

Случай шеечной беременности с применением эмболизации маточных артерий

В.В.Приворотский, И.Е.Зазерская, Т.М.Зубарева, А.Б.Ильин, Л.В.Кузнецова, С.А.Сосин, Н.Р.Рябоконе[✉], Л.А.Хучинаева
ФГБУ Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр им. В.А.Алмазова Минздрава
России. 197341, Россия, Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, д. 2

В статье представлено клиническое наблюдение органосохраняющего лечения пациентки 31 года с шеечной беременностью. Методы исследования включали магнитно-резонансную томографию с целью визуализации плодного яйца, определения границ между хорионом и стромой шейки матки; определение β-субъединицы хорионического гонадотропина человека в сыворотке крови; общеклинические исследования. Суперселективная эмболизация маточных артерий была успешно выполнена в сочетании с последующим выскабливанием цервикального канала и полости матки. Кровопотеря составила 30 мл. Послеоперационный период составил 5 койко-дней. Органосохраняющее лечение шеечной беременности с применением эмболизации маточных артерий и дальнейшим выскабливанием цервикального канала и полости матки позволили снизить риск кровотечения и сохранить репродуктивную функцию у молодой женщины.

Ключевые слова: эмболизация маточных артерий, шеечная беременность, эктопическая беременность, эмболизация, маточные артерии.

[✉]n-i-k-o-n@mail.ru

Для цитирования: Приворотский В.В., Зазерская И.Е., Зубарева Т.М. и др. Случай шеечной беременности с применением эмболизации маточных артерий. Гинекология. 2016; 18 (1): 61–63.

The case of cervical pregnancy with uterine artery embolization

V.V.Privorotskiy, I.E.Zazerskaya, T.M.Zubareva, A.B.Ilyin, L.V.Kuznetsova, S.A.Sosin, N.R.Ryabokon[✉], L.A.Khuchinaeva
V.A.Almazov Northwestern federal medical research center of the Ministry of Health of the Russian Federation. 197341, Russian Federation,
Saint Petersburg, ul. Akkuratova, d. 2

The article presents the clinical observation of the patient's organ-preserving treatment with 31 g of cervical pregnancy. Research methods included MRI to visualize gestational sac, the definition of the boundaries between the chorion and the stroma of the cervix; determining β-subunit of human chorionic gonadotropin in serum; clinical tests. Superselective embolization of uterine artery was successfully performed in combination with subsequent scraping of the cervical canal and uterine cavity. Blood loss was 30 mL. The postoperative period was 5 per bed-day. Organ preserving treatment of cervical pregnancy with uterine artery embolization and subsequent curettage of the cervical canal and the uterine cavity under FSPTS possible to reduce the risk of bleeding and preserve reproductive function in young woman.

Key words: EMA, cervical pregnancy, ectopic pregnancy, embolization, uterine artery.

[✉]n-i-k-o-n@mail.ru

For citation: Privorotskiy V.V., Zazerskaya I.E., T.M.Zubareva et al. The case of cervical pregnancy with uterine artery embolization Gynecology. 2016; 18 (1): 61–63.

Введение

Шеечная беременность – редкая форма эктопической беременности. Она определяется как имплантация оплодотворенной яйцеклетки в цервикальном канале. Частота данной патологии колеблется от 1 на 1 тыс. до 1 на 95 тыс. беременностей, составляя около 0,1% всех эктопических беременностей [1, 2]. Это состояние было впервые описано в 1817 г., названо так в 1860 г. Поскольку цервикальная ткань субдоминантно представлена соединительной тканью лишь с 15% гладкой мышечной ткани, инвазия тканей трофобласта приводит к отеку, некрозу, кровотечению и инфильтрации вокруг клеток. Беременность может перестать развиваться, когда случается кровотечение в результате инвазии, эрозии или разрыва крупного сосуда. Некоторые исследования свидетельствуют, что шеечной беременности часто предшествуют расширение цервикального канала и кюретаж, использование внутриматочных спиралей, воспалительные заболевания малого таза и программы экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) [3, 4]. Диагноз шеечной беременности клинически можно предположить на основании наличия аменореи с последующим кровотечением без спастических болей. Кроме того, характерны мягкая консистенция шейки матки, диспропорциональное увеличение шейки матки в сравнении с телом матки, частичное открытие наружного зева, а также профузное кровотечение в момент выполнения влагалищных манипуляций. В конечном итоге диагноз часто ставится с опозданием, что приводит к кровотечению, угрожающему жизни и требующему немедленной гистерэктомии. Ранняя постановка диагноза благодаря ультразвуковому исследованию (УЗИ) и определению концентрации β-хорионического гонадотропина человека (β-ХГЧ) в сыворотке крови способствует своевременному проведению консервативной терапии, что снижает заболеваемость и смертность.

