В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

УДК 618

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТОК С ШЕЕЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ

М.С. Селихова, М.А. Яхонтова, Е.С. Зверева

*ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра акушерства и гинекологии*

Представлен клинический случай комбинированного органосохраняющего лечения при прогрессирующей шейечной беременности. Еще несколько лет назад тактика при выявлении шейечной беременности была определена однозначно – экстирпация матки. В современных условиях благодаря внедрению в практику врачей-гинекологов клинических протоколов появилась уникальная возможность прерывания шейечной беременности с сохранением матки и репродуктивного здоровья молодой пациентки.

Ключевые слова: шейечная беременность, метотрексат, гистероскопия, органосохраняющий подход.

DOI 10.19163/1994-9480-2019-4(72)-136-139

MODERN APPROACHES TO CARE OF PATIENTS WITH CERVICAL PREGNANCY

M.S. Selihova, M.A. Yahontova, E.S. Zvereva

*FSBEI HE «Volgograd State Medical University» of Public Health Ministry of the Russian Federation,
Department of Obstetrics and Gynecology*

A clinical case of combined organ-preserving treatment in case of progressive cervical pregnancy is presented. A few years ago, the tactic in detecting cervical pregnancy was unequivocally determined – extirpation of the uterus. In modern conditions, thanks to the introduction of clinical protocols into the practice of gynecologists, a unique opportunity exists to interrupt cervical pregnancy with preservation of the uterus and the reproductive health of the young patient.

Key words: cervical pregnancy, methotrexate, hysteroscopy, organ-preserving approach.

Внематочная беременность в современном мире составляет около 4 % от всех беременностей. По частоте наиболее распространена трубная беременность, наименее – беременность в рудиментарном роге матки. В России внематочная беременность встречается в 1,13 случаев на 100 беременностей, или в 3,6 случаев на 100 родивших живых детей. По локализации выделяют следующие виды: трубная (интерстициальная, истмическая, ампулярная, фимбриальная) 98–99 %, яичниковая 0,1–0,7 %, брюшная (1 на 10000–25000 живорожденных) 0,3–0,4 %, гетеротопическая беременность (сочетание маточной локализации одного плодного яйца и внематочной локализации другого) встречается крайне редко (1 из 30000 беременностей) [1], беременность в рубце после кесарева сечения (частота не определена). Частота встречаемости шейечной беременности составляет 1 на 9000–12000 беременностей (0,1–0,4 %). При этом плодное яйцо имплантируется в цилиндрическом эпителии канала шейки матки. Ворсины трофобласта глубоко проникают в мышечную оболочку шейки,

что приводит к разрушению ее тканей и сосудов и массивному кровотечению. Поэтому данная локализация эктопической беременности наиболее опасна и связана с серьезным прогнозом для жизни женщины. В 70-е гг. распространенность внематочной беременности в США возросла примерно в 3 раза, в 80-х была отмечена та же динамика. В настоящее время внематочными оказываются 1,4 % всех беременностей. Внематочная беременность служит основной причиной смерти женщин в I триместре беременности. Риск внематочной беременности повышается с возрастом и наиболее высок у женщин 35–44 лет. Относительный риск летального исхода при внематочной беременности примерно в 10 раз выше, чем при родах, и в 50 раз выше, чем при искусственном аборте [1].

В 2018 г. в гинекологическое отделение ГУЗ «КБ СМП № 7» г. Волгограда поступила пациентка 21 года с жалобами на сукровичные выделения из половых путей, появившиеся накануне госпитализации, задержку менструации на 8 дней. После проведенного обследования выставлен диагноз

«Беременность 4–5 недель. Начавшийся самопроизвольный выкидыш». Больная была крайне заинтересована в данной беременности, так как, несмотря на молодой возраст, беременность была третьей, первые две закончились самопроизвольными выкидышами на ранних сроках (5–6 недель) в 2016 и 2017 гг. К этой беременности пациентка готовилась, проводилась прегравидарная подготовка (прием фолиевой кислоты 400 мкг перорально), была обследована на ИППП (здоровы). Тест на беременность положительный. УЗИ органов малого таза амбулаторно не выполнялось. В женской консультации, на догоспитальном этапе, учитывая отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, начата гормональная поддержка беременности – утрожестан 200 мг 2 раза вагинально. Обращали на себя внимание данные по гинекологической и соматической патологии: гинекологические заболевания – хронический эндометрит, двусторонний сальпингоофорит. Из экстрагенитальной патологии – гастроэзофагорефлюксная болезнь (ГЭРБ). Хронический гастродуоденит, ремиссия. Хронический пиелонефрит, ремиссия. Перенесенные операции – аппендэктомия в 2006 г., без осложнений.

