

3. Харитонов Н. А., Беляева И. А., Свирин П. В., Евдокимова А. Н. Практические аспекты выхаживания новорожденных детей с неонатальными тромбозами // Педиатрическая фармакология. 2015. Т. 12, № 1. С. 92–96. doi: 10.15690/PF.V12I1.1254.
4. Володин Н. Н., Ройтман Е. В., Румянцев А. Г., Шнейдер М. М. Тромбозы у новорожденных : патогенез, диагностика, лечение // Вопросы практической педиатрии. 2012. Т. 7, № 4. С. 34–43.
5. Леонова, Е. Ю., Синякин О. Ю. Особенности системы гемостаза у новорожденных детей // Охрана материнства и детства. 2016. № 2 (28). С. 76–81.
6. Chalmers E. A. Neonatal thrombosis // J. Clin. Pathol. 2000. Vol. 53. P. 419–423. doi: 10.1136/jcp.53.6.419.
7. Nagel K., Tuckuviene R., Paes B., Chan A. K. Neonatal Aortic Thrombosis : A Comprehensive Review // Klin. Padiatr. 2010. Vol. 222, no. 3. P. 134–139. doi: 10.1055/s-0030-1249662.
8. Wieland I., Thomas J., Seidemann K., Boehne M. Neonatal aortic arch thrombosis : analysis of thrombophilic risk factors and prognosis // Cardiology in the Young. 2014. Vol. 24, no. 1. P. 33–39. doi: 10.1017/S1047951112002077.
9. Lofland G. K., Russo P., Sethia B., de Leval M. Aortic thrombosis in neonates and infants // Ann. Surg. 1988. Vol. 208, no. 6. P. 743–745. doi: 10.1097/00000658-198812000-00012.
10. Ting C. Yi., Yee Kong J., Yin Ong L., Yen Soh S. Aortic thrombus causing ischemic bowel mimicking as necrotizing enterocolitis in a premature neonate : A case report // Journal of Pediatric Surgery Case Reports. 2016. Vol. 4. P. 42–45. doi: 10.1016/j.epsc.2015.11.013.
11. Eyi E. G. Ya, Altuğ N. Aortic arch thrombosis associated with fetal cytomegalovirus viremia // AJP Reports. 2019. Vol. 9, no. 1. P. 23–26. doi: 10.1055/s-0038-1675631.
12. Klinger G., Hellmann J., Daneman A. Severe aortic thrombosis in the neonate-successful treatment with low-molecular-weight heparin : two case reports and review of the literature // Amer. J. Perinatol. 2000. Vol. 17, no. 3. P. 151–158. doi: 10.1055/s-2000-9975.
13. Morozova N. Ya., Burov A. A., Dorofeeva E. I., Podurovskaya Yu. L., Degtyarev D. N. Thrombosis of the right atrium in a newborn : A favorable outcome // Pediatric Hematology/Oncology and Immunopathology. 2018. Vol. 17, no. 1. С. 87–92. doi: 10.24287/1726-1708-2018-17-1-87-92.
14. Морозова Н. Я., Буров А. А., Дорофеева Е. И., Подуровская Ю. Л., Шпилюк М. А., Филиппова У. А., Пыков М. И., Виноградова М. А., Свирин П. В., Дегтярев Д. Н. Опыт ведения венозных тромбозов у новорожденных : два клинических случая // Неонатология: Новости. Мнения. Обучение. 2017. Т. 5, № 2 (16). С. 91–98.
15. Жарков П. А., Ершов Н. М., Пшонкин А. В. Эффективность и безопасность применения низкомолекулярных гепаринов у детей с тромбозами правого предсердия // Тромбоз, гемостаз и реология. 2018. № 1 (73). С. 61–65. doi: 10.25555/THR.2018.1.0825.
16. Шишко Г. А., Улезко Е. А., Коваль С. Н., Панов А. П., Шестаков П. П. Тромбозы у новорожденных. Клиническая практика тромболизиса // Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. 2012. № 5 (23). С. 591–593.
17. Bogović M., Papeš D., Mitar D., Smiljanić R., Sršen-Medančić S., Čavar S., Antabak A., Luetić T. Abdominal Aortic Thrombosis in a Healthy Neonate // Annals of Vascular Surgery. 2016. Vol. 32, no. 131. P. 7–9. doi: 10.1016/j.avsg.2015.10.014.
18. Lofù I., Mauro A. Di, Coste A. Di, Scalini E. Idiopathic neonatