

ЛИТЕРАТУРА

1. Патент № 2150887 РФ. Способ диагностики вертеброгенно обусловленных дискинезий желчевыводящих путей у детей и подростков / Е. Г. Скрыбин [и др.] // Официальный бюллетень Рос-сийского агентства по патентам и товарным знакам «Изобретения. Полезные модели». – 2000. – № 17 (II ч.). – С. 300–301.

2. Ратнер А. Ю. Неврология новорожденных: острый пе-риод и поздние осложнения. – М.: Бином, Лаборатория знаний, 2005. – 368 с.

Поступила 14.04.2010

**О. В. ТАРАБАНОВА¹, А. Н. ГРИГОРОВА¹, Т. В. ЧЕРНОУСОВА¹, А. С. ЧЕРНОУСОВ²,
Т. В. ГАЛДИНА¹, Е. М. КОШЕЛЕВА¹, А. А. МАЛАХОВ², Н. В. БОЙКО²**

ОРГАНОСБЕРЕГАЮЩАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С ШЕЕЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ

¹Гинекологическое отделение краевой клинической больницы № 1,
Россия, 350901, г. Краснодар, ул. 1 Мая, 167;

²отделение рентгеновской и магнитно-резонансной компьютерной томографии
МУЗ городской больницы № 2 «КМЛДО» КДЦ,
Россия, 350012, г. Краснодар, ул. Красных партизан, 6/2. Тел. 8 (861) 2220049

Пациентки с шейной беременностью относятся к группе высокого риска возникновения опасных для жизни кровоте-чений. Единственным эффективным методом лечения этой категории больных является гистерэктомия, чем достигается надежный гемостаз. Представлен опыт применения эмболизации маточных артерий для уменьшения интраоперационной кровопотери у пациенток с шейной беременностью во время удаления плодного яйца и выскабливания цервикального канала и полости матки. Успешный гемостаз достигнут во всех случаях. Эмболизация маточных артерий дает возможность применения органосохраняющей тактики ведения больных с шейной беременностью.

Ключевые слова: шейная беременность, эмболизация маточных артерий, органосохраняющие операции, эндоваскуляр-ная хирургия.

**O. V. TARABANOVA¹, A. N. GRIGOROVA¹, T. V. CHERNOUSOVA¹, A. S. CHERNOUSOV²,
T. V. GALDINA¹, E. M. KOSHELEVA¹, A. A. MALAKHOV², N. V. BOYKO²**

ORGANOSAVING TACTICS OF CURING PATIENTS WITH CERVICAL PREGNANCY

¹Gynecological section of regional clinical hospital № 1,
Russia, 350901, Krasnodar, 1 Maya street, 167;

²the department of radiology and magnetic resonance computer tomography
municipal hospital № 2 «KMLDO» KDC,
Russia, 350012, Krasnodar, Krasnykh partizan street, 6/2. Tel. 8 (861) 2220049

Patients with cervical pregnancy concern to a high risk group of occurrence of the dangerous to life haemorrhage. The only effective method of treatment of this group of patients is hysterectomy after what the reliable hemostasis is reached. We show the experience of appliance of the embolization of the uterine arteries for the reduction of intraoperational hemorrhage which patients with the cervical pregnancy have during removal of embryo and endocervical curettage and the curettage of uterine cavity. The successful hemostasis is reached in all cases. The embolization of uterine arteries gives the opportunity of appliance of the organ-saving tactics of the patient observations with the cervical pregnancy.

Key words: cervical pregnancy, embolization of uterine arteries, organ-saving operations, endovascular surgery.

Введение

Внематочная беременность представляет собой серьезную медико-социальную проблему, встречается в 7,4–19,7 случая на 1000 беременностей [3]. На фоне демографической ситуации в России внематочная беременность является одной из составляющих репродуктивных потерь, существенно влияющих на показатели рождаемости. Частота шейной беременности колеблется от 1 на 2400 до 1 на 50 000 беременностей [4]. Данная патология встречается весьма редко, но при этом пациентки с шейной беременностью относятся к группе высокого риска. Типичными осложнениями шейной беременности являются массивная кровопотеря, геморрагический шок, развитие диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови.

