

# Особенности клиники, диагностики и дифференцированный подход к лечению шеечной беременности

А.Н. Рыбалка, Ю.К. Памфамиров, В.А. Заболотнов, Н.А. Тимофеева, Д.М. Сидоров, О.И. Боева  
Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского, г. Симферополь

Представлены 5 случаев шеечной беременности. Основными клиническими признаками являлись: кровотечение, увеличение шейки матки, эксцентрическое расположение наружного зева, выявление плодного яйца в цервикальном канале при эхографии. У одной пациентки беременность была прервана путем инструментального удаления плодного яйца с последующим прошиванием и лигированием нисходящей ветви маточной артерии и с одновременной тугой тампонадой цервикального канала. У остальных четырех пациенток в связи с массивным кровотечением была выполнена экстирпация матки. У 2 из них правильный диагноз был поставлен только после операции. Представленные данные свидетельствуют о необходимости дифференцированного подхода к лечению шеечной беременности.

**Ключевые слова:** шеечная беременность, трудности диагностики, тактика лечения.

Шеечная беременность – одна из редких и угрожающих жизни патологий. Она характеризуется нидацией плодного яйца в цервикальном канале дистальнее внутреннего зева. При этом происходит прорастание ворсин хориона в ткани шейки матки, что вызывает разрушение стенок кровеносных сосудов. Частота этой патологии составляет 0,1–0,4% случаев всех видов внематочной беременности [1, 5]. Летальность при шеечной беременности высока и колеблется от 14,3 до 90%. Увеличение частоты шеечной беременности в последние годы связывают с возрастающей ролью методов вспомогательной репродукции. К факторам, предрасполагающим к развитию шеечной беременности, относят: дистрофические изменения эндометрия, травматические повреждения его во время абортов, диагностических выскабливаний, использование внутриматочных контрацептивов, эндометриоз, субмукозную миому, врожденные аномалии развития тела и шейки матки [4].

Диагностика шеечной беременности представляет определенные трудности и зависит от срока гестации [3, 7]. Правильный диагноз весьма редко ставится до того, как беременность начнет прерываться. Первым проявлением шеечной беременности нередко служит кровотечение. Прерывание обычно сопровождается внезапным профузным кровотечением, угрожающим жизни больной.

При гинекологическом исследовании только в 7–8 нед беременности можно обнаружить типичные клинические признаки шеечной локализации плодного яйца: шейка матки бочкообразной формы, сине-багрового цвета, значительно увеличена в размерах. Наружный зев располагается эксцентрично, отмечается выраженное истончение его краев.

При прогрессирующей беременности шейка матки значительно увеличена в объеме, в результате ее величина начинает превосходить размеры тела матки. При этом тело матки определяется в виде плотного узла, часто принимаемого за миоматозный узел.

Эхография позволяет с высокой точностью диагностировать шеечную беременность и решать вопрос о наиболее рациональном методе лечения данной патологии. Основными

эхографическими признаками шеечной беременности являются: расположение плодного яйца в цервикальном канале, значительное увеличение шейки матки по сравнению с ее телом, матка в форме песочных часов, циркулярное расположение хориона. Применение цветного доплеровского картирования позволяет выявить характерный трофобластический кровоток, отражающий интенсивное кровоснабжение эктопического хориона.

В ранние сроки шеечную беременность следует дифференцировать с абортom в ходу, когда отслоившееся плодное яйцо задерживается в цервикальном канале, а также с раком шейки матки. При абортe в ходу кровянистые выделения из половых путей сопровождаются схваткообразной болью внизу живота, а при шеечной беременности это бывает не всегда. При абортe в ходу, в отличие от шеечной беременности, имеется расширение внутреннего маточного зева, содержимое полости матки неоднородное, что обусловлено наличием крови. При шеечной беременности полость матки обычно сомкнута, выявляется симптом скольжения, который заключается в смещении интерцервикальных структур относительно стенок цервикального канала. В случае шеечной беременности плодoвместилище по отношению к стенкам канала остается неподвижным.

В отличие от хирургической тактики, когда единственным методом лечения шеечной беременности являлась экстирпация матки, в последние годы стали применять органосохраняющие консервативные и хирургические методы лечения [2]. Медикаментозная терапия включает использование различных цито- и эмбриотоксических препаратов (метотрексат) [6].

