

ЭОЖ: 618.1-089

DOI:10.37800/RM.3.2022.93-97

## ЖАТЫР МОЙНЫ ЖҮКТІЛІГІ: КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙ

З.А. Бекназарова<sup>1</sup>, И.С. Саркулова<sup>1</sup>, Т.Н. Джубанишбаева<sup>1</sup>, С.К. Нысантаева<sup>1</sup>,  
А.Р. Жумадилова<sup>2</sup>, Б.М. Нарседдинов<sup>2</sup>

<sup>1</sup>«Қожа Ахмет Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті»  
МЕКЕМЕСІ, Шымкент, Қазақстан Республикасы;

<sup>2</sup> «Оңтүстік Қазақстан Медицина Академиясы» АҚ, Шымкент, Қазақстан Республикасы.

### Андатпа

**Өзектілігі:** Жатыр мойнының жүктілігі, қауіптілігі жағынан жоғары орында, өйткені олар жатыр мойны қан тамырларының эрозиясынан кейінгі күтпеген өмірге қауіп төндіретін қан кетумен бірге жүруі мүмкін. Мұндай жағдайларда науқасты құтқару үшін гистерэктомиа қажет болуы мүмкін.

**Зерттеудің мақсаты:** Клиникалық жағдайды мысалға ала отырып, жатыр мойны жүктілігі бар науқасты емдеудің әр кезеңінде диагностика мен емдеу нәтижелерін көрсету және талдау.

**Әдістері:** Біз зерттеуімізде бақылау әдісін қолдана отырып, мақалада сирек кездесетін жатыр мойны жүктілігі диагнозы қойылған клиникалық жағдай ағымына талдау жасаймыз.

**Нәтижелері:** Мақалада №2 Шымкент қалалық ауруханасының гинекология бөлімшесіне түскен сирек кездесетін жатыр мойны жүктілігінің клиникалық жағдайы ұсынылған. Біз, клиникалық жағдайда жатыр мойны жүктілігі бар науқасты жүргізудің әр кезеңінде диагностика мен емдеу нәтижелерін көрсетеміз. Гинекология бөлімшесіне әйел жыныс жолдарынан қанды бөлінділерге, іштің төменгі бөлігіндегі ауырсынуына, жалпы әлсіздікке шағымданып түсті. Барлық зерттеулердің нәтижесінен кейін жатыр мойны жүктілігі диагнозы қойылды. Осы диагноздан кейін, науқасты одан әрі қарай жүргізу тактикасын шешу үшін дәрігерлердің консилиумын ұйымдастыру туралы шешім қабылданды. Консилиумда дәрігерлер, ағзаны сақтау мақсатында қан кетудің жоғарғы қауіпін ескере отырып, ота жасау туралы шешім қабылдады. Яғни, жатыр артерияларын эмболизациялау, содан кейін жатыр мойны каналын кюретаждау арқылы ұрық жұмыртқасын алып тастау отасы жасалынған. Отадан кейін науқастың жағдайы жақсарды. Ұсынылған клиникалық жағдай жатыр артериясының эмболизациясынан кейін жатыр мойны каналының кюретажы арқылы ұрық жұмыртқасын алып тастау отасы науқастың фертильділігін сақтай отырып, әйелге келесі жүктілікті жоспарлауға мүмкіндік берілді.

**Қорытынды:** Біздің жағдайда эмболизация өте тиімді. Артерия эмболизациясы 2-6 апта бойы тамырларды окклюзия арқылы артериялық айналымды азайтады. Бұл үрдіс көптеген асқынуларды, соның ішінде жамбас инфекциясы, жамбас ауруы, тіндік ишемиялар және ангиографиядан болатын асқынулардың алдын алуға мүмкіндік береді. Емнің нәтижесі, ерте ультрадыбыстық зерттеуден уақтылы өту және дер кезінде диагноз қоюға байланы-

сты. Бұл гистерэктомианы немесе қан құюды қажет ететін өмірге қауіп төндіретін ауыр қан кету ықтималдығын төмендетуі мүмкін.

**Түйінді сөздер:** жатыр мойны жүктілігі, диагноз, жатыр, кюретаж, жатыр мойны өзегі, диагностика.

**Кіріспе:** Жатыр мойны жүктілігі – сирек кездесетін жағдай. Жатыр мойны жүктілігінің ықтимал себептеріне жатырдың анатомиялық ауытқулары, жатыр миомасы, жатыршілік құралды қолдану, эндометрияның атрофиясы, түсік түсіру, кесар тілігі, жатырдың кюретажы және созылмалы эндометрит жатады [1]. Жатыр мойны жүктілігінің жиілігі 1:1000-95000 жағдайда болатын, эктопиялық жүктіліктің сирек кездесетін түрі болып табылады және барлық эктопиялық жүктіліктің 1% - дан азын құрайды [1]. Егер жүктілік бұзылса, пациентте көп көлемде қан кетуі мүмкін және бұл жағдай гистерэктомианы қажет етеді. [2, 3]. Жатыр мойны жүктілігі – бұл жатыр мойны каналының ішіне бластоцисттің имплантациясы. Бұл жүктіліктің ең қауіпті патологияларының бірі, сол аймақта шоғырланған үлкен артериялардың зақымдану қаупі бар, бұл көп қан кетуге әкеледі. Жатыр мойны жүктілігі салыстырмалы түрде сирек кездеседі, бірақ дерлік ең өзекті акушерлік-гинекологиялық мәселе болып табылмайды [4]. Жатыр мойнындағы жүктіліктің сипаттамасы оның пайда болу себептері ұрықтандырылған жұмыртқаны жатырдың денесіне жылжыту мүмкін еместігімен байланысты деп болжайды. Бұл эндометрияның жеткіліксіз дамуымен немесе эмбрионның жатыр қабырғаларына бекітілуіне ықпал ететін толық жетілмеген трофобластпен байланысты болуы мүмкін [5].

**Зерттеудің мақсаты:** Клиникалық жағдайды мысалға ала отырып, жатыр мойны жүктілігі бар науқасты емдеудің әр кезеңінде диагностика мен емдеу нәтижелерін көрсету және талдау.

**Зерттеу әдісі:** Қазіргі таңда бақылау әдісі өте маңызды, олар аурудың табиғи ағымын, процестің таралуын сипаттауға мүмкіндік береді, бірақ олар кез-келген емдеу әдісінің тиімділігі мен қауіпсіздігін сенімді бағалауға мүмкіндік бермейді. Біз зерттеуімізде бақылау әдісін қолдана отырып, мақалада сирек кездесетін жатыр мойны жүктілігі диагнозы қойылған клиникалық жағдай ағымына талдау жасаймыз. Клиникалық жағдайдың жатыр мойны жүктілігінің симптомдарының дамуын мұқият сипаттау және зерттеу, емдеудің тиімділігін бақылау және егер

мүмкін болса, белгілі бір нәтижелері туралы талдаймыз. Әдетте, бұл әлі белгісіз процестер немесе өте сирек кездесетін аурулар туралы ақпаратты береді.

**Нәтижелері:** Науқас туралы мәлімет: 1977 жылы туған әйел (44 жаста), ұлты – казак, қызметі– инженер. Түскен кездегі шағымдары: Жыныс жолдарынан қанды бөліністерге, іштің төменгі бөлігіндегі тартылу сипатындағы ауру сезіміне, жалпы әлсіздік шағымдарымен жедел жәрдем бригадасымен Шымкент қаласының №2 қалалық ауруханасының гинекология бөліміне түскен.

**Ауру анамнезі:** 3 күннен бері жыныс жолдарынан қанды бөліністер мазалайды. Науқас тұрғылықты мекен жайы бойынша емханаға гинеколог дәрігеріне қаралған, онда жатыр мойны жүктілігі диагнозы қойылып, Шымкент қаласының №2 қалалық ауруханасының гинекология бөліміне жіберілді.

**Өмір анамнезі:** Жасына сай өсіп, дамыған. Жұқпалы аурулармен ауырмаған, тұқым қуалаушы аурулары жоқ. Иммуностатусы белгісіз. Жарақаттар, гемотрансфузияны жоққа шығарады. Операция болған жоқ. 13 жастан бастап етеккір, бірден, 3-4 күн, 28 күн аралығында, тұрақты, ауырсынусыз. Соңғы етеккірі 2 ай бұрын. Некеде – 1. 2 жүктілік, 0 босану болды. Дамымаған жүктілік - 1 (2018). Гинекологиялық аурулары жоқ.

**Эпидемиологиялық анамнез:** жұқпалы аурулармен ауырмаған. АИИ, ЖРВИ белгілері жоқ. Ол COVID-19 бар науқастармен байланыста болмаған.

**Объективті зерттеуде:** жалпы жағдайы орташа ауырлықта. Терісі және беткей шырышты қабаттары бозғылт түсті, таза. Перифериялық лимфа түйіндері ұлғаймаған. Дене бітімі-нормостеникалық. Дене қызуы 36,5 0С. Сүт бездері жұмсақ, емізікшелері таза. Өкпесінде везикулярлық тыныс, сырылдар жоқ. ТАЖ-16 минутына. Жүрек тондары тұйық, ырғақты. АҚ 110/70-100/70 мм. сын. бағ. Пульсі 88 минутына. Іші жұмсақ, ауырсынусыз, тыныс алу актісіне қатысады. Перитонеалды симптомдар теріс. Бауыры ұлғаймаған. Көкбауыр пальпацияланбайды. Ұрғылау симптомы екі жақта да теріс. Ісінулер жоқ. Зәр шығаруы еркін, ауырсынусыз.

**Гинекологиялық статусы:** Сыртқы жыныс мүшелері дұрыс дамыған, түктену әйел типтес. Уретра және парауретралды жолдарда ерекшеліктері жоқ. Бартолин бездері ұлғаймаған. Жыныс жолдарынан бөлінділер қанды және орташа мөлшерде.

**Айнамен қарағанда:** Қынап және жатыр мойны қабырғаларының шырышты қабаты цианозды, таза, жатыр мойны жабық. Жыныс жолдарынан бөлінділер қанды, орташа.

**Физикалық тексеру:** Жатыр мойны конус тәрізді. Сыртқы жатыр мойны жабық. Пальпация кезінде ішкі жатыр мойны аймағында 3,5x3,0 см өлшемді түзіліс анықталады, пальпация кезінде сезімтал. Жатыр мөлшері қалыпты, консистенциясы жұмсақ, қозғалмалы, пальпацияға сезімтал. Екі жақтағы қосалқылар пальпацияланбайды, ауырсынусыз. Қынап күмбезі бос, ауырсынусыз. Жыныс жолдарынан бөлінділер қанды, орташа. Жатыр мойны жүктілігі деп болжам диагноз қойылды.

**Зертханалық және диагностикалық зерттеулер:** жал-

пы қан анализі қалыпты, коагулограмма –қалыпты, қанның биохимиялық анализі қалыпты, жалпы зәр анализі қалыпты. Қан тобы - 0(I)-бірінші ; резус-фактор - Rh+ (оң);  
**Аспаптық зерттеулер:** УДЗ қорытындысы: жатыр мойны каналының 3-ші бөлігінде ұрық жұмыртқасы гематоцервикалды фонында 3-4 апталық жүктілік анықталады (жатыр мойнының жүктілігі жоққа шығарылмайды?)

Негізгі шағымдар, қынаптық тексеру және УДЗ қорытындысы бойынша жатыр мойны жүктілігі диагнозы қойылды. Қалыптасқан жағдайды ескере отырып, одан әрі басқару тактикасын шешу үшін дәрігерлер кеңесін (консилиум) шақыру туралы шешім қабылданды. Қан кетудің жоғары қаупін ескере отырып, дәрігерлер кеңесі органды сақтау үшін ота жасауға шешім қабылдады. Жатыр артерияларын эмболизациялау, содан кейін жатыр мойны каналын кюретаж арқылы ұрық жұмыртқасын алып тастау жоспарланды.

**Талқылау:** жатыр мойны жүктілігі сирек кездесетін эктопиялық жүктіліктің ауыр түрі. Ол ұрықтанған жұмыртқаны эндоцервикалды канал деңгейінен төмен имплантациялаумен сипатталады. Жатыр мойнының жүктілігіне көптеген бейімділік факторлар бар, мысалы: жатыр ішілік процедуралар, жатыр ішілік ұрықтандыру, экстракорпоралды ұрықтандыру, жамбас қабыну ауруы, лейомиома, жатыр ішілік құрылғылар және эмбрионның бастапқы аномалиясы. Біздің жағдайда науқас жыныс жолдарынан қанды бөлінділер, іштің төменгі бөлігіндегі ауырсыну, жалпы әлсіздік туралы шағымдармен келді. 3 күн ішінде жыныс жолдарынан қанды бөлінділер мазалаған. Соңғы етеккірі 2 ай бұрын болған. Жыныстық өмір сүреді. Қынаптық тексеру кезінде қынап босанбаған әйелдікі. Жатыр мойны конус тәрізді. Сыртқы жатыр мойны жабық. Ішкі жатыр мойны аймағында пальпация кезінде сезімтал 3,5x3,0 см мөлшеріндегі түзіліс анықталады. Жатырдың мөлшері қалыпты, жұмсақ консистенциялы, қозғалмалы, пальпация кезінде сезімтал. Екі жағындағы қосалқылар пальпацияланбайды, ауырсынусыз. Жыныс жолдарынан бөлінділер қанды, орташа. Жатыр мойны жүктілігі деп болжам диагноз қойылды.

**Зертханалық және диагностикалық зерттеулер:** Жалпы қан анализі қалыпты, Коагулограмма –қалыпты, Қанның биохимиялық анализі қалыпты. Жалпы зәр анализі қалыпты. Қан тобы – 0 (I)-бірінші ; резус-фактор - Rh+ (оң);

**Аспаптық зерттеулер:** УДЗ қорытындысы: Жатыр мойны каналының 3-ші бөлігінде ұрық жұмыртқасы гематоцервикалды фонында 3-4 апталық жүктілік анықталады (жатыр мойнының жүктілігі жоққа шығарылмайды?)

Жыныс жолдарынан бөлінділер қанды, орташа. Алдын ала диагноз қойылғаннан кейін ультрадыбыстық зерттеу жүргізілді, ол гематоцервикс фонында жүктіліктің 3-4 аптасында жатыр мойны каналында орналасқан ұрық жұмыртқасын көрсетті (жатыр мойны жүктілігі жоққа шығарылмайды?). Соңғы диагноздан кейін ағымдағы жағдайды ескере отырып, одан әрі жүргізуді шешу үшін дәрігерлер кеңесін шақыру туралы шешім қабылданды. Қан кетудің жоғары қаупін ескере отырып, дәрігерлер кеңесі ағзаны сақтау үшін жатыр артериясының эмболизациясынан кейін жатыр мойны каналының кюретажы арқылы ұрық

жұмыртқасын алып тастау отасыны жасау туралы шешім қабылдады. Науқасқа отададан кейін 24 сағат бойы қатаң, 4 күн төсек режимі түсіндірілді, отадан кейінгі жалпы жағдайы қанағаттанарлық болды. Іштің төменгі бөлігіндегі қайталанатын ауру сезіміне болды. Объективті зерттеулер қалыпты. Жыныс жолдарынан бөлінділер қан аралас шырышты. 4 тәуліктен кейін науқастың жағдайының тұрақтылығын ескере отырып, емдеудің оң нәтижесін үйге шығару туралы шешім қабылданды. Үйге шығарда берілген ұсыныстар:

- Тұрғылықты жері бойынша гинеколог дәрігерінің бақылауы ұсынылады, 3 ай сайын УДЗ бақылау.

- Антикоагулянттық терапия - Тромбо АКК 75 мг ішке 22:00 3 апта бойы.

**Талқылау:** Ұсынылған клиникалық жағдай жатыр артериясының эмболизациясынан кейін жатыр мойны каналының кюретажы арқылы ұрық жұмыртқасын алып тастау отасы науқастың фертильділігін сақтай отырып, әйелге келесі жүктілікті жоспарлауға мүмкіндік беріледі.

**Қорытынды:** Біздің жағдайда эмболизация өте тиімді. Артерия эмболизациясы 2-6 апта бойы тамырларды ок-

клюзия арқылы артериялық айналымды азайтады [3]. Бұл үрдіс көптеген асқынуларды, соның ішінде жамбас инфекциясы, жамбас ауруы, тіндік ишемиялар және ангиографиядан болатын асқынулардың алдын алуға мүмкіндік береді [4, 5]. Дегенмен, қазіргі уақытта консервативті емдеу тым кеш немесе тиімсіз болған кезде таңдау әдісі болып табылады. Жамбас артериясының эмболизациясы отаға байланысты тәуекелдерді азайтады, кюретаж кезінде немесе одан кейін жаппай қан кетуді болдырмайды және ауруханаға жатқызу уақытын қысқартады. Науқастың ауру тарихын, клиникалық көріністерін және тиісті емтихандарды ескере отырып, диагноз қоюға болады. Клиникалық жағдайды талдай келе осы әдіске жатыр мойны жүктілігін жүргізсек әйелдің фертильділігін сақтауға мүмкіндік береді. Қазіргі уақытта ультрадыбыстық диагностика жатыр мойны жүктілікті анықтау үшін бірінші зерттеу әдісі болып табылады. МРТ ультрадыбысты қолдану арқылы диагноз қою қиын науқастарды анықтай алады. Ерте диагностика бұл асқынуларды жеңілдетеді және пациенттің репродуктивті әлеуетін сақтай алады.

## ӘДЕБИЕТТЕР:

1. Липатов И.С., Тезиков Ю.В., Блюмина И.З., Зубковская Е.В., Севостьянова С.А., Мартынова Н.В. Сохранение репродуктивной функции при шеечной беременности путем применения эмболизации маточных артерий // Совр. проблемы науки и образования. – 2016. – №6. – С. 5-12 [Lipatov I.S., Tezikov Yu.V., Blyumina I.Z., Zubkovskaya E.V., Sevost'yanova S.A., Martynova N.V. Soxranenie reproduktivnoj funkicii pri sheechnoj beremennosti putem primeneniya e'mbolizacii matochnyx arterij // Sovr. problemy nauki i obrazovaniya. – 2016. – №6. – S. 5-12 (in Russ.)]. <https://science-education.ru/ru/article/view?id=25363>
2. Буянова С.Н., Пучкова Н.В., Мгелиашвили М.В., Барто Р.А. Редкие формы эктопической беременности // Росс. вестник акушера-гинеколога. – 2017. – №17(6). – С. 53 56 [Buyanova S.N., Puchkova N.V., Mgeliasvili M.V., Barto R.A. Redkie formy e'ktopicheskoj beremennosti // Ross. vestnik akushera-ginekologa. – 2017. – №17(6). – S. 53 56 (in Russ.)]. <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 шеечно-перешеечной и шеечной беременности с применением современных малоинвазивных рентгенэндоваскулярных технологий // Мед. совет. – 2018. – №13. – С. 185-191 [Mitichkin A.E., Dobroxotova Yu.E', Apresyan S.V., Gromov D.G., Dimitrova V.I., Papoyan S.A., Xlynova S.A., Ishevskij A.G., Slyusareva O.A., Zametaev V.A. Mul'tidisciplinarnyj podxod v lechenii sheechno-pereshechnoj i sheechnoj beremennosti s primeneniem sovremennyx maloinvazivnyx rentgene'ndovaskulyarnyx texnologij // Med. sovet. – 2018. – №13. – S. 185-191 (in Russ.)]. <https://cyberleninka.ru/article/n/multidistsiplinarnyy-podhod-v-lechenii-sheechno-pereshechnoy-i-sheechnoy-beremennosti-s-primeneniem-sovremennyh-maloinvazivnyh>
4. Селихова М.С., Яхонтова М.А., Зверева Е.С. Современные подходы к ведению пациенток с шеечной беременностью // Вестник ВолГМУ. – 2019. – №4 (72). – С. 136-139 [Selixova M.S., Yaxontova M.A., Zvereva E.S. Sovremennye podxody k vedeniyu pacientok s sheechnoj beremennost'yu // Vestnik VolGMU. – 2019. – №4 (72). – S. 136-139 (in Russ.)]. <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-podhody-k-vedeniyu-patsientok-s-sheechnoy-beremennostyu>
5. Фетищева Л.Е., Ушакова Г.А. Редкие формы внематочной беременности. Проблемы диагностики, лечения и восстановления фертильности // Росс. вестник акушера-гинеколога. – 2017. – № 17(4). – С. 11 19 [Fetishheva L.E., Ushakova G.A. Redkie formy vnematochnoj beremennosti. Problemy diagnostiki, lecheniya i vosstanovleniya fertil'nosti // Ross. vestnik akushera-ginekologa. – 2017. – № 17(4). – S. 11-19 (in Russ.)]. <https://doi.org/10.17116/rosakush201717411-19>

## ШЕЕЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

З.А. Бекназарова<sup>1</sup>, И.С. Саркулова<sup>1</sup>, Т.Н. Джубанишбаева<sup>1</sup>, С.К. Нысантаева<sup>1</sup>,  
А.Р. Жумадилова<sup>2</sup>, Б.М. Нарседдинов<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Международный казахско-турецкий университет имени Ходжи Ахмеда Яссауи,  
Шымкент, Республика Казахстан;

<sup>2</sup>АО «Южно-Казахстанская медицинская академия», Шымкент, Республика Казахстан.

### Аннотация

**Актуальность:** Цервикальная беременность, как правило, связана с высоким риском, поскольку может сопровождаться неожиданным, опасным для жизни, кровотечением после эрозии цервикальных кровеносных сосудов. В таких случаях для спасения пациента может потребоваться гистерэктомия.

**Цель исследования** – показать и проанализировать результаты диагностики и лечения на каждом этапе ведения пациента на примере клинического случая пациентки с шейной беременностью.

**Методы:** В исследовании использован метод наблюдения за изменением клинического состояния в случае редко диагностируемой шейной беременности.

**Результаты:** В статье представлен клинический случай редкой цервикальной беременности у пациентки, поступившей в гинекологическое отделение Шымкентской городской больницы №2. Представлены результаты диагностики и лечения на каждом этапе ведения пациента с шейной беременностью в клинических условиях. В гинекологическое отделение женщина поступила с жалобами на кровянистые выделения из половых путей, боли внизу живота, общую слабость. По результатам обследования была диагностирована шейная беременность. После постановки диагноза было решено организовать консилиум врачей для выбора тактики дальнейшего ведения больной. Консилиум врачей принял решение о проведении операции с учетом повышенного риска кровотечения с целью сохранения организма. Была проведена операция по эмболизации маточных артерий с последующим удалением плодного яйца путем выскабливания цервикального канала. После операции состояние больной улучшилось. Предлагаемое вмешательство – операция по удалению плодного яйца через кюретаж цервикального канала после эмболизации маточной артерии с сохранением фертильности матки – позволяет женщине планировать следующую беременность.

**Заключение:** В описанном случае эмболизация оказалась очень эффективной. Артериальная эмболизация снижает артериальную циркуляцию за счет окклюзии сосудов в течение 2-6 недель, что позволяет избежать многих осложнений, включая инфекции органов малого таза, тазовые боли, ишемию тканей и осложнения, вызванные ангиографией. Результат лечения зависит от своевременного прохождения УЗИ на ранних стадиях беременности и своевременной постановки диагноза. Это позволяет снизить вероятность серьезного, опасного для жизни, кровотечения, требующего гистерэктомии или переливания крови.

**Ключевые слова:** шейная беременность, диагноз, матка, выскабливания, зев шейки, диагностика.

## CERVICAL PREGNANCY: A CLINICAL CASE

Z.A. Beknazarova<sup>1</sup>, I.S. Sarkulova<sup>1</sup>, T.N. Dzhubanishbaeva<sup>1</sup>, S.K. Nysantayeva<sup>1</sup>,  
A.R. Zhumadilova<sup>2</sup>, B.M. Narseddinov<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Khoja Akhmet Yassawi International Kazakh-Turkish University,  
Shymkent, the Republic of Kazakhstan;

<sup>2</sup>JSC South Kazakhstan Medical Academy, Shymkent, the Republic of Kazakhstan

### Abstract

**Relevance:** Cervical pregnancy is usually associated with high risk, as it can be accompanied by unexpected, life-threatening bleeding after the erosion of cervical blood vessels. A hysterectomy may be required to save the patient in such cases.

**The study aimed** to demonstrate and analyze diagnostics and treatment results at each stage of patient treatment with cervical pregnancy using the example of a clinical case.

**Methods:** The method of monitoring the change of clinical condition in the case of rarely diagnosed cervical pregnancy was used in the study.

**Results:** The article presents a clinical case of rare cervical pregnancy in a patient admitted to the gynecology department of



the Shymkent City Hospital No. 2. We show the results of diagnosis and treatment at each stage of conducting a patient with a cervical pregnancy in clinical conditions.

