

Лечение шеечной беременности методом эмболизации маточных артерий с внутриартериальным введением метотрексата и вакуум-аспирацией плодного яйца

Ю.Э.Доброхотова, И.И.Гришин, Д.М.Ибрагимова, Л.В.Сапрыкина

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова, кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета, Москва (зав. кафедрой — проф. Ю.Э.Доброхотова)

В статье представлен способ лечения шеечной беременности, который заключается в проведении суперселективной эмболизации маточных артерий (что приводит к прекращению кровотока по ветвям маточных артерий, кровоснабжающих стенку шейки матки) микросферами Embosphere® размерами 700–900 мкм и микросферами HepaSphere™ размерами 150–200 мкм, введении внутриартериально с одной стороны метотрексата в дозе 25 мг и в последующей вакуум-аспирации плодного яйца.

Ключевые слова: шеечная беременность, эмболизация маточных артерий, внематочная беременность

Treatment of Cervical Pregnancy by Uterine Artery Embolization with Intra-Arterial Administration of Methotrexate and Vacuum Aspiration of Fertilized Ovum

Yu.E.Dobrokhotova, I.I.Grishin, D.M.Ibragimova, L.V.Saprykina

Pirogov Russian National Research Medical University, Department of Obstetrics and Gynecology of Medical Faculty, Moscow (Head of the Department — Prof. Yu.E.Dobrokhotova)

The paper presents a method for the treatment of cervical pregnancy conducting a superselective embolization of the uterine arteries (leading to the cessation of blood flow along the branches of the uterine arteries supplying the cervical wall) by Embosphere® microspheres 700–900 microns in size, and by HepaSphere™ microspheres 150–200 microns in size, as well as intra-arterial administration of methotrexate on one side in a dose of 25 mg and then vacuum aspiration of the ovum.

Key words: cervical pregnancy, uterine arteries embolization, ectopic pregnancy

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% [1–3]. Данная локализация беременности способствует возникновению кровотечения, опасного для жизни. Кровотечение, обычно возникающее в I триместре, может быть обильным и нередко требует

прерывания беременности [4]. Подозрение на шеечную беременность является показанием к экстренной госпитализации женщины в гинекологический стационар.

В практике врача акушера-гинеколога до последнего времени единственным методом лечения было 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 [5].

Консервативные методы лечения шеечной беременности можно разделить на медикаментозные и органосохраняющие (или минимально инвазивные методы хирургического лечения). При проведении медикаментозной терапии применяют различные цитостатические и эмбриотоксические препараты (метотрексат, актиномицин Д, хлорид кальция, гиперосмолярный раствор глюкозы, про-

Для корреспонденции:

Ибрагимова Джамиля Магомедовна, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова

Адрес: 117049, Москва, Ленинский пр-т, 8, корп. 10

Телефон: (499) 237-4033

E-mail: dgam81@mail.ru

Статья поступила 07.10.2014, принята к печати 10.11.2014

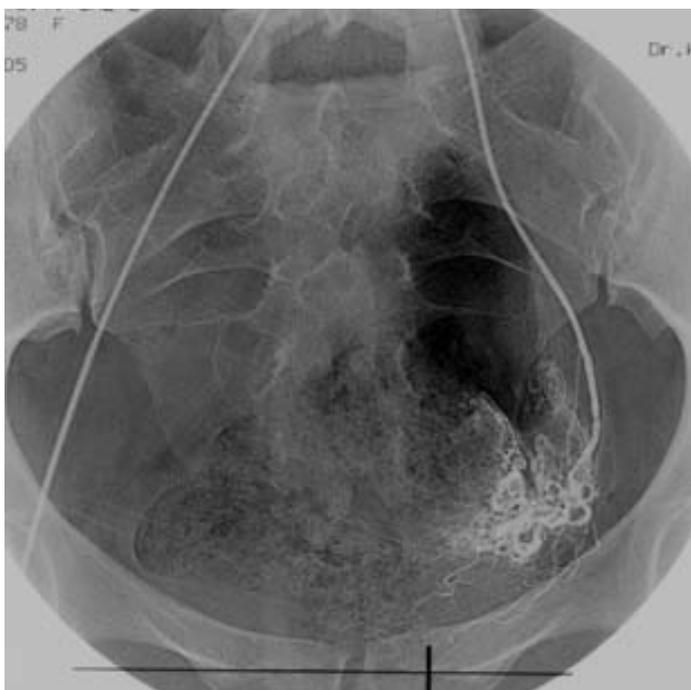


Рис. 1. Кровоснабжение плодного яйца.

стагландины), 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 — к присоединению инфекции [6, 7].

Органосберегающие методы лечения шеечной беременности включают выскабливание и наложение кругового шва на шейку матки, выскабливание и обтурацию плодместилища катетером Фолея, гистерорезекцию

плодного яйца, лазерную вапоризацию, лапароскопическое клипирование внутренних подвздошных артерий с вакуум-аспирацией плодного яйца и тампонадой цервикального канала катетером Фолея [1]. Все эти методы апробированы и успешно применяются в различных клиниках.

В последние годы в клиническую практику вошел относительно новый метод лечения миомы матки — эндоваскулярная эмболизация маточных артерий (ЭМА) [8, 9]. По мнению ряда исследователей, ЭМА, лишенная ряда серьезных ограничений хирургического и консервативного лечения миомы матки, может стать методом выбора у пациенток с данным заболеванием [10].

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 [8, 9].

Что касается лечения шеечной беременности с применением ЭМА как основного метода, то рядом зарубежных авторов предложены следующие методики: ЭМА в сочетании с тампонадой шейки матки баллонным катетером Фолея и введением метотрексата в дозе 1 мг/кг в течение 24 ч, ЭМА желатиновой губкой и выскабливание, ЭМА платиновыми спиралями и инъекции метотрексата [4, 7].

Общая концепция проведения суперселективной ЭМА и внутриартериального введения метотрексата при шеечной беременности по результатам наших исследований заключается 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, определяется диаметр кровоснабжающих артерий, в результате чего устанавливается приоритетное кровоснабжение плодного яйца (правая или левая) (рис. 1).

2. С контрлатеральной (противоположной) стороны основной (основных) кровоснабжающей артерии плодного яйца проводится суперселективная эмболизация ветвей маточной артерии микросферами Embosphere® размерами 700–900 мкм. При проведении контрольной ангиографии кровотока отсутствует.

3. Внутриартериальное введение 25 мг метотрексата с частичками эмболизата — микросфер HepaSphere™ размерами 150–200 мкм. Это отличие позволяет уменьшить дозу вводимого метотрексата в 2 раза, пролонгировать его действие, вызвать выраженный местно-раздражающий эффект, не оказывая системного действия (рис. 2).

4. Данная методика дает возможность ограничиться одной процедурой эмболизации маточных артерий как предоперационной подготовкой перед вакуум-аспирацией плодного яйца.

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

6. Сокращение сроков госпитализации.

