

*В. Н. Сидоренко, М. А. Шкроб, Е. Ф. Подрезенко,  
И. А. Табакова, Л. С. Ладутько, М. Ю. Гомлякова, М. Н. Новик*

## **ЭКТОПИЧЕСКАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ В РУБЦЕ НА МАТКЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ**

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,  
УЗ «5-я ГКБ» г. Минска*

---

*Статья посвящена актуальной теме гинекологии – эктопической беременности. Особое внимание уделено этиологии, формам и локализации эктопической беременности, диагностике – с особым акцентом на данные УЗИ. Локализация в рубце на матке после операции кесарева сечения достаточно редкая форма эктопической беременности, ввиду высокого риска разрыва матки в любом сроке беременности с высокой вероятностью внутрибрюшного кровотечения, порой приводящего к летальному исходу. Поэтому, ранняя диагностика наличия беременности, в том числе эктопической в рубце, по данным УЗИ, биохимическим маркерам, должна быть своевременной. Уделено внимание преемственности в работе врачей женских консультаций и стационаров, в плане профилактики, определения групп риска развития данной патологии после вмешательств на матке. Представлено 2 клинических случая с эктопической беременностью в рубце на матке, где своевременно выставлен диагноз и проведено адекватное хирургическое лечение – органосохраняющая операция.*

**Ключевые слова:** *эктопическая беременность, рубец на матке, УЗИ – диагностика, кесарево сечение.*

***V. N. Sidorenko, M. A. Shkrob, E. F. Podrezenko,  
I. A. Tabakova, L. S. Ladutko, M. Yu. Gomlyakova, M. N. Novik***

## **EKTOPICHESKY PREGNANCY IN A HEM ON A UTERUS AFTER OPERATION CAESARIAN SECTION**

*Article is devoted to a hot topic of gynecology – ectopic pregnancy. Special attention is paid to an etiology, forms and localization of ectopic pregnancy, diagnostics – with emphasis*

*on these ultrasonic signs. Localization in the cicatrix on a uterus after operation of Cesarean section rather infrequent form of ectopic pregnancy, in view of high risk of a hysterorrhesis in any duration of gestation with high probability of the intra abdominal bleeding sometimes leading to a lethal outcome. Therefore, early diagnostics of existence of pregnancy, including ectopic in the cicatrix, according to an ultrasonic diagnostics, to biochemical markers, has to be well-timed. The attention is paid to continuity in work of doctors of clinics for women and hospitals, in respect of prophylaxis, definition of risk groups of development of the given pathology after interventions on a uterus. 2 clinical cases with ectopic pregnancy in the cicatrix on a uterus where the diagnosis is in due time exposed are presented and adequate surgical treatment – organ-preserving operation is carried out.*

**Keywords:** *ectopic pregnancy, the cicatrix on a uterus, an ultrasonic diagnostics, Cesarean section.*

В последние годы отмечается увеличение числа случаев эктопической беременности и согласно результатам мировой статистики в настоящее время около 1 % всех беременностей – внематочные. Наиболее распространенной формой эктопической беременности является трубная – 93–98,5 %. Имплантация плодного яйца в области рубца на матке после операции кесарева сечения является одной из наиболее редких форм эктопической беременности. Она составляет 0,015 % от числа всех беременностей, разрешенных путем операции кесарева сечения, и 1,05 % от числа всех внематочных беременностей. Беременность в рубце на матке – серьезное осложнение, представляющее угрозу жизни и здоровью женщины. Основными неблагоприятными проявлениями данной патологии являются кровотечение и разрыв матки, в ряде случаев приводящие к летальным исходам.

Особую актуальность представляет проблема «первой» внематочной беременности, поскольку более чем у 50 % женщин после хирургического лечения нарушается репродуктивная функция, а частота повторных эктопических нидаций составляет 7–17 %. В связи с этим сохранение репродуктивной функции после эктопической беременности представляет важную медико-социальную проблему.

В разделе «Беременности с абортивным исходом» МКБ 10-го пересмотра зарегистрированы два термина, не исключющие друг друга, – внематочная и эктопическая беременности:

- 000.0 Абдоминальная (брюшная) беременность.
- 000.1 Трубная беременность.
- 000.2 Яичниковая беременность.
- 000.8 Другие формы внематочной беременности.
- 000.9 Внематочная беременность неуточненная.

