

DOI: <https://doi.org/10.51922/1818-426X.2022.1.133>

В. Н. Сидоренко, Е. Ф. Подрезенко, И. А. Табакова,  
Н. А. Шнайдер

## ШЕЕЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ – ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ОРГАНСОХРАНЯЮЩИМ ОПЕРАЦИЯМ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,  
УЗ «5-я Городская клиническая больница»

*В материале статьи представлена эпидемиология эктопической беременности. По мировой статистике частота внематочной беременности встречается от 3 до 5,5 %. При этом летальность составляет чуть меньше 1 % (10 случаев на 1000 человек). Основными причинами аномального прикрепления плодного яйца в шейке матки являются атрофические и дистрофические изменения слизистой полости матки, а также наличие истмико-цервикальной недостаточности и особенности самого плодного яйца. Особое внимание уделено современным возможностям диагностики шейечной беременности, а также дифференциальной диагностике. Указаны современные методы лечения данной патологии. Шеечная беременность относится к неотложным состояниям в гинекологии и требует экстренного комплексного подхода как в диагностике, так и в лечении. Особое внимание уделено современным направлениям в лечении – органосберегающим технологиям.*

*В статье представлены 4 клинических случая шейечной беременности с дифференцированным подходом в тактике лечения.*

**Ключевые слова:** шейечная беременность, кровотечение, диагностика, органосохраняющие технологии.

V. N. Sidorenko, E. F. Podresenko, I. A. Tabakova, N. A. Schneider

## CERVICAL PREGNANCY – A DIFFERENTIATED APPROACH TO ORGAN-PRESERVING OPERATIONS

*The article presents the epidemiology of ectopic pregnancy. According to world statistics, the frequency of ectopic pregnancy occurs from 3 to 5.5 %. At the same time, the mortality rate is slightly less than 1 % (10 cases per 1000 people). The main reasons for the abnormal attachment of the ovum in the cervix are atrophic and dystrophic changes in the mucous membrane of the uterine cavity, as well as the presence of isthmic-cervical insufficiency and features of the ovum itself. Particular attention is paid to the modern diagnostic capabilities of cervical pregnancy, as well as differential diagnosis. The modern methods of treatment of this pathology are indicated. Cervical pregnancy is a gynecological emergency and requires an urgent comprehensive approach in both diagnosis and treatment. Particular attention is paid to modern trends in treatment – organ-saving technologies.*

*The article presents 4 clinical cases of cervical pregnancy with a differentiated approach to treatment tactics.*

**Key words:** cervical pregnancy, bleeding, diagnostics, organ-preserving technologies.

**В**нематочной называется такая беременность, при которой оплодотворенная яйцеклетка имплантируется и развивается вне полости матки.

Внематочная беременность была и остается актуальной проблемой акушерства и гине-

кологии ввиду непредсказуемости ситуации, массивной кровопотери и неблагоприятного исхода. По мировой статистике частота внематочной беременности с летальным исходом составляет чуть меньше 1 % (10 случаев на 1000 человек).

В России в 2014 году смертность от внематочной беременности составила 1 %, а в 2015 году составила 3,6 % [1].

Качество неотложной помощи при эктопической беременности зависит от способности врача быстро ориентироваться в диагностике и оказании неотложной помощи, связанной с внутренним и или наружным кровотечением, и возможным развитием геморрагического шока.

Различают трубную (интерстициальная, истмическая, ампулярная, фимбриальная), яичниковую, шейечную и брюшную беременность. Также к данной группе относят гетеротопическую беременность (случаи, когда один плод развивается в матке, а другой вне ее, или оба плода находятся в одной или двух трубах). Частота внетубарной эктопической беременности достигает 5–8,3 % [5].

Шейечная беременность – это редкая форма эктопической беременности, которая характеризуется имплантацией оплодотворенной яйцеклетки в цервикальном канале. Данная форма внематочной беременности ассоциируется с высоким риском развития массивных кровотечений из сосудов шейки матки. Частота шейечной беременности варьирует в пределах 0,1–0,4 %. До внедрения в широкую клиническую практику ультразвуковых методов диагностики летальность при данной патологии колебалась от 14 до 50 %. Следует отметить, что в настоящее время частота шейечной беременности может быть больше в связи с широким распространением вспомогательных репродуктивных технологий.

