

Опыт применения органосохраняющих технологий в лечении пациенток с шеечной беременностью

М. С. Селихова¹, ORCID: 0000-0002-4393-6111, selichovamarina@yandex.ru

М. А. Яхонтова², ORCID: 0000-0002-9422-0623, myahont@mail.ru

А. А. Смольянинов¹, ORCID: 0000-0002-4113-0771, alex0451190294@yandex.ru

¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Волгоградский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации; 400131, Россия, Волгоград, пл. Павших Борцов, 1

² Государственное учреждение здравоохранения Клиническая больница скорой медицинской помощи № 7; 400002, Россия, Волгоград, ул. Казахская, 1

Резюме. В настоящее время одной из актуальных тем в акушерстве и гинекологии является проблема внематочной беременности, что напрямую коррелирует с увеличением частоты воспалительных заболеваний органов малого таза. Эктопическая беременность имеет как наиболее часто встречающиеся формы (расположение плодного яйца в различных отделах маточной трубы), так и редкие варианты (яичниковая, брюшная и шеечная). До 2017 г. диагноз прогрессирующей шеечной беременности был прямым показанием к объемной органосохраняющей операции — экстирпации матки. В настоящее время, ввиду наличия современных протоколов лечения («Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», № 1130н, 2020 г. и клинические рекомендации «Внематочная беременность», 2017 г.), акушеры-гинекологи получили возможность консервативного лечения данной патологии и сохранения репродуктивного здоровья пациенток. В данной статье представлены три клинических случая применения органосохраняющих методик в лечении прогрессирующей шеечной беременности, произошедших в гинекологическом отделении ГУЗ КБ СМП № 7 Волгограда. Для лечения пациенток были использованы современные медикаментозные и оперативные методики: применение цитостатических препаратов, перевязка маточных артерий с последующей вакуум-аспирацией плодного яйца и контрольной гистероскопией. Эффективность проводимого лечения оценивалась при помощи ультразвуковых методов визуализации и лабораторных методов исследования (анализ крови на хорионический гонадотропин человека). Таким образом, клиническая практика подтверждает целесообразность и эффективность выполнения органосохраняющих оперативных вмешательств, а также применение медикаментозной (цитостатической) терапии у пациенток с диагнозом внематочной (в том числе шеечной) беременности. Такой современный подход позволит сохранить репродуктивный потенциал молодых женщин, а также снизить риски возможных осложнений в будущем. **Ключевые слова:** шеечная беременность, репродуктивное здоровье, клинический случай, метотрексат, перевязка магистральных сосудов, гистероскопия, органосохраняющие технологии.

Для цитирования: Селихова М. С., Яхонтова М. А., Смольянинов А. А. Опыт применения органосохраняющих технологий в лечении пациенток с шеечной беременностью // Лечащий Врач. 2022; 12 (25): 36-40. DOI: 10.51793/OS.2022.25.12.006

Experience in the application of organ-preserving technologies in the treatment of patients with cervical pregnancy

Marina S. Selikhova¹, ORCID: 0000-0002-4393-6111, selichovamarina@yandex.ru

Mariya A. Yakhontova², ORCID: 0000-0002-9422-0623, myahont@mail.ru

Aleksandr A. Smolyaninov¹, ORCID: 0000-0002-4113-0771, alex0451190294@yandex.ru

¹ Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education Volgograd State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation; 1 Pavshikh Bortsov Square, Volgograd, 400131, Russia

² State healthcare institution Volgograd Clinical hospital of emergency medical care No. 7; 1 Kazakhskaya str., Volgograd, 400002, Russia

Abstract. Currently, one of the topical topics in obstetrics and gynecology is the problem of ectopic pregnancy, which directly correlates with an increase in the incidence of inflammatory diseases of the pelvic organs. Ectopic pregnancy has both the most common forms (the location of the ovum in various parts of the fallopian tube) and rare variants (ovarian, abdominal and cervical). Until 2017, the diagnosis of progressive cervical pregnancy was a direct indication for volumetric organ-carrying surgery — extirpation of the uterus. Currently, in view of the availability of modern treatment protocols ("Procedure for the provision of medical care in the profile of obstetrics and gynecology", No. 1130n, 2020 and clinical guidelines "Ectopic pregnancy", 2017), obstetricians-gynecologists have the opportunity of conservative treatment this pathology and the preservation of the

reproductive health of patients. This article presents three clinical cases of the use of organ-preserving techniques in the treatment of progressive cervical pregnancy, which occurred in the gynecological department of the Volgograd Clinical hospital of emergency medical care No. 7. For the treatment of patients, modern medical and surgical techniques were used: the use of cytostatic drugs, ligation of the uterine arteries, followed by vacuum aspiration of the ovum and control hysteroscopy. The effectiveness of the treatment was assessed using ultrasound imaging methods and laboratory research methods (blood test for hCG). Thus, clinical practice confirms the feasibility and effectiveness of organ-preserving surgical interventions, as well as the use of drug (cytostatic) therapy in patients with a diagnosis of ectopic (including cervical) pregnancy. This modern approach will preserve the reproductive potential of young women, as well as reduce the risks of possible complications in the future.

Keywords: cervical pregnancy, reproductive health, clinical case, methotrexate, ligation of great vessels, hysteroscopy, organ-preserving technologies.

For citation: Selikhova M. S., Yakhontova M. A., Smolyaninov A. A. Experience in the application of organ-preserving technologies in the treatment of patients with cervical pregnancy // *Lechaschy Vrach*. 2022; 12 (25): 36-40. DOI: 10.51793/OS.2022.25.12.006

В последние годы проблема внематочной беременности не только не имеет тенденции к снижению, но и приобретает чрезвычайную актуальность. В России, как и во всем мире, увеличивается частота случаев эктопической беременности [1, 2]. Это напрямую связано с ростом частоты воспалительных процессов женских половых органов, лидирующих в структуре гинекологической патологии. Особую тревогу вызывает тот факт, что пик заболеваемости воспалительными заболеваниями органов малого таза приходится на 17-28 лет, в то время как средний возраст первых родов в России приближается к 30 годам [3].

Наиболее часто (98-99%) диагностируется трубная беременность, которая в зависимости от локализации плодного яйца разделяется на интерстициальную, истмическую, ампулярную и фимбриальную. К редким формам эктопической беременности относятся яичниковая (0,1-0,7%), брюшная (0,3-0,4%) и шеечная (0,1-0,4%). Частота встречаемости шеечной беременности составляет 1 на 9000-12 000 беременностей, причем за последние годы отмечен значительный рост данной локализации эктопической беременности [4].

К факторам, предрасполагающим к развитию шеечной беременности, относят врожденные аномалии развития тела и шейки матки, наличие рубца на ней и синехий в ее полости, эндометриоз, субмукозную миому, изменение способности плодного яйца к имплантации, использование вспомогательных репродуктивных технологий [5]. При шеечной локализации плодное яйцо имплантируется в цилиндрическом эпителии цервикального канала. Ворсины трофобласта глубоко проникают в мышечную оболочку шейки, что приводит к разрушению ее тканей и сосудов и массивному кровотечению [6].

До недавнего времени единственным методом оперативного лечения шеечной беременности считалась экстирпация матки. Однако сегодня ранняя диагностика и современные органосберегающие технологии позволяют сохранить матку и, как следствие, репродуктивную функцию пациенток при данной патологии [7]. Однако в большинстве гинекологических стационаров применение эмболизации маточных артерий в повседневной практике не представляется возможным по техническим причинам.

Документами, регламентирующими и определяющими тактику гинеколога при лечении пациентки с эктопической беременностью, являются:

- Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», № 1130h, 2020 г.;
 - клинические рекомендации (протокол лечения) «Внематочная (эктопическая) беременность», 2017 г. [8, 9].
- Согласно данному протоколу впервые рекомендуется использование цитостатиков и органосохраняющих оперативных вмешательств при лечении шеечной беременности.

За последние 4 года в гинекологическом отделении ГУЗ КБ СМП № 7 Волгограда диагностированы 3 клинических случая шеечной беременности у пациенток активного репродуктивного возраста, при этом 2 из них — с невыполненной детородной функцией. Применение современных органосохраняющих технологий позволило успешно завершить эти клинические ситуации, сохранив репродуктивную функцию молодым женщинам.

Клинический случай № 1

В 2018 г. в гинекологическое отделение ГУЗ КБ СМП № 7 Волгограда поступила пациентка Б., 21 год, с жалобами на кровянистые выделения из половых путей, появившиеся накануне госпитализации, задержку менструации на 8 дней. После проведенного обследования выставлен диагноз: «Беременность 4-5 недель. Начавшийся самопроизвольный выкидыш». Обращали на себя внимание данные по гинекологической патологии: хронический эндометрит, двусторонний сальпингоофорит. Несмотря на молодой возраст пациентки, беременность была третьей, первые две закончились самопроизвольными выкидышами на ранних сроках (5-6 недель). На этапе прегравидарной подготовки пациентка была обследована на инфекции, передающиеся половым путем, — здорова. Ультразвуковое исследование органов малого таза (УЗИ ОМТ) амбулаторно не выполнялось. Пациентка госпитализирована в стационар, начата гемостатическая терапия (транексамовая кислота), продолжена гормональная поддержка.

Результаты лабораторного обследования — в пределах физиологической нормы. Уровень хорионического гонадотропина человека (ХГЧ) в сыворотке крови — 647 мМЕ/мл, что соответствует 3-4 неделям гестации. Выполнено УЗИ ОМТ — плодного яйца в полости матки не обнаружено, М-Эхо — 9 мм, свободной жидкости нет. Заключение: «Беременность малого срока неизвестной локализации». Принимая во внимание малый срок гестации, при котором возможно отсутствие достоверной ультразвуковой визуализации плодного яйца, а также крайнюю заинтересованность пациентки в сохранении беременности, было коллегиально решено продолжить динамическое наблюдение с контролем уровня ХГЧ и УЗИ.

На 11-е сутки после госпитализации выполнено трансвагинальное УЗИ (ТВУЗИ): плодное яйцо визуализируется четко в проекции шейки матки, ниже уровня внутреннего зева, средний внутренний диаметр (СВД) — 7 мм. Визуализируется 1 эмбрион, копчик-теменной размер — 2 мм, сердцебиение не визуализируется. В связи со сложившейся клинической ситуацией консилиумом принято решение применить консервативную тактику ведения — медикаментозная терапия цитостатическим препаратом метотрексат внутримышечно (в/м) из расчета 50 мг на 1 м² площади тела. Расчетная индивидуальная доза препарата — 86 мг. Получено письменное информиро-

ванное добровольное согласие пациентки. При уровне ХГЧ крови 6295 мМЕ/мл в/м был введен метотрексат в дозе 86 мг. Проводилось динамическое наблюдение за состоянием пациентки. Осложнений и ухудшения общего состояния отмечено не было. Однако ожидаемого снижения уровня β -ХГЧ в сыворотке крови не произошло, имело место нарастание показателя с 9428 мМЕ/мл (на 2-е сутки после введения метотрексата) до 11 300 мМЕ/мл (на 4-е сутки). ТВУЗИ также подтвердило дальнейшее прогрессирование шейечной беременности.

Принимая во внимание неэффективность цитостатической терапии, консилиум принял решение о необходимости оперативного лечения в объеме лапаротомии с ревизией органов малого таза. Перевязка маточных артерий с целью профилактики массивной кровопотери. Попытка вакуум-аспирации плодного яйца из цервикального канала, гистерорезектоскопия, коагуляция эндоцервикса в области ложа плодного яйца. При возникновении кровотечения по жизненным показаниям — экстирпация матки.

Влагалищным доступом выполнена вакуум-аспирация содержимого полости матки и цервикального канала. В аспирате хориальная ткань, децидуальная ткань, некротические массы. Кровотечения нет. Общая кровопотеря составила 10 мл. Выполнена гистерорезектоскопия. Полость матки и цервикального канала осмотрена с помощью резектоскопа. Обнаружена ниша в средней трети эндоцервикса по правой боковой стенке глубиной 2-3 мм и диаметром до 10 мм (ложе плодного яйца). Края и дно ниши розовые, признаков инвазии трофобласта нет. Выполнена коагуляция обнаруженной ниши, без осложнений. Интраоперационно произведено УЗИ тела и шейки матки. Структурных изменений нет, УЗ-данных за шейечную беременность нет. Общая кровопотеря — 150 мл. Течение послеоперационного периода гладкое. Швы сняты на 5-е сутки, заживление первичным натяжением. УЗИ ОМТ (5-е сутки послеоперационного периода) — данных за беременность нет, структурных изменений нет (рис. 1). Уровень ХГЧ в сыворотке крови на 5-е сутки послеоперационного периода снизился до 318 мМЕ/мл. На 7-е сутки послеоперационного периода пациентка выписана из отделения в удовлетворительном состоянии. Примененная в данном клиническом случае комбинированная тактика лечения позволила избежать кровотечения при аспирации плодного яйца из цервикального канала и обеспечила возможность сохранения матки и репродуктивной функции.



Рис. 1. Ультразвуковая картина пациентки Б. на 5-е сутки послеоперационного периода [данные получены авторами] / Ultrasound picture of patient B. on the 5th day of the postoperative period [data obtained by the authors]

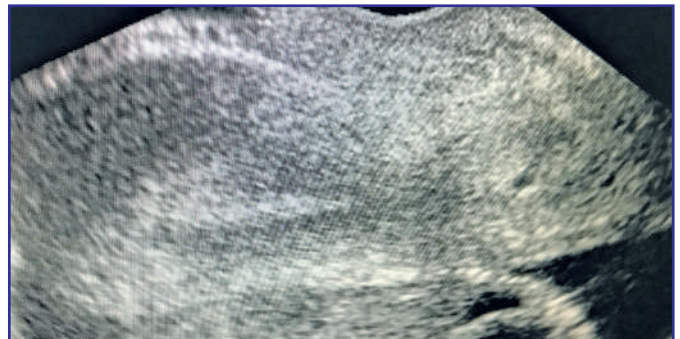


Рис. 2. Ультразвуковая картина прогрессирующей шейечной беременности малого срока у пациентки Г. [данные получены авторами] / Ultrasound picture of a progressive cervical pregnancy of a short term in patient G. [data obtained by the authors]

Клинический случай № 2

Пациентка Г., 26 лет, госпитализирована в гинекологическое отделение ГУЗ КБ СМП № 7 Волгограда в октябре 2019 г. с диагнозом: «Беременность малого срока. Экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО). Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (бесплодие первичное, смешанного генеза). Угрожающий самопроизвольный выкидыш». При поступлении предъявляла жалобы на мажущие кровянистые выделения из половых путей. Экстрагенитальной патологии не выявлено, результаты лабораторных методов исследования в пределах нормы. Уровень ХГЧ в сыворотке крови — 432 мМЕ/мл.

Выполнено ТВУЗИ ОМТ: в полости матки плодное яйцо не визуализируется, М-Эхо — 4 мм, цервикальный канал расширен до 10 мм, в толще эндоцервикса в верхней трети цервикального канала — округлое анэхогенное включение диаметром 4 мм (рис. 2). Учитывая настойчивое желание женщины сохранить беременность, на третий день после госпитализации проведено повторное ТВУЗИ: в полости матки плодное яйцо не визуализируется, М-Эхо — 10 мм, цервикальный канал расширен до 10 мм, в толще эндоцервикса в верхней трети цервикального канала — округлое анэхогенное включение диаметром 4,1 мм, без эхоструктур эмбриона. Повторный анализ крови на ХГЧ показал прирост значения данного показателя — 641 мМЕ/мл.

Принимая во внимание нарастающий уровень ХГЧ и данные двух ТВУЗИ, выставлен диагноз: «Прогрессирующая шейечная беременность малого срока. ЭКО. Отягощенный гинекологический анамнез (первичное бесплодие смешанного генеза)». Учитывая молодой возраст женщины и невыполненную репродуктивную функцию, пациентке предложена органосохраняющая консервативная тактика дальнейшего лечения — применение метотрексата согласно протоколу «Внематочная (эктопическая) беременность», 2017 г. [8]. Оформлено письменное информированное согласие на применение метотрексата.

На 4-е сутки от момента госпитализации пациентке введено 75 мг (после расчета индивидуальной дозировки) препарата метотрексат (Методжект). Побочных эффектов и осложнений после введения препарата не наблюдалось. Динамика уровня ХГЧ: на 3-и сутки после инъекции ХГЧ — 3052 мМЕ/мл; на 5-е сутки — 2470 мМЕ/л. Степень снижения показателя составила 19,9%, что является достаточным (согласно клиническим рекомендациям) и свидетельствует о достигнутом эффекте цитостатической терапии. Анализ крови на ХГЧ на 8-е сутки цитостатической терапии также свидетельствовал

о достоверном снижении данного показателя — 1311 мМЕ/мл. Выполненное на 11-е сутки лечения ТВУЗИ подтвердило эффективность медикаментозной цитостатической терапии: полость матки линейная, сомкнута, М-Эхо — 9 мм. Цервикальный канал расширен на всем протяжении до 10 мм, в верхней трети эндоцервикса — плодное яйцо без эхо-структур эмбриона, диаметр — 3,4 мм — регресс; цветное доплеровское картирование — «—».

Согласно протоколу, учитывая отсутствие жалоб, снижение уровня ХГЧ более чем на 15%, удовлетворительное состояние пациентки, на данном этапе было решено продолжить выжидательную тактику и динамическое наблюдение. На 14-е сутки от момента инъекции цитостатического препарата произошло самостоятельное отторжение и выделение плодного яйца из цервикального канала. Выполненное после самопроизвольного выкидыша УЗИ показало: матка размерами 55 × 34 × 49 мм, М-Эхо — 4 мм, полость матки линейная, сомкнута. Шейка матки — 40 × 33 мм, цервикальный канал сомкнут на всем протяжении, эндоцервикс — 2 мм. Полученные данные свидетельствуют о полном самопроизвольном выкидыше при прогрессирующей шеечной беременности малого срока после успешно проведенной медикаментозной цитостатической терапии. Пациентка в удовлетворительном состоянии выписана с рекомендациями дальнейшего наблюдения у репродуктолога.

Клинический пример № 3

Пациентка Х., 23 года, поступила в гинекологическое отделение ГУЗ КБ СМП № 7 Волгограда в январе 2021 г. с жалоба-