Целесообразно рассматривать не вопросы этиологии внематочной беременности, а факторы, потенциально способствующие ее развитию, т. е. факторы риска. В настоящее время известно более десятка факторов риска эктопической беременности, которые принято компоновать по групповым признакам:

1) анатомические (связанные с нарушениями транспортной функции маточных труб): воспаление маточных труб; стерилизация маточных труб; использование внутриматочной контрацепции; операции на маточных трубах, в том числе предшествующее хирургическое лечение трубной беременности;

2) гормональные: индукция овуляции; экстракорпоральное оплодотворение; задержка овуляции; трансмиграция ооцита;

3) спорные: эндометриоз; врожденные аномалии матки; дивертикулез труб; аномалии уровня простатогландинов в сперме; хромосомные нарушения.

Риск эктопической беременности значительно повышается при двух и более искусственных абортах в анамнезе.

Первое сообщение о беременности в рубце на матке (БРМ) после кесарева сечения было представлено Larsen J. V., Solomon L. J. в 1987 году. Значительное увеличение за последние годы числа операций кесарева сечения привело к существенному росту частоты этой патологии. Так, Maumon R. et al. сообщили, что если с 1978 по 2001 гг. в английской литературе было представлено 18 случаев беременности в рубце на матке после кесарева сечения, то с 2002 по 2004 гг. их число возросло до 66.

Обычно беременность в рубце на матке бывает одиночной. Однако в литературе представлены отдельные наблюдения сочетания беременности в рубце на матке с маточной беременностью.

Причины возникновения беременности в рубце на матке недостаточно ясны. Holland M. G., Bienstock J. L. полагают, что ее возникновению могут способствовать различные хирургические вмешательства на матке, внутриматочные инфекции, эндометриоз, небольшой интервал между кесаревым сечением и последующей беременностью (неудовлетворительное заживление послеоперационного рубца с последующей имплантацией в него плодного яйца). Одним из факторов, способствующих возникновению беременности в рубце на матке, является также экстракорпоральное оплодотворение. Отмечено, что БРМ формируется значительно чаще, когда предшествующее КС было выполнено по поводу ягодичного предлежания. Имеет значение состояние нижнего сегмента матки в момент проведения операции. Значительная толщина стенки матки в месте проведения гистеротомии, которая бывает при неразвёрнутом нижнем сегменте в случае тазового предлежания или незрелой шейки матки, не позволяет выполнить качественное восстановление стенки матки однорядным швом, поскольку при этом методе ушивания, по сравнению с классическим двухрядным, наблюдается худшее сопоставление и заживление, и возникают условия для форми-

## □ Случай из практики

рования «ниши», через которую в последующем возможна имплантация бластоцисты и развитие плодного яйца.

По данным литературных обзоров, средний возраст женщин с подобной патологией составляет  $33,4 \pm 5,7$  года [2, 8].

Примерно 30 % БРМ прерываются в первом и втором триместрах. Остальные прогрессируют и становятся беременностями, осложненными предлежанием, плотным прикреплением или истинным приращением плаценты [1]. Если рост плодного яйца происходит в сторону мочевого пузыря и брюшной полости, то это приводит к гистеопатическому разрыву матки. 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 71 % случаев [4].

Основными неблагоприятными проявлениями данной патологии являются кровотечение и разрыв матки, в ряде случаев приводящие к летальным исходам. Только ранняя диагностика беременности в рубце на матке и своевременно предпринятое в этих случаях соответствующее лечение могут способствовать успешному предотвращению указанных осложнений, что подтверждается рядом авторов [3,5].

Клиническая диагностика беременности в рубце на матке значительно затруднена, так как клиника неосложненной БРМ непатогномична. 38,6 % пациенток обращаются с жалобами на кровянистые выделения из половых путей, 24,6 % отмечают боли в животе (причем 15,8 % жалуются на боли и кровянистые выделения, а 8,8 % – только на боли), 36,8 % жалоб не предъявляют [2]. Наличие таких клинических проявлений, как аменорея и кровотечение не является специфичным и поэтому не может способствовать повышению выявления данной патологии.

Клиническая картина внутрибрюшного кровотечения складывается из болевого синдрома и прогрессирующих признаков острой анемии вплоть до развития геморрагического шока. Живот при внутрибрюшном кровотечении, как правило, остается мягким, но при этом отмечаются резкая болезненность при пальпации и признаки раздражения брюшины (симптом Куленкамппфа); вздутие живота может быть равномерным, в отличие от асимметричного при кишечной непроходимости.

