

Доброхотова Ю.Э.¹, Капранов С.А.², Гришин И.И.¹
СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ШЕЕЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

¹Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета; ²Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова», 117997, г. Москва, Россия

♦ **Способ лечения шеечной беременности заключается в проведении суперселективной эмболизации маточных артерий путем введения микросфер Embosphere® размерами 700—900 мкм и микросфер HepaSphere™ размерами 150—200 мкм, метотрексата 25 мг внутриаартериально с одной стороны и вакуум-аспирации плодного яйца. Это приводит к прекращению кровотока по ветвям маточных артерий, кровоснабжающих стенку шейки матки.**

Ключевые слова: шеечная беременность; суперселективная эмболизация маточных артерий.

Для цитирования: Доброхотова Ю.Э., Капранов С.А., Гришин И.И. Способ лечения шеечной беременности. *Российский медицинский журнал*. 2016; 22(2): 75—77. DOI 10.18821/0869-2106-2016-22-2-75-77.

Для корреспонденции: Гришин Игорь Игоревич, доктор мед. наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета. E-mail: igrishin.md@gmail.com

Dobrokhotova Yu.E., Kapranov S.A., Grishin I.I.

THE MODE OF TREATMENT OF CERVICAL PREGNANCY

The N.I. Pirogov Russian national research medical university Minzdrav of Russia, 117997, Moscow, Russia

♦ **The article demonstrates that the mode of treatment of cervical pregnancy consists on one hand in application of super-selective embolization of uterine arteries by means of intra-arterial introduction of micro-spheres Embosphere® with dimensions 700—900 mkm and micro-spheres HepaSphere™ with dimensions 150—200 mkm and 25 mg of methotrexate. On the other hand, it provides vacuum aspiration of fetal ovum. The mentioned operations result in stoppage of blood flow in branches of uterine arteries blood supplying cervix wall.**

Key words: cervical pregnancy; super-selective embolization of uterine arteries.

For citation: Dobrokhotova Yu.E., Kapranov S.A., Grishin I.I. The mode of treatment of cervical pregnancy. *Rossiyskiy meditsinskiy zhurnal* (Medical Journal of the Russian Federation, Russian journal) 2016; 22 (2): 75—77. (In Russ.) DOI 10.18821/0869-2106-2016-22-2-75-77.

For correspondence: Igor I. Grishin, MD, PhD, DSc. E-mail: igrishin.md@gmail.com

Conflict of interest. The author declares no conflict of interest.

Funding. The study had no sponsorship.

Received 29.09.15

Accepted 24.11.15

Основной задачей современного акушера-гинеколога является бережный, вдумчивый подход к лечению молодых женщин, не реализовавших свою репродуктивную функцию. Знание и применение врачом современных методик в своей практике позволит сохранить репродуктивное здоровье и жизнь пациенток.

Любой гинеколог может столкнуться с такой патологией, как шеечная беременность. Шеечная беременность — редкая форма эктопической беременности, при которой прикрепление и развитие плодного яйца происходят в цервикальном канале шейки матки. Распространенность шеечной беременности составляет около 0,1% [1—6]. Данная локализация беременности способствует возникновению кровотечения, опасного для жизни. Кровотечение, обычно возникающее в I триместре беременности, может быть обильным и нередко требует прерывания беременности [7—9].

Подозрение на шеечную беременность является показанием к экстренной госпитализации женщины в гинекологический стационар.

В практике врача акушера-гинеколога до последнего времени единственным методом лечения являлось срочное оперативное вмешательство — экстирпация матки. Имеются сообщения о возможности ушивания плодместилища после удаления плодного яйца; в связи с опасностью профузного кровотечения при удалении плодного яйца необходима полная готовность к лапаротомии [10].

Консервативные методы лечения шеечной беременности можно разделить на медикаментозные и так называемое минимально инвазивное хирургическое лечение [11, 12]. При проведении медикаментозной терапии применяют различные цитостатические и эмбриотоксические препараты (метотрексат, актиномицин D, хлорид кальция, гиперосмолярный раствор глюкозы, простагландин), которые вводят парентерально или непосредственно в плодное яйцо. Длительное системное применение цитостатиков дает множество побочных эффектов (стоматит, токсический гепатит, кровотечение) и малоэффективно при прогрессирующей беременности с хорошо развитым хорионом. Локальное применение ведет к длительному персистированию беременности, а на фоне длительно продолжающихся кровяных выделений возможно присоединение инфекции [13, 14].

Органосберегающие методы лечения шеечной беременности включают в себя: выскабливание и наложение кругового шва на шейку матки, выскабливание и обтуриацию плодместилища катетером Фолея, гистерорезекцию плодного яйца, лазерную вапоризацию, лапароскопическое клеммирование внутренних подвздошных артерий с вакуум-аспирацией плодного яйца и тампонадой цервикального канала катетером Фолея [1, 15, 16]. Все эти методы апробированы и успешно применяются в различных клиниках.