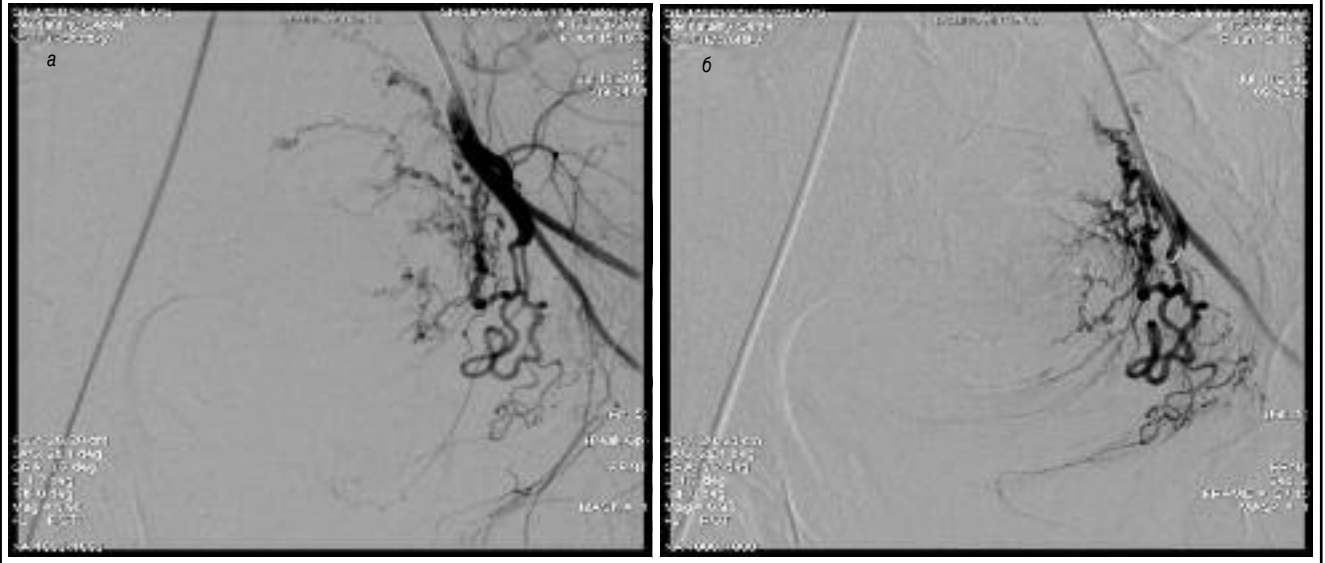
Актуальность

В последнее десятилетие отмечена тенденция к увеличению частоты внематочной беременности во всем мире. Эктопическая беременность всегда была и по-прежнему остается одной из самых актуальных проблем гинекологии. Сложность диагностики, смазанность клинических симптомов, внезапность развития смертельных осложнений характеризуют все формы внематочной беременности. Шеечная беременность всегда считалась одной из самых редких форм эктопической беременности. По данным разных авторов, частота шеечной беременности колеблется от 1 на 1 тыс. до 1 на 95 тыс. беременностей и составляет около 0,1% всех эктопических беременностей. Однако в настоящее время частота случаев шеечной беременности повысилась в связи с широким применением таблетированных abortов. По данным ряда авторов, возникновению шеечной беременности часто предшествуют дилатация и кюретаж цервикального канала и матки, частые abortы, внутриматочная спираль, воспалительные заболевания органов малого таза, ЭКО. В литературе за последнее десятилетие отмечено более 100 случаев лечения в России шеечной беременности с применением эмболизации маточных артерий – ЭМА [1, 3–5].

Описание клинического случая

Пациентка Х. 31 года поступила 29.09.2014 с диагнозом «шеечная беременность 6/7 нед», отягощенный гинекологический анамнез (аденомиоз). При поступлении предъявляла жалобы на обильные кровянистые выделения из половых путей. В августе 2014 г. после задержки очередной менструации обратилась в женскую консультацию по месту жительства, откуда была направлена на УЗИ. По данным УЗИ был поставлен диагноз «шеечная беременность», в связи с чем пациентка была направлена в ФСПЦ ФГБУ СЗФМИЦ им. В.А.Алмазова.

Рентгенологическая картина ЭМА.



По данным объективного обследования: кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Молочные железы мягкие безболезненные при пальпации. Сердечно-сосудистая система: пульс – 78 уд/мин. Артериальное давление – 12/80 мм рт. ст., другие показатели не выходили за референсные значения.