**Гинекологический осмотр** больной при наличии у нее острой абдоминальной или тазовой боли предоставляет врачу обширную информацию о наличии гинекологической или экстрагенитальной патологии. При остром животе осмотр затруднен из-за чрезвычайной болезненности и ригидности мышц передней брюшной стенки, пальпация внутренних половых органов часто оказывается малоинформативной, вследствие чего необходимо особенно скрупулезно изучать доступные определению признаки. Например, при кровотечении в брюшную полость смещение шейки матки вызывает резкую боль. Задний свод становится болезненным при наличии гноя и особенно крови в брюшной полости («крик Дугласа»).

Мировой «золотой» стандарт диагностики эктопической беременности:

1. Анализ крови на хорионический гонадотропин (ХГ) человека (бета-субъединицы), при котором выявляют несоответствие количества этого гормона должному при данном сроке маточной беременности.

2. УЗИ констатирует отсутствие в полости матки трофобласта и обнаруживает его вне полости.

Комбинация трансвагинального УЗИ и определение уровня бета-субъединицы ХГ позволяет диагностировать беременность у 98 % женщин с 5-й акушерской недели беременности [3, 6].

Безусловно, наиболее информативным инструментальным методом диагностики внематочной беременности является лапароскопия, использование которой позволяет объективно (визуально) оценить состояние матки, яичников, маточных труб, объем кровопотери, локализацию эктопического плодного яйца. Вместе с тем лапароскопия – хирургическое вмешательство, потенциальными осложнениями которого могут быть газовая эмболия, повреждение органов и сосудов брюшной полости, эмфизема и др. Поэтому применение лапароскопии с диагностической целью оправдано лишь в тех наблюдениях, когда результаты менее инвазивных исследований не позволяют установить окончательный диагноз.

Трансвагинальное ультразвуковое сканирование является первым и обязательным этапом в комплексе диагностических мероприятий при подозрении на эктопическую беременность. Высокая разрешающая способность трансвагинальных эхопреобразователей позволяет обнаружить даже минимальное количество «свободной» жидкости в брюшной полости и при необходимости осуществить ее прицельную и безопасную аспирацию («визуальный» кульдоцентез). Идентификация плодного яйца или его элементов в полости матки позволяет с высокой вероятностью исключить эктопическую нидацию бластоцисты. В то же время врачу, производящему УЗИ, нельзя забывать о возможном сочетании маточной и внематочной беременности. С помощью высокочастотных трансвагинальных эхопреобразователей удается диагностировать прогрессирующую маточную беременность уже с 1,5 недели после оплодотворения.

Хорионический гонадотропин присутствует в крови беременных женщин с начала дробления оплодотворенной яйцеклетки вне зависимости от локализации беременности.

Роль ХГ в поддержании и развитии беременности очень велика: лютеотропный эффект, стимуляция продукции и секреции эстрогенов и прогестерона в желтом теле, стероидогенез в плаценте. Концентрация ХГ у здоровых мужчин и небеременных женщин не превышает 10 МЕ/л. Максимальная концентрация гормона обнаруживается на 6–8-й неделе беременности (считая от зачатия), затем наблюдается постепенное снижение концентрации ХГ до 15-й недели беременности; начиная с этого срока и до конца беременности концентрация ХГ практически не меняется, составляя в среднем 25000–30000 МЕ/л. Однако динамика содержания ХГ при эктопической беремен-

ности имеет ряд отличий от таковой при физиологической беременности. Увеличение концентрации ХГ происходит значительно медленнее, чем при физиологической беременности. Установлено, что в 95 % случаев концентрация ХГ в крови пациенток с эктопической беременностью достоверно ниже соответствующих нормативных показателей для данного срока физиологической беременности [7]. Следует отметить, что концентрация ХГ при эктопической беременности может варьировать в широких пределах – от 20 до 200000 МЕ/л, так как синтез ХГ трофобластом зависит от кровоснабжения.