В последние годы в клиническую практику вошел относительно новый метод лечения такой гинекологической

ческой патологии, как миома матки, — эндоваскулярная эмболизация маточных артерий (ЭМА) [17, 18].

В России ЭМА стала использоваться лишь на протяжении последних 10 лет и, к сожалению, только в единичных стационарах. Накопленный к настоящему времени опыт подобных вмешательств в большинстве лечебных учреждений невелик и исчисляется несколькими десятками наблюдений [17—20].

Что же касается лечения шеечной беременности с применением ЭМА как основного метода, по данным ряда зарубежных авторов, 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 [8, 14], также предпринимаются попытки применения метотрексата и лигирования подвздошных сосудов [13].

Общая концепция проведения суперселективной ЭМА и внутриартериального введения метотрексата при шеечной беременности имеет принципиальные отличия от ранее опубликованных методик и состоит в следующем.

1. Проведение ангиографии и суперселективной эмболизации ветвей маточных артерий. При ангиографии устанавливается контрастирование артериальной сети плодного яйца, анастомозирование аркуатных ветвей левой и правой маточных артерий, диаметр кровоснабжающих артерий; в результате определяется приоритетное кровоснабжение плодного яйца (правая или левая) (рис. 1 на 2-й полосе обложки).

2. С контралатеральной стороны основной (основных) кровоснабжающей артерии плодного яйца проводится суперселективная эмболизация ветвей маточной артерии микросферами Embosphere® размерами 700—900 мкм. Контрольная ангиография — отсутствие кровотока.

3. Внутриартериальное введение 25 мг метотрексата с частицами эмболизата микросферами NeraSphere™ размерами 150—200 мкм. Это отличие позволяет уменьшить дозу вводимого препарата (метотрексата) в два раза, пролонгировать его действие, обеспечивает выраженный местнораздражающий эффект и не оказывает системного действия (рис. 2 на 2-й полосе обложки).

4. Действие данной методики позволяет ограничиться одной процедурой ЭМА в качестве предоперационной подготовки перед вакуум-аспирацией плодного яйца.

5. Уменьшение срока проведения вакуум-аспирации плодного яйца в 2 раза за счет выраженного местнораздражающего эффекта вводимого внутриартериально метотрексата.

6. Сокращение сроков госпитализации.

7. Проведение адекватного обезболивания в послеоперационном периоде.

8. Контроль в динамике уровня хорионического гонадотропина, ультразвуковое исследование (УЗИ), цветное доплеровское картирование (ЦДК) (рис. 3 на 2-й полосе обложки).

9. Оценка в динамике толщины стенки шейки матки и кровотока в ложе плодного яйца.

10. Проведение вакуум-аспирации плодного яйца.

Данная технология применялась на кафедре акушерства и гинекологии и кафедре факультетской хирургии лечебного факультета ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова на базе ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова.

При поступлении диагноз у двух пациенток был установлен на основании данных анамнеза, гинекологического осмотра и дополнительных методов исследования (УЗИ, ЦДК). Основной жалобой были кровяные выделения из половых путей скудного и умеренного характера. Средний возраст пациенток составил $27 \pm 1,5$ года.

После предоперационной подготовки, при снижении уровня хорионического гонадотропина, отсутствии кровотока при контрольных ангиографиях и ЦДК, пациенткам в условиях развернутой операционной проводилась вакуум-аспирация (эвакуация) плодного яйца под контролем трансабдоминального и трансвагинального УЗИ вакуум-эксхорлеатором. К операции приступали при уровне хорионического гонадотропина 100 Ед/мл, толщине стенки шейки матки не менее 4 мм, отсутствии кровотока. Кровопотеря во время операции не превышала 5 мл. Послеоперационный период составил $3,6 \pm 0,4$ дня.

Комплексное лечение шеечной беременности с применением ЭМА и внутриартериальным введением метотрексата позволило снизить риск развития кровотечения и сохранить репродуктивную функцию у молодых нерожавших женщин.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

(п. п. 4—16, 19, 20 см. References)

- Ищенко А.И. *Новые технологии и малоинвазивная хирургия в гинекологии*. М.: «Геотар-Мед»; 2004.
- Корсаков В.С., Коршунов М.Ю., Михайлов А.В., Исакова Э.В., Кирсанов А.А., Полянин А.А. О проблеме эктопической беременности после ЭКО. *Проблемы репродукции*. 1997; 3(2): 61—4.
- Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Шахламова М.Н., Белоцерковцева Л.Д. *Внематочная беременность*. М.: Медицина; 1998.
- Доброхотова Ю.Э., Капранов С.А., Алиева А.А., Бобров Б.Ю. Эмболизация маточных артерий в лечении миомы матки. В кн.: *Сборник научных трудов, посвященный первому выпуску Московского факультета РГМУ*. М.; 2004: 129—35.
- Коков Л.С. Эмболизация маточных артерий - перспективный метод лечения больных лейомиомой матки. *Акушерство и гинекология*. 2005; 4: 35—41.