#### *Этиология и патогенез*

Наиболее частыми причинами аномального прикрепления плодного яйца при шейечной беременности являются изменения эндометрия, обусловленные частыми искусственными абортными, повторными диагностическими выскабливаниями слизистой оболочки матки, эндометритом, в том числе хроническим, длительным применением внутриматочных контрацептивов, искусственными методами оплодотворения и др. Все перечисленное может

привести к атрофическим и дистрофическим изменениям слизистой полости матки, что приводит к затруднению или невозможности имплантации оплодотворенной яйцеклетки в теле матки [3].

На развитие шейечной беременности влияет наличие истмико-цервикальной недостаточности и особенности самого плодного яйца. Недостаточная зрелость трофобласта и его малая активность нарушают имплантацию плодного яйца в полости матки и бластоциста опускается в шейечный канал [7].

Ворсины хориона при шейечной беременности глубоко проникают в слизистый и мышечный слой, нередко прорастают всю стенку шейки матки и внедряются в околоматочную клетчатку. По мере роста плодного яйца происходит истончение стенок шейки матки и отслойка хориона. Хорошо развитая сеть кровеносных сосудов и наличие варикозных узлов в шейке матки способствуют возникновению кровотечения. Кровотечение, обычно возникающее в I триместре беременности, может быть опасным для жизни и требует экстренного хирургического вмешательства [1–7].

#### *Диагностика и дифференциальная диагностика при шейечной беременности*

Жалобы пациенток при шейечной беременности неспецифичны: могут быть любые нарушения менструального цикла, такие как несвоевременное наступление менструации или межменструальные кровянистые выделения, а также болевой синдром, являющийся определенным маркером возможности развития эктопической беременности. При своевременной диагностике жалоб у пациенток может и не быть вовсе.

С появлением высокочувствительных и высокоспецифичных методов определения концентрации ХГЧ и разработкой нормативных показателей уровня ХГЧ для раннего срока беременности проблема дифференциальной диагностики физиологической и эктопической беременности практически решается. Как и при физиологической беременности, внематочная беременность характеризуется синте-

зом ХГЧ с первых дней после прикрепления оплодотворенной яйцеклетки. Однако динамика ХГЧ при эктопической беременности имеет ряд отличий. Установлено, что в 95 % случаев концентрация ХГЧ в крови пациенток с эктопической беременностью достоверно ниже соответствующих нормативных показателей для данного срока физиологической беременности. Только на очень ранних сроках развития трубной беременности (как правило, до 3–5-й недели) концентрация и динамика концентрации ХГЧ не отличаются от соответствующих показателей при нормальной беременности [1].

Таким образом, первым признаком, при котором можно заподозрить внематочную беременность, можно считать сниженный уровень по сравнению с референтными значениями ХГЧ.

В целом диагноз шеечной беременности не всегда легко поставить. Необходимо учитывать, что окончательный диагноз должен быть поставлен только после обнаружения плодного яйца с помощью УЗИ, так как повышенную концентрацию ХГЧ можно обнаружить не только при шеечной беременности, а также при неразвивающейся маточной беременности.

Несоответствие концентрации ХГЧ сроку беременности – основание для назначения УЗИ с целью обнаружения плодного яйца и повторного определения ХГЧ в крови для оценки динамики изменения уровня данного гормона [6].

При физикальном осмотре живот безболезненный, напряжение мышц отсутствует, симптомы раздражения брюшины отрицательные, но может наблюдаться надлобковая болезненность. При осмотре с помощью зеркал и локализации плодного яйца в нижней или средней части шейки, обнаруживают «бочкообразное» утолщение шейки, эксцентричное расположение наружного зева, а у ряда пациенток на влажной части шейки матки заметна сеть расширенных венозных сосудов; отмечается выраженный цианоз слизистой шейки и влажной части. При бимануальном исследова-

нии шейка матки представляется шарообразно увеличенной, мягкой консистенции и на ней в виде «шляпки гриба» находится более плотное тело матки небольших размеров [1, 5, 7].