Описаны различные методы малоинвазивной хирургии в лечении шеечной беременности: обычный кюретаж, кюретаж и тампонада катетером Фолея, гистероскопическая резекция ложа плодного яйца с коагуляцией, трансвагинальное прошивание и лигирование нисходящих ветвей маточных артерий, перевязка маточных и внутренних подвздошных артерий, эмболизация вышеуказанных сосудов, лапароскопическое клиппирование внутренних подвздошных артерий, наложение кругового шва на шейку матки с одновременной тампонадой цервикального канала и др. Однако успех операции напрямую зависит от срока беременности. Все эти методы приводят к успеху при ранних сроках беременности, но в большинстве случаев приходится использовать сочетание нескольких методов. Если имеется глубокое прорастание хориона, то единственным методом лечения является экстирпация матки. Абсолютные показания к неотложной гистерэктомии возникают при нестабильной гемодинамике и профузном кровотечении.

При сроках до 5,5 нед может быть выполнено одномоментное инструментальное удаление плодного яйца. В поздние сроки гестации (6–8,5 нед) для прерывания шеечной беременности в большинстве случаев успешно применяют метотрексат в сочетании с консервативными хирургическими методами. При более поздних сроках беременности методом, позволяющим сохранить жизнь пациенткам, является экс-

тирпация матки [3]. В этом плане определенный интерес представляют наблюдения 5 случаев шеечной беременности.

1. Больная К., 42 лет, обратилась с жалобами на задержку менструации и умеренные кровянистые выделения из половых путей в течение 10 дней, общую слабость. По последней менструации срок беременности 11 нед. Беременностей 8: родов – 1, самопроизвольных выкидышей – 2, искусственных абортов – 5. При влагалищном исследовании в месте проекции шейки матки определялась полушаровидная опухоль размером 8х10 см, выступающая в просвет влагалища и напоминающая сглаженную шейку, наружный зев раскрыт до 1,5 см, расположен эксцентрично. Тело матки увеличено соответственно 5 нед беременности, придатки не пальпировались.

Пациентка срочно госпитализирована с диагнозом миома матки. В условиях развернутой операционной произведены выскабливание слизистой оболочки полости матки и тампонада цервикального канала и влагалищных сводов. Сразу после выскабливания в условиях операционной был установлен диагноз шеечной беременности. Инструментальное удаление плодного яйца привело к массивному кровотечению. На основании выраженного кровотечения и диагноза «шеечная беременность 11 нед» произведена экстирпация матки. Общая кровопотеря 1200 мл. Результаты морфологического исследования подтвердили диагноз: в просвете канала шейки матки кровь, ворсины хориона со склерозом, децидуальная и эмбриональная ткань. Послеоперационный период без осложнений. Выписана на 11-е сутки.

2. Больная В., 41 года, поступила в больницу с жалобами на периодическую ноющую боль внизу живота и мажущиеся кровянистые выделения из половых путей. При пальпации живота обнаружено: дно матки на 4 см ниже пупка. В зеркалах: шейка матки бочкообразной формы, сине-багрового цвета, «вколочена» в малый таз, зев приоткрыт; на передней губе шейки матки имеется отверстие диаметром до 7 мм с неровными краями, из которого отходят незначительные кровянистые выделения. Вагинально: шейка неподвижна, «вколочена» в малый таз. Матка вытянутой формы в продольном направлении, ее дно на 4 см ниже пупка, контуры нечеткие; придатки не пальпируются. Был поставлен диагноз: беременность 16 нед, криминальный аборт в ходу, перфорация шейки матки. Учитывая, что у женщины не было детей и она крайне заинтересована в беременности, неоднократно длительно лечилась по поводу бесплодия и основываясь на имеющихся клинических данных, поставлен диагноз «шеечная беременность 12 нед».

Переведена (неправильно) в ЦРБ. С целью выяснения природы перфорационного отверстия на передней губе шейки матки в операционной произведено его зондирование, что спровоцировало профузное кровотечение. Срочно выполнена экстирпация матки с трубами. Кровопотеря – 2000 мл. Выписана на 10-е сутки.

Патологоанатомически: шейка матки представляет собой плодместилище с плодным яйцом, соответствующим 12 нед беременности; ворсины хориона прорастают всю толщу шейки матки с разрушением стенки и образованием перфорационного отверстия; тело матки увеличено до размеров 8 нед беременности.

Данный случай показывает, что диагностика шеечной беременности нередко затруднена, требует применения дополнительных диагностических методов (УЗИ и др.). Недопустимы транспортировка таких больных и выполнение каких-либо дополнительных вмешательств перед операцией, даже в условиях операционной. Это неизбежно приводит к осложнениям.