К сожалению, до настоящего времени единственным эффективным методом лечения была гистерэктомия, чем достигался надежный гемостаз. Это обусловлено анатомическими особенностями строения шейки матки, состоящей преимущественно из соединительно-тканного остова и содержащей только 15% пучков гладкой мышечной ткани [1]. При этом после проведенного оперативного лечения пациентка сможет реализовать свою репродуктивную функцию только путем суррогатного материнства. Также необходимо отметить, что за последние тридцать лет число случаев внематочной беременности возросло с 0,5% до 2%, особенно среди подростков и женщин возрастной группы до 39 лет [10]. В группу риска по развитию шейной беременности относятся женщины с отягощенным акушерским

анамнезом, перенесшие воспалительные заболевания гениталий, заболевания шейки матки.

Таким образом, исследование направлено на изучение эффективности лечения шеечной беременности методом селективной двусторонней эмболизации маточных артерий для сохранения репродуктивного органа.

Материалы и методы исследования

Под нашим наблюдением находились 7 пациенток со сроками беременности от 6 до 8 недель, госпитализированных в гинекологическое отделение краевой клинической больницы № 1 города Краснодара с 2008 по 2011 год. Все пациентки поступили в экстренном порядке с диагнозом: прогрессирующая шеечная беременность. Возраст пациенток составил от 22 до 31 года. Роды в анамнезе имели пять пациенток, у двух пациенток эта беременность была первой (причем у одной из этих пациенток беременность наступила путем ЭКО). Экстрагенитальной патологии у данных больных выявлено не было. Становление менструальной функции проходило без особенностей. Гинекологические заболевания отмечены у 7 пациенток. У трех больных в анамнезе был хронический сальпингоофорит, у двух – полип цервикального канала, у одной – первичное бесплодие трубно-перитонеального генеза, у одной – эндометриоз шейки матки.

При обследовании пациенток применялись гинекологический осмотр, ультразвуковая диагностика, клинко-лабораторное дообследование, количественное определение хорионического гонадотропина крови.

При гинекологическом осмотре были обнаружены патологические изменения. Так, при осмотре в зеркалах слизистая оболочка влагалища и шейки матки была слегка цианотичной, шейка матки имела бочкообразную форму со смещенным наружным зевом.

Тело матки было мягковатой консистенции, несколько увеличено, но при этом увеличение размеров матки не соответствовало предполагаемому сроку беременности, пальпация матки была безболезненной. Придатки матки с обеих сторон не определялись, область их при пальпации была безболезненной.

По данным УЗИ, в полости матки плодное яйцо не визуализировалось, определялась гиперэхогенность эндометрия (децидуальная ткань), матка имела форму песочных часов, с расширенным цервикальным каналом, где обнаружено плодместилище с плодным яйцом, соответствующим сроку беременности от шести до восьми недель. Внутренний зев был закрыт, регистрировалась сердечная деятельность эмбриона с частотой сердечных сокращений от 140 до 170 ударов в минуту.

На момент госпитализации исходный уровень ХГЧ в сыворотке крови составил от 34 676 до 136 654 мМЕд мл.

Учитывая нереализованную репродуктивную функцию у данных пациенток, решено было провести селективную двустороннюю эмболизацию маточных артерий (ЭМА) с последующим выскабливанием стенок цервикального канала.

Экстрагенитальная патология у наших пациенток в ходе проведенного дообследования не выявлена. В связи с чем противопоказаний для проведения ЭМА не было.