Учитывая крайнюю заинтересованность пациентки в беременности, репродуктивные потери в анамнезе, суковичные выделения из половых путей, пациентка госпитализирована в стационар. Начата гемостатическая терапия (транексам 500 мг в/в, далее транексам 250 мг 3 раза *per os*); продолжена гормональная поддержка (утрожестан 200 мг вагинально 2 раза); прием фолиевой кислоты 400 мкг *per os*. Результаты лабораторного обследования – в пределах физиологической нормы. В стационаре взят анализ крови на хорионический гонадотропин человека (ХГЧ), равный 647 мМЕ/мл, что соответствует 3–4 неделям гестации, выполнено УЗИ органов малого таза (ОМТ) – плодного яйца в полости матки не обнаружено, М-ЭХО 9 мм, свободной жидкости нет. Заключение: беременность малого срока неясной локализации. На данном этапе, принимая во внимание малый срок гестации, при котором возможно отсутствие достоверной ультразвуковой визуализации плодного яйца в полости матки, крайнюю заинтересованность пациентки в беременности на фоне привычной потери беременности в анамнезе, решено продолжить динамическое наблюдение с контролем уровня ХГЧ и УЗИ в динамике, гемостатическую терапию, гормональную поддержку беременности, начатую на амбулаторном этапе.

Ультразвуковое исследование ОМТ на 11-е сутки после госпитализации: плодное яйцо визуализируется четко в проекции шейки матки, СВД 7 мм. Визуализируется 1 живой эмбрион, КТР 2 мм, с/б «+». Выставлен диагноз – прогрессирующая шеечная беременность 5–6 недель.

Основными документами, регламентирующими и определяющими тактику врача-гинеколога при лечении пациентки с эктопической беременностью, являются «Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», № 572н, 2012 г. (МЗ РФ) и клинические

рекомендации (протокол лечения) ВНЕМАТОЧНАЯ (ЭКТОПИЧЕСКАЯ) БЕРЕМЕННОСТЬ, 2017 г. Согласно данному протоколу впервые рекомендуется использование цитостатиков в лечении шеечной беременности. «Медикаментозная терапия метотрексатом может быть применена в соответствии с рекомендациями ASRM (2006), ACOG (2015), POAG (2014), RCOG (2016). В РФ инструкцией по применению метотрексата не предусмотрены показания и схемы лечения внематочной беременности, в связи с чем его использование *off label* может рассматриваться лишь как альтернатива органосохраняющей операции при необходимости сохранения репродуктивной функции только в гинекологических стационарах 3-й группы, после получения информированного добровольного согласия пациентки...». Клинический протокол NICE (2012) рекомендует метотрексат как лечение первой линии для женщин, у которых отсутствует значительная боль, неразрывавшаяся ВБ с диаметром плодного яйца менее 35 мм, без видимых по УЗИ сердцебиений, уровень сывороточного β -ХГЧ между 1500 и 5000 МЕ/л, нет маточной беременности (УЗИ). Противопоказаниями к назначению метотрексата являются нестабильность гемодинамики, наличие маточной беременности, грудное вскармливание, отсутствие возможности наблюдения, повышенная чувствительность к препарату, хронические заболевания печени, предшествующая дискразия крови, заболевания легких, иммунодефицит, язвенная болезнь.

В связи со сложившейся клинической ситуацией консилиумом принято решение применить консервативную тактику ведения – медикаментозная терапия цитостатическим препаратом «Метотрексат» в/м по схеме (50 мг на 1 м²), учитывая наличие прогрессирующей шеечной беременности в сроке 5–6 недель гестации у 21-летней пациентки с невыполненной репродуктивной функцией и репродуктивными потерями в анамнезе, отсутствие кровянистых выделений из половых путей, удовлетворительное состояние пациентки (согласно Клиническим рекомендациям (протокол лечения) «Внематочная (эктопическая) беременность» 2017 г.). Рассчитана индивидуальная доза препарата с учетом веса и роста пациентки – 86 мг. Получено письменное информированное добровольное согласие пациентки на применение метотрексата как единственной альтернативы органосохраняющей операции.