УЗИ исследование является информативным методом в диагностике шеечной беременности на фоне небольшого увеличения матки (до 4–6 недель) и утолщения гравидарного эндометрия, а также «пустой» полости матки, обнаруживают расширение цервикального канала. В цервикальном канале визуализируется анэхогенное образование, окруженное ободком из ворсинчатого хориона (плодное яйцо или эмбрион) ниже уровня внутреннего зева. Его размер будет соответствовать сроку беременности, а также возможно определить сердечную деятельность.

Дополнительным подтверждением именно шеечной беременности является отрицательный симптом «скольжения» при трансвагинальном ультразвуковом исследовании, когда при надавливании на шейку матки датчиком плодное яйцо не смещается по цервикальному каналу. Положительный результат указывает на неполный самопроизвольный аборт [6].

В случае получения отрицательного результата УЗИ и положительной реакции на ХГЧ целесообразно повторить исследование на определение концентрации ХГЧ в крови пациентки с интервалом 2–3 дня. При условии отсутствия динамики или незначительном увеличении концентрации гормона целесообразно повторное УЗИ для визуализации плодного яйца.

Исследование с помощью цветового доплеровского картирования позволяет определить высокую степень васкуляризации перитрофобластической области (максимальная систолическая скорость  $>20$  см/с, пульсационный индекс  $<1,0$ ).

#### *Методы лечения*

При подозрении на шеечную беременность женщину необходимо срочно госпитализировать в гинекологическое отделение.

До недавнего времени единственным методом лечения шеечной беременности служила

срочная операция – лапаротомия и экстирпация матки. Однако сейчас решением консилиума возможно проведение органосохраняющих методов лечения шеечной беременности: выскабливание и наложение кругового шва на шейку матки или выскабливание и обтурация плодместилища катетером Фолея и др. Также возможно лечение с помощью лазерной вапоризации или лапароскопического клиппирования внутренних подвздошных артерий с вакуум-аспирацией плодного яйца и тампонадой цервикального канала катетером Фолея [8].

В последние годы в клиническую практику вошел новый метод лечения – эндоваскулярная эмболизация маточных артерий. Эмболизация маточных артерий (ЭМА) – это малоинвазивное вмешательство, в ходе которого через прокол артерии на бедре в сосуды, питающие матку, вводятся частички специального медицинского пластика, полностью прекращающие в них кровоток. Важно отметить, что на здоровые сосуды эмболизация не оказывает практически никакого воздействия – это связано с особенностями их строения и техникой самого вмешательства. ЭМА в качестве планового предоперационного лечения направлена на уменьшение кровопотери в ходе гистерэктомии. 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/сут; ЭМА желатиновой губкой + выскабливание; ЭМА платиновыми спиралями + инъекции метотрексата [7, 10].

Однако надо учитывать, что органосохраняющие методы чреваты таким грозным осложнением, как профузное кровотечение. При изолированном использовании каждого из этих методов зачастую наблюдается или кровотечение из сосудов ложа удаленного плодного яйца, или прогрессирование шеечной беременности.

Органосберегающие хирургические вмешательства можно комбинировать с медикаментозным лечением эктопической беременности.

Через 7 дней после начала медикаментозного лечения проводят вакуум-эксхолеацию плодного яйца и тампонаду цервикального канала стерильным бинтом, смоченным аминокaproновой кислотой, с последующим его удалением через 2 дня.