Результаты и обсуждение

Всем пациенткам эмболизация обеих маточных артерий выполнялась из одного доступа через правую бедренную артерию по методике Сельдингера. Непосредственно перед проведением ЭМА всем больным выполняется селективная ангиография сосудов органов малого таза, в ходе которой проводится поэтапная оценка бассейна бедренной и подвздошной артерий. Следующим этапом является поочередная катетеризация маточных артерий. Для этого катетер проводится через бифуркацию аорты в коллатеральную внутреннюю подвздошную артерию и низводится к месту отхождения маточной артерии. После установки катетера в устье маточной артерии выполняется введение эмболов в просвет сосуда под постоянным рентгеновизуальным контролем. При появлении признаков завершенности эмболизации аналогично проводят эмболизацию с другой стороны. В качестве эмболизирующих средств применяются синтетический материал поливинилалкоголь (ПВА), сферический ПВА, а также трисакриловые эмбосферы. Мы используем частицы диаметром более 500 нм, так как во многих исследованиях доказано, что использование частиц размерами менее 500 нм может быть ассоциировано с большим риском непреднамеренной эмболизации артериальных ветвей яичников [8, 9, 11].

После проведения ЭМА, через 30–45 минут, в условиях операционной были произведены удаление плодного яйца, выскабливание стенок цервикального канала и полости матки. Интраоперационная кровопотеря составила от 25 до 50 мл. Всем пациенткам после выскабливания полости матки и стенок цервикального канала вводился метотрексат.

Больные были выписаны под амбулаторное наблюдение гинеколога на 3–5-е сутки в удовлетворительном состоянии. При динамическом наблюдении за пациентками было отмечено снижение уровня ХГЧ крови до подпороговых значений через 8–14 дней.

Гемостатический эффект во время ЭМА обусловлен артериальным тромбозом восходящих ветвей маточных артерий, в результате которого основным кровообращением в матке становится коллатеральное, объем циркулирующей крови в матке снижается в 2 раза, как следствие, маточное кровотечение останавливается непосредственно в момент проведения процедуры (9).

В настоящее время спектр противопоказаний для эмболизации маточных артерий определен и не является дискуссионным. Как утверждает большинство авторов [5, 6, 12, 13], эмболизация маточных артерий противопоказана пациенткам, у которых имеются почечная недостаточность, тиреотоксикоз, острые инфекционные заболевания органов малого таза (аднексит, эндометрит, урогенитальная инфекция), а также после лучевой терапии тазовой области.

Таким образом, эмболизация маточных артерий – это новый взгляд на проблему лечения больных с шеечной беременностью. Применение селективной эмболизации маточных артерий в сочетании с удалением плодного яйца и выскабливанием стенок цервикального канала и полости матки является относительно безопасным методом лечения пациенток с шеечной беременностью. К сожалению, в нашей стране в настоящее время ангиографическая служба внедрена не во всех стационарах. Введение эндоваскулярной

хирургии в гинекологическую практику является новым направлением, которое необходимо осваивать и внедрять.

ЛИТЕРАТУРА

1. Борзяк Э. И., Бочаров В. Я., Сапин М. Р. и др. Анатомия человека: В 2-х томах. Т. 2 / Под ред. М. Р. Сапина. – М.: Медицина, 1993. – С. 42–43.
2. Базисная и клиническая фармакология: В 2 томах. Т. 2. / Пер. с англ. – М. – СПб: Бином – Невский Диалект, 1998. – С. 75.
3. Серова О. Ф., Кириченко А. К., Ермаченко Л. В. Внематочная беременность. Современные аспекты этиологии и патогенеза // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2006. – № 2. – С. 19–22.
4. Гинекология: национальное руководство / Под редакцией В. И. Кулакова, И. Б. Манухина, Г. М. Савельева (серия «Национальное руководство») – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – С. 985.
5. Бреусенко В. Г. Некоторые дискуссионные вопросы ЭМА при лечении миомы матки // Акушерство и гинекология. – 2006. – № 3. – С. 23–26.
6. Савельева Г. М. Эмболизация маточных артерий при миоме матки как альтернатива хирургическому лечению // Международный медицинский журнал. – 2005. – № 1. – С. 74–79.

7. Савельева Г. М. Эмболизация маточных артерий в лечении миомы матки. Современное состояние вопроса // Ж. акуш. и жен. болезн. – 2010. – № 2. – С. 84–85.