Алгоритм дифференциальной диагностики эктопической беременности:

1) опрос пациентки. Любое нарушение менструального цикла: несвоевременное наступление менструации, межменструальные кровянистые выделения, болевой синдром – является основанием для назначения анализа на определение содержания ХГ в крови;

2) при наличии положительного анализа на ХГ концентрация этого гормона должна быть сопоставлена с соответствующим нормативным показателем для данного срока физиологической беременности;

3) несоответствие концентрации ХГ сроку беременности считается обоснованием назначения УЗИ для обнаружения плодного яйца;

4) наличие тубоовариального образования или новообразования в брюшной полости при положительной реакции на ХГ с высокой степенью достоверности свидетельствует об эктопической беременности. Точность диагностики не менее 99 %;

5) при отрицательном результате УЗИ и положительной реакции на ХГ целесообразно повторное количественное определение концентрации ХГ в крови пациентки через 2–3 дня. Отсутствие динамики или незначительное увеличение концентрации этого гормона следует расценивать как дополнительное подтверждение наличия внематочной беременности. Целесообразно повторное проведение УЗИ с целью визуализации плодного яйца;

6) при наличии отрицательной реакции на ХГ (концентрация ХГ менее 10 МЕ/л) диагноз «беременность» поставлен быть не может. Концентрация ХГ от 10 до 20 МЕ/л должна расцениваться как «сомнительная реакция», и анализ целесообразно повторить через 5–7 дней [1, 2].

В настоящее время ведущим методом диагностики беременности в рубце на матке является эхография. Некоторые авторы в сомнительных случаях рекомендуют использовать также магнитно-резонансную томографию и лапароскопию. Основными эхографическими признаками беременности в рубце являются следующие:

1) отсутствие изображения плодного яйца в полости матки в случае одноплодной беременности;

2) наличие дефекта в нижнем отделе передней стенки матки;

3) расположение плодного яйца в области дефекта передней стенки матки;

4) уменьшение толщины передней стенки матки в области расположения рубца [2, 3].

В подавляющем большинстве случаев беременность в рубце на матке диагностируется в 6–12 нед., в среднем – в 7–7,5 нед. Однако описаны отдельные случаи, когда данная патология выявлялась довольно поздно – в 15–16 нед. беременности.

Анализ ошибочных результатов свидетельствует, что беременность в рубце на матке в основном принимают за маточную беременность, угрожающий выкидыш и пузырный занос [3, 6].

Протоколов ведения и оптимального метода лечения БРМ после КС в настоящее время не существует. Вопрос о выборе наиболее рациональной тактики лечения больных с беременностью в рубце на матке после операции кесарева сечения остается еще не полностью решенным. В последнее время для устранения этой патологии используют как медикаментозные, так и хирургические методы лечения. Из медикаментозных средств в основном применяют метотрексат, который вводят внутримышечно, интраамниально или одновременно внутримышечно и интраамниально. Наименьшее число осложнений и благоприятные исходы при достаточном числе наблюдений были отмечены в тех случаях, когда в качестве лечения использовалась комбинация локального и системного применения метотрексата [5].

Некоторые авторы с целью редукции эмбриона предпочитают использовать раствор хлористого калия. В основном он вводится интраамниально, в единичных случаях – интраторакально в область сердца эмбриона. При гетеротопической беременности использование хлористого калия позволяло избежать преждевременного прерывания беременности или неблагоприятного тератогенного влияния (как в случае применения метотрексата) на второго плода, продолжающего развиваться.

Медикаментозное лечение требует длительного периода наблюдения до полного разрешения эктопической беременности, так как существует достаточно высокий риск развития кровотечения, что может потребовать проведения urgentного хирургического вмешательства. Кроме этого, медикаментозное лечение сопровождается многочисленными побочными эффектами, в первую очередь системными. Немаловажным аспектом является и состояние рубца матки в случае медикаментозной терапии и его «поведение» при последующих беременностях. Hasegawa et al. сообщали о нескольких случаях несостоятельности рубца матки после успешного медикаментозного лечения (местного применения метотрексата) с повторным развитием эктопической беременности в рубце. Они считают, что иссечение старого рубца может существенно уменьшить риск несостоятельности рубца и повторного развития эктопической беременности [6, 8].

По данным литературы, выполнение выскабливания полости матки или удаление кюреткой плодного яйца из необычного плодместилища при БРМ в 76,1 % случаев приводит к возникновению угрожающих жизни состояний, связанных с разрывами матки и массивным кровотечением. Из-за невозможности удалить все элементы плодного яйца и особенно



## □ Случай из практики

части хориона, проникающих глубоко в стенку матки и фиброзную ткань рубца, выскабливание не должно быть лечением первой линии из-за риска перфорации и катастрофического кровотечения [10].