Консервативный метод лечения включает парентеральное или интраамниотическое применение цитостатических и эмбриотоксических препаратов: метотрексата, актиномицина Д, хлористого калия, гиперосмолярного раствора глюкозы, простагландинов, мифепристона. Медикаментозная терапия имеет ряд условий и противопоказаний: срок беременности, наличие кровотечения, сопутствующая экстрагенитальная патология. Кроме того, при прогрессировании беременности может присоединиться инфекция на фоне длительно продолжающихся кровянистых выделений. Исходно высокий уровень  $\beta$ -ХГЧ, диаметр плодного яйца более 35 мм, а также регистрация сердцебиения эмбриона и визуализация желточного мешка являются прогностическими показателями не эффективного консервативного лечения. Критериями токсичности и показаниями к прекращению лечения являются повышение активности печеночных ферментов или креатинина; признаки супрессии костного мозга; дерматит, стоматит, гастрит или плеврит [4].

Накоплен достаточно большой опыт использования метотрексата – противоопухолевого средства группы антиметаболитов, под действием которого подавляется митоз в активно пролиферирующих тканях, в том числе и в трофобласте. Однако это высокотоксичный препарат, и его применение связано с большим количеством побочных эффектов. До настоящего времени не разработаны конкретные показания и противопоказания к его применению, не определены четкие схемы использования и эффективные дозы, назначаемые при внематочной беременности. Таким образом, использование метотрексата при лечении внематочной беременности возможно только по рекомендации консилиума и письменного информированного согласия пациентки [4, 10].

*Послеоперационное ведение.* В послеоперационный период женщине назначают стандартную антибактериальную, инфузионную и противоанемическую терапию (при необходимости).

В случае геморрагического шока консервативное послеоперационное лечение дополняют интенсивной гемостатической, инфузионной, гемотрансфузионной терапией. Эти назначения ориентированы на быстрое восстановление внутрисосудистого объема, нормализацию коллоидно-осмотического давления, кислородной ёмкости, реологических и коагуляционных свойств крови. Одновременно проводят симптоматическую коррекцию сопутствующих состояний.

В послеоперационный период особое внимание следует обратить на обязательное исследование динамики содержания  $\beta$ -ХГЧ в сыворотке крови каждые 2 дня, начиная со вторых суток. При адекватном хирургическом лечении содержание  $\beta$ -ХГЧ в крови через 2 дня должно быть менее 50 % от величины показателя до операции. В случае отсутствия адекватного снижения гормона рекомендуется назначение 40–50 мг метотрексата внутримышечно, если через 2 дня после инъекции концентрация  $\beta$ -ХГЧ превышает 25 % первоначального уровня, повторить введение препарата в той же дозе [3].

#### *Реабилитация и диспансеризация*

После операции по поводу внематочной беременности женщине требуется реабилитация, включающая комплекс лечебных мероприятий, направленных на восстановление зубиоза половых путей, лечение хронических воспалительных заболеваний, восстановление двухфазного менструального цикла. Период реабилитации после лапароскопического удаления внематочной беременности может достигать до 1 месяца. Также следует назначить гормональную контрацепцию в течение 2–6 мес. Планировать зачатие рекомендуют минимум через 6 месяцев, но в идеале через 9–12.

Дифференциальную диагностику шеечной беременности проводят с угрожающим аборт, пузирным заносом, нарушением мен-

струального цикла, заболеваниями шейки и тела матки на основе жалоб, осмотра шейки матки в зеркалах и гинекологического исследования, а также по результатам анализа на определение концентрации  $\beta$ -ХГЧ и УЗИ органов малого таза.

#### *Клинический случай 1.*

Пациентка А, 24 лет, поступила 06.04.2020 с жалобами на тянущие боли внизу живота, кровянистые выделения со сгустками из половых путей в течение 4 дней, задержку менструации на 12 дней.

Акушерско-гинекологический анамнез: менструации с 11 лет, по 3 дня, через 28 дней, регулярные, умеренные, безболезненные. Половую жизнь ведет с 15 лет, 1 беременность и 1 роды. В 2019 году проведена операция по поводу полипа тела матки – ГС, полиэктомия. Направлена врачом женской консультации с диагнозом: самопроизвольный выкидыш в малом сроке гестации.

Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые без изменений нормальной окраски. Температура 36,5 °С. Дыхание везикулярное, патологических шумов нет, ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 78 уд/мин, АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Перистальтика обычная. Печень не увеличена, безболезненная. Перитонеальные симптомы отрицательные. Симптом Пастернацкого отрицательный. Диурез в норме, мочеиспускание свободное, безболезненное.

