

Получена: 9 декабрь 2022 / Принята: 27 январь 2023 / Опубликовано online: 15 марта 2023 г.
УДК 618.1-089.87
DOI 10.53511/PHARMKAZ.2023.79.78.009

Л.М.Бегимбекова¹, И.С. Саркулова¹, Р.Я. Утепова¹, М.А. Жапар¹, А.М. Аuez¹, А.А. Ахметова²

¹Международный казахско-турецкий университет имени Ходжи Ахмеда Ясави, Шымкентский кампус, г.Шымкент, Казахстан

² Городская больница № 2, г.Шымкент, Казахстан

ЭМБОЛИЗАЦИЯ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ШЕЕЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ В КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЯХ

Резюме: Шеечная беременность - редкая форма внематочной беременности и составляет менее 1% всех эктопических беременностей, при которой оплодотворенная яйцеклетка имплантируется в цервикальном канале, ниже внутреннего зева [1]. Шеечная беременность может быть опасной для жизни из-за риска обильного кровотечения.

Цель: Оценка эффективности эмболизации маточных артерий при шеечной беременности в клинических случаях.

Методы: Для сохранения фертильности используем и оценим эффективность консервативного лечения, как эмболизация маточных артерий и рассмотрим данные литературных источников.

Результаты: рассмотрим 2 клинических случаев с шеечной беременностью и обсудим дальнейшую тактику ведения.

Заключение: Эмболизация маточных артерий очень эффективна при лечении шеечной беременности и имеет преимущество сохранения фертильности женщины.

Ключевые слова: эмболизация маточных артерий, диагностика, внематочная беременность, шейка матки, фертильность.

Л.М.Бегимбекова¹, И.С. Саркулова¹, Р.Я. Утепова¹,
М.А. Жапар¹, А.М. Аuez¹, А.А. Ахметова²

L.M. Begimbekova¹, I.S. Sarkulov¹, R.Y. Uteпова¹,
M.A. Zhapar¹, A.M. Auez¹, A.A. Ahmetova²

¹Қожа Ахмет Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті, Шымкент кампусы,
Шымкент қаласы, Қазақстан

² №2 Қалалық аурухана, Шымкент қаласы, Қазақстан

¹Khoja Ahmed Yasawi International Kazakh-Turkish University,
Shymkent campus, Shymkent, Kazakhstan

² City hospital №2, Shymkent, Kazakhstan

КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙЛАРДА ЖАТЫР МОЙНЫ ЖҮКТІЛІГІНДЕГІ ЖАТЫР АРТЕРИЯЛАРЫНЫҢ ЭМБОЛИЗАЦИЯСЫ

Түйін: Жатыр мойны жүктілігі-жатырдан тыс жүктіліктің сирек түрі, барлық эктопиялық жүктіліктің 1% - дан азын құрайды, онда ұрықтанған жұмыртқа жатыр мойны өзегінің төменгі бөліміне имплантацияланады [1]. Мойын жүктілігі ауыр қан кету қаупіне байланысты өмірге қауіп төндіретін жағдай болуы мүмкін.

Мақсаты: клиникалық жағдайларда жатыр мойны жүктілігінде жатыр артерияларының эмболизациясының тиімділігін бағалау. Нәтижелер мен қорытындылар: құнарлылықты сақтау үшін біз жатырдың артериялық эмболизациясының тиімділігін бағалаймыз және әдеби дереккөздердің деректерін қарастырамыз. Нәтижесінде жатыр мойны жүктілігімен 2 жағдайды талқылап және одан әрі жүктілікті жүргізуді қарастырамыз.

Қорытынды: жатыр артерияларының эмболизациясы жатыр мойнындағы жүктілікті емдеуде өте тиімді және әйелдің құнар-

EMBOLIZATION OF UTERINE ARTERIES IN CERVICAL PREGNANCY IN CLINICAL CASES

Resume: Cervical pregnancy is a rare form of ectopic pregnancy, accounting for less than 1% of all ectopic pregnancies, in which a fertilized egg is implanted in the cervical canal, below the internal pharynx[1]. Cervical pregnancy can be life-threatening due to the risk of profuse bleeding.

The study aimed to evaluate the effectiveness of uterine artery embolization in cervical pregnancy in clinical cases.

