

Сведения об авторах

И.В. Рахимова – студент

Я.О. Сорокина* - студент

В.Л. Зеленцова - доктор медицинских наук, профессор

Information about the authors

I.V. Rakhimova - student

Y.O. Sorokina* - student

V.L. Zelentsova - Doctor of Science (Medicine), Professor

***Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):**

Yana_sorokina_01@mail.ru

УДК 618.31

РЕДКИЕ ФОРМЫ ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ (ШЕЕЧНАЯ И БЕРЕМЕННОСТЬ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ РУБЦЕ): РИСКИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ

Дарья Артемовна Степина¹, Кейси Муссаевна Хамхоева¹, Марина Кесаревна Киселёва^{1,2}

¹Кафедра акушерства и гинекологии

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения РФ

²ГАУЗ СО «Государственная клиническая больница № 40»

Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. Внематочная беременность составляет 9,5% от всех гинекологических заболеваний, она же приводит к 47% экстренных вмешательств. Среди эктопических распространенность шеечной беременности составляет около 0,1%, а беременность в рубце после кесарева сечения – менее 1%. У врачей часто возникают сложности со своевременной диагностикой и выявлением факторов риска развития таких редких форм эктопической беременности. **Цель исследования** — выявление факторов риска развития редких форм эктопической беременности (шеечной и в послеоперационном рубце) и оценка результатов лечения. **Материал и методы.** Одномоментное ретроспективное исследование историй болезни 26 пациенток за период с 2018 по февраль 2023 года на базе ГАУЗ СО ГКБ№ 40, г.Екатеринбург с редкой формой эктопической беременности: 16 – с шеечной беременностью, 9 – с беременностью в послеоперационном рубце после кесарева сечения. Была собрана информация о факторах риска развития эктопической беременности, а также проведена статистическая оценка их значимости с помощью коэффициента U Манна-Уитни ($p < 0,05$ – статистически значима) в Microsoft Office Excel 2020. **Результаты.** Была найдена статистически значимая зависимость между группами шеечной беременности или беременности в рубце после кесарева сечения и по продолжительности менструации ($p = 0,002$), количеством родов в анамнезе ($p = 0,049$), количеством кесаревых сечений в анамнезе ($p < 0,001$), которые чаще встречались у пациенток с беременностью в

рубце после кесарева сечения. **Выводы.** Факторами риска развития редких форм эктопической беременности являлись материнский возраст старше 30 лет, отягощенный акушерский анамнез. При своевременном обращении и диагностике эктопическая беременность заканчивается благоприятно с сохранением репродуктивной функции.

Ключевые слова: шеечная, послеоперационный рубец, факторы риска, беременность.

RARE FORMS OF ECTOPIC PREGNANCY (CERVICAL AND POSTOPERATIVE SCAR PREGNANCY): RISKS AND TREATMENT OUTCOMES

Daria A. Stepina¹, Keisy M. Khamkhoeva¹, Marina K. Kiseleva^{1,2}

¹Department of Obstetrics and Gynecology

Ural state medical university

²City Clinical Hospital № 40

Yekaterinburg, Russia

Abstract

Introduction. Ectopic pregnancy accounts for 9,5% of all gynecological diseases, it also leads to 47% of emergency interventions. Among them the prevalence of cervical pregnancy is about 0,1%, and pregnancy in the caesarean scar is less than 1%. Doctors often have difficulties with timely diagnosis and identification of risk factors of rare ectopic pregnancies. **The purpose of the study** - identification of risk factors of the development of rare ectopic pregnancies (cervical and postoperative scar). **Material and methods.** A retrospective study of the case histories of 26 patients for the period from 2018 to February 2023 was carried out on the basis of GAUZ SO "GKB №40", Yekaterinburg, with a rare form of ectopic pregnancy: 16 with cervical pregnancy, 9 with pregnancy in a postoperative scar on the uterus. Risk factors for the development of ectopic pregnancy in patients were conducted, and a statistical assessment of the significance of these factors was carried out using the determination of the Mann-Whitney U coefficient ($p < 0.05$ – statistically significant) in Microsoft Office Excel 2020. **Results.** A statistically significant influence was found between the development of cervical pregnancy or pregnancy in the scar after caesarean section and long menstruation ($p = 0.002$), the number of births in history ($p = 0.049$), the number of caesarean sections in history ($p < 0.001$), which were more common in patients with pregnancy in the scar after caesarean section. **Conclusions.** The main risk factors of rare forms of ectopic pregnancy were maternal age over 30 years, multiple caesarean section in anamnesis. With timely treatment and diagnosis, ectopic pregnancies end with preservation of the reproductive function of women.

