

А. Н. Вергейчик, О. А. Пересада, О. С. Хохлова

## ЛЕЧЕНИЕ РЕДКОЙ ФОРМЫ ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ В РУБЦЕ НА МАТКЕ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,<sup>1</sup>  
УЗ «1-я городская клиническая больница»<sup>2</sup>

*Рассмотрены наиболее современные хирургические методики лечения редкой формы эктопической беременности в рубце на матке (БРМ) с метропластикой и их влияние на репродуктивную функцию в статье изложены дискуссионные диагностические и лечебные подходы к проблеме БРМ при несостоятельном рубце на матке после кесарева сечения, отраженные в мировой и русскоязычной литературе. Приведен достаточно редкий клинический случай эктопической беременности в рубце на матке после кесарева сечения из практики авторов.*

**Ключевые слова:** рубец на матке, кесарево сечение, метропластика.

A. N. Vergeychik, O. A. Peresada, O. S. Chochlova

## THE TREATMENT ECTOPIC GRAVIDARUM AFTER CESAREAN SECTION

*The article presents controversial diagnostic and therapeutic approaches to the problem of uterine scar insufficiency after cesarean section, described in the world and Russian-language literature. The modern surgical techniques of metroplasty (patent № 042881) and their impact on reproductive function are considered. A rather rare clinical case of ectopic pregnancy in a uterine scar after cesarean section from the authors' practice is presented.*

**Key words:** uterine scar, cesarean section, metroplasty.

Внематочная беременность после кесарева сечения (БРМ, CSEP) – это осложнение, при котором ранняя беременность имплантируется в рубец от предыдущего кесарева сечения. Причинами возникновения беременности в рубце на матке (БРМ) являются внутриматочные инфекции, эндометриоз, хирургические вмешательства на матке, небольшой интервал между кесаревым сечением и последующей беременностью, экстракорпоральное оплодотворение. БРМ формируется значительно чаще, когда предшествующее КС было выполнено по поводу ягодичного предлежания, когда возникают условия для формирования «ниши», через которую в последующем возможна имплантация blastocysts и развитие плодного яйца. Примерно 30 % БРМ прерываются в первом и втором триместре, 70 % прогрессируют и осложняются предлежа-

нием, плотным прикреплением или истинным приращением плаценты. Если рост плодного яйца происходит в сторону мочевого пузыря и брюшной полости, то это приводит к гистеопатическому разрыву матки [5, 8, 12, 14].

При прогрессировании БРМ, а также при выборе выжидательной тактики, практически всегда на больших сроках беременности или при родоразрешении возникают угрожающие жизни ситуации, а удаление матки требуется в более чем 70 % случаев [3, 7, 16].

Основными неблагоприятными проявлениями данной патологии являются кровотечение и разрыв матки, в ряде случаев приводящие к летальным исходам. Возможно, из-за высоких показателей кесарева сечения во всем мире, за последние два десятилетия увеличилась заболеваемость и распознавание этого состояния. Только ранняя диагностика бере-

менности в рубце на матке и своевременно предпринятое в этих случаях соответствующее лечение могут способствовать успешному предотвращению указанных осложнений. В настоящее время существуют как консервативные, так и хирургические методы лечения. Однако до сих пор не выработана общепринятая тактика ведения таких пациенток [1, 6, 10].

Симптомы БРМ варьируют и нередко могут отсутствовать до момента разрыва плодовместилища. Клинические проявления варьируют от вагинального кровотечения с болью или без нее до разрыва матки и гиповолемического шока [8–10].

У большинства пациенток отмечаются тазовые боли (которые могут быть тупыми, острыми или спастическими), вагинальные кровотечения или и то, и другое. Пациентки с нерегулярными менструациями могут не знать, что они беременны. Разрыв плодовместилища может проявиться внезапной интенсивной болью с последующим коллаптоидным состоянием или симптомами и признаками геморрагического шока или перитонита [8, 11, 12].