Methods: To preserve fertility, we use and evaluate the effectiveness of conservative treatment, such as uterine artery embolization, and consider the data from literary sources.

Results: we will consider 2 clinical cases with cervical pregnancy and discuss further management tactics.

Conclusion: Uterine artery embolization is very effective in the treatment of cervical pregnancy and has the advantage of preserving a woman's fertility.

Keywords: uterine artery embolization, diagnosis, ectopic pregnancy, cervix, fertility .

лылығын сақтаудың артықшылығы бар.

Түйінді сөздер: жатыр артерияларының эмболизациясы, диагностикасы, жатырдан тыс жүктілік, жатыр мойны, құнарлылық

Актуальность: Шеечная беременность является редкой формой внематочной беременности, на долю которой приходится около 1% таких беременностей [1]. Такая форма эктопической беременности может быть опасной для жизни из-за риска массивного кровотечения.

Шеечная беременность является чрезвычайно редким состоянием эктопической беременности с потенциальными серьезными последствиями, если ее не диагностировать и не лечить на ранней стадии. Это делается в большинстве случаев при наличии массивной кровопотери, что требует экстренной гистерэктомии примерно в 50% случаев [2,3]. Беременность, локализованная в шейке матки, имеет высокий потенциал заболеваемости из-за массивного кровотечения. Однако смертность снизилась благодаря ранней ультразвуковой диагностике и новым методам лечения для предотвращения опасных для жизни кровотечений. В этой статье мы представляем наш успешный опыт предоперационной эмболизации маточной артерии.

Цель: Оценка эффективности эмболизации маточных артерий при шеечной беременности в клинических случаях.

Методы: В статье представлены 2 клинических случая с редко встречаемым диагнозом как шеечная беременность. Для сохранения фертильности использовалась эмболизация маточных артерий, проведена оценка эффективности лечения. Также рассмотрены данные литературных источников на тему диагностики и лечения шеечной беременности.

Результаты: Случай 1: 36-летняя женщина, считает себя больной в течение суток, когда появились боли внизу живота, кровянистые выделения из половых путей. В течение часа кровянистые выделения из половых путей усилились, со слов больной, кровопотеря -500,0 мл. В дальнейшем присоединились общая слабость, головокружение, однократная рвота. Боли внизу живота приобрели схваткообразный характер, в связи с ухудшением общего состояния, вызвала бригаду скорой помощи и доставлена в отделение гинекологии.

Из анамнеза жизни: менструация с 14 лет, по 5 дней, через 28 дней, регулярные, умеренные, безболезненные, установились сразу. Последняя менструация, со слов больной, 2 месяца назад. В браке состоит. Беременность – 2, данная. Родов-0. Самопроизвольный выкидыш-1, год назад. Тест на беременность - положительный, проверенный 2 дня тому назад. Гинекологический статус: Наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. Уретра и парауретральные ходы без особенностей. Бартоли-

новые железы не увеличены. Выделения из половых путей обильные кровянистые.

На зеркалах: слизистые стенок влагалища, шейка матки с цианотичным оттенком, бочкообразной формы. Выделения из половых путей обильные кровянистые. P.V: Влагалище не рожавшей. Шейка матки бочкообразной формы, при девиации резко болезненная. Матка нормальной величины, мягковатой консистенции, умеренно болезненная. Выделения из половых путей обильные, кровянистые. При поступлении в стационар проведено УЗИ органов малого таза (заключение): Шеечная беременность в сроке 6 недель.

Общее состояние больной стало ухудшаться. У данной пациентки с самого начала при поступлении в стационар было обильное кровотечение. Созван консилиум врачей в условиях развернутой операционной для уточнения дальнейшей тактики ведения. Учитывая тяжесть состояния больной, маточное кровотечение, консилиумом решено провести оперативное лечение в экстренном порядке. Пациентка категорически отказалась от оперативного лечения. Учитывая возраст, анамнез жизни (отсутствие детей), во избежание органа уносящей операции, с целью гемостаза предложена эмболизация маточных артерий, последующим с удалением плодного яйца путем выскабливания цервикального канала целью прерывания беременности. Согласие больной получено. После анестезии, начата Эндovasкулярная эмболизация маточных артерий. Описание операции:

Эндovasкулярная эмболизация маточных артерий (39.7944).