Осмотр в зеркалах: стенки влагалища чистые, выражена складчатость; шейка матки деформирована старыми разрывами, эрозирована, гипертрофирована, наружный зев цервикального канала расположен эксцентрично. Выделения кровянистые скудные. Бимануальное исследование: влагалище свободное, своды глубокие и болезненные. Влагалищная часть шейки матки расположена кзади, длина 3,0 см плотная, наружный зев закрыт. Тело матки расположено кпереди не увеличено, плотное, поверхность гладкая. Область придатков без особенностей.

УЗИ: плодное яйцо располагается в средней трети шейки матки.

Клинический анализ крови, общий и биохимический анализ, анализ мочи без особенностей.

Диагноз: шеечная беременность поставлен на основании данных УЗИ, жалоб пациентки, осмотра в зеркалах и гинекологического осмотра.

Решением консилиума определена тактика ведения пациентки: учитывая анамнез, возраст женщины и срок беременности выполнить вакуум-аспирацию цервикального канала и полости матки, с коагуляцией ложа. Получено письменное информированное согласие на проведение указанного вмешательства и при необходимости (кровотечение) – расширение объёма оперативного вмешательства до экстирпации матки. 09.04.2020 проведено удаление плодного яйца путём вакуум-аспирации цервикального канала и полости матки под контролем УЗИ и коагуляция его ложа. Операция прошла успешно.

Назначено: метотрексат 50 мг внутривенно (согласие на введение получено); антибактериальная терапия – цефтриаксон 1,0 внутривенно 2 раза в день; фолиевая кислота по 1 таблетке 3 раза в день и омепразол 20 мг 2 раза в день внутрь для минимизации риска развития патологии слизистых оболочек. Учитывая резус отрицательную принадлежность крови, была проведена профилактика резус-сенсibilизации – внутримышечно введена 1 доза антирезусного гамма-глобулина.

Пациентка выписана домой на 5-е сутки. Даны рекомендации: наблюдение гинекологом по месту жительства; половой покой в течение 3 недель; прием комбинированного гормонального контрацептивного препарата с 1-го дня менструации; контроль анализа крови на  $\beta$ -ХГЧ через 7–10 дней и УЗИ контроль через 2 недели. Прегравидарная подготовка перед последующей беременностью в течение 3–4 месяцев.

#### *Клинический случай 2.*

Пациентка К, 30 лет, поступила в приемное отделение 27.09.2020 с жалобой на задержку

менструации на 2 недели. Имеет положительный тест мочи на ХГЧ от 19.09.2020 и результат УЗИ области малого таза от 26.09.2020: беременность малого срока в области внутреннего зева шейки.

Акушерско-гинекологический анамнез: менструации начались в 12 лет в течение 5 дней, через 29 дней, регулярные, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 18 лет, 3 беременности, 1 роды и 2 аборта. Гинекологические заболевания отрицает. Болеет бронхиальной астмой в течение 10 лет.

Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые без изменений нормальной окраски. Температура 36,7 °С. Дыхание везикулярное, патологических шумов нет, ЧДД 14 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 72 уд/мин, АД 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Перистальтика обычная. Печень не увеличена, безболезненная. Перитонеальные симптомы отрицательные. Симптом Пастернацкого отрицательный. Диурез в норме, мочеиспускание свободное, безболезненное.

Осмотр в зеркалах: выражена складчатость стенок влагалища; шейка матки эрозирована и рубцово деформирована. Выделения из влагалища темно-коричневые, скудные. Бимануальное исследование: влагалище свободное, своды глубокие и болезненные. Влагалищная часть шейки матки расположена кзади, гипертрофирована, длина 2,5–3,0 см плотная, наружный зев закрыт, расположен эксцентрично. Тело матки расположено кпереди слегка больше нормы, мягковатой консистенции, поверхность гладкая. Область придатков без особенностей.