Дифференциальный диагноз включает шеечную беременность и приращение плаценты [8, 9, 12]. Точная диагностика имеет важное значение и ультразвуковое исследование органов малого таза является основным методом визуализации для диагностики внематочной беременности в рубце после кесарева сечения [1, 5–7, 11, 15].

БРМ происходит, когда беременность имплантируется в нижнюю часть матки, на рубец, выполненный во время кесарева сечения. Характерными признаками внематочной беременности после кесарева сечения на ультразвуковом изображении являются наличие плодного яйца, прикрепленного к рубцу от предыдущего кесарева сечения [13, 15, 18].

Следует обратить внимание на определение степени инвазии в прилегающие структуры таза, такие как мочевого пузырь. Варианты имплантации (БРМ, CSEP) можно разделить на эндогенный (также называемый «на рубце») или экзогенный («в нише»). Эндогенный определяется как растущий внутри полости матки, а экзогенный – как возникающий из глубоко имплантированного плодного яйца в рубец, который может расти в сторону мочевого пузыря или брюшной полости.

Крайне редко БРМ продолжается до третьего триместра, что связано с высоким риском маточного кровотечения и гистерэктомии с целью остановки кровотечения. После того, как диагностирована БРМ, рекомендуется не продолжать беременность из-за высокого риска серьезных осложнений для матери и плода [12, 18]. Это может быть трудным решением для женщины, особенно потому, что в некоторых случаях беременность продолжает развиваться.

Лечение следует подбирать индивидуально для каждой пациентки. При определении плана лечения следует учитывать желание последующей беременности, гестационный срок, а также стабильность гемодинамики. Хирургическое лечение обычно предполагает иссечение рубца с плодом и метрoplastику [2, 8, 11].

Варианты лечения включают клиновидную резекцию внематочной беременности при лапаротомическом или лапароскопическом доступе, гистероскопическое иссечение, местное или системное введение метотрексата (местное введение предпочтительнее, если присутствует сердечная деятельность плода) [4, 8].

Недостатками медикаментозной терапии являются медленное разрешение беременности (что может занять несколько месяцев) с риском разрыва и кровотечения; может потребоваться гистерэктомия. Преимущества хирургической резекции заключаются в том, что она дает возможность как удалить беременность, так и исправить дефект, позволяет избежать риска кровотечения из-за разрыва в случае неудачной медикаментозной терапии [1, 8, 14].

Эмболизация маточных артерий (ЭМА) используется для снижения риска последующего кровотечения у пациенток, которым предстоит консервативная операция или инъекции метотрексата. Применение ЭМА связано со значительным снижением кровопотери и длительности госпитализации. Относительно новый подход – использование гистероскопии для удаления рубцов после кесарева сечения при прямой визуализации. Описано гистероскопическое ведение под ультразвуковым и лапароскопическим контролем [8, 17].

**Цель исследования:** продемонстрировать клинический случай редкой формы эктопической беременности в рубце на матке с применением современного лечебного подхода.

## Методы

### Описание клинического случая

В стационар гинекологического отделения поступила пациентка К., 31 года, для выполнения планового медицинского аборта. На момент поступления жалоб не предъявляла. Состояние пациентки удовлетворительное. При исследовании сердечно-сосудистой системы: пульс – 74 ударов в минуту, АД – 115/70 мм рт. ст., тоны сердца ясные, ритмичные. Температура тела – 36,4 °С. Гинекологический анамнез: 2 беременности, 2 родов путем операции кесарева сечения. Последняя нормальная менструация началась за 44 дня до госпитализации. В выполненном амбулаторно УЗИ: в полости матки плодное яйцо 41 мм, в плодном яйце визуализируется эмбрион, КТР 27 мм, сердцебиение определяется. Нижний полюс плодного яйца с хорионом выполняет нишу в области рубца после кесарева сечения. Толщина рубца в области ниши 2,4 мм. При цветном доплеровском картировании (ЦДК) отмечается инвазия хориона в области рубца на матке. На основании анамнеза, объективного осмотра, данных УЗИ, был выставлен диагноз: подозрение на эктопическую беременность в рубце на матке после кесарева сечения.