Положение пациента на спине, после обработки операционного поля растворами йодоната и спирта (96%) трижды, под местной инфильтрационной (раствор 1% -20,0 мл лидокаина) анестезии катетеризирована иглой 18G правая общая бедренная артерия ниже паховой связки. Через иглу введен проводник, через который проведен и установлен в правой общей бедренной артерии интродьюсер 5Fr (1 шт.), через интродьюсер проведен маточный катетер 5Fr (1шт). Под постоянным рентгенологическим контролем катетеризирована левая, затем правая маточная артерия, введен РКВ, маточные артерии умеренно расширены, кровоснабжают умеренно увеличенную матку. Далее под постоянным рентгенологическим контролем выполнена эмболизация маточных артерий микрочастицами Beating ns PVA 1000-1180мкр (4шт), что подтверждено контрольными ангиограммами. Катетер, интродьюсер удалены, гемостаз стойкий, наложена сухая асептическая давящая повязка.

Общая кровопотеря:5,0 мл. Осложнения: нет.

Эффективная эквивалентная доза (mGy) при выполнении операции: 156 mGy.

Время рентгеноскопии: 5,5 мин.

Операция- эмболизация сосудов матки завершена успешно. Послеоперационное лечение: постельный режим в течение 12 часов, груз на область пункции 2 часа, антибактериальная и инфузионная терапии. Лабораторные исследования в динамике. После эмболизации маточных сосудов, произведено УЗИ органов малого таза: На момент осмотра в полости матки данных за беременность не выявлено. Однако, в цервикальном канале матки лоцируется анэхогенное образование (возможно плодное яйцо). Через сутки произведена операция: дилатация и кюретаж шейки матки с целью прерывания беременности.

Обезболивание: Sol. Profoli 15.0 в/в

Операции: Выскабливание цервикального канала.

Ход операции: В асептических условиях после обработки наружных половых органов, шейка матки обнажена на зеркалах. Верхняя губа шейки матки взята на пулевые щипцы, шейка матки расширена расширителями Гегара до №9, плодное яйцо разрушено, удалено кюреткой №4. Произведено выскабливание цервикального канала, удалены ткань и сгустки крови. С целью профилактики кровотечения в/в струйно сделано Sol. Oxytocini 5 Ед-1 ml в/в стр.

Общая кровопотеря 100 мл

Рекомендовано: продолжить мониторинг общего состояния больной. После манипуляции произведено повторное УЗИ исследование органов малого таза, заключение: Умеренный гематометр. 3-е сутки после операции.

Больная на момент осмотра жалобы не предъявляет. Общее состояние удовлетворительное. Учитывая стабильное состояние больной, отсутствие жалоб, в удовлетворительном состоянии выписывается домой под наблюдение гинеколога поликлиники по месту жительства, с рекомендацией:

- режим труда и отдыха.
- наблюдение участкового врача акушера-гинеколога, терапевта
- метод контрацепции согласовать с участковым гинекологом.
- сдать иммуноферментный анализ, маркёры на внутриутробные инфекции.

Случай 2: 45-летняя женщина, считает себя больной в течение 3-х дней, когда впервые стали беспокоят мажущие кровянистые выделения из половых путей. Обратилась к гинекологу по месту жительства, где после обследования, поставлен диагноз: Шеечная беременность. Пациентка направлена в отделение экстренной гинекологии, но больная обратилась в частный медицинский центр, где отказано в госпитализации и перенаправлена в отделение гинекологии Городской больницы. Доставлена бригадой скорой медицинской помощи с жалобами на кровянистые выделения из половых путей, боли внизу живота тянущего характера,

общую слабость. Менструации с 14 лет, по 5 дней, через 28 дней, умеренные, безболезненные, установились сразу. Последняя менструация 45 дней назад. В браке состоит. Беременность – 2, данная. Родов-0. Замершая беременность-1, 4 года тому назад. Гинекологические заболевания – отрицает.