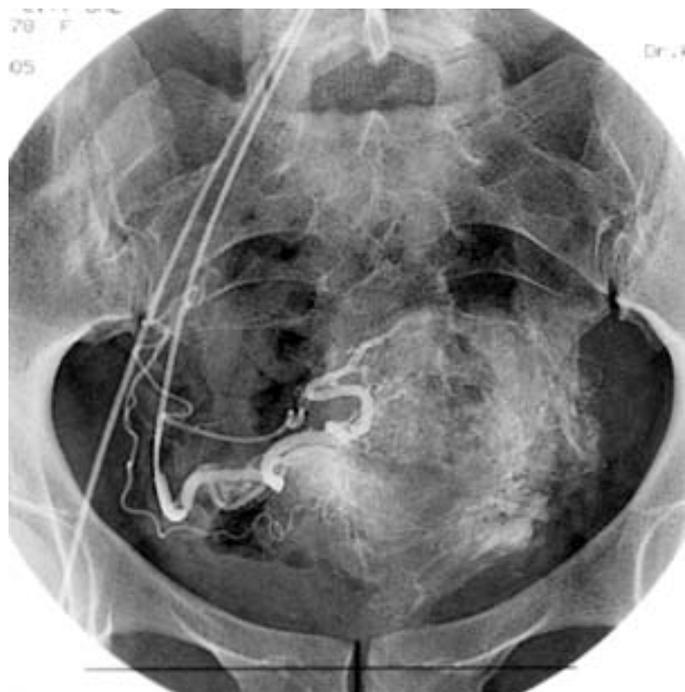


Рис. 2. Деваскуляризация плодного яйца.

7. В послеоперационном периоде проведение адекватного обезболивания.

8. Контролирование в динамике уровня хорионического гонадотропина (до и после вакуум-аспирации плодного яйца), проведение УЗИ с цветовым доплеровским картированием (рис. 3).

9. Проведение вакуум-аспирации плодного яйца.

Далее приводятся клинические примеры апробации предлагаемого способа лечения шейной беременности.

При поступлении диагноз у двух пациенток был установлен на основании данных анамнеза, гинекологического осмотра и дополнительных методов исследования (УЗИ, цветового доплеровского картирования). Основными жа-



Рис. 3. Ультразвуковая картина шейной беременности в процессе лечения.

лобами пациенток были кровяные выделения из половых путей скудного и умеренного характера. Средний возраст пациенток составил $27,0 \pm 1,5$ года.

В результате проведенной предоперационной подготовки, при снижении уровня хорионического гонадотропина, отсутствии кровотока при контрольных артериографиях и цветовом доплеровском картировании, пациенткам в условиях развернутой операционной проводилась вакуум-аспирация (эвакуация) плодного яйца под контролем трансабдоминального и трансвагинального ультразвукового исследования вакуум-эксхолеатором. К операции приступали при уровне хорионического гонадотропина 100 Ед/мл, толщине стенки — не менее 4 мм, отсутствии кровотока. Кровотеря во время операции составляла не более 5,0 мл, послеоперационный период — $3,6 \pm 0,4$ дня.

Комплексное лечение шейной беременности с применением ЭМА, внутриаартериальным введением метотрексата позволило снизить риск развития кровотечения и сохранить репродуктивную функцию у молодых нерожавших женщин. Данная технология применяется на кафедре акушерства и гинекологии лечебного факультета и на кафедре факультетской хирургии лечебного факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова на базе ГКБ № 1 им. Н.И.Пирогова.

Литература

1. Ищенко А.И. Новые технологии и малоинвазивная хирургия в гинекологии. М: Гэотар-Мед, 2004. 133 с.
2. Корсак В.С., Коршунов М.Ю., Михайлов А.В. и др. О проблеме эктопической беременности после ЭКО // Пробл. репродукции. 1997. Т.3. №2. С.61–64.
3. Abusheikha N., Marcus S. Ectopic pregnancy following assisted reproductive technology. A textbook of in vitro fertilization and assisted reproduction / Ed. by P.R.Brinsden. London: The Parthenon Publishing Group, 1999. P.333–342.
4. Itakura A., Okamura M., Ohta T., Mizutani S. Conservative treatment of a second trimester cervicoisthmic pregnancy diagnosed by magnetic resonance imaging // Obstet Gynecol. 2003. V.101 (5 Pt 2). P.1149–1151.

