

□ Случай из практики

DOI: <https://doi.org/10.51922/1818-426X.2025.2.124>

A. N. Вергейчик, О. А. Пересада, О. С. Хохлова

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

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

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 бластоцисты 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 плодоместилища. 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 плодоместилища может проявиться внезапной интенсивной болью с последующим коллаптоидным состоянием или симптомами и признаками геморрагического шока или перитонита [8, 11, 12].

Дифференциальный диагноз включает шеенную 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 мочевой 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 метропластику [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.

□ Случай из практики

Методы

Описание клинического случая

В стационар гинекологического отделения поступила пациентка К., 31 года, для выполнения планового медицинского абортса. На момент поступления жалоб не предъявляла. Состояние пациентки удовлетворительное. При исследование 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 выполненному 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 допплеровском 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: сукровичные 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, вполости матки визуализируется плодное яйцо СВД 43мм, 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 $3,81 \times 10^{12}/\text{л}$, 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 мочевой 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 адгезиолиза 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 врастании 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 внemаточной 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 бластоциты 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 normally, при этом риск рецидива составляет 3–5 на 100 женщин. Для качественного оказания медицинской помощи женщинам после кесарева сечения принято Постановление Министерства здравоохранения Республики

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., Беглицэ 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/AEPU. – 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 Элзевир, 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.

□ Случай из практики

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. Эктопическая беременность: современная концепция: учеб.-метод. пособие / О. А. Пересада [и др.]. – Минск: БелМАПО, 2020. – 42 с.
9. Раджарши, А., Нарайан 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 эктопической беременности // Эндоскопическая хирургия. – 2014. – № 6. – С. 38–41.
12. Сидоренко, В. Н., Шкроб М. А., Подрезенко Е. Ф. и др. Эктопическая беременность в рубце на матке после операция 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 эктопической 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 fertильности. 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.
2. Diagnostika i lechenie ektopicheskoy 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. 150–6.
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 ektopicheskoy beremennosti // Trudnyj patient. – 2016. – № 14(8–9). – P. 13–8.
6. Makuhina, T. B. Osobennosti ul'trazvukovoj diagnostiki i lechebnoj 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 deyatel'nosti akushersko-ginekologicheskoy sluzhby v Rossijskoj Federacii v 2015 godu. Spravochnik ministerstva zdravoohraneniya Rossijskoj Federacii. – M., 2016. – 33 s.
8. Peresada, O. A. Ektopicheskaya beremennost': sovremenennaya 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. Reproduktivnoe 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 ektopicheskoy beremennosti // Endoskopicheskaya hirurgiya. – 2014. – № 6. – P. 38–41.
12. Sidorenko, V. N., Shkrob M. A., Podrezenko 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'trazvukovoj diagnostike ektopicheskoy 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 fertil'nosti. Obzor // Mat' i Ditya v Kuzbasse. – 2017. – № 1(68). – P. 16–24.
15. Uinder, S. R., Kondous G. Ul'trazvukovaya diagnostika vнематочной беременности // ADZHUM. – 2011. – № 14(2). – P. 29–33.
16. Zdravooohranenie 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 беременности // BZHOG. – 2016. – № 123. – P. 15–55.

References

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