Гинекологический анамнез: беременностей – 5, роды – 1, аборты – 2, несостоявшийся выкидыш – 1. 2014 г. – настоящая беременность.

Пациентке было проведено клиничко-лабораторное обследование: По данным магнитно-резонансной томографии: МР-картина может соответствовать эктопической беременности шеечной локализации. МР-признаки аденомиоза тела матки, небольшое количество свободной жидкости в полости малого таза.

Результаты ХГЧ от 29.09.14: ХГЧ – 75 672 МЕ/л.

Клинический анализ крови от 29.09.14: гемоглобин – 127 г/л; Ht – 36,5%; RBC – $3,82 \times 10^{12}$ /л; PTL – 98×10^9 /л; WBC – $5,9 \times 10^9$ /л; LYM – 14%; С-реактивный белок – 3 мг/л.

За время пребывания в стационаре пациентке было проведено следующее лечение: временная билатеральная эмболизация маточных артерий и проксимальных порций внутренних подвздошных артерий (доступ a.femoralis dex., анестезия S.Lidocaini 0,5%–15 ml); см. рисунок.

Затем было проведено выскабливание цервикального канала и полости матки (кровопотеря составила 30 мл). Полученный препарат был отправлен на гистологию. Результаты показали наличие ворсины хориона и децидуальной ткани в соскобе.

Послеоперационный период протекал гладко, в связи с чем пациентка на 5-е сутки после операции была выписана домой.

Обсуждение клинического случая

Диагностика и лечение шеечной беременности изменились за последние 20 лет. До 1980 г. диагноз ставился крайне поздно, что вынуждало прибегать к гистерэктомии – единственно возможному варианту лечения. Использование разных схем консервативной терапии позволило избежать гистерэктомии и сохранить фертильность. Хирургические консервативные технологии включают интрацервикальную баллонную тампонаду после кюретажа цервикального канала, наложение кругового шва на шейку матки, ЭМА, кюретаж и локальную инъекцию простогландинов, гистероскопическую резекцию, билатеральное лигирование маточных и гипогастриальных артерий. Первичная гистерэктомия выполняется только при определенных условиях: при сроке беременности более 12 нед или в случаях некупируемого кровотечения [1, 3, 5–7, 9, 10–14].

Согласно исследованиям, факторами, предрасполагающими к развитию шеечной беременности, являются ранее

проведенные выскабливания полости матки, кесарево сечение, метроэндометрит, неразвивающиеся беременности в анамнезе. Исследования, проведенные на сегодняшний день, свидетельствуют об успешности консервативных методов лечения с сохранением репродуктивной функции женщин с эктопической шеечной беременностью. Выскабливание полости матки и цервикального канала при отсутствии пульсации сердечной трубки, согласно имеющимся исследовательским данным, является правомочным, позволяющим избежать осложнений в последующем в виде массивных кровотечений, требующих перевязки сосудов и переливания крови. Анализ изложенного клинического случая убеждает в том, что пациенткам с кровянистыми выделениями из половых путей в I триместре беременности необходимо обязательное полное клиничко-лабораторное и инструментальное обследование. По мнению ряда исследователей, ЭМА, лишенная серьезных ограничений хирургического и консервативного лечения, может стать методом выбора. Первое сообщение об ЭМА было сделано J.Oliver и соавт. в 1979 г., которые с успехом применяли ее для остановки послеродовых и послеоперационных кровотечений. В 1991 г. J.Ravina начал выполнять ЭМА в качестве планового предоперационного лечения, направленного на уменьшение кровопотери в ходе гистерэктомии или миомэктомии [6, 8–10].

В России ЭМА стала использоваться относительно недавно, а накопленный опыт в большинстве лечебных учреждений невелик и исчисляется несколькими десятками наблюдений. Для лечения шеечной беременности с применением ЭМА в качестве основного метода зарубежными авторами были предложены следующие методики: ЭМА + тампонада шейки матки баллонным катетером Фолея + инъекции метотрексата 1 мг/кг в сутки, ЭМА желатиновой губкой + выскабливание, ЭМА платиновыми спиралями + инъекции метотрексата. Кроме того, ЭМА может использоваться после неудачных попыток применения метотрексата и лигирования сосудов [3–5, 14].

По нашему мнению, применение селективной ЭМА 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, независимо от ее срока, наличия (отсутствия) кровотечения, сопутствующей экстрагенитальной патологии (исключая аллергические реакции на рентгеноконтрастные препараты).

Метод не имеет противопоказаний и позволяет сохранить детородную функцию.

Конфликт интересов. Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов.

