

Статья поступила в редакцию 14.08.2020 г.

**Захаров И.С., Елгина С.И., Мозес В.Г., Рудаева Е.В., Пачгин И.В., Рыбников С.В.**

*Клинический консультативно-диагностический центр,  
Кемеровский государственный медицинский университет,  
Кузбасская клиническая больница скорой медицинской помощи им. М.А. Подгорбунского,  
г. Кемерово, Россия*

## ЭКТОПИЧЕСКАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ В РУБЦЕ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Последние десятилетия отмечается неуклонный рост частоты оперативных родов, проведенных путём операции кесарева сечения, что неизбежно приводит к повышению вероятности отдалённых рисков, включая увеличение частоты эктопического расположения плодного яйца. Наибольшее распространение имеет трубная локализация плодного яйца, составляя до 95,0 % всех случаев. Среди более редких форм встречаются: яичниковая, брюшная, шейная, интерстициальная, гетеротопическая беременности. С 2017 года в клинических рекомендациях, утверждённых Российским обществом акушеров-гинекологов и согласованных с Министерством здравоохранения Российской Федерации, в классификацию эктопического расположения плодного яйца включена беременность, расположенная в рубце после проведенной операции кесарева сечения. По данным литературы, частота данного вида эктопической беременности составляет 0,15 %. Ультразвуковыми критериями данного заболевания являются истончение передней стенки матки в области рубца, инвазия плодного яйца в послеоперационный рубец, изменение его формы на треугольную. В статье представлен клинический случай эктопической беременности редкой локализации, расположенной в области рубца после кесарева сечения. Продемонстрирована сложность своевременной диагностики и риски беременности, расположенной в рубце. Нестабильная гемодинамика и наличие геморрагического шока не позволили провести органосохраняющее лечение. По абсолютным показаниям пациентке была проведена органоносящая операция (гистерэктомия).

**Ключевые слова:** редкий клинический случай, эктопическая беременность, расположенная в рубце после кесарева сечения

**Zakharov I.S., Elgina S.I., Mozes V.G., Rudaeva E.V., Pachgin I.V., Rybnikov S.V.**

Clinical Consultative and Diagnostic Center,  
Kemerovo State Medical University,  
Kuzbass Clinical Emergency Hospital named after M.A. Podgorbunsky, Kemerovo, Russia

### ECTOPIC PREGNANCY IN THE SCAR AFTER CESAREAN SECTION

In recent decades, there has been a steady increase in the frequency of operative deliveries performed by cesarean section, which inevitably leads to an increase in the likelihood of long-term risks, including an increase in the frequency of ectopic location of the fetal egg. Tubal localization of the fetal egg is the most common, accounting for up to 95.0 % of all cases. Among the rarer forms are found: ovarian, abdominal, cervical, interstitial, and heterotopic pregnancies. Since 2017, in the clinical recommendations approved by the Russian society of obstetricians and gynecologists and agreed with the Ministry of health of the Russian Federation, the classification of ectopic location of the fetal egg includes pregnancy located in the rumen after cesarean section. According to the literature, the frequency of this type of ectopic pregnancy is 0.15 %. Ultrasound criteria for this disease are thinning of the anterior wall of the uterus in the area of the scar, invasion. The article presents a clinical case of ectopic pregnancy of rare localization located in the area of the scar after cesarean section. The complexity of timely diagnosis and the risks of pregnancy located in the rumen have been demonstrated. Unstable hemodynamics and the presence of hemorrhagic shock did not allow for organ-preserving treatment. According to absolute indications, the patient underwent an organ-carrying operation (hysterectomy).