Среди описанных в литературе хирургических методов лечения БРМ встречаются гистерорезектоскопическое, лапаротомное, лапароскопическое и даже трансвагинальное иссечение элементов беременности под визуальным контролем. По возможности выполняют иссечение рубца и восстановление целостности стенки матки для профилактики рецидива заболевания и других неблагоприятных последствий, связанных с ослаблением стенки матки [9]. В целом, осложнения различных методов лечения возникают в 44,1 % случаев. Наименьшее число осложнений наблюдается при локальных инъекциях метотрексата под УЗИ-контролем и гистерорезектоскопическом удалении БРМ [9, 11].

В представленном нами ниже клинических случаях методом выбора являлось хирургическое вмешательство в виде лапаротомии, удаления плодного яйца, выскабливания полости матки, иссечении рубца и восстановления целостности стенки матки.

Женщины, перенесшие внематочную беременность, нуждаются в реабилитации и диспансерном наблюдении по месту жительства. Реабилитация должна осуществляться на всех этапах оказания лечебной помощи.

### Реабилитация должна включать следующие направления:

- физиотерапия (улучшение кровотока и метаболизма клеток, усиление фагоцитоза и ферментативной активности, улучшение процессов репарации);
- восстановление двухфазного менструального цикла, восстановление нарушений в системе гипоталамус – гипофиз – яичники (гормональная терапия);
- поддержка нормобиоценоза влагалища;
- иммуномодуляция;
- репродуктивное планирование (контрацепция: КОК, содержащие прогестаген третьего поколения – гестоден, дезогестрел; запланированная беременность);
- антианемическая терапия (по показаниям).

Отличной реабилитацией после внематочной беременности у подростков и молодых женщин является назначение **мастодинона** и **новинета** курсом 3–6 мес. для нормализации системы гипоталамус – гипофиз – яичники – матка.

Наиболее оптимальный метод профилактики внематочной беременности – использование гормональных низко- и микродозированных контрацептивов. У подростков и молодежи более приемлемы **новинет** и **линдинет-20**. У женщин репродуктивного возраста, особенно при имеющейся гинекологической нейроэндокринной патологии, предпочтение отдается регулону как препарату, нормализующему метаболический гомеостаз, а также, мидиане, беларе, ярине, джес-плюс и др.

### Случай из практики №1

Был проведен ретроспективный анализ медицинской документации женщины М., госпитализированной в УЗ «5 ГКБ» 28.12.2015 года с диагнозом: «Бере-

менность 6 недель. Внематочная, неразвивающаяся. ОАА (рубец на матке)».

Направлена врачом женской консультации, где была заподозрена эктопическая беременность при выполнении УЗИ.

Данные УЗИ от 28.12.15 г. (26-я городская поликлиника):

Матка: положение – антефлексию.

Размеры: 77\*68\*106 мм.

М-ЭХО-16 мм. Эндометрий – неоднородный.

По передней стенке матки в области послеоперационного рубца визуализируется плодное яйцо (8\*14 мм). Желточный мешок +d4.

После проведенного обследования в стационаре, был подтвержден клинический диагноз: «Ненарушенная эктопическая беременность 6 недель в рубце на матке после операции кесарево сечение. ОАА».

В данном клиническом случае пациентка поступила с жалобами на мажущие кровянистые выделения из половых путей, начавшиеся 27.12.2015 г. Возраст женщины – 35 лет (21.10.1980). Срок беременности при поступлении – 6 недель. Анализ крови на ХГЧ – 187,4 МЕ/мл.

Акушерский и гинекологический анамнез: месячные с 15 лет, по 6 дней, через 35 дней, последние месячные: 31.10.15 г. Беременность (число) – 2 (настоящая беременность – 2-я), аборт – не было, роды – 1 (в 2014 г. – кесарево сечение). Гинекологические заболевания: кольпит.

Трансфузиологический анамнез: 2014 г. – СЗП (по ходу операции).

Анамнез жизни: перенесенные заболевания – ОРВИ, МКБ (конкремент правой почки); аллергологический анамнез: неотягощен; наследственный анамнез: неотягощен.

Объективный статус: состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, питание нормальное, кожные покровы обычной окраски, отеков нет, видимые слизистые без изменений, лимфоузлы не увеличены, эластичные, безболезненные.

Температура тела – 36,8 °С, вес – 52 кг, рост – 172 см. ИМТ – 18.

Ps-74 уд/мин, ритмичный, АД-110/70 мм рт. ст.