Литература/References

1. Адамьян Л.В., Чернова И.С., Козаченко А.В. Современные подходы к лечению эктопической беременности. *Технологии XXI века в гинекологии. Сборник материалов XXI Международного конгресса. М., 2008; с. 177–8.* / Adamian LV, Chernova IS, Kozachenko AV. *Sovremennye podkbody k lecheniiu ektopicheskoj beremennosti. Tekhnologii XXI veka v ginekologii. Sbornik materialov XXI Mezbdunarodnogo kongressa. M., 2008; s. 177–8.* [in Russian]
2. Адамьян Л.В., Чернова И.С., Козаченко А.В. Комбинированное лечение шеечной беременности. *Акушерство и гинекология. 2012; 4–2.* / Adamian LV, Chernova IS, Kozachenko AV. *Kombinirovannoe lechenie sbechnoi beremennosti. Akusberstvo i ginekologija. 2012; 4–2.* [in Russian]
3. Корсак В.С., Корсунув М.Ю., Михайлов А.В. и др. О проблеме эктопической беременности после ЭКО. *Проблемы репродукции. 1997; 3: 61–4.* / Korsak VS, Korsbunov M.Yu., Mikhbailov AV. *i dr. O probleme ektopicheskoj beremennosti posle EKO. Problemy reproduksii. 1997; 3: 61–4.* [in Russian]
4. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Шахламова М.Н., Белоцерковцева Л.Д. *Внематочная беременность. М.: Медицина, 1998.* / Strizhakov AN, Davydov AI, Shakblamova MN, Belotserkovtseva LD. *Vnematocbnaia beremennost'. M.: Meditsina, 1998.* [in Russian]
5. Орлов В.И., Линде В.А., Дубровина С.О. и др. Консервативное лечение шеечной беременности. *Проблемы репродукции. 2011; 2.* / Orlov VI, Linde VA, Dubrovina S.O. *i dr. Konservativnoe lechenie sbechnoi beremennosti. Problemy reproduksii. 2011; 2.* [in Russian]
6. Shinagawa S, Nagayama M. Cervical pregnancy as a possible sequel of induced abortion. *Am J Obstet Gynecol* 1969; 105: 282–4.
7. Parente JT, Ou C-S, Levy J, Legatt E. Cervical pregnancy analysis: a review and report of five cases. *Obstet Gynecol* 1983; 62: 79–82.
8. Frates MC, Benson CB, Doubilet PM et al. Cervical ectopic pregnancy: results of conservative treatment. *Radiology* 1994; 191: 773–5.
9. Leeman L, Wendland C. Cervical ectopic pregnancy: diagnosis with endovaginal ultrasound examination and successful treatment with methotrexate. *Arch Fam Med* 2000; 9: 72–7.
10. Rothe DJ, Bimbaum SJ. Cervical pregnancy. *Obstet Gynecol* 1973; 42: 675–80.
11. Dicker D, Feldberg D, Samuel N, Goldman JA. Etiology of cervical pregnancy. *J Reprod Med* 1985; 30: 25–7.
12. Ginsburg ES, Frates MC, Rein MS et al. Early diagnosis and treatment of cervical pregnancy in an in vitro fertilization program. *Fertil Steril* 1994; 61: 966–9.
13. Weyerman PC, Verhoeven ATM, Alberda AT. Cervical pregnancy after in vitro fertilization and embryo transfer. *Obstet Gynecol* 1989; 161: 1145–6.
14. Cerveira I, Costa C, Santos F, Santos L. Cervical ectopic pregnancy successfully treated with methotrexate injection. *Fertil Steril* 2008; 90: 7–10.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

- Приворотский Владимир Валерьевич** – врач-рентгенолог ФГБУ СЗФМИЦ им. В.А.Алмазова
Зазерская Ирина Евгеньевна – д-р мед. наук, зав. каф. акушерства и гинекологии ФГБУ СЗФМИЦ им. В.А.Алмазова
Зубарева Татьяна Михайловна – врач-гинеколог ФГБУ СЗФМИЦ им. В.А.Алмазова
Ильин Алексей Борисович – зав. отд-нием патологии беременности ФГБУ СЗФМИЦ им. В.А.Алмазова
Кузнецова Любовь Владимировна – кандидат мед. наук, доц. каф. акушерства и гинекологии ФГБУ СЗФМИЦ им. В.А.Алмазова
Сосин Сергей Андреевич – аспирант каф. акушерства и гинекологии ФГБУ СЗФМИЦ им. В.А.Алмазова
Рябокоть Никита Романович – аспирант каф. акушерства и гинекологии ФГБУ СЗФМИЦ им. В.А.Алмазова. E-mail: n-i-k-o-n@mail.ru
Хучинасва Лейля Аслановна – ординатор каф. акушерства и гинекологии ФГБУ СЗФМИЦ им. В.А.Алмазова