, Ю. В. Тезиков, Н. В. Мартынова, И. З. Блюмина, Е. В. Зубковская, С. А. Севостьянова Сохранение репродуктивной функции при шеечной беременности путем применения эмболизации маточных артерий // Современные проблемы науки и образования. — 2016. — №. 6. — С. 8–8.
7. N. Zambrano et al. Double balloon cervical ripening catheter for control of massive hemorrhage in a cervical ectopic pregnancy // Case reports in obstetrics and gynecology. — 2017. — Т. 2017.

© Григорян Нарине Аразиковна (narine_g69@mail.ru), Галустян Лусине Кареновна (markgalustyan@yandex.ru),
 Саргсян Джульетта Гургеновна (Dzhuliya.02@mail.ru).
 Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»



Г. Ростов-на-Дону