Осмотр в зеркалах: стенка влагалища – складчатость выражена.

Выделения – слизисто-кровянистые, скудные; шейка матки – чистая.

Влагалищное исследование: влагалище узкое, стенки гладкие, своды без особенностей; влагалищная часть шейки матки – кзади, длиной 3 см, плотная, цервикальный канал закрыт. Матка: расположена в антефлексию, величина 6 недель, подвижная, безболезненная. Область придатков – без особенностей. Крестцово-маточные связки: безболезненные. Внутренняя поверхность костей таза: гладкая.

Данные УЗИ от 28.12.15 г. (5 ГКБ):

Матка: положение – антефлексию.

Размеры: 78\*72\*100 мм.

Эндометрий: М-эхо – 17,7 мм.

Особенности: в нижнем сегменте матки с переходом на послеоперационный рубец определяется плодное яйцо 30\*26 мм.

Яичники: правый – 32\*17 мм, без особенностей; левый – 34\*19 мм, б/особенностей.

Консилиум врачей 29.12.15 г. – Заключение: Ненарушенная эктопическая беременность в рубце на матке. ОАА.

Решено провести лапаротомию, удаление плодного яйца, иссечение старого послеоперационного рубца, выскабливание слизистой полости матки. Метропластику.

29.12.2015 г. Пациентке выполнена операция: Лапаротомия по Пфанненштилю. Иссечение послеоперационного рубца на матке с плодным яйцом. Выскабливание полости матки. Метропластика.

По ходу операции после вскрытия брюшной стенки обнаружено: в малом тазу около 50 мл серозно-геморрагического содержимого, матка увеличена до 6–7 недель беременности, мягковатой консистенции. Под пузырно-маточной складкой имеется дефект послеоперационного рубца, в котором имплантировано плодное яйцо размерами 2\*3 см синюшно-багрового цвета.

Данные УЗИ от 06.01.16 г. (5 ГКБ):

Матка: положение – антефлексию.

Размеры: 56\*51\*40 мм.

Эндометрий – 3,4 мм.

Особенности: В области рубца гиперэхогенные включения (шовный материал), миометрий в области рубца толщиной 18 мм.

Яичники (правый, левый): без особенностей.

Заключение: Послеоперационный период.

Послеоперационный период протекал без особенностей. Пациентка выписана 06.01.16 г. в удовлетворительном состоянии.

Было рекомендовано:

– наблюдение врачом ЖК;

– половой и физический покой 2 недели;

– ОК «Регулон» 6 мес.;

– обследование на ИППП + вирусы с половым партнером амбулаторно;

– свечи «Метромикон Нео» 10 дней, затем свечи «Фемилекс» 10 дней;

– контроль мазка на флору амбулаторно;

– свечи «Дистрептаза» ректально по схеме через 1–3–6 месяцев;

– контроль УЗИ ОМТ;

– реабилитационное лечение через 2 месяца.

В данном клиническом случае имела место своевременная постановка диагноза на амбулаторном этапе, подтвержденного в стационаре, что привело к своевременному оперативному лечению с благоприятным исходом.

Случай из практики № 2

Был проведен ретроспективный анализ медицинской документации женщины С., госпитализированной в УЗ «5 ГКБ» 09.09.2016 года с диагнозом: «Беременность 5–6 недель. Начавшийся выкидыш. ОАА. Оперированная матка. Миопия высокой степени»

Направлена врачом женской консультации, где был диагностирован угрожающий выкидыш беременности малого срока, с учетом жалоб пациентки.

Данные УЗИ от 08.09.16 г.:

Матка: положение – антефлексию.

Размеры: 58\*60\*59 мм.

М-ЭХО-21 мм. Эндометрий – неоднородный.

По передней стенке матки в области послеоперационного рубца визуализируется плодное яйцо (6,6\*5\*6мм). Желточный мешок d 2,5 мм.

После проведенного обследования в стационаре, был выставлен клинический диагноз: «Нарушенная эктопическая беременность в рубце на матке после операции кесарево сечение. ОАА. Миопия высокой степени».

В данном клиническом случае пациентка поступила с жалобами на кровянистые выделения из половых путей, тянущие боли внизу живота, начавшиеся 09.09.2016. Возраст женщины – 36 лет (24.09.1979). Срок беременности при поступлении – 5–6 недель.