The woman entered the gynecology department complaining of bloody discharge from the genital tract, lower abdominal pain, and general weakness. After the results of all studies, a cervical pregnancy was diagnosed. At diagnosis, it was decided to organize a council of physicians to decide on further patient management. The council decided on surgery considering the high risk of bleeding. The surgery included embolization of the uterine arteries and removing the ovum by cervical canal curettage. After surgery, the patient's condition improved. The conducted surgery – removing the ovum by cervical canal curettage after the uterine artery embolization while preserving the uterus fertility – allows the woman to plan another pregnancy.

**Conclusion:** Embolization was very effective in the described case. Arterial embolization reduces arterial circulation by occlusion of the vessels for 2-6 weeks. This can prevent many complications, including pelvic infections, pelvic pain, tissue ischemia, and angiography complications. The result of treatment depends on the timely ultrasound in the early stages of pregnancy and timely diagnosis. This can reduce the likelihood of life-threatening heavy bleeding that requires a hysterectomy or blood transfusion.

**Keywords:** cervical pregnancy, diagnosis, uterus, curettage, pharynx, diagnostics

#### Авторлар деректері:

**Бекназарова З.А.** – магистр оқытушы, «Жалпы дәрігерлік практика №1» кафедрасы, Қожа Ахмет Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті, Шымкент, Қазақстан Республикасы, тел. 87017511996, e-mail: beknazarova.75@mail.ru. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-6186-5396>;

**Саркулова И.С.** (хат жазушы автор) – магистр оқытушы, Акушерлік-гинекология кафедрасы, Қожа Ахмет Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті, Шымкент, Қазақстан Республикасы, тел. 87054979731, e-mail: iroda\_8822@mail.ru, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-1425-9286>;

**Джубанишбаева Т.Н.** – оқытушы, Жалпы дәрігерлік практика №2 кафедрасы, Қожа Ахмет Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті, Шымкент, Қазақстан Республикасы, тел. 87051688662, e-mail: niazkulova76@mail.ru. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-3019-6246>;

**Нысантаева С.К.** – оқытушы, Жалпы дәрігерлік практика 2 кафедрасы, Қожа Ахмет Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті, Шымкент, Қазақстан Республикасы, тел. 87053558163, e-mail: Nsaltanatk@mail.ru. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6689-1369>;

**Жумадилова А.Р.** – Ph.D. доктор, Кафедра меңгерушісі Оңтүстік Қазақстан Медицина Академиясы, Клиникаға кіріспе кафедрасы, Шымкент, Қазақстан Республикасы, Тел: 87014452282, e-mail: akmaral-aru@mail.ru. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-1800-7828>.

**Нарседдинов Б.М.** – оқытушы, Оңтүстік Қазақстан Медицина Академиясы, Клиникаға кіріспе кафедрасы, Шымкент, Қазақстан Республикасы, тел: 87085264018, e-mail: beksultanov.94@inbox.ru. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-5243-7568>.

**Хат-хабарларға арналған мекен-жай:** Саркулова И.С., Акушерлік-гинекология кафедрасы, Қожа Ахмет Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті, Шымкент қ. 8Н9R+7FC, Қазақстан Республикасы

#### Авторлардың қосқан үлесі:

концепцияға қосқан үлесі – **Бекназарова З. А., Саркулова И. С.**

ғылыми дизайн – **Саркулова И. С., Джубанишбаева Т.Н.**

мәлімделген ғылыми зерттеулерді жүзеге асыру – **Нысантаева С.К., Жумадилова А. Р., Нарседдинов Б. М.**

мәлімделген ғылыми зерттеулердің интерпретациясы – **Бекназарова З. А., Саркулова И.С., Джубанишбаева Т.Н., Нысантаева С.К., Жумадилова А. Р., Нарседдинов Б. М.**

ғылыми мақаланың құрылуы – **Бекназарова З. А., Саркулова И. С., Джубанишбаева Т.Н., Нысантаева С.К., Жумадилова А. Р., Нарседдинов Б. М.**

**Қаржыландыру:** Авторлар ешқандай қаржыландыру жоқ деп мәлімдейді.

**Мүдделер қақтығысы:** Авторлар ешқандай мүдделер қақтығысы жоқ деп мәлімдейді.

**Зерттеудің ашықтығы:** Авторлар осы мақаланың мазмұнына толық жауап береді.