На зеркалах: Слизистая стенок влагалища и шейки матки цианотичные, чистые, наружный зев точечный. Выделения из половых путей кровянистые, умеренные. P.V: Влагалище не рожавшей. Шейка матки бочкообразной формы. Наружный зев сомкнут. При пальпации в области внутреннего

зева определяется образование размером 3,5х3,0 см, чувствительное при пальпации. Матка нормальной величины, мягковатой консистенции, подвижная, чувствительная при пальпации. Придатки с обеих сторон не пальпируются, безболезненные. Своды свободные, безболезненные. Выделения из половых путей кровянистые, умеренные.

УЗИ органов малого таза при поступлении, заключение: В верхней трети цервикального канала лоцируется плодное яйцо, 3-4 недели беременности на фоне гематоцервикса (не исключается шеечная беременность?)

Общее состояние больной средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледной окраски, чистые. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Телосложение нормостенического типа. Температура тела 36,5 0С. Молочные железы мягкие, соски чистые. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД-16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД 110/70, 100/70 мм.рт.ст. Пульс 88 в 1 минуту ритмичного наполнения и напряжения. Живот мягкий, безболезненный, участвует в акте дыхания. Перитонеальные симптомы отрицательные. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Отеков нет. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул в течение 3-х последних недель, оформленный. Учитывая сложившуюся ситуацию, решено созвать консилиум врачей для решения дальнейшей тактики ведения. Учитывая высокий риск массивного кровотечения, консилиумом врачей решено, с целью сохранения органа и прерывания беременности произвести операцию: эмболизация маточных артерий, в последующем удаление плодного яйца путём выскабливания цервикального канала. Согласие больной получено. После анестезии приступили к эндоваскулярной эмболизации маточных артерий.

Описание операции:

Эндоваскулярная эмболизация маточных артерий (39.7944).

Положение пациента на спине, после обработки операционного поля растворами йодоната и спирта (96%) трижды, под местной инфильтрационной (раствор 1% -20,0 мл лидокаина) анестезии, правая общая бедренная артерия катетеризирована иглой 18G, ниже пахо-

вой связки. Через иглу введен проводник, через который проведен и установлен в правой общей бедренной артерии интродьюсер 5Fr (1 шт), через интродьюсер провиден маточный катетер 5Fr (1шт). Под постоянным рентгенологическим контролем катетеризована левая, затем правая маточная артерия, введен РКВ, маточные артерии умеренно расширены, кровоснабжают умеренно увеличенную матку. Далее под постоянным рентгенологическим контролем выполнена эмболизация маточных артерий микрочастицами Bearing ns PVA 1000-1180мкр (4шт), что подтверждено контрольными ангиограммами. Катетер, интродьюсер удалены, гемостазе стойкий, наложена сухая асептическая давящая повязка.

Операция завершена успешно. Послеоперационное лечение: постельный режим в течение 12 часов, груз на область пункции 2 часа, антибактериальная и инфузионная терапии. Рекомендовано лабораторные исследования в динамике повторить. Через сутки произведено выскабливание цервикального канала.

Обезболивание: Sol. Profoli 15.0 в/в

Операции: Выскабливание цервикального канала.

Ход операции: В асептических условиях после обработки наружных половых органов, шейка матки обнажена на зеркалах. Верхняя губа шейки матки взята на пулевые щипцы, шейка матки расширена расширителем Геара до №9, плодное яйцо разрушено, удалено, кюреткой №4 произведено выскабливание цервикального канала, удалены ткань и сгустки крови. С целью профилактики кровотечения в/в струйно сделано Sol. Oxytocini 5 Ед-1 ml в/в стр. Общая кровопотеря 100 мл После операции произведено контрольное УЗИ исследование, заключение: Умеренный гематометр. 3-е сутки после операции.

Больная жалобы на момент осмотра не предъявляет. Общее состояние ее удовлетворительное. Учитывая стабильное состояние больной, отсутствие жалоб, в удовлетворительном состоянии выписана домой под наблюдение гинеколога поликлиники по месту жительства, с рекомендациями:

- режим труда и отдыха.
- наблюдение участкового врача акушера-гинеколога, терапевта
- метод контрацепции согласовать с участковым гинекологом.
- сдать иммуноферментный анализ, маркеры на внутриутробные инфекции.

Обсуждение: Шеечная беременность – редкая и серьезная форма внематочной беременности [3,4]. Он характеризуется аномальной имплантацией оплодотворенной яйцеклетки в цервикальный канал, ниже уровня внутреннего зева. Существует много predisposing факторов к эктопической беременности на шейке матки, таких как внутриматочные процедуры, внутриматочное оплодотворение, экстракорпоральное оплодотворение [5], воспалительные заболевания органов малого таза, лейомиома, внутриматоч-

ные спирали и первичная аномалия эмбриона; однако причина цервикальной беременности остается неизвестной [6]. В данной статье описаны 2 случая о нашем опыте успешного лечения шеечной беременности, которая была своевременно диагностирована врачом и ультразвуковым исследованием. Раньше гистерэктомия была методом выбора лечения, но теперь для сохранения фертильности используются консервативные методы. Для сохранения фертильности наших пациенток была проведена эмболизация маточных артерий с последующей дилатацией и выскабливанием канала шейки матки без дополнительных процедур для цервикального гемостаза. Артериальная эмболизация с помощью рассасывающегося агента уменьшает артериальное кровообращение, обеспечивая временную закупорку сосудов, чтобы снижает риск массивного кровотечения. Наши данные показывают, что нехирургическое лечение цервикальной внематочной беременности является безопасным и жизнеспособным вариантом для большинства пациенток с шеечной беременностью.

Наши клинические случаи показывают, что минимально инвазивный подход может сохранить фертильность у больных с шеечной беременностью. В научных работах Укыбасовой Т.М., Иманкуловой Б.Ж., Тажибаева Д.М., Абишева Б.Х. описан комплексное лечение шеечной беременности с применением эмболизации маточных артерий, что позволило избежать значительной кровопотери при эвакуации плодного яйца из цервикального канала и сохранить репродуктивную функцию у молодых женщин.

Наиболее эффективное консервативное лечение шеечной беременности еще находится на стадии изучения. Все формы лечения преследуют общую цель, вести к минимуму риску угрожающего для жизни массивного кровотечения и радикальной гистерэктомии.

В большинстве случаев, описанных в литературе, консервативное лечение включает сочетание как медицинских, так и хирургических методов, сохранения фертильности. Эмболизация маточных артерий в настоящее время признана высокоэффективным методом контроля острого и хронического генитального кровотечения[7].

Эмболизация артерий рассасывающимися частицами уменьшает артериальное кровообращение, закупоривая сосуды на 2-6 недель. В данных случаях эмболизация маточных артерий снизила количество гистерэктомии, частоту серьезных осложнений и необходимости дальнейшего вмешательства. Консервативное лечение шеечной внематочной беременности помогло предотвратить необходимость гистерэктомии у всех пациенток в наших случаях.

Заключение: шеечная беременность является редкой и серьезной формой внематочной беременности. Хотя данная форма эктопической беременности встречается редко, сообщается об увеличении числа случаев из-за таких факторов риска, как высокая частота

та кесарева сечения и более широкое использование вспомогательных репродуктивных технологий для лечения бесплодия. Успех данного лечения зависит от своевременной диагностики с помощью раннего УЗИ органов малого таза, что может снизить вероятность тяжелого, угрожающего жизни кровотечения, требующее гистерэктомии или гемотрансфузии. Согласно научным работам, описываемые Саркисовым С.Э.,

Демидовым А.В., Мананниковой О.В., Араблинским А.В., Фоминым В.Н., эмболизация маточных артерий эффективна при лечении эктопической беременности в цервикальном канале и имеет преимущество, сохранение фертильности женщины. Именно такой метод лечения позволяет с минимальной кровопотерей удалить плодное яйцо из шейки матки и способствует сохранению репродуктивной функции у больной [8].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Липатов И. С., Тезиков Ю. В., Блюмина И. З., Зубковская Е. В., Севостьянова С. А., Мартынова Н. Сохранение репродуктивной функции при шейной беременности с применением эмболизации маточных артерий // Журнал современных проблем науки и образования.-2016.-№6. С-5-12; URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=25363>.
- 2 Буянова С. Н., Пучкова Н.в., Мгелиашивили М. В., Барто Р. А. Редкие виды внематочной беременности. Журнал Вестник акушера-гинеколога в России.2017; 17 (6):Б-53 56. <https://doi.org/10.17116/rosakush201717653-56>
- 3 Митичкин А. Е., Доброхотова Ю. Э., Апресян С. В., Громов Д. Г., Димитрова В. И., Папоян С. А., Хлынова С. А., Ишевский А. Г., Слюсарева О. А., Заметаев В. А. Мультидисциплинарный подход в лечении шейно-перешейковой и шейной беременности с использованием современных минимально инвазивных рентгенэндоваскулярных технологий // Журнал медицинских консультаций. 2018. №13. С-185-191 URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/multidistsiplinarnyy-podhod-v-lechenii-shechno-pereshechnoy-i-shechnoy-beremennosti-s-primeneniem-sovremennyh-maloinvazivnyh>
- 4 Верма, У., & Гоаркхай, Н. (2009). Консервативное лечение внематочной беременности на шейке матки. Фертильность и стерильность, 91(3), 671-674. doi: 10.1016/j.fertnstert.2007.12.054
- 5 Селихова Марина Сергеевна, М. А. Яхонтова, Е. С. Зверева. Современные подходы к ведению больных с шейной беременностью // вестник ВолГМУ.2019. №4 (72).Б136-139. <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-podhody-k-vedeniyu-patsientok-s-shechnoy-beremennostyu>
- 6 Фетищева Л. Е., Ушакова г. А. редкие виды внематочной беременности. Проблемы диагностики, лечения и восстановления фертильности. Вестник акушер-гинеколог России. 2017; 17(4): Б11 19. <https://doi.org/10.17116/rosakush201717411-19>
- 7 Укыбасова Т.М., Иманкулова Б.Ж., Тажобаев Д.М., Абишев Б.Х. Эмболизации маточных артерий при шеечной беременности - альтернатива тотальной // Клиническая медицина Казахстана. 2016. №4 (42). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/embolizatsii-matochnyh-arteriy-pri-shechnoy-beremennosti-alternativa-totalnoy>.
- 8 Саркисов С.Э., Демидов А.В., Мананникова О.В., Араблинский А.В., Фомин В.Н. Опыт органосохраняющего лечения шеечной беременности с использованием селективной эмболизации маточных артерий и гистерорезектоскопии//Акушерство и гинекология2015№4. URL: <https://aig-journal.ru/articles/Opyt-organosohranyaushego-lecheniya-shechnoi-beremennosti-s-ispolzovaniem-selektivnoi-embolizatsii-matochnyh-arterii-i-gisterorezektoskopii.html>

REFERENCES

- 1 Lipatov I. S., Tezиков YU. V., Blyumina I. Z., Zubkovskaya E. V., Sevost'yanova S. A., Martynova N. Sohranenie reproduktivnoy funkcii pri shejnoy beremennosti s primeneniem embolizatsii matochnyh arterij // ZHurnal sovremennyh problem nauki i obrazovaniya.-2016.-№6. S-5-12; URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=25363>.
- 2 Buyanova S. N., Puchkova N.v., Mgeliasvili M. V., Barto R. A. Redkie vidy vнемatочной beremennosti. ZHurnal Vestnik akushera-ginekologa v Rossii.2017; 17 (6):B-53 56. <https://doi.org/10.17116/rosakush201717653-56>
- 3 Mitichkin A. E., Dobrohotova YU. E., Apresyan S. V., Gromov D. G., Dimitrova V. I., Papoyan S. A., Hlynova S. A., Ishevskij A. G., Slyusareva O. A., Zametaev V. A. Mul'tidisciplinarnyy podhod v lechenii shejno-pereshejkovoy i shejnoy beremennosti s ispol'zovaniem sovremennyh minimal'no invazivnyh rentgenendovaskulyarnykh tekhnologij // ZHurnal medicinskih konsul'tacij. 2018. №13. S-185-191 URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/multidistsiplinarnyy-podhod-v-lechenii-shechno-pereshechnoy-i-shechnoy-beremennosti-s-primeneniem-sovremennyh-maloinvazivnyh>
- 4 Verma, U., & Goarkkhaj, N. (2009). Konservativnoe lechenie vнемatочной beremennosti na shejke matki. Fert'il'nost' i steril'nost', 91(3), 671-674. doi: 10.1016/j.fertnstert.2007.12.054
- 5 Selihova Marina Sergeevna, M. A. YAhontova, E. S. Zvereva. Sovremennye podhody k vedeniyu bol'nyh s shejnoy beremennost'yu // vestnik VolGMU.2019. №4 (72).B136-139. <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-podhody-k-vedeniyu-patsientok-s-shechnoy-beremennostyu>
- 6 Fetishcheva L. E., Ushakova g. A. redkie vidy vнемatочной beremennosti. Problemy diagnostiki, lecheniya i vosstanovleniya fert'il'nosti. Vestnik akusher-ginekolog Rossii. 2017; 17(4): B11 19. <https://doi.org/10.17116/rosakush201717411-19>
- 7 Ukybasova T.M., Imankulova B.ZH., Tazhibaeв D.M., Abishev B.H. Embolizatsii matochnyh arterij pri shechnoy beremennosti - al'ternativa total'noj // Klinicheskaya medicina Kazahstana. 2016. №4 (42). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/embolizatsii-matochnyh-arteriy-pri-shechnoy-beremennosti-alternativa-totalnoy>.
- 8 Sarkisov S.E., Demidov A.V., Manannikova O.V., Arablinskij A.V., Fomin V.N. Opyt organosohranyaushchego lecheniya shechnoy beremennosti s ispol'zovaniem selektivnoy embolizatsii matochnyh arterij i gisterorezektoskopii//Akusherstvo i Ginekologiya2015№4. URL: <https://aig-journal.ru/articles/Opyt-organosohranyaushchego-lecheniya-shechnoi-beremennosti-s-ispolzovaniem-selektivnoi-embolizatsii-matochnyh-arterii-i-gisterorezektoskopii.html>