При ультразвуковом исследовании плодное яйцо обнаружено ниже внутреннего зева в средней трети цервикального канала, соответствует 4–5 неделе беременности. Клинические анализы крови, анализ мочи без особенностей.

Выставлен клинический диагноз: шеечная беременность.

Консилиум определил план лечения: с цитостатической целью показано введение раство-

ра Методжект 75 мг на 100 мл 0,9 % раствора хлорида натрия внутривенно. Раствор этамзилата натрия 12,5 % – 2 мл внутримышечно с гемостатической целью; фолиевая кислота по 1 таблетке 3 раза в день и омепразол 20 мг 2 раза в день внутрь;

Учитывая анамнез, возраст и срок беременности, решено выполнить удаление плодного яйца путем выскабливания в условиях операционной под контролем УЗИ. Пациентка подробно письменно проинформирована о возможных осложнениях (кровотечение) и расширении объема оперативного вмешательства до экстирпации матки без придатков. 30.09.2020 успешно проведена операция. Выписана на 4-е сутки.

Пациентке были даны следующие рекомендации при выписке: наблюдение гинекологом по месту жительства; половой покой в течение 3 недель; продолжить прием фолиевой кислоты 1 месяц и омепразола 2 недели в таких же дозировках; прием комбинированного гормонального контрацептивного препарата с 1-го дня менструации; контроль анализа крови на  $\beta$ -ХГЧ через 7–10 дней и УЗИ контроль через 2 недели и далее на 5–7 день цикла; прегравидарная подготовка перед следующей беременностью за 3–4 месяца.

#### *Клинический случай 3.*

Пациентка Е, 37 лет, поступила 21.12.2020 с жалобами на кровянистые выделения из половых путей, до этого мажущие выделения в течение 4 дней, боли внизу живота и задержку менструации на 7 дней. Со слов пациентки имеет положительный тест мочи на ХГЧ.

Акушерско-гинекологический анамнез: менструации с 12 лет в течение 5 дней, через 21–22 дня, регулярные, умеренные, безболезненные. Введет половую жизнь с 18 лет, в анамнезе 2 беременности, одни роды и один аборт.

Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые без изменений нормальной окраски. Температура 36,6 °С. Дыхание везикулярное, патологических шумов нет, ЧДД 14 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 88 уд/мин, АД 90/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболез-

ненный. Перистальтика обычная. Печень не увеличена, безболезненная. Перитонеальные симптомы отрицательные. Симптом Пастернацкого отрицательный. Диурез в норме, мочеиспускание свободное, безболезненное.

При осмотре в зеркалах обнаружен сгусток крови объемом 50 мл, шейка матки синюшного окраса, гипертрофирована, наружный зев расположен эксцентрично. Выделения из цервикального канала умеренные кровянистые со сгустками. Бимануальное исследование: влагалище свободное, своды глубокие и болезненные. Влагалищная часть шейки матки расположена кзади и бочкообразно расширена, длина 2,0–3,0 см плотная, наружный зев пропускает палец. Тело матки расположено кпереди и увеличено до размеров 5–6 недели беременности. Область придатков без особенностей.

В общем анализе крови повышено количество лейкоцитов ( $14,34 \cdot 10^9/\text{л}$ ), снижены показатели эритроцитов ( $2,72 \cdot 10^{12}/\text{л}$ ), гемоглобин (85 г/л) и соответственно гематокрит (35,7 %). Показатели гемостаза в норме.

По данным УЗИ плодное яйцо визуализируется ниже внутреннего зева шейки матки.

Клинический диагноз: шеечная беременность, анемия средней степени тяжести.

После получения информированного согласия на оперативное вмешательство согласно решению консилиума 21.12.2020 было проведено выскабливание цервикального канала и полости матки, а также коагуляция ложа плодного яйца. Операция прошла успешно. Назначена антианемическая терапия. Пациентка выписана на 4-е сутки. Даны рекомендации по реабилитации после перенесенной операции.

#### *Клинический случай 4.*

Пациентка И., 30 лет, самостоятельно обратилась в приемное отделение по поводу продолжающихся кровянистых выделений из половых путей, в течение 4 недель тянущие боли внизу живота и повышение температуры до 38 °С.