**Key words:** a rare clinical case; ectopic pregnancy located in the scar after cesarean section

Последние десятилетия отмечается неуклонный рост частоты оперативных родов, проведенных путём операции кесарева сечения [1], что неизбежно приводит к повышению вероятности отдалённых рисков, включая увеличение частоты эктопического расположения плодного яйца. Внематочная беременность продолжает оставаться опасным и, нередко, смертельным осложнением гестационного периода. По данным литературы, в структуре причин обращения пациентки в гинекологическое отделение,

эктопическая беременность составляет около 1,0 % [2-4]. Учитывая классификацию данного осложнения, наибольшее распространение имеет трубная локализация плодного яйца, составляя до 95,0 % всех случаев. Среди более редких форм встречаются: яичниковая, брюшная, шейная, интерстициальная, гетеротопическая беременности [5-8]. С 2017 года в клинических рекомендациях, утверждённых Российским обществом акушеров-гинекологов и согласованных с Министерством здра-

#### Корреспонденцию адресовать:

ЕЛГИНА Светлана Ивановна,  
650029, г. Кемерово, ул. Ворошилова, д. 22а,  
ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России.  
Тел: 8 (3842) 73-48-56. E-mail: elginas.i@mail.ru

#### Информация для цитирования:

Захаров И.С., Елгина С.И., Мозес В.Г., Рудаева Е.В., Пачгин И.В., Рыбников С.В. Эктопическая беременность в рубце после кесарева сечения // Мать и Дитя в Кузбассе. 2020. №4(83). С. 88-91.

DOI: 10.24411/2686-7338-2020-10055

воохранения Российской Федерации, в классификацию эктопического расположения плодного яйца включена беременность, расположенная в рубце после проведенной операции кесарева сечения [9]. В связи с орфанным характером эктопической беременности в рубце после кесарева сечения, вопрос о частоте данного осложнения является открытым. В литературе главным образом представлены публикации, касающиеся описания клинических случаев [10-11]. По некоторым данным, частота атипичного расположения плодного яйца в рубце составляет примерно 1 случай на 2000-2500 оперативных родов, выполненных путём операции кесарева сечения [12-14]. Seow K-M. с соавт. (2004) указывает на частоту в 0,15 % от общего числа женщин, перенёвших кесарево сечение [15].

Учитывая немногочисленность публикаций, рассматривающих проблему эктопической беременности в рубце после кесарева сечения, а также её научно-практическую значимость, ниже представлен клинический случай, описывающий данное осложнение.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Пациентка Ч., находилась в гинекологическом отделении Кузбасской клинической больницы скорой медицинской помощи им. М.А. Подгорбунского.

Лечение пациентки проводилось согласно Приказу 572-н Минздрава России от 12 ноября 2012 года «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» и клинических рекомендаций «Внематочная беременность» (Письмо МЗ РФ от 6 февраля 2017 г.).

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В апреле 2019 года женщина Ч., 35 лет, в тяжёлом состоянии поступила в гинекологическое отделение Кузбасской клинической больницы скорой медицинской помощи им. М.А. Подгорбунского.

В анамнезе у пациентки двое родов: в 2006 году произошли оперативные роды путём операции кесарева сечения, в 2016 году — повторное кесарево

сечение в связи с признаками несостоятельности рубца на матке.

26 января 2019 года в сроке 6 недель был проведен медикаментозный аборт. С 10 по 18 марта пациентка находилась в гинекологическом отделении Городской клинической больницы № 11 с диагнозом: Несостоявшийся медикаментозный аборт. По данным УЗИ органов малого таза, отмечались признаки локализации плодного яйца в области послеоперационного рубца. Выполнено инструментальное удаление содержимого полости матки. После восстановления гемостаза женщина была выписана домой. Результат гистологического исследования пациентка не забирала.

С 3 апреля больная отметила появление скудных кровянистых выделений из половых путей. 4 апреля около 11.00 внезапно появились обильные кровяные выделения из половых путей, была вызвана бригада скорой медицинской помощи. При транспортировке в стационар отмечалось снижение систолического артериального давления до 60 мм рт. ст. Врачом скорой медицинской помощи установлен периферический катетер, проводилась внутривенная инфузия физиологического раствора.