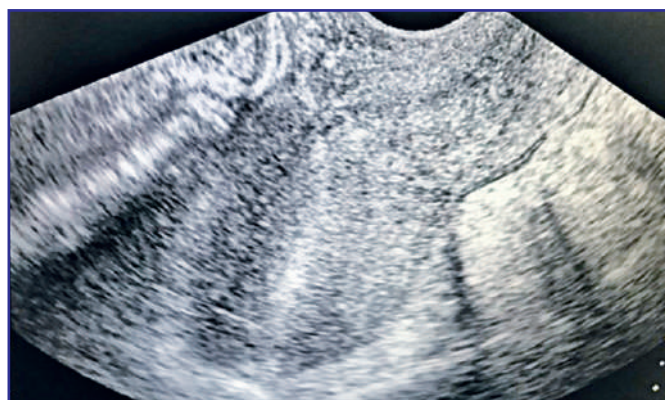


Рис. 4. Ультразвуковая картина у пациентки Х. перед выпиской из стационара [данные получены авторами]/ Ultrasound picture in patient X. before discharge from the hospital [data obtained by the authors]

ми на умеренные кровянистые выделения из половых путей на фоне беременности 5-6 недель.

Из анамнеза: данная беременность вторая, первая закончилась своевременными оперативными родами в 2017 г. Наличие гинекологических заболеваний в анамнезе отрицает.

Проведено влагалищное исследование: шейка матки цианотичная, бочкообразно утолщена, наружный зев закрыт. Матка определяется нормальных размеров, плотная, ограничено подвижная, безболезненная. Выделения сукровичные, умеренные. С целью уточнения диагноза выполнено УЗИ ОМТ на аппарате экспертного класса: матка размерами 44 × 35 × 39 мм; М-Эхо — 10 мм. Шейка матки размерами 40 × 33 × 41 мм, в цервикальном канале определяется плодное яйцо, СВД — 14 мм, с одним живым эмбрионом, сердцебиение «+», КТР = 4,4 мм, хорион кольцевидный. Цервикальный канал на протяжении 10,5 мм сомкнут (от нижнего полюса плодного яйца до наружного зева). Заключение: прогрессирующая шеечная беременность 7 недель (рис. 3). Результаты лабораторных исследований — в пределах референсных значений. Уровень ХГЧ крови составил 14 300 МЕ/л, что соответствует 7 неделям гестации.

Согласно протоколу МЗ РФ «Эктопическая беременность» (2017 г.) [8] условия для проведения медикаментозной терапии (метотрексат) в данной клинической ситуации отсутствовали, так как на УЗИ регистрировалась сердечная деятельность эмбриона и уровень ХГЧ значительно превышал допустимый для назначения метотрексата. В связи с данной клинической ситуацией, принимая во внимание молодой возраст пациентки, было принято решение о применении органосохраняющего оперативного лечения.

На вторые сутки после госпитализации выполнено оперативное вмешательство: лапаротомия по Пфannenштилю, перевязка маточных артерий на уровне внутреннего зева с захватом нисходящих ветвей с использованием рассасывающегося шовного материала, вакуум-аспирация содержимого цервикального канала. Удалена хориальная ткань, небольшое количество организованных сгустков крови. Выполнена гистерорезектоскопия: в средней трети цервикального канала кольцевидная ниша глубиной до 2-5 мм, выстланная розовой слизистой с единичными кровотокающими сосудами (коагулированы). Ворсины хориона не визуализируются. Общая кровопотеря составила 100 мл. Послеоперационный период протекал без осложнений. Проводилась симптоматическая терапия.