REFERENCES

- Ishchenko A.I. *New Technologies and Minimally Invasive Surgery in Gynecology [Novye tekhnologii i maloinvazivnaya khirurgiya v ginekologiyu]*. Moscow: «Geotar-Med»; 2004. (in Russian)
- Korsakov V.S., Korshunov M.Yu., Mikhaylov A.V., Isakova E.V., Kirsanov A.A., Polyaniy A.A. On the problem of ectopic pregnancy after IVF. *Problemy reproduktivnoy*. 1997; 3(2): 61—4. (in Russian)
- Strizhakov A.N., Davydov A.I., Shakhlamova M.N., Belotserkovtseva L.D. *Ectopic Pregnancy [Vnematochnaya beremennost']*. Moscow: Meditsina; 1998. (in Russian)
- Abusheikha N., Marcus S. Ectopic pregnancy following assisted reproductive technology. In: Brinsden P.R., ed. *A textbook of in vitro fertilization and assisted reproduction*. London: The Parthenon Publishing Group; 1999: 333—42.
- Hofmann H.M., Urdl W., Hoffer H., Hönigl W., Tamussino K. Cervical pregnancy: case reports and current concepts in diagnosis and treatment. *Arch. Gynecol. Obstet.* 1987; 241(1): 63—9.
- Iaccarino V., Romano M. Cervical ectopic pregnancy treated with uterine arteries embolization and evacuation. A case report. *Radiol Med.* 1998; 96(3): 268—9.
- Fauconnier A., Pelage J.P., Lacombe P., Ville Y. Embolization of uterine fibroids and infertility: is a clinical trial conceivable? *Gynecol. Obstet. Fertil.* 2004; 32(9): 818—24.
- Itakura A., Okamura M., Ohta T., Mizutani S. Conservative treatment of a second trimester cervicisthmic pregnancy diagnosed by magnetic resonance imaging. *Obstet. Gynecol.* 2003; 101(5 Pt 2): 1149—51.
- Lambert P., Marpeau L., Jannet D., Jault T., Truchet F., Safar E. et al. Cervical pregnancy: conservative treatment with primary emboliza-

- tion of the uterine arteries. A case report. Review of the literature. *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. (Paris)*. 1995; 24(1): 43—7.
- Parente J.T., Ou C.S., Levy J., Legatt E. Cervical pregnancy analysis: a review and report of five cases. *Obstet. Gynecol.* 1983; 62 (1): 79—82.
 - Jurcovic D., Hacket E., Campbell S. Diagnosis and treatment of early cervical pregnancy: a review and a report of two cases treated conservatively. *Ultrasound Obstet. Gynecol.* 1996; 8(6): 373—80.
 - Monteagudo A., Tarricone N.J., Tumor-Tritsch I.E., Lerner J.P. Successful transvaginal ultrasound-guided puncture and injection of a cervical pregnancy in a patient with simultaneous intrauterine pregnancy and a history of a previous cervical pregnancy. *Ultrasound Obstet. Gynecol.* 1996; 8: 381—6.
 - Sherer D.M., Lysikiewicz A., Abulafia O. Viable cervical pregnancy managed with systemic Methotrexate, uterine artery embolization, and local tamponade with inflated Foley catheter balloon. *Am. J. Perinatol.* 2003; 20(5): 263—7.
 - Suzumori N., Katano K., Sato T., Okada J., Nakanishi T., Muto D. et al. Conservative treatment by angiographic artery embolization of an 11-week cervical pregnancy after a period of heavy bleeding. *Fertil. Steril.* 2003; 80(3): 617—9.
 - Tal J., Hadad S., Gordon N., Timor-Tritsch I. Heterotopic pregnancy after ovulation induction and assisted reproductive technologies: a literature review from 1971 to 1993. *Fertil. Steril.* 1996; 66 (1): 1—12.
 - Ushakov F.B., Elchalal U., Aceman P.J., Schenker J.G. Cervical pregnancy: past and Future. *Obstet. Gynecol. Surv.* 1997; 52 (1): 45—59.
 - Dobrokhotova Yu.E., Kapranov S.A., Alieva A.A., Bobrov B.Yu. Uterine artery embolization in treating uterine fibroids. In: *Proceedings of the Dedicated to the First Graduates of the Faculty of the Moscow State Medical University [Sbornik nauchnykh trudov, posvyashchenny pervomu vypusku Moskovskogo fakul'teta RGMU]*. Moscow; 2004: 129—35. (in Russian)
 - Kokov L.S. Uterine artery embolization is a promising method of treatment of patients with uterine leiomyoma. *Akusherstvo i ginekologiya*. 2005; 4: 35—41. (in Russian)
 - Oliver J.Jr, Lance J. Selective embolization to control massive hemorrhage following pelvic surgery. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1979; 135(3): 431—2.
 - Ravina J.H., Herbreteau D., Ciraru-Vigneron N., Bouret J.M., Houdart E., Aymard A. et al. Arterial embolisation to treat uterine myomata. *Lancet*. 1995; 346(8976): 671—2.