При поступлении в стационар общее состояние тяжелое. Кожные покровы бледные. В легких дыхательные везикулярные, хрипов не было. Пульс 85 ударов в минуту при артериальном давлении 60/40 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Печень не пальпировалась, безболезненная. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

При влагалищном исследовании — во влагалище крупные сгустки крови; шейка матки конической формы, не эрозирована, наружный зев замкнут. Тело матки увеличено до 5-6 недель беременности, подвижное, чувствительное при пальпации. Тракция за шейку матки безболезненная. Придатки матки с обеих сторон при пальпации безболезненные. Своды свободные. Отмечались обильные кровяные выделения. Объёмные образования, инфильтраты в малом тазу не определялись.

Поставлен диагноз аномального маточного кровотечения, геморрагического шока 2 ст. Было высказано предположение о вращении хориона в области послеоперационного рубца.

### Сведения об авторах:

ЗАХАРОВ Игорь Сергеевич, доктор мед. наук, доцент, зам. главного врача по акушерско-гинекологической помощи, ГАУЗ ККДЦ, г. Кемерово, Россия. E-mail: isza@mail.ru

ЕЛГИНА Светлана Ивановна, доктор мед. наук, доцент, профессор кафедры акушерства и гинекологии им. Г.А. Ушаковой, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: elginas.i@mail.ru

МОЗЕС Вадим Гельевич, доктор мед. наук, доцент, профессор кафедры акушерства и гинекологии им. Г.А. Ушаковой, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: vadimmoses@mail.ru

РУДАЕВА Елена Владимировна, канд. мед. наук, доцент, доцент кафедры акушерства и гинекологии им. Г.А. Ушаковой, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: rudaeva@mail.ru

ПАЧГИН Игорь Вадимович, канд. мед. наук, главный врач, ГАУЗ ККБСМП им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово, Россия. E-mail: kmr-obsmp@kuzdrav.ru

РЫБНИКОВ Сергей Валерьевич, доктор мед. наук, зам. главного врача по гинекологии, ГАУЗ ККБСМП, г. Кемерово, Россия. E-mail: rsvdok@mail.ru

Принято решение о проведении лапаротомии и гистерэктомии в экстренном порядке с одновременным проведением инфузионно-трансфузионной и противошоковой терапии.

Согласно намеченному плану, под ЭТН проведена операция лапаротомия по Пфанненштилю, с иссечением послеоперационного рубца, гистерэктомия. Интраоперационно в малом тазу обнаружено около 50 мл геморагического выпота. Матка увеличена до 5-6 недель условной беременности. В области перешейка (в области послеоперационного рубца) справа – образование синюшного цвета размерами до 5 см с обильной сосудистой сетью. Серозный покров не нарушен. Маточные трубы с обеих сторон не изменены. Правый яичник размером 3,0 × 3,5 см. имелась спавшаяся киста до 2 см (киста жёлтого тела). Левый яичник 2,5 × 3,0 см визуальным не изменен. Гистерэктомия проведена без технических затруднений. Общая кровопотеря составила 2000 мл (с учетом предполагаемой догоспитальной), во время операции – 250 мл. Макропрепарат: матка на разрезе – в области послеоперационного рубца располагалась хориальная ткань до серозного покрова (рис.). Препарат отправлен на гистологическое исследование. При выполнении патолого-гистологического исследования в области послеоперационного рубца были выявлены части плодного яйца.

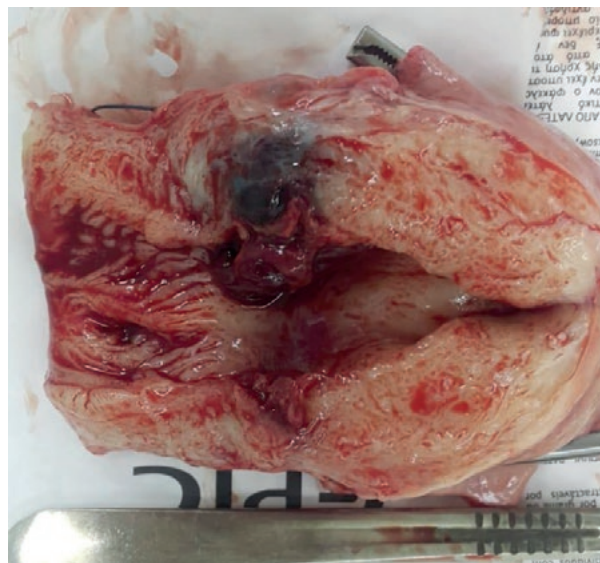
Данное обстоятельство явилось подтверждением наличия эктопической беременности, локализованной в рубце после кесарева сечения.