Keywords: cervical, postoperative scar, risk factors, pregnancy.

ВВЕДЕНИЕ

Шеечная беременность (ШБ) и беременность в послеоперационном рубце (БВПОР) – редкие формы эктопической беременности, при которых прикрепление и развитие плодного яйца происходят не в полости матки, а в цервикальном канале или в послеоперационном рубце, соответственно [1,2].

Среди всех гинекологических заболеваний внематочная беременность составляет 9,5%, она же приводит к 47% экстренных вмешательств [2,3]. Среди них распространенность ШБ составляет около 0,1%, а БВПОР – менее 1% [3]. У врачей часто возникают сложности со своевременной диагностикой и выявлением факторов риска развития таких редких форм эктопической беременности [2]. Прикрепление плодного яйца в шеечной области матки происходит в результате повреждения эндометрия чередой искусственных аборт, диагностических выскабливаний слизистой оболочки матки, эндометрита, длительного применения внутриматочных контрацептивов. Перемещение плодного яйца в канал шейки может также происходить из-за её патологии: наличия субмукозных миом тела или шейки матки. Факторы риска развития БВПОР практически идентичны уже перечисленным, однако в случае этой формы беременности на первое место выходит раздоразрешение кесаревым сечением (КС), в рубец от которого и происходит имплантация эмбриона [2,3]. В течение нескольких десятилетий гистерэктомия была единственным методом лечения подобных форм беременности [1,2]. Сейчас применяется селективная эмболизация маточных артерий (ЭМА) и вакуум-аспирация плодного яйца, что позволяет сохранить фертильность женщины [2]. В связи с увеличением частоты встречаемости внематочной беременности и негативными последствиями ее для репродуктивного здоровья женщины до настоящего времени необходимость выявления факторов риска её развития не теряет своей актуальности [2].

Цель исследования — выявление факторов риска развития редких форм эктопической беременности (шеечной и в послеоперационном рубце) и результатов их лечения.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

За период с 2018 по февраль 2023 года на базе ГАУЗ СО ГKB № 40, г. Екатеринбург прошли лечение 26 пациенток с редкой формой эктопической беременности: 16 – с ШБ, 9 – с БВПОР. В этом одномоментном ретроспективном исследовании были изучены данные общего, гинекологического и акушерского анамнеза, а также результаты инструментальной и лабораторной диагностики беременности пациенток. Была собрана информация о факторах риска развития эктопической беременности у пациенток, а также проведена статистическая оценка значимости этих факторов в развитии ШБ и БВПОР. В качестве терапии по поводу эктопической беременности во всех случаях были последовательно применены ЭМА и вакуум-аспирация плодного яйца. Критериями включения в исследование были ШБ или БВПОР, подтвержденная на УЗИ, лечение в гинекологическом отделении №1 ГАУЗ СО ГKB № 40. Критериями исключения из исследования были другие формы эктопической беременности, нежелание пациентки участвовать в исследовании. Анализ полученных данных с использованием пакета Microsoft Office Excel 2020 с помощью определения коэффициента U Манна-Уитни. $p < 0,05$ считалась статистически значимой.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В таблице 1 представлены средние значения данных гинекологического и акушерского анамнеза у пациенток в каждой группе эктопической беременности.

Таблица 1

Средние значения всех данных анамнеза пациенток, собранных в группе внематочной беременности и в группе беременности в рубце (n=26)

	ШБ (n=16)	БвПОР (n=9)	p-value
Общие данные			
Возраст	36,1	32,1	
Минимальный возраст, лет	20	22	
Максимальный возраст, лет	43	41	
Госпитализация (койко-дней)	6,5	6,7	
ИМТ	22	24	
Гинекологический анамнез			
Возраст менархе, лет	13,5	13,5	
Продолжительность МЦ, дни	29	30	
Продолжительность менструации, дни	4	5,5	0,002*
Начало половой жизни, лет	18	18	
Акушерский анамнез			
Беременность по счёту	4	5	
Данная беременность – первая	4	0	
Количество родов	1	2,5	0,049*
Количество кесарево сечений	0,3	2	< 0,001*
Количество аборт	1	1	
Возраст при первой беременности, лет	25	20	
Осложненный анамнез	Гинекологический	Акушерский	< 0,001*

Приложение: * – различия показателей статистически значимы (p<0,05); МЦ – менструальный цикл

Пациентки с ШБ были в среднем были старше, чем пациентки с БвПОР (36,1 и 32,1 лет). В обеих группах были пациентки в возрасте 20 лет. Никотиновая зависимость была выявлена всего у одной пациентки с ШБ. Тяжелые экстрагенитальные заболевания не встречались ни в одной группе, за исключением одной пациентки с ВИЧ-инфекцией из группы ШБ (с антивирусной терапией), по поводу которой она наблюдалась в центре СПИДа. Из методов контрацепции в обеих группах отмечено использование презервативов и прерывание полового акта. Данных по инфекциям, передающимся половым путем (ИППП), не было.

Согласно гинекологическому анамнезу, продолжительность менструации значимо отличалась между пациентками с разными вариантами эктопической

беременности и составляла 4 дня в группе ШБ и 5,5 дней в группе БВПОР ($p=0,002$).

По данным акушерского анамнеза среди пациенток с БВПОР, данная беременность являлась в среднем 5 по счёту, а в группе ШБ – 4 по счёту; однако, у четверых пациенток этой группы данная беременность была первой. ШБ статистически значимо чаще развивалась при меньшем количестве родов в анамнезе, чем БВПОР ($1 < 2,5$; $p=0,049$). БВПОР статистически значимо чаще встречалась в среднем после 2 КС, в то время как среди пациенток с ШБ только у одной было КС в анамнезе ($p < 0,001$). Аборты у пациенток в обеих группах были единичными.

По данным УЗИ значимых различий в длине, ширине, толщине матки, её объёма и полости найдено не было. Описание толщины рубца после КС и цервикального канала на УЗИ представлено на рисунке 1. Беременность чаще всего располагалась в верхней части цервикального канала. Средняя толщина миометрия послеоперационного рубца во второй группе составила 8 мм.

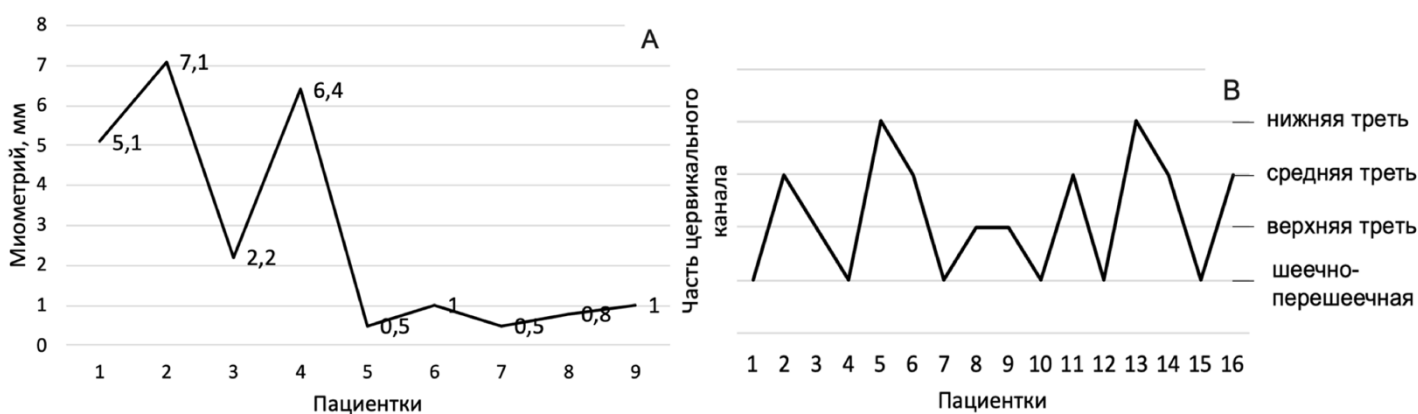


Рис. 1 Данные УЗИ. (А) Описание рубца; (В) Расположение беременности в цервикальном канале.

На рисунке 2 представлены встречавшиеся у пациенток обеих групп гинекологические заболевания перед развитием эктопической беременности.

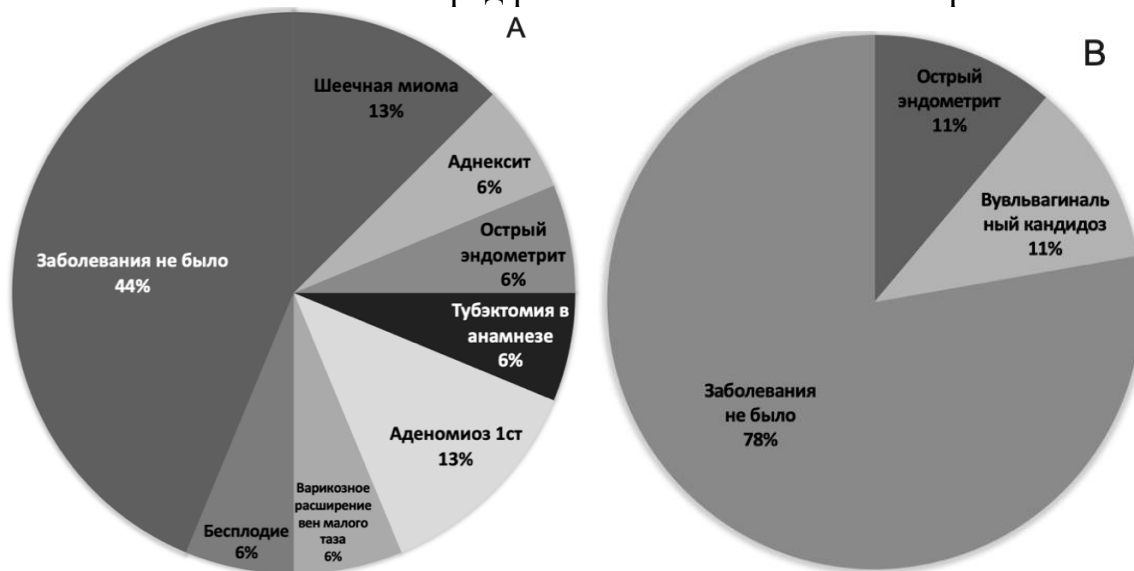


Рис. 2 Данные гинекологического анамнеза: (А) Группа шеечной беременности; (В) Группа беременности в послеоперационном рубце.

У пациенток с ШБ значимо чаще встречались гинекологические заболевания, которые могут быть факторами риска развития данной эктопической беременности, чем у пациенток с БВПОР ($p < 0,001$).

В многопрофильном лечебном учреждении ГКБ № 40 г.Екатеринбурга ЭМА проводилась всем пациенткам на 2-3 сутки после госпитализации; на следующий день в условиях развёрнутой выполнялась вакуум-аспирация плодного яйца. Во всех случаях прерывание беременности прошло в штатном режиме. Кровопотеря не превышала таковую при прерывании маточной беременности в первом триместре методом вакуум-аспирации. Во всех случаях постабортный период протекал гладко: проводился контроль гематологических показателей, оценивался болевой синдром, температурная реакция. Пациентки из обеих групп выписывались из стационара на 6-7 сутки.