Поступила 29.09.15
Принята в печать 24.11.15

© ЖУКОВА О.В., 2016

УДК 616.248-06:616.233-002.1-007.272]-07

Жукова О.В.

КОНЦЕПЦИЯ ФАКТОРОВ РИСКА В ОЦЕНКЕ ВЛИЯНИЯ «АТИПИЧНЫХ» ВОЗБУДИТЕЛЕЙ НА ФОРМИРОВАНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ И РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ

ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия» Минздрава России, 603104, г. Нижний Новгород, Россия

♦ Цель исследования — определение связи между наличием «атипичных» инфекций у пациентов с острым обструктивным и рецидивирующим обструктивным бронхитом и развитием бронхиальной астмы на основании концепции рисков. Материал и методы. Материалом для исследования служили данные историй болезни пациентов, госпитализированных с острым обструктивным или рецидивирующим обструктивным бронхитом, у которых был выполнен анализ на антитела к «атипичной» микрофлоре (796 пациентов). Период исследования составил 4 года, с 2008 по 2011 г. В анализируемом периоде был выполнен иммуноферментный анализ на антитела к «атипичной» микрофлоре (*Chlamydia pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Mycoplasma hominis*). Концепция определения рисков строилась на определении абсолютного риска в экспонированной и неэкспонированной группах, атрибутивного риска, относительного риска, популяционного атрибутивного риска, а также на определении стандартных ошибок для каждого вида риска и доверительного интервала.

Результаты. Рассмотрены методические аспекты определения связи между наличием «атипичных» инфекций у пациентов с острым обструктивным и рецидивирующим обструктивным бронхитом и развитием бронхиальной астмы на основании концепции рисков. Проведенный анализ показал прямую зависимость увеличения числа случаев формирования бронхиальной астмы на фоне «атипичных» инфекций. В группе риска частота события составляет 14,84%, в контрольной группе — 1,67%, фактор риска увеличивает вероятность возникновения события (развития астмы) на 13,17%. Наличие «атипичной» инфекции ведет к увеличению числа случаев развития бронхиальной астмы в 8,9 раза. Индекс потенциального вреда составил 7,59, т. е. при наличии «атипичных» инфекций у пациентов с острым и рецидивирующим обструктивным бронхитом у каждого восьмого экспонированного лица формируется бронхиальная астма.

Ключевые слова: острый обструктивный бронхит; рецидивирующий обструктивный бронхит; бронхиальная астма; концепция рисков; фактор риска; абсолютный риск; относительный риск; атрибутивный риск; популяционный атрибутивный риск; индекс потенциального вреда.

Для цитирования: Жукова О.В. Концепция факторов риска в оценке влияния «атипичных» возбудителей на формирование бронхиальной астмы у детей с острым и рецидивирующим обструктивным бронхитом. *Российский медицинский журнал*. 2016; 22 (2): 77—81. DOI 10.18821/0869-2106-2016-22-2-77-81.

Для корреспонденции: Жукова Ольга Вячеславовна, канд. фарм. наук, ассистент кафедры управления и экономики фармации и фармацевтической технологии ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия» Минздрава России, 603104, г. Нижний Новгород, E-mail: ov-zhukova@mail.ru

Zhukova O.V.

THE CONCEPT OF RISK FACTORS IN EVALUATION OF «ATYPICAL» AGENTS EFFECTING FORMATION OF BRONCHIAL ASTHMA IN CHILDREN WITH ACUTE AND RECURRENT OBSTRUCTIVE BRONCHITIS

The Nizhegorodskaya state medical academy of Minzdrav of Russia, 603104 Nizhny Novgorod, Russia

♦ The study was carried out to establish relationship between occurrence of «atypical» infections in patients with acute obstructive and recurrent obstructive bronchitis and development of bronchial asthma based on concept of risks. Material and methods. As regards material for study the data of medical histories of patients hospitalized with acute obstructive and recurrent obstructive bronchitis and who were applied analysis for antibodies to «atypical» microflora (796 patients). The time-period of study made up four years from 2008 to 2011. During analyzed period immune enzyme analysis was implemented concerning antibodies to «atypical» microflora (*Chlamydia pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Mycoplasma hominis*). The concept of risks' identification was based on identification of ultimate risk in exposed and non-exposed groups, attributive