3. Больная М., 37 лет, поступила в клинику с жалобами на постоянную ноющую боль внизу живота, пояснице, периодические кровянистые выделения из половых путей на протяжении последних 5 дней после физической нагрузки.

Последняя менструация была 6 мес назад. Беременность 6-я: первая беременность осложнилась сочетанным поздним гестозом (с 26-й недели) на фоне хронического пиелонефрита, во время срочных родов – эклампсия, в ранний послеродовой период гипотоническое кровотечение; следующие 4 беременности закончились искусственными абортами в сроках 8–10 нед. В дальнейшем – хронический аднексит и псевдоэрозия шейки матки – производилась диатермокоагуляция.

При обследовании: беременность 24 нед; положение и предлежание плода четко не определяются, сердцебиение ритмичное, приглушено, ниже пупка. В зеркалах: шейка матки сглажена, выраженный цианоз слизистой оболочки, наружный зев шелевидный, закрыт, расположен эксцентрично кзади, выделения кровянистые, незначительные. Вагинально: своды сглажены, шейка сглажена, размягчена, отклонена кзади, неподвижная; матка до 24 нед беременности, «вколочена» в малый таз. Диагноз: беременность 24 нед, начавшийся выкидыш, отягощенный акушерский анамнез, хронический пиелонефрит в фазе ремиссии.

Проводилась терапия, направленная на сохранение беременности. На 5-й день отошли околоплодные воды. В связи с отсутствием схваток назначена стимуляция. Несмотря на отсутствие схваток через 9 ч на фоне начавшегося кровотечения произошел выкидыш плодом женского пола, массой 600 г, длиной 29 см. После рождения плода кровотечение усилилось. Проведена попытка инструментального выделения плаценты. Полностью ее выделить не удалось. Диагноз: истинное приращение плаценты. Произведена срочная операция – экстирпация матки с трубами. Общая кровопотеря – 1900 мл. Выписана на 21-е сутки.

Препарат: тело матки намного больше нормы, шейка раздута, истончена, цервикальный канал являлся плодместилищем размерами 15х12х12 см; на задней и боковых поверхностях размещена плацентарная площадка с плацентарной тканью, которая вросла в нее; ворсины хориона проросли всю толщу шейки матки. Гистологическое заключение: шеечная беременность.

Приведенный случай показывает, что диагностика шеечной беременности в поздние сроки представляет значительные трудности даже после выкидыша; лечение только хирургическое, может выполняться только врачом высокой квалификации.

4. Больная Т., 32 лет, поступила в гинекологическое отделение районной больницы с жалобами на периодические беспорядочные кровянистые выделения из половых путей последние 1,5 мес. В зеркалах: шейка гипертрофирована, бочкообразной формы, располагается эксцентрично. Вагинально: шейка размягчена, ограничена в подвижности, наружный зев приоткрыт, своды укорочены. Тело матки увеличено соответственно 4 нед беременности, мягкой консистенции, ограничено в подвижности, придатки не пальпируются, умеренные кровянистые выделения.

С диагностической целью произведено фракционное выскабливание слизистой оболочки. Гистологически ошибочно поставлен диагноз «рак шейки матки?». В связи с продолжающимися кровянистыми выделениями через 7 дней повторно произведено фракционное выскабливание слизистой оболочки. Гистологически ошибочно подтвержден диагноз «рак шейки матки».

Через 4 дня началось профузное кровотечение. Врачом санавиации произведена экстирпация матки. Общая кровопотеря – 2500 мл. При патологоанатомическом исследовании препарата в цервикальном канале обнаружено плодместилище с плодным яйцом, соответствующим 5 нед беременности. Выписана на 12-е сутки.

5. Больная М., 30 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на задержку менструации, незначительные

кровянистые выделения и тянущую боль внизу живота. Беременностей 5: 2 искусственных аборта, 3 самопроизвольных выкидыша.

В зеркалах: увеличение размеров шейки матки, некоторая ее синюшная окраска и эксцентричное расположение наружного зева. Вагинально: матка чуть больше нормы, размягчена, придатки не определяются. Диагноз: беременность сроком 8 нед, начавшийся аборт, привычное невынашивание.

На следующий день больной было проведено трансабдоминальное и трансвагинальное УЗИ: тело матки не увеличено, толщина эндометрия 6 мм, эндометрий высокой эхогенности, однородной структуры. Шейка матки увеличена (60x50 мм), видимая часть цервикального канала в средней и верхней трети не изменена по эхоструктуре. В нижней трети цервикального канала визуализируется плодное яйцо неправильной формы. При цветном доплеровском картировании определяется периферическая гиперваскуляризация. Симптом скопления отрицательный. Заключение: прогрессирующая шеечная беременность сроком 8 нед.