Акушерский и гинекологический анамнез: месячные с 12 лет, по 5–7 дней, через 30–32 дня, последние месячные: 30.07.2016 г. Беременность (число) – 4 (настоящая беременность – 4-я), аборт – 1 (неразвивающаяся беременность в 2002), внематочная беременность в 2003 г. – тубэктомия справа, роды – 2 (в 2005 и 2010 г. – кесарево сечение). Гинекологические заболевания: эрозия шейки матки.

Трансфузионный анамнез: переливаний не было.

Анамнез жизни: перенесенные заболевания – простудные заболевания, ветряная оспа, острый аппендицит; аллергологический анамнез: неотягощен; наследственный анамнез: неотягощен.

Объективный статус: состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, телосложение правильное, кожные покровы обычной окраски, отеков нет, видимые слизистые без изменений, лимфоузлы не увеличены, эластичные, безболезненные. Температура тела – 36,6 °С, вес – 65 кг, рост – 174 см. ИМТ – 21,5. Ps – 70 уд/мин, ритмичный, АД – 110/70 мм рт. ст.

Осмотр в зеркалах: стенка влагалища – складчатость не выражена.

Выделения – коричневые, умеренные; шейка матки – чистая;

Бимануальное исследование: влагалище свободное, стенки гладкие, своды глубокие, безболезненные, свободные; влагалищная часть шейки матки расположена кпереди, длиной 2,5 см, плотная, наружный зев закрыт. Тело матки расположено кзади увеличено до 6 недель беременности, поверхность матки гладкая, консистенция мягковатая, форма нормальная, безболезненная, подвижная. Правый придаток – не определяется, левый – пальпируется безболезненно. Крестцово-маточные связки: безболезненные. Внутренняя поверхность костей таза: гладкая.

Данные УЗИ от 12.09.16 г. (5 ГКБ):

Матка: положение – ретрофлексию.

Размеры: 58\*51\*61 мм.

Эндометрий: М-эхо – 8 мм.

Особенности: в передней стенке в послеоперационном рубце определяется плодное яйцо d 10 мм.

Яичники: правый – 28\*18\*20 мм, без особенностей; левый – 29\*25\*22 мм; особенности: желтое тело – d 14 мм.

Консилиум врачей 13.09.2016 г. – Заключение: Нарушенная эктопическая беременность в рубце на

## □ Случай из практики

матке после кесарева сечения. ОАА. Миопия высокой степени.

Решено провести лапаротомию, удаление плодного яйца, иссечение старого послеоперационного рубца, выскабливание слизистой полости матки. Метропластику. Стерилизацию по Померою (женщина настаивала на проведении хирургической стерилизации. Учитывая возраст женщины (36 лет), 2 операции кесарева сечения в анамнезе (2005 и 2010 г.), женщина предупреждена о возможном удалении матки во время операции).

13.09.2016 г. Пациентке выполнена операция: Лапаротомия по Пфанненштилю с иссечением рубца на коже. Удаление плодного яйца с последующим иссечением рубца на матке. Выскабливание полости матки. Метропластика. Стерилизация по Померою.

Данные УЗИ от 20.09.16 г. (5 ГКБ):

Матка: положение – антефлексio.

Размеры: 51\*51\*50 мм.

Эхоструктура однородная.

Эндометрий – 3,5 мм.

Особенности: миометрий в области рубца толщиной 17 мм.

Яичники (правый, левый): без особенностей.

Заключение: Послеоперационный период.

Послеоперационный период протекал без особенностей. Пациентка выписана 20.09.16 г. в удовлетворительном состоянии.

Было рекомендовано:

- наблюдение врачом ЖК;
- половой и физический покой 1 месяц;
- тест на ХГЧ амбулаторно;
- обследование на ИППП + вирусы с половым партнером амбулаторно;
- контроль мазка на флору амбулаторно;
- свечи «Дистрептаза» ректально по схеме через 1–3–6 месяцев;
- контроль УЗИ ОМТ;
- реабилитационное лечение через 2 месяца.

В данном клиническом случае пациентка направлена в стационар своевременно, что позволило избежать таких осложнений, как разрыв матки с внутрибрюшным кровотечением, ввиду оперативности диагностических и лечебных мероприятий в стационаре.

### Выводы

1. Факторами, способствующими возникновению беременности в рубце на матке, являются различные хирургические вмешательства на матке, внутриматочные инфекции, эндометриоз, небольшой интервал между кесаревым сечением и последующей беременностью, экстракорпоральное оплодотворение.