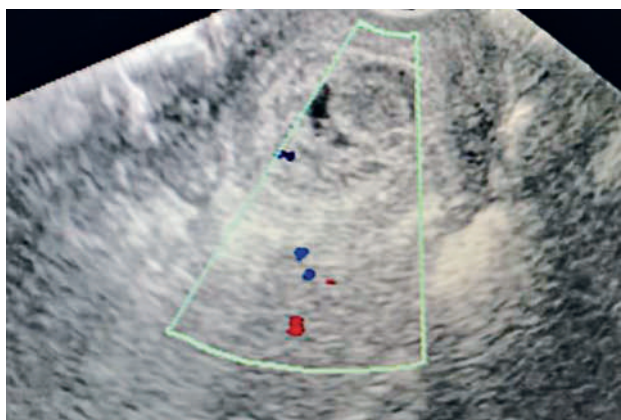
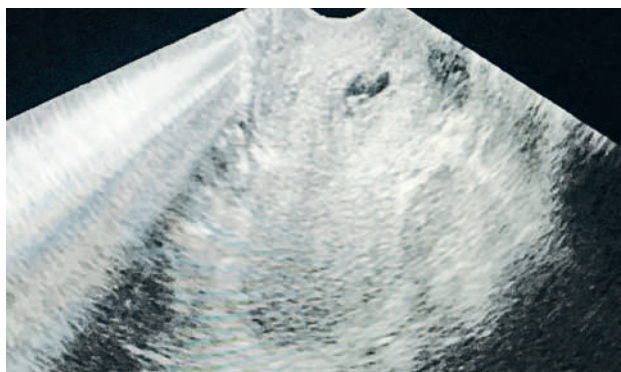


Рис. 3. Ультразвуковая картина ОМТ у пациентки Х. перед оперативным лечением [данные получены авторами]/ Ultrasound picture of OMT in patient X. before surgical treatment [data obtained by the authors]

На первые сутки послеоперационного периода выполнено УЗИ: матка размерами 41 × 46 × 55 мм; М-Эхо = 4 мм; полость матки линейная, сомкнута. Шейка матки размерами 40 × 28 × 30 мм, цервикальный канал сомкнут на всем протяжении. Свободной жидкости в брюшной полости нет. Заключение: состояние после вакуум-аспирации содержимого шейки матки (рис. 4). Уровень ХГЧ на вторые сутки послеоперационного периода составил 313,7 МЕ/л; на седьмые сутки – 32,3 МЕ/л. Пациентка выписана из отделения на 8-е сутки послеоперационного периода в удовлетворительном состоянии. Поздняя выписка обусловлена необходимостью контроля уровня ХГЧ. Данный клинический случай демонстрирует возможность и целесообразность использования хирургических органосохраняющих методик при прогрессирующей шеечной беременности в ситуации, когда срок гестации превышает допустимый для применения медикаментозной цитостатической терапии.

Заключение

Клиническая практика подтверждает данные о возрастающей частоте случаев шеечной беременности, что отражает ухудшающийся уровень репродуктивного здоровья и потенциала женщин активного детородного периода. Описанные клинические случаи доказывают не только возможность, но и эффективность медикаментозного (при помощи цитостатических препаратов) лечения шеечной беременности, а также применения органосохраняющих оперативных вмешательств. В настоящее время в арсенале врача есть информативные методы диагностики, позволяющие не только своевременно определить локализацию плодного яйца, но и уточнить срок беременности (ХГЧ).

В современных условиях при выборе метода терапии пациенток с шеечной беременностью необходимо руководствоваться современными клиническими рекомендациями и протоколами лечения, отдавать максимальное предпочтение органосохраняющим методикам. Это особенно важно с учетом того факта, что эктопическая беременность все чаще выявляется у молодых женщин с невыполненными репродуктивными планами. ■

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ. Авторы статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

CONFLICT OF INTERESTS. Not declared.