Вклад авторов. Все авторы принимали равносильное участие при написании данной статьи.

Конфликт интересов – не заявлен.

Данный материал не был заявлен ранее, для публикации в других изданиях и не находится на рассмотрении другими издательствами. При проведении данной работы не было финансирования сторонними организациями и медицинскими представительствами. Финансирование – не проводилось.

Авторлардың үлесі. Барлық авторлар осы мақаланы жазуға тең дәрежеде қатысты.

Мүдделер қақтығысы – мәлімделген жоқ.

Бұл материал басқа басылымдарда жариялау үшін бұрын мәлімделмеген және басқа басылымдардың қарауына ұсынылмаған. Осы жұмысты жүргізу кезінде сыртқы ұйымдар мен медициналық өкілдіктердің қаржыландыруы жасалған жоқ. Қаржыландыру жүргізілмеді.

Authors' Contributions. All authors participated equally in the writing of this article.

No conflicts of interest have been declared.

This material has not been previously submitted for publication in other publications and is not under consideration by other publishers. There was no third-party funding or medical representation in the conduct of this work. Funding - no funding was provided.

Авторлар туралы ақпарат

Л.М. Бегимбекова Международный казахско-турецкий университет имени Ходжи Ахмеда Ясави, Шымкентский кампус, город Шымкент, преподаватель кафедры акушерства и гинекологии, Lazzat_beg@mail.ru, 87718860632

Р.Я. Утепова Международный казахско-турецкий университет имени Ходжи Ахмеда Ясави, Шымкентский кампус, город Шымкент, преподаватель кафедры акушерства и гинекологии, raykhan.u.72@bk.ru, 87055692794

И.С. Саркулова Международный казахско-турецкий университет имени Ходжи Ахмеда Ясави, Шымкентский кампус, город Шымкент, iroda_8822@mail.ru, 87054979731

город Шымкент, преподаватель кафедры акушерства и гинекологии

М.А. Жапар Международный казахско-турецкий университет имени Ходжи Ахмеда Ясави, Шымкентский кампус, город Шымкент, maiga-100@mail.ru, 87017467433

город Шымкент, преподаватель кафедры акушерства и гинекологии

А.М. АУЕЗ Международный казахско-турецкий университет имени Ходжи Ахмеда Ясави, Шымкентский кампус, город Шымкент, резидент РАГ 303, aizhan.aueyz@mail.ru, 87073702818

А.А. АХМЕТОВА заведующая отделением гинекологии Городской больницы 2, город Шымкент, +7 701 223 7388, iroda_8822@mail.ru