2. Ультразвуковое исследование является наиболее оптимальным и эффективным методом диагностики беременности в рубце на матке. Основными эхографическими признаками данной патологии являются: 1) отсутствие изображения плодного яйца в полости матки в случае одноплодной беременности; 2) наличие дефекта в нижнем отделе передней стенки матки; 3) расположение плодного яйца в области дефекта

передней стенки матки; 4) уменьшение толщины передней стенки матки в области расположения рубца.

3. Для снижения риска развития эктопической беременности у женщин репродуктивного возраста следует проводить профилактику и лечение возникших инфекций, передающихся половым путем. Обязательное проведение реабилитационных мероприятий после чревосечений, аборт, гистероскопии и диагностических выскабливаний матки.

4. Выбор лечебной тактики должен быть индивидуальным и зависеть от размера плодного мешка, наличия и размеров дефекта в нижнем отделе передней стенки матки по ходу предыдущего оперативного вмешательства.

### Литература

1. *Гинекология: национальное руководство*. Кратк. изд. / под ред. Г. М. Савельевой, Г. Т. Сухих, И. Б. Манухина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 704 с.
2. *Макухина, Т. Б.* Особенности ультразвуковой диагностики и лечебной тактики при ведении женщин с беременностью в рубце после кесарева сечения / Т. Б. Макухина, А. В. Померцев // *Российский журн. луч.диагностики*. – 2012. – Т. 2, № 3. – С. 95–99.
3. *Пересада, О. А.* Внематочная беременность / О. А. Пересада // *Медновости*. – 2007. – №2. – С. 3 – 10.
4. *Применение эхографии для диагностики беременности в рубце на матке после кесарева сечения* / С. Э. Саркисов [и др.] // *Ультразвуковая и функциональная диагностика*. – 2009. – № 2.
5. *Радзинский, В. Е.* Акушерская агрессия / В. Е. Радзинский. – М.: StatusPraesens, 2014.
6. *McKenna, D. A., Poder L., Goldman M., Goldstein R. B.* Role of sonography in the recognition, assessment and treatment of cesarean scar ectopic pregnancies // *J. Ultrasound Med.* – 2008. – Vol. 27. № 5. – P. 779–783.
7. *Jiao, L. Z., Zhao J., Wan X. R. et al.* Diagnosis and treatment of cesarean scar pregnancy // *Chin. Med. Sci. J.* – 2008. – Vol. 23. № 1. – P. 10–15.
8. *Ben Nagi, J., Helmy S., Ofili-Yebovi D. et al.* Reproductive outcomes of women with a previous history of Caesarean scar ectopic pregnancies // *Hum. Reprod.* – 2007. – Vol. 22, № 7. – P. 2012–2015.
9. *Larsen, J. V., Solomon M. H.* Pregnancy in a uterine scar-sacculus – an unusual cause of postabortal haemorrhage. A case report // *S. Afr. Med. J.* – 1978. – Vol. 53, № 4. – P. 142–143.
10. *Maymon, R., Halperin R., Mendlovic S. et al.* Ectopic pregnancies in Caesarean section scars: the 8 year experience of one medical centre // *Hum. Reprod.* – 2004. – Vol. 19, № 2. – P. 278–284.
11. *Salomon, L. J., Fernandez H., Chauveaud A. et al.* Successful management of a heterotopic Caesarean scar pregnancy: potassium chloride injection with preservation of the intrauterine gestation: case report // *Hum. Reprod.* – 2003. – Vol. 18, № 1. – P. 189–191.
12. *Chueh, H. Y., Cheng P. J., Wang C. W. et al.* Ectopic twin pregnancy in cesarean scar after in vitro fertilization/embryo transfer: case report // *Fertil. Steril.* – 2008. – Vol. 90, № 5. – P. 19–21.
13. *Hsieh, B. C., Hwang J. L., Pan H. S. et al.* Heterotopic Caesarean scar pregnancy combined with intrauterine pregnancy successfully treated with embryo aspiration for selective embryo reduction: case report // *Hum. Reprod.* 2004. – Vol. 19, № 2. – P. 285–287.
14. *Holland, M. G., Bienstock J. L.* Recurrent ectopic pregnancy in a cesarean scar // *Obstet. Gynecol.* – 2008. – Vol. 111, № 2. – P. 541–545.

Поступила 30.12.2016 г.