При осмотре на момент поступления: скуровичные умеренные выделения из цервикального канала; при пальпации – матка в ретрофлексии, увеличена до 9–10 недель беременности, безболезненна; правые и левые придатки при пальпации чувствительны, яичники 2×3×3 см, плотные безболезненные. При УЗИ, выполненном в стационаре: матка в ретрофлексии, шаровидной формы; тело матки размерами 87×68×72 мм, контуры четкие, ровные; шейка матки 34 мм, контуры четкие, ровные; цервикальный канал не расширен, в полости матки визуализируется плодное яйцо СВД 43 мм, КТР 28 мм, сердцебиение определяется, по передней стенке матки находится рубец, толщина рубца 2,3 мм, неоднородной эхоструктуры, в ЦДК – обильный кровоток; хорион по передней стенке, доходит и перекрывает до рубца на матке; миометрий диффузно-неоднородной структуры, правый яичник 34×21×33 мм, нормальной эхоструктуры, левый яичник – 32×27×24 мм, нормальной эхоструктуры; сопутствующие признаки спаечного процесса орга-

нов малого таза. В позадиматочном пространстве свободной жидкости нет. В общем анализе крови эритроциты  $3,81 \times 10^{12}/л$ , НВ = 116 г/л). Коагулограмма, биохимический анализ крови без патологических изменений.

На основании анамнеза, гинекологического осмотра, данных клинико-лабораторных исследований, был выставлен основной диагноз: Эктопическая беременность в области рубца на матке после кесарева сечения. Назначен план лечения: лечебно-диагностическая лапароскопия с прерыванием беременности, иссечение миометрия в пределах здоровой ткани вместе с участками хориона, метропластика. Интраоперационно: в малом тазу выраженный спаечный процесс, к передней стенке матки подпаян мочевого пузырь, матка увеличена до 9–10 недель беременности. Вакуумной кюреткой плодное яйцо удалено. При УЗИ контроле с применением ЦДК в области рубца на матке отмечаются участки хориальной ткани. После адгезиолизиса и низведения мочевого пузыря, в области послеоперационного рубца на матке (после кесарева сечения) визуализировалось опухолевидное образование синюшно-багрового цвета, размером 1 см × 2 см. Полость матки вскрыта в нижнем сегменте по рубцу, образование вскрылось в рану, эвакуированы элементы хориальной ткани. Описанное выше образование было расценено как остатки хориальной ткани при вращении беременности в области послеоперационного рубца. Произведено иссечение тканей до границ со здоровыми. Произведена метропластика по запатентованной авторской методике (патент на изобретение № 042881), стенка матки восстановлена, гемостаз достигнут. От проведения гистерэктомии решено отказаться. Ткани иссеченного миометрия в области рубца после кесарева сечения отправлены на патогистологическое исследование, подтвердившее интраоперационный диагноз: визуализируются ворсины хориона, фрагменты эндометрия, с начальной фазой обратного развития после прервавшейся беременности. Время операции 72 минуты. Интраоперационная кровопотеря 100 мл.

**Результаты.** Послеоперационный клинический диагноз (по МКБ X): «Другие формы внематочной беременности: эктопическая беременность в грыже послеоперационного руб-

ца (000.8)». В послеоперационном периоде отмечена положительная динамика в состоянии пациентки на фоне проводимой терапии.

Выполнено УЗИ в первые сутки после операции: тело матки 51×46×52 мм, полость матки сомкнута. Толщина миометрия в области рубца на матке после кесарева сечения 15 мм, рубец неоднородный за счет гиперэхогенных включений (шовный материал). Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии на 6-е сутки после операции под наблюдение врача акушера – гинеколога женской консультации с рекомендациями.

Уровень β-ХГЧ в сыворотке перестал определяться на 27-й день после хирургического вмешательства

Обсуждение. Несмотря на то, что патогенез БРМ (CSEP) до конца не изучен, предполагается, что механизм включает имплантацию бластоцисты в микроскопический тракт расхождения краев в рубце от предыдущего кесарева сечения. Из-за фиброзной природы рубцовой ткани эти изначально дефектные места имплантации подвержены риску расхождения краев. CSEP и приращение плаценты, по-видимому, имеют схожие пути развития и могут существовать в рамках общего заболевания. Гистопатологические анализы характеризуются инвазией ворсинок миометрия или рубцовой ткани с незначительной или отсутствующей промежуточной децидуальной тканью.

В настоящее время недостаточно доказательств, чтобы рекомендовать один способ лечения внематочной беременности в рубце после кесарева сечения вместо другого, однако в настоящее время в Республике Беларусь существует консенсус в пользу хирургического вмешательства как наиболее эффективного метода лечения. Хирургическое лечение аналогично применяемому при выкидыше. Вакуумная кюретка вводится в матку через шейку матки, и ткань беременности осторожно удаляется под контролем УЗИ. При необходимости проводится лапароскопия. У большинства женщин после внематочной беременности в рубце после кесарева сечения беременность протекает нормально, при этом риск рецидива составляет 3–5 на 100 женщин. Для качественного оказания медицинской помощи женщинам после кесарева сечения принято Постановление Министерства здравоохранения Респуб-

лики Беларусь от 29 ноября 2024 г. № 161 «Оказание медицинской помощи женщинам с послеоперационным рубцом матки».

В мире наблюдается тенденция к увеличению частоты операций кесарева сечения, что приводит к формированию, а в дальнейшем и к повторению БРМ, приводящей к жизнеугрожающим состояниям. Приведенный клинический случай продемонстрировал, что правильная акушерская тактика, заключающаяся в своевременной операции, проведенная современной авторской методикой позволила оставить женщине матку, и тем самым сохранить репродуктивную и менструальную функцию. Достаточная оснащенность диагностическим оборудованием лечебных учреждений здравоохранения позволяет своевременно диагностировать БРМ на ранних сроках гестации и, соответственно, предотвратить последующие осложнения. Врач акушер-гинеколог и врач функциональной диагностики должны разбираться в данной патологии, владеть методами постановки диагноза, а также обладать хирургическими навыками и возможностью безопасно прервать БРМ и подготовить пациентку к последующей беременности. Поскольку диагностика обычно сопряжена с трудностями и должна быть проведена своевременно, для постановки окончательного диагноза трансвагинальное УЗИ и уровень ХГЧ в динамике остается основным методом диагностики БРМ, а прерывание беременности рекомендуется сразу после постановки диагноза.

### Литература

1. Аникин, С. С., Сулима А. Н., Заболотнов В. А., Беглиц Д. А., Рыбалка А. Н. Особенности хирургического лечения женщин с внематочной беременностью и его влияние на репродуктивную функцию. Межрегиональная научно-практическая конференция «Бесплодный брак. Вспомогательные репродуктивные технологии»: тезисы докладов. – Ростов-на-Дону, 2017. – С. 13–20.
2. Диагностика и лечение эктопической беременности (Рекомендация Green-top № 21). Совместное руководство RCOG/AEP. – 2016. – № 41. – С. 10.
3. Келли Коллинз, Алка Котари. Катастрофические последствия кесарева сечения при беременности // Australas J Ультразвук Мед. – 2015. – № 18(4). – С. 150–6.
4. Комплексная гинекология [eds. Г. М. Ленц, Р. А. Лобо, Д. М. Гершенсон, В. Л. Кац]. – Филадельфия: Мосби Эльзевир, 2012. – 1128 с.
5. Лебедев, В. А., Шахламова М. Н., Давыдов А. И. Редкие формы эктопической беременности // Трудный пациент. – 2016. – № 14(8–9). – С. 13–8.



6. Макухина, Т. Б. Особенности ультразвуковой диагностики и лечебной тактики при приеме пациенток с беременностью в рубце после кесарева сечения // Российский электронный лучевой журнал диагностика. – 2012. – № 2(3). – С. 95–9.

7. Основные показатели деятельности акушерско-гинекологической службы в Российской Федерации в 2015 году. Справочник министерства здравоохранения Российской Федерации. – М., 2016. – 33 с.

8. Пересада, О. А. Эktopическая беременность: современная концепция: учеб.-метод. пособие / О. А. Пересада [и др.]. – Минск: БелМАПО, 2020. – 42 с.

9. Раджарши, А., Нараян С., Кетан К. и др. Внематочная беременность в рубце после кесарева сечения: Отчет о случае // Radiol. – 2015. – № 10(4). – С. 68–71.

10. Рыбалка, А. Н., Аникин С. С., Сулима А. Н. Репродуктивное здоровье женщин после эндохирургического лечения трубной беременности // Таврический медико-биологический вестник. – 2015. – № 1. – С. 103–7.

11. Сазонова, Е. О., Рамазанова С. С. Проблемы диагностики ectopической беременности // Эндоскопическая хирургия. – 2014. – № 6. – С. 38–41.

12. Сидоренко, В. Н., Шкроб М. А., Подрезенко Е. Ф. и др. Ektopическая беременность в рубце на матке после операции кесарева сечения // Медицинский журнал. – 2017. – № 2(60). – С. 134–40.

13. Труфанов, Г. Е., Фокин В. А., Иванов Д. О. и др. К вопросу об ультразвуковой диагностике ectopической беременности. Бюллетень Федерального центра сердца, крови и эндокринологии им. В. А. Алмазова. – 2013. – С. 44–53.

14. Фетищева, Л. Е., Ушакова Г. А., Петрич Л. Е. Внематочная беременность: факторы риска, проблемы, диагностика лечения, восстановление фертильности. Обзор // Мать и Дитя в Кузбассе. – 2017. – № 1(68). – С. 16–24.

15. Уиндер, С. Р., Кондоус Г. Ультразвуковая диагностика внематочной беременности // АДЖУМ. – 2011. – № 14(2). – С. 29–33.

16. Здравоохранение в России. Статистический сборник. – М.: Росстат, 2015. – 174 с.

17. Creanga, A. A., Shapiro-Mendoza C. K., Bish C. L. et al. Trends in ectopic pregnancy mortality in the United States: 1980–2007 // Obstet Gynecol. – 2011. – Vol. 117(4). – P. 837–843. doi: 10.1097/AOG.0b013e3182113c10.

18. Элсон, С. Дж., Салим Р., Ротдар Н. и др. Диагностика и лечение внематочной беременности // БЖОГ. – 2016. – № 123. – С. 15–55.

## References

1. Anikin, S. S., Sulima A. N., Zabolotnov V. A., Beglice D. A., Rybalka A. N. Osobennosti hirurgicheskogo lecheniya zhenshchin s vнематочной беременностью i ego vliyaniye na reproduktivnyuyu funkciyu. Mezhhregional'naya nauchno-prakticheskaya konferenciya "Besplodnyj brak. Vspomogatel'nye reproduktivnye tekhnologii": tezisy dokladov. – Rostov-na-Donu, 2017. – P. 13–20.

2. Diagnostika i lechenie ectopicheskoy beremennosti (Rekomendaciya Green-top № 21). Sovmestnoe rukovodstvo RCOG/AEPU. – 2016. – № 41. – P. 10.