Литература/References

1. Сарсенова А. С., Оспанова С. Т., Алдубашева Г. М. и др. Внематочная беременность. Проблемы и пути их решения // Вестник Казахского национального медицинского университета. 2014; 4: 21-23.
[Sarsenova A. S., Ospanova S. T., Aldubasheva G. M. and others. Ectopic pregnancy. Problems and ways to solve them // Vestnik Kazahskogo nacionalnogo medicinskogo universiteta. 2014; 4: 21-23.]
2. Хузижанов Ф. В., Ганиева Г. Р. Современные аспекты распространенности внематочной беременности среди женщин репродуктивного возраста (обзор литературы) // Уральский медицинский журнал. 2019; 12 (180): 64-69.
[Khuzikhanov F. V., Ganieva G. R. Modern aspects of the prevalence of ectopic pregnancy among women of reproductive age (literature review) // Uralskij medicinskij zhurnal. 2019; 12 (180): 64-69.]
3. Гарифуллина Г. И., Галиева Е. Р., Кашуба В. А., Фазлинуров Р. К. Изучение дальнейшей беременности после сохранения маточных труб при внематочной беременности // Научные достижения и открытия современной молодежи: сборник статей VI Международной научно-практической конференции. 2019. С. 302-304.
[Garifullina G. I., Galieva E. R., Kashuba V. A., Fazlinurov R. K. Study of further pregnancy after the preservation of fallopian tubes during ectopic pregnancy / Scientific achievements and discoveries of modern youth; collection of articles of the VI International Scientific and Practical Conference. 2019. P. 302-304.]
4. Саркисов С. Э. и др. Опыт органосохраняющего лечения шеечной беременности с использованием селективной эмболизации маточных артерий и гистерорезектоскопии // Акушерство и гинекология. 2015; 4: 4-5.
[Sarkisov S. E. et al. Experience of organ-preserving treatment of cervical pregnancy using selective embolization of uterine arteries and hysteroresectoscopy // Akusherstvo i ginekologiya. 2015; 4: 4-5.]
5. Липатов И. С., Тезиков Ю. В., Блюмина И. З., Зубовская Е. В., Севостьянова С. А. Сохранение репродуктивной функции при шеечной беременности путем применения эмболизации маточных артерий // Современные проблемы науки и образования. Электронный научный журнал. 2016; 6: 2-6.
[Lipatov I. S., Tezikov Yu. V., Blumina I. Z., Zubovskaya E. V., Sevostyanova S. A. Preservation of reproductive function during cervical pregnancy by using embolization of uterine arteries // Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya. Elektronnyy nauchnyy zhurnal. 2016; 6: 2-6.]
6. Селихова М. С., Яхонтова М. А., Зверева Е. С. Современные подходы к ведению пациенток с шеечной беременностью // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. 2019; 4 (72): 136-139.
[Selikhova M. S., Yakhontova M. A., Zvereva E. S. Modern approaches to the management of patients with cervical pregnancy // Vestnik Volgogradskogo gosudarstvennogo medicinskogo universiteta. 2019; 4 (72): 136-139.]

Полный список литературы смотрите на нашем сайте <https://journal.lvrach.ru/>

Сведения об авторах:

Селихова Марина Сергеевна, д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Волгоградский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации; 400131, Россия, Волгоград, пл. Павших Борцов, 1; selichovamarina@yandex.ru

Яхонтова Мария Александровна, к.м.н., заведующая гинекологическим отделением Государственное учреждение здравоохранения Клиническая больница скорой медицинской помощи № 7 г. Волгограда; 400002, Россия, Волгоград, ул. Казахская, 1; myahont@mail.ru

Смолянинов Александр Александрович, аспирант кафедры акушерства и гинекологии, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Волгоградский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации; 400131, Россия, Волгоград, пл. Павших Борцов, 1; alex0451190294@yandex.ru

Information about the authors:

Marina S. Selikhova, Dr. of Sci. (Med.), Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology at Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education Volgograd State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation; 1 Pavshikh Bortsov Square, Volgograd, 400131, Russia; selichovamarina@yandex.ru

Mariya A. Yakhontova, MD, Head of the Gynecological Department of State healthcare institution Volgograd Clinical hospital of emergency medical care No. 7; 1 Kazakhskaya str., Volgograd, 400002, Russia; myahont@mail.ru

Aleksandr A. Smolyaninov, PhD student of the Department of Obstetrics and Gynecology at Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education Volgograd State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation; 1 Pavshikh Bortsov Square, Volgograd, 400131, Russia; alex0451190294@yandex.ru

Поступила/Received 31.03.2021

Принята в печать/Accepted 07.11.2022