8. Acrylamido polyvinyl alcohol microspheres for uterine artery embolization: 12-month clinical and MR imaging results / Kroenke T. J. et al. // J. vasc. interv. radiol. – 2008. – Vol. 19. – P. 47–57.

9. Arterial location of three sizes of embospheres and beadblock in sheep uterus models / Namur J. et al. // Presented at the annual scientific meeting of the cardiovascular and interventional radiology society of Europe, september 10–14. – Nice, 2005.

10. Archibong E. T., Sobande A. A. Ectopic pregnancy in Abha, Saudi Arabia. A continuing conundrum // Med. j. – 2000. – Vol. 21. № 4. – P. 330–334.

11. Worthington-Kirsch R. L. Randomized trial of bead block vs embosphere for uterine artery embolization for fibroid disease: interim results // J. vasc. interv. radiol. – 2008. – Vol. 19. – P. 56–57.

12. Spies J. B. et al. Uterine artery embolization for leiomyomata // Obstet. gynecol. – 2001. – Vol. 98. № 1. – P. 29–34.

13. Goodwin S. C. et al. Uterine artery embolization versus myomectomy: a multicenter comparative study // Fertil. steril. – 2006. – Vol. 85. № 1. – P. 14–21.

Поступила 14.05.2011

А. Б. ТОМИЛОВ, Н. Л. КУЗНЕЦОВА

КОМПРЕССИОННО-ДИСТРАКЦИОННЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ ПОЗВОНОЧНИКА

ФГУ «УНИИТО им. В. Д. Чаклина» Минздравсоцразвития России,
Россия, 620014, г. Екатеринбург, переулок Банковский, 7. E-mail: knl@bk.ru

Устранение ригидной деформации позвоночника в отдаленные сроки после травмы является сложной задачей. С целью улучшения качества лечения пострадавших с повреждениями позвоночника разработаны способ закрытого остеосинтеза позвонков и компрессионно-дистракционный аппарат внешней фиксации, позволяющий осуществлять коррекцию деформации в трех плоскостях и малотравматичную закрытую декомпрессию спинного мозга. Способ применен у 146 больных с переломами позвоночника, типы В и С (АО/ASIF). Контролируемое воздействие на поврежденные структуры позволило изменить тактику ведения больных с переломами позвоночника с позиции ортопедо-неврологического подхода. При этом впервые в процессе одномоментной или динамической управляемой коррекции деформации поврежденных позвоночных сегментов восстанавливали и форму позвоночного канала, обеспечивая эффект декомпрессии дурального мешка и его содержимого. Стабильная фиксация позволила сократить сроки консолидации в 1,5–2 раза, проводить раннюю реабилитацию больных.

Ключевые слова: переломы позвоночника, остеосинтез.

А. Б. ТОМИЛОВ, Н. Л. КУЗНЕЦОВА

COMPRESSION-DISTRAKITSOMNY OSTEOSYNTHESIS IN PATIENTS WITH SPINAL FRACTURES

FGI «UNIITO them. V. D. Chaklina» health ministry of Russia,
Russia, 620014, Ekaterinburg, Bankovskiy, 7. E-mail: knl@bk.ru

Removal of rigid spinal deformity in long-term period after injury is complex task. In order to improve treatment of patients with spinal cord injuries developed by the ACT proper closed nailing vertebrae and compression-distraction apparatus external fixation to allow for the correction of the deformation in three planes and low-impact closed decompress the spinal cord. The method used in 146 patients with vertebral fractures type B and C (AO / ASIF). Controlled exposure to the damaged structure will change the tactics of patients with fractures of the spine from a position of orthopedic and neurological approach. At the same time staring in the high-single-stage or controlled dynamic correction of the deformity of damaged vertebral segments restored and the shape of the spinal canal, dural decompression effect providing bag and its contents. Stable fixation has reduced the period of consolidation in the 1,5–2 times, to conduct early rehabilitation of patients.

Key words: spinal fractures, osteosynthesis.