В акушерско-гинекологическом анамнезе: менструации с 13 лет по 5 дней, через 25–

28 дней, регулярные, умеренные безболезненные. Половой жизнью живет с 17 лет, было 4 беременности, 1 роды, 2 самопроизвольных выкидыша и 1 аборт по медицинским показаниям. В анамнезе полип эндометрия, по поводу которого в 2017 году была проведена гистероскопия с раздельным выскабливанием цервикального канала и полости матки.

Осмотр в зеркалах: стенки влагалища чистые, выражена складчатость; шейка матки гипертрофирована. Выделения кровянистые, скудные. Бимануальное исследование: влагалище свободное, своды глубокие и болезненные. Влагалищная часть шейки матки расположена кзади, плотная, в средней и верхней трети бочкообразно увеличена, наружный зев закрыт. Тело матки расположено кпереди увеличено до размера при 6–7 недели беременности. Область придатков без особенностей.

По данным УЗИ – шеечная беременность 9–10 недель, неразвивающаяся.

На основании жалоб пациентки, анамнеза, осмотра и результатов лабораторно-инструментальных методов исследования выставлен диагноз: неразвивающаяся беременность в сроке 9–10 недель шеечной локализации. Осложнения основного заболевания: постгеморрагическая анемия средней степени и эндометрит.

По решению консилиума определена тактика: на фоне антибактериальной терапии провести экстирпацию матки с маточными трубами.

После предоставления пациентке полной информации о возможных исходах и осложнениях получено письменное информированное согласие на проведение указанного вмешательства. Операция выполнена успешно, кровопотеря составила 300 мл. По ходу операции была проведена гемотрансфузия, введено 600 мл свежзамороженной плазмы, 500 мл эритроцитарной массы.

Выписана пациентка на 8 день в удовлетворительном состоянии.

Заключение. Эктопическая (шеечная) беременность относится к неотложным состояниям в гинекологии, требующая экстренного

комплексного подхода как в диагностике, так и в диффдиагностике и лечении.

Успех в оказании помощи таким пациентам во многом зависит от своевременности обращения пациентов, постановки диагноза и коллегиального решения о выборе метода лечения.

Комбинированные органосохраняющие операции с использованием метотрексата определяются решением консилиума с письменного информированного согласия и показаны пациентам гемодинамически стабильным, при наличии относительно низкого уровня В – ХГЧ (в идеале менее 1500 МЕ/л), отсутствии у эмбриона сердечной деятельности по УЗИ, уверенности в отсутствии маточной беременности, отсутствии повышенной чувствительности к метотрексату, а также готовности пациентки к последующему наблюдению.

## Литература

1. *Акушерство: национальное руководство*. Коллектив авторов; под ред. Г. М. Савельевой, Г. Т. Сухих, В. Н. Серова, В. Е. Радзинского. 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 1080 с.
2. *Макухина, Т. Б.* Опыт органосохраняющего лечения шеечной беременности с использованием селективной эмболизации маточных артерий / Т. Б. Макухина, И. О. Князев, Р. О. Князев // *Российский вестник акушера-гинеколога*. – 2018. – № 1. – С. 29–31.
3. *Новые возможности в лечении шеечной беременности* / И. И. Гришин, Ю. Э. Доброхотова, С. А. Капранов // *Лечебное дело*. – 2016. – № 4. – С. 93–97.
4. *Органосохраняющее комбинированное лечение эктопической беременности с имплантацией в шейке матки на сроке 7 недель* / С. И. Аскольская, С. И. Аликуберова, Ю. В. Попов, Д. П. Лебедев, О. Е. Нецаева // *Клиническая практика*. – 2016. – № 4. – С. 35–42.
5. *Радзинский, В. Е.* Акушерская агрессия / В. Е. Радзинский. – М.: Status Praesens, 2017. – 872 с.
6. *Роль эхографии в диагностике и успешном лечении шеечной беременности двойней* / И. А. Озерская, Е. П. Долгова, Г. И. Федорова, И. А. Петров // *Ультразвуковая и функциональная диагностика*. – 2015. – № 3. – С. 78–81.
7. *Синчихин, С. П.* Вариант лечения шеечной беременности молодой нерожавшей женщины / С. П. Синчихин, А. В. Буров, А. Н. Макаров // *Репродуктивное здоровье детей и подростков*. – 2007. – № 1. – С. 58–62.
8. *Случай ранней диагностики и лечения шеечной беременности с сохранением репродуктивных органов* / В. Н. Сидоренко, М. А. Шкроб, Е. Н. Кирилло-



ва, Л. С. Ладутько, Т. М. Олешкевич, Я. Б. Станкевич // Мед. новости. – 2015. – № 2. – С. 39–46.

9. Способ лечения шейной беременности / Ю. Э. Доброхотова, С. А. Капранов, И. И. Гришин // Российский мед. журнал. – 2016. – № 22(2). – С. 75–81.

10. Verma, U. Conservative management of cervical ectopic pregnancy / U. Verma // Fertil. Steril. – 2009. – Vol. 91(3). – P. 671–674.

## References

1. *Akusherstvo: nacional'noe rukovodstvo*. Kollektiv avtorov; pod red. G. M. Savel'evoy, G. T. Suhih, V. N. Serova, V. E. Radzinskogo. 2-e izd., pererab. i dop. – M.: GEOTAR-Media, 2015. – 1080 s.

2. *Makuhina, T. B.* Opyt organosohranyayushchego lecheniya sheechnoy beremennosti s ispol'zovaniem selektivnoy embolizatsii matochnyh arterij / T. B. Makulina, I. O. Knyazev, R. O. Knyazev // Rossijskij vestnik akushera-ginekologa. – 2018. – № 1. – S. 29–31.

3. *Novye vozmozhnosti v lechenii sheechnoy beremennosti* / I. I. Grishin, Yu. E. Dobrohotova, S. A. Kapranov // Lechebnoe delo. – 2016. – № 4. – S. 93–97.

4. *Organosohranyayushchee kombinirovannoe lechenie ektopicheskoj beremennosti s implantatsiej v shejke*

*matki na sroke 7 nedel'* / S. I. Askol'skaya, S. I. Alikberova, Yu. V. Popov, D. P. Lebedev, O. E. Nechaeva // Klinicheskaya praktika. – 2016. – № 4. – S. 35–42.

5. *Radzinskij, V. E.* Akusherskaya agressiya / V. E. Radzinskij. – M.: Status Praesens, 2017. – 872 s.

6. *Rol' ekhografii v dianostike i uspeshnom lechenii sheechnoy beremennosti dvojnej* / I. A. Ozerskaya, E. P. Dolgova, G. I. Fedorova, I. A. Petrov // Ul'trazvukovaya i funktsional'naya diagnostika. – 2015. – № 3. – S. 78–81.

7. *Sinchihin, S. P.* Variant lecheniya sheechnoy beremennosti molodoj nerozhavshchej zhenshchiny / S. P. Sinchihin, A. V. Burov, A. N. Makarov // Reproduktivnoe zdorov'e detej i podrostkov. – 2007. – № 1. – S. 58–62.

8. *Sluchaj rannej diagnostiki i lecheniya sheechnoy beremennosti s sohraneniem reproduktivnyh organov* / V. N. Sidorenko, M. A. Shkrob, E. N. Kirillova, L. S. Ladut'ko, T. M. Oleshkevich, Ya. B. Stankevich // Med. новости. – 2015. – № 2. – S. 39–46.

9. *Sposob lecheniya sheechnoy beremennosti* / Yu. E. Dobrohotova, S. A. Kapranov, I. I. Grishin // Rossijskij med zhurnal. – 2016. – № 22(2). – S. 75–81.

10. Verma, U. Conservative management of cervical ectopic pregnancy / U. Verma // Fertil. Steril. – 2009. – Vol. 91(3). – P. 671–674.

Поступила 26.10.2021 г.