5. Parente J.T., Ou C.S., Levy J., Legatt E. Cervical pregnancy analysis: a review and report of five cases // *Obstet Gynecol.* 1983. V.62 (1). P.79–82.
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. V.20 (5). P.263–267.
7. Suzumori N., Katano K., Sato T. et al. Conservative treatment by angiographic artery embolization of an 11-week cervical pregnancy after a period of heavy bleeding // *Fertil Steril.* 2003. V.80 (3). P.617–619.
8. Доброхотова Ю.Э., Капранов С.А., Алиева А.А., Бобров Б.Ю. Эмболизация маточных артерий в лечении миомы матки // Сб. научн. трудов, посвященный первому выпуску Московского факультета РГМУ. М., 2004. С.129–135.
9. Коков Л.С. Эмболизация маточных артерий — перспективный метод лечения больных лейомиомой матки // *Акуш. и гин.* 2005. №4. С.35–41.
10. Fauconnier A., Pelage J.P., Lacombe P., Ville Y. Embolization of uterine fibroids and infertility: is a clinical trial conceivable? // *Gynecol Obstet Fertil.* 2004. V.32 (9). P.818–824.

Информация об авторах:

Доброхотова Юлия Эдуардовна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии лечебного факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова
Адрес: 117049, Москва, Ленинский пр-т, 8, корп. 10
Телефон: (499) 237-4033
E-mail: dobrohotova@mail.ru

Гришин Игорь Игоревич, кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова
Адрес: 117049, Москва, Ленинский пр-т, 8, корп. 10
Телефон: (499) 237-4033
E-mail: in33@yandex.ru

Сапрыкина Людмила Витальевна, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова
Адрес: 117049, Москва, Ленинский пр-т, 8, корп. 10
Телефон: (499) 196-0457
E-mail: lioudsap@yandex.ru

ПУБЛИКАЦИИ, ПАТЕНТЫ

Доброхотова Ю.Э., Ибрагимова Д.М., Мандрыкина Ж.А., Серова Л.Г. Микробиоценоз генитального тракта женщины. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. 80 с.

В книге рассматривается актуальная тема – роль нормальной микрофлоры при бактериальном вагинозе и других проявлениях нарушения микрофлоры влагалища. Предназначена акушерам-гинекологам и специалистам смежных дисциплин – урологам, врачам общей практики и иммунологам как амбулаторной, так и стационарной сети здравоохранения и санаторно-курортных учреждений.

Доброхотова Ю.Э., Рагимова З.Э., Ильина И.Ю., Ибрагимова Д.М. Гиперандрогения и репродуктивное здоровье женщины. Монография подготовлена к изданию в 2015 г.

Книга посвящена важной проблеме современной эндокринной гинекологии – гиперандрогении, которая является одной из наиболее частых причин нарушения репродуктивной и менструальной функций (олигоменорея, ановуляция, бесплодие) у женщин репродуктивного возраста. Гиперандрогения не только медицинская, но и социальная проблема, поскольку, кроме нарушения менструальной функции, она приводит к различным косметическим дефектам (избыточной жирности кожи и волос, развитию форм акне, резистентных к обычному противогугревому лечению). Решение проблемы гиперандрогении связано с определенными трудностями. К их числу относят полиэтиологичность, полиморфизм гиперандрогении, что приводит к существенным различиям в диагностических подходах, трактовке результатов обследования, интерпретации клинических проявлений, особенностей течения заболевания и в определении лечебной тактики. Издание предназначено для врачей акушеров-гинекологов, ординаторов, интернов, а также эндокринологов.

Патент РФ на изобретение № 2514548. Способ комплексного лечения шейной беременности. Приоритет от 13.02.2013, получен 04.03.2014. Правообладатель: Гришин И.И. Авторы: Гришин И.И., Доброхотова Ю.Э., Капранов С.А.

Патент РФ на изобретение № 2455955. Способ оперативной коррекции пролапса гениталий. Оpubл. 20.07.2012. Патентообладатель: Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Российский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию». Авторы: Ильина И.Ю., Доброхотова Ю.Э., Маликова В.О.

Патент РФ на изобретение № 2427369. Способ консервативного лечения женщин перименопаузального периода с пролапсом гениталий. Оpubл. 27.08.2011. Авторы: Ильина И.Ю., Доброхотова Ю.Э., Жданова М.С.