По мнению ряда исследователей, методом выбора при лечении шеечной беременности может стать эндоваскулярная эмболизация маточных артерий [3, 4]. Первое сообщение об эмболизации маточных артерий было сделано Дж. Оливером в 1979 г., который с успехом применил эмболизацию маточных артерий для остановки послеродовых и послеоперационных кровотечений. Эмболизация маточных артерий – 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.

В России эмболизация маточных артерий для лечения шеечной беременности стала использоваться относительно недавно, а накопленный опыт в большинстве лечебных учреждений невелик и исчисляется несколькими десятками наблюдений. Эмболизация маточных артерий выполняется в специально оборудованной рентгенооперационной, под контролем ангиографического оборудования. Эндоваскулярная хирургия – наука относительно молодая, и в настоящее время такими операционными оборудованы лишь крупные специализированные сосудистые центры, количество которых во всем мире невелико, а в нашей стране исчисляется единицами.

Для лечения шеечной беременности с применением эмболизации маточных артерий в качестве основного метода предложены следующие методики: эмболизация маточных артерий + тампонада шейки матки баллонным катетером Фолея + инъекции метотрексата 1 мг/кг в сутки, эмболизация маточных артерий желатиновой губкой + выскабливание цервикального канала, эмболизация маточных артерий платиновыми спиралями + инъекции метотрексата. Кроме того, эмболизация маточных артерий может использоваться после неудачных попыток применения метотрексата и лигирования сосудов [1, 2]. 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, 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. В нашей клинике применение данной методики в настоящее время не представляется возможным по техническим причинам.

После дообследования, получения заключений от смежных специалистов об отсутствии противопоказаний к цитостатической терапии у пациентки с ГЭРБ, хроническим гастродуоденитом, хроническим пиелонефритом, при уровне ХГЧ крови 6295 мМЕ/мл внутримышечно был введен метотрексат 86 мг. Проводилось динамическое наблюдение за состоянием пациентки. Осложнений и ухудшения общего состояния отмечено не было. Однако ожидаемого снижения уровня в-ХГЧ в сыворотке крови не произошло, имело место нарастание показателя с 9428 мМЕ/мл (на 2-е сутки после введения метотрексата) до 11300 мМЕ/мл (на 4-е сутки после

введения метотрексата). Трансвагинальное УЗИ ОМТ также подтвердило дальнейшее прогрессирование шеечной беременности: на 4-е сутки после введения метотрексата в средней трети цервикального канала визуализируется 1 плодное яйцо диаметром 15 мм, с 1 живым эмбрионом, КТР = 5,9 мм, с/б «+», желточный мешок 2,5 мм. М-ЭХО в полости матки 8 мм. Заключение: прогрессирующая шеечная беременность 6–7 недель.

Принимая во внимание неэффективность терапии метотрексатом, то есть дальнейшее прогрессирование шеечной беременности, консилиум принял решение о необходимости оперативного лечения в объеме: Лапаротомия. Ревизия брюшной полости и малого таза. При необходимости – перевязка маточных артерий с целью профилактики массивной кровопотери. Попытка вакуум-аспирации плодного яйца из цервикального канала, гистерорезектоскопия, коагуляция эндоцервикса в области ложа плодного яйца. При возникновении кровотечения по жизненным показаниям – экстирпация матки. В предоперационном периоде с целью профилактики ранения мочеточников выполнена их катетеризация.

Интраоперационно (лапаротомия по Пфанненштилю) при ревизии органов малого таза обнаружено: матка нормальных размеров, обычной окраски, без особенностей. Перешеек не утолщен, бледно-розового цвета. Параметрии свободные, не инфильтрированы. Сосудистый рисунок не выражен. Придатки с обеих сторон без особенностей. Влажным доступом выполнена вакуум-аспирация содержимого полости матки и цервикального канала. В аспирате хориальная ткань, децидуальная ткань, некротические массы. Кровотечения нет. Общая кровопотеря составила 10 мл. Выполнена гистерорезектоскопия. Полость матки и цервикального канала осмотрена с помощью резектоскопа. Обнаружена ниша в средней трети эндоцервикса по правой боковой стенке глубиной 2–3 мм и диаметром до 10 мм (ложе плодного яйца). Края и дно ниши розовые, признаков инвазии трофобласта нет. Выполнена коагуляция обнаруженной ниши, без осложнений. Интраоперационно выполнено ультразвуковое исследование тела и шейки матки. Структурных изменений нет, УЗ-данных за шеечную беременность нет. Общая кровопотеря 150 мл. Моча по катетеру 900 мл светлая.

Гистологическое заключение (аспират из цервикального канала): фрагменты децидуальной ткани с отеком, плодные оболочки, бессосудистые ворсины хориона с отеком.

Течение послеоперационного периода гладкое. Швы сняты на 5-е сутки, заживление первичным натяжением. УЗИ ОМТ (5-е сутки послеоперационного периода) – данных за беременность нет, структурных изменений нет (рис. 1). На 7-е сутки

послеоперационного периода пациентка выписана из отделения в удовлетворительном состоянии.

Рис. 1. Ультразвуковая картина на 5-е сутки послеоперационного периода

Примененная в данном случае комбинированная тактика лечения позволила избежать кровотечения и обеспечила уникальную возможность сохранения матки и репродуктивной функции.

Принципиальным условием органосохраняющей тактики при внематочной беременности является возможность контроля ХГЧ. Уровень ХГЧ крови на вторые сутки послеоперационного периода снизился до 2754 мМЕ/мл, на 5-е сутки – 318 мМЕ/мл (рис. 2). Через 14 дней после выписки из стационара уровень ХГЧ <5 мМЕ/мл.

Рис. 2. Динамика уровня ХГЧ на фоне примененной комбинированной терапии

Представленный случай демонстрирует возможность и целесообразность применения органосохраняющей тактики при прогрессирующей внематочной беременности, тогда как на протяжении столетия единственным методом лечения данной

патологии являлась экстирпация матки. Потребовался неординарный подход к ведению данной пациентки, уникальное техническое решение хирургического вмешательства, позволившее сохранить матку и репродуктивное здоровье молодой женщины. На наш взгляд, важно обратить внимание специалистов на возможность и доступность в современных условиях консервативного ведения пациенток с внематочной беременностью, необходимо стараться отдавать предпочтение органосохраняющим методикам (при наличии для этого соответствующих условий и отсутствии противопоказаний). Пусть в нашем случае не удалось добиться полного цитостатического действия на эмбрион при применении метотрексата, но были созданы условия для практически бескровной элиминации плодного яйца из эндометрия, без осложнений.

Таким образом, при определении метода лечения молодых с невыполненной репродуктивной функцией пациенток с редкими формами эктопических беременностей необходимо учитывать, что на современном этапе существует действительно эффективная альтернатива органосохраняющей тактике.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Клинические рекомендации, основанные на доказательной медицине: Пер. с англ. / Clinicheskie rekomendacii, osnovannye na dokazatel'noj medicine: Per. s angl. [Clinical recommendations based on evidence-based medicine: Trans. from English] / Под ред. Ю.Л. Шевченко, И.Н. Денисова, В.И. Кулакова, Р.М. Хаитова / Pod red. Ju.L. Shevchenko, I.N. Denisova, V.I. Kulakova, R.M. Haitova. – 2-е изд., испр. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 1248 с.
2. Роузвиз Сильвия К. / Rouzvija Sil'vija K. Гинекология. Справочник практического врача / Ginekologija. Spravochnik praktičeskogo vracha [Handbook of a Practitioner / Ginekologija]. – М.: Мед. пресс 2004.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Medical management of tubal pregnancy. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 1998 Dec. 7 p. (ACOG practice bulletin; no. 3).
4. Ectopic pregnancy. Search date April 2003. Salpingostomy (open or laparoscopic). Clinical Evidence is a website owned by BMJ Publishing Group Limited, company registration number 3012371. Their registered office is situated at BMA House, Tavistock Square, London WC1H 9JP. VAT Number 674738491.

Контактная информация

Селихова Марина Сергеевна – д. м. н., профессор кафедры акушерства и гинекологии, Волгоградский государственный медицинский университет, e-mail: selichovamarina@yandex.ru