ОБСУЖДЕНИЕ

По литературным данным самыми значимыми факторами риска развития внематочной беременности считаются операции на маточных трубах, эктопические беременности в анамнезе и стерилизация; чуть реже – возраст, внутриматочная контрацепция, воспалительные заболевания органов малого таза и бесплодие [3]. В нашем исследовании развитие ШБ у пациентки было связано с наличием гинекологических заболеваний в анамнезе – шеечная миома, аднексит, тубэктомия в анамнезе, аденомиоз 1ст., варикозное расширение вен малого таза, бесплодие. Другие исследования указывают на зависимость ИППП и никотиновой зависимости в анамнезе с развитием редких форм эктопической беременности [4,5], но у наших пациенток данных факторов риска практически не было выявлено, что может быть связано с недостаточно полным сбором анамнеза. Также ни одна из пациенток не использовала высокоэффективные методы контрацепции, такие как внутриматочная спираль и гормональные методы. Интересно, что в группе ШБ встречались пациентки молодого возраста без видимых факторов риска в анамнезе. Можно предположить, что условно здоровым женщинам необходимо проводить углублённые исследования на ИППП даже без явных клинических проявлений. Пациентки в обеих группах были в среднем старше 30 лет, что также является фактором риска развития редких форм эктопической беременности [4,5]. Для пациенток с ШБ или БВПОР целесообразна маршрутизация в лечебное учреждение, где возможно выполнение УЗИ для верификации локализации плодного яйца и проведение ЭМА.

ВЫВОДЫ

1. Основными факторами риска развития шеечной беременности и беременности в рубце являлись возраст женщин старше 30 лет, отягощённый анамнез гинекологическими заболеваниями и повторные КС. Факт развития первой беременности как эктопической предполагает необходимость прегравидарной подготовки и углубленного обследования на инфекции даже у женщин без значимых факторов риска акушерских осложнений.

2. При своевременном обращении и диагностике эктопические беременности даже такие, как ШБ и БВПОР, заканчиваются благоприятно с сохранением репродуктивной функции женщин при использовании современных технологий.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Buyanova, S. N. Rare forms of ectopic pregnancy / S. N. Buyanova // Russ. Bull. Obstet. Media Sphera Publishing Group. – 2017. – Vol. 17, № 6. – P. 53-56.
2. Mitichkin, A. E. Multidisciplinary approach in the treatment of cervical-cervical and cervical pregnancies with the use of modern low-invasive x-ray endovascular technology / A. E. Mitichkin // Med. Counc. Remedium, Ltd. – 2018. - № 13. – P. 185-191.
3. Клинические рекомендации. Внематочная (эктопическая) беременность – 2021.
4. Ranji, G. G. Ectopic Pregnancy: Risk Factors, Clinical Presentation and Management / G. G. Ranji, S. Varshini // J. Obstet. Gynaecol. India. Springer. – 2018. – Vol. 68, № 6. – P. 487.
5. Elson, C. J. Diagnosis and Management of Ectopic Pregnancy / C. J. Elson // BJOG An Int. J. Obstet. Gynaecol. John Wiley & Sons, Ltd. – 2016. – Vol. 123, № 13. – P. 15-55.

Сведения об авторах:

Д.А. Стёпина* — студент

К.М. Хамхоева — студент

М.К. Киселёва — кандидат медицинских наук, доцент

Information about the authors:

D.A. Stepina* — student

K.M. Khamkhoeva — student

M.K. Kiseleva — Candidate of Sciences (Medicine), Associate Professor

***Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):**
d.stepina37@gmail.com

УДК 616.006.363.03

ВЛИЯНИЕ КОНСЕРВАТИВНОЙ МИОМЭКТОМИИ В АНАМНЕЗЕ НА РЕАЛИЗАЦИЮ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ПАЦИЕНТОК С БЕСПЛОДИЕМ

Карина Рустамовна Сунгатова¹, Анна Михайловна Богданова^{1,2}, Эдуард Леонидович Мамин²

¹Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии
ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения РФ

²ГБУЗ СО «Центральная городская больница № 7»

Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. Консервативная миомэктомия является одним из способов хирургического лечения бесплодия. Миома матки – наиболее распространенная