3. Kelli, Kollinz, Alka Kotari. Katastroficheskie posledstviya kesareva secheniya pri beremennosti // Australas J Ul'trazvuk Med. – 2015. – № 18(4). – P. 150–8.

4. Kompleksnaya ginekologiya [Eds. G. M. Lenc, R. A. Lobo, D. M. Gershenson, V. L. Kac]. – Filadel'fiya: Mosbi El'zevir, 2012. – 1128 p.

5. Lebedev, V. A., Shahlamova M. N., Davydov A. I. Redkie formy ectopicheskoy beremennosti // Trudnyj pacient. – 2016. – № 14(8–9). – P. 13–8.

6. Makuhina, T. B. Osobennosti ul'trazvukovoy diagnostiki i lechebnoy taktiki pri prieme pacientok s beremennost'yu v rubce posle kesareva secheniya // Rossijskij elektronnyj luchevoj zhurnal diagnostika. – 2012. – № 2(3). – P. 95–9.

7. Osnovnye pokazateli deyatelnosti akushersko-ginekologicheskoy sluzhby v Rossijskoj Federacii v 2015 godu. Spravochnik ministerstva zdravoohraneniya Rossijskoj Federacii. – M., 2016. – 33 s.

8. Peresada, O. A. Ektopicheskaya beremennost': sovremennaya koncepciya: ucheb.-metod. posobie / O. A. Peresada [et al.]. – Minsk: BelMAPO, 2020. – 42 s.

9. Radzharshi, A., Narayan S., Ketan K. et al. Vnematochnaya beremennost' v rubce posle kesareva secheniya: Otchet o sluchae // Radiol. – 2015. – № 10(4). – P. 68–71.

10. Rybalka, A. N., Anikin S. S., Sulima A. N. Reprodukivnoe zdorov'e zhenshchin posle endohirurgicheskogo lecheniya trubnoj beremennosti // Tavricheskij mediko-biologicheskij vestnik. – 2015. – № 1. – P. 103–7.

11. Sazonova, E. O., Ramazanova S. S. Problemy diagnostiki ectopicheskoy beremennosti // Endoskopicheskaya hirurgiya. – 2014. – № 6. – P. 38–41.

12. Sidorenko, V. N., Shkrob M. A., Podrezhenko E. F. et al. Ektopicheskaya beremennost' v rubce na matke posle operaciya kesareva secheniya // Medicinskij zhurnal. – 2017. – № 2(60). – P. 134–40.

13. Trufanov, G. E., Fokin V. A., Ivanov D. O. et al. K voprosu ob ul'trazvukovoy diagnostike ectopicheskoy beremennosti. Byulleten' Federal'nogo centra serdca, krovi i endokrinologii im. V. A. Almazova. – 2013. – P. 44–53.

14. Fetishcheva, L. E., Ushakova G. A., Petrich L. E. Vnematochnaya beremennost': faktory riska, problemy, diagnostika lecheniya, vosstanovlenie fertill'nosti. Obzor // Mat' i Ditya v Kuzbasse. – 2017. – № 1(68). – P. 16–24.

15. Uinder, S. R., Kondous G. Ul'trazvukovaya diagnostika vнематочной beremennosti // ADZHUM. – 2011. – № 14(2). – P. 29–33.

16. Zdravoohranenie v Rossii. 2015.Statisticheskij sbornik. – M.: Rosstat, 2015. – 174 s.

17. Creanga, A. A., Shapiro-Mendoza C. K., Bish C. L. et al. Trends in ectopic pregnancy mortality in the United States: 1980–2007 // Obstet Gynecol. – 2011. – № 117(4). – P. 837–843. doi: 10.1097/AOG.0b013e3182113c10.

18. Elson, S. Dzh., Salim R., Rotdar N. et al. Diagnostika i lechenie vнематочной beremennosti // BZHOG. – 2016. – № 123. – P. 15–55.

Поступила 07.02.2025 г.