В тот же день в условиях развернутой операционной проведено инструментальное удаление плодного яйца. Для уменьшения кровопотери произведено лигирование нисходящей ветви маточной артерии справа с одновременной тугой тампонадой цервикального канала. Общая кровопотеря – 700 мл. Операция и послеоперационный период без осложнений. Результаты морфологического исследования подтвердили правильность УЗИ.

Несмотря на то что при использовании методов консервативного лечения шеечной беременности возможны осложнения, требующие проведения экстирпации матки, у некоторых пациенток существует возможность сохранить репродуктивную функцию.

Таким образом, представленные клинические наблюдения свидетельствуют о необходимости учитывать особенности клиники, диагностики и дифференцированного подхода к лечению шеечной беременности.

**Особливості клініки, діагностики та диференційований підхід до лікування шийкової вагітності**  
**А.М. Рибалка, Ю.К. Памфаміров, В.А. Заболотнов, Н.А. Тимофеева, Д.М. Сідоров, О.І. Боева**

Наведено 5 випадків шийкової вагітності. Основними клінічними ознаками були: кровотеча, збільшення шийки матки, ексцентричне розташування зовнішнього маткового вічка, виявлення плідно-

го яйця в каналі шийки матки під час ехографії. В однієї пацієнтки вагітність була перервана шляхом інструментального видалення плідного яйця з наступним прошиванням і лігуванням нисхідної гілки маткової артерії та з одночасною тугою тампонадою каналу шийки матки. В інших пацієнток у зв'язку з масивною кровотечею було виконано екстирпацію матки. У 2 із них правильний діагноз було встановлено тільки після операції. Наведені дані свідчать про необхідність диференційованого підходу до лікування шийкової вагітності.

**Ключові слова:** шийкова вагітність, труднощі діагностики, тактика лікування.

**Peculiarities of clinical features, diagnostics and selected approach for treatment of cervical pregnancy**

**A.N. Rybalka, Y.K. Pamfamirov, V.A. Zabolotnov, N.A. Timofeeva, D.M. Sidorov, O.I. Boeva**

Five cases are presented of cervical pregnancy. The main clinical signs of cervical pregnancy are bleeding, the engorgement of the uterus cervix, the eccentric position of the external cervical os, revealing of the fetal ovum in the cervical canal during echography. In one patient the pregnancy was aborted by instrumental ablation of the fetal ovum with stitching and ligation of the descending uterine artery, with the simultaneous cervical canal tight tamponade. In 4 patients hysterectomy was performed because of profuse bleeding. And with it the correct diagnosis was made only after the surgical intervention. Presented data prove the necessity of the differentiated treatment of cervical pregnancy.

**Key words:** cervical pregnancy, the method of treatment.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Айламазян Э.К., Рябцева И.Т. неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии. – Н.Новгород, изд-во НГМА, 1996. – 186 с.
2. Ищенко А.И., Липман А.Д., Бахвалова А.А., Ищенко А. Возможность малоинвазивной хирургии в лечении больных шеечной беременностью // Вопросы гин., акуш., перинатол. – 2004. – Т. 3. – № 3. – С. 16–22.
3. Рибалка А.М., Марковський В.М. Рідкісний випадок шийкової вагітності // Педіатр., акуш. і гінекол. – 1981. – №4. – С. 57–58.
4. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Шахламова М.Н., Белоцерковцева Л.Д. Внематочная беременность. Изд. 2-е. – М.: Медицина, 2001. – 215 с.
5. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Белоцерковцева Л.Д. Трансвагинальная эхография. Атлас. – М.: Медицина, 2001. – 154 с.
6. Kim T.D. Clinical Outcomes of Patients treated for Cervical Pregnancy with or without Methotrexate // J.Korlan Med. Sci. 2004. – V. 19. – P. 848–852.
7. Rybalka A.N., Kamilova I.K., Zabolotnov V.A. Gynaecology. Vol. II: Textbook. – Simferopol: LAD CSMU. – 2007. – 448 p.; 41 sh. of pic.

Науково-практична конференція

**"Репродуктивна ендокринологія:  
перинатальні, акушерські, гінекологічні  
аспекти"**

**25-26 вересня**  
м.Дніпропетровськ

Асоціація акушерів-гінекологів України.  
Тел. (044) 272-10-11