Послеоперационный период протекал на фоне постгеморагической анемии – проводилась коррекция (ферротерапия). Пациентка была выписана домой на 11-е сутки послеоперационного периода в удовлетворительном состоянии.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Лечение внематочной беременности, ее редких форм, проводится в гинекологических стационарах 3-го уровня, чаще оперативным путем. Оперативное лечение внематочной беременности в рубце на матке после кесарева сечения возможно как органосохраняющее, так и радикальное (гистерэктомия). Объем операции и доступ зависят от клинической ситуации, стабильности гемодинамики, степени инвазии

**Рисунок**  
**Макропрепарат плодного яйца, локализованного в рубце после кесарева сечения**  
**Picture**  
**Macropreparation of the ectopic pregnancy localized in the scar after cesarean section**



трофобласта, возраста женщины и ее репродуктивных планов. Проведение гистерорезектоскопического удаления плодного яйца на фоне цитостатической монотерапии или в сочетании с эмболизацией маточных артерий позволяет сохранить репродуктивную функцию и избежать гистерэктомии. Однако у пациентки имелись противопоказания для выполнения любого вида органосохраняющего лечения.

Представленный клинический случай атипичной локализации беременности в области рубца после оперативного родоразрешения, проведенного путём кесарева сечения, интересен как с практической, так и с научной точки зрения. Ведущее значение в механизме формирования данного осложнения имела изменённая ткань матки, где и произошла имплантация. В связи с увеличением частоты кесарева сечения, имеется высокая вероятность перехода эктопической беременности в рубце из разряда редких форм внематочной беременности в категорию более частых патологий.

#### Information about authors:

ZAKHAROV Igor Sergeevich, doctor of medical sciences, docent, deputy chief physician for obstetric and gynecological care, Clinical Consultative and Diagnostic Center, Kemerovo, Russia. E-mail: isza@mail.ru

ELGINA Svetlana Ivanovna, doctor of medical sciences, docent, professor of the G.A. Ushakova department of obstetrics and gynecology, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: elginas.i@mail.ru

MOSES Vadim Gelievich, doctor of medical sciences, docent, professor of the G.A. Ushakova department of obstetrics and gynecology, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: vadimmoses@mail.ru

RUDAeva Elena Vladimirovna, candidate of medical sciences, docent of the G.A. Ushakova department of obstetrics and gynecology, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: rudaeva@mail.ru

PACHGIN Igor Vadimovich, candidate of medical sciences, chief physician, Kuzbass Clinical Emergency Hospital named after M.A. Podgorbunsky, Kemerovo, Russia. E-mail: kmr-obsm@kuzdrav.ru

RYBNIKOV Sergey Valerevich, doctor of medical sciences, deputy chief physician for gynecology, Kuzbass Clinical Emergency Hospital named after M.A. Podgorbunsky, Kemerovo, Russia. E-mail: rsvdok@mail.ru

## ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES:

1. Betran AP, Torloni MR, Zhang JJ, Gülmezoglu AM. WHO Statement on Caesarean Section Rates. *BJOG*. 2016; 123(5): 667-670.
2. Strizhakov AN, Davydov AI, Shahlamova MN, Belotserkovtseva LD. Ectopic pregnancy. M.: Medicine, 2001. 215 p. Russian (Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Шахламова М.Н., Белоцерковцева Л.Д. Внематочная беременность. М.: Медицина, 2001. 215 с.)
3. Guriev TD, Sidorova IS. Ectopic pregnancy. M.: Practical Medicine, 2007. 96 p. Russian (Гуриев Т.Д., Сидорова И.С. Внематочная беременность. М.: Практическая медицина, 2007. 96 с.)
4. Khan Z, Zanfagnin V, El-Nashar SA, Famuyide AO, Daftary GS, Hopkins MR. Risk Factors, Clinical Presentation, and Outcomes for Abdominal Wall Endometriosis. *J Minim Invasive Gynecol*. 2017; 24: 478-484.
5. Esterle J, Schieda J. Hemorrhagic heterotopic pregnancy in a setting of prior tubal ligation and re-anastomosis. *J of Radiol Case Reports*. 2015; 9(7): 38-46.
6. Shehab Q, Kamali H, Glew S. Ruptured heterotopic tube secondary to a spontaneous heterotopic pregnancy in a parous woman with a previous vaginal delivery and history of rare renal anomaly. *J Obstet Gynaecol*. 2016; 36(4): 538-539.
7. Bataille P, Reynard A, Ducarme G. Spontaneous heterotopic triplets – A review of literature. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*. 2017; 46(8): 657-659.
8. Fetisheva LE, Ushakova GA. Rare forms of ectopic pregnancy. Problems of diagnostics, treatment and restoration of fertility. *Russian Bulletin of Obstetrician-Gynecologist*. 2017; 17(4): 11-19. Russian (Фетищева Л.Е., Ушакова Г.А. Редкие формы внематочной беременности. Проблемы диагностики, лечения и восстановления фертильности //Российский вестник акушера-гинеколога. 2017; 17(4): 11-19.)
9. Clinical recommendations (treatment Protocol) «Ectopic pregnancy». Letter from the Ministry of health of the Russian Federation dated February 6, 2017 N 15-4/10/2-729. 25. Russian (Клинические рекомендации (протокол лечения) «Внематочная беременность». Письмо МЗ РФ от 6 февраля 2017 г. N 15-4/10/2-729. 25 с.)
10. Rubina EV, Davydov AI, Strizhakov AN, Shakhlamova MN. Rare forms of ectopic pregnancy: a systemic approach to diagnosis and treatment. *Gynecology, Obstetrics and Perinatology*. 2018; 17(2): 5-11. Russian (Рубина Е.В., Давыдов А.И., Стрижаков А.Н., Шахламова М.Н. Редкие формы эктопической беременности: системный подход к диагностике и лечению //Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2018. Т. 17, № 2. С. 5-11.)
11. Lebedev VA, Shahlamova MN, Davydov AI. The Rare Forms of Ectopic Pregnancy. *Difficult Patient*. 2016; 14(8-9): 13-18. Russian (Лебедев В.А., Шахламова М.Н., Давыдов А.И. Редкие формы эктопической беременности //Трудный пациент. 2016. Т. 14, № 8-9. С. 13-18.)
12. Caserta NMG, Bacha AM, Grassioto OR. Cesarean scar ectopic pregnancy: invasion of the bladder wall detected by magnetic resonance imaging. *Radiol Bras*. 2017; 50(3): 197-198.
13. Baranovskaya EI. Ectopia of the fetal egg and heterotopic pregnancy. *Current issues of obstetrics and gynecology in Belarus*. 2018; 4: 9-11. Russian (Барановская Е.И. Эктопия плодного яйца и гетеротопическая беременность // Актуальные вопросы акушерства и гинекологии Белоруссии. 2018. № 4. С. 9-11.)
14. Makukhina TB, Pomortsev AV. Peculiarities of ultrasound diagnostics and treatment tactics in patients with cesarean scar pregnancy. *Russian Electronic Journal of Radiology*. 2012; 2(3): 95-99. Russian (Макухина Т.Б., Поморцев А.В. Особенности ультразвуковой диагностики и лечебной тактики при ведении пациенток с беременностью в рубце после кесарева сечения //Российский электронный журнал лучевой диагностики. 2012. Т. 2, № 3. С. 95-99.)
15. Seow K-M, Huang L-W, Lin Y-H. Cesarean scar pregnancy: issues in management. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2004; 23(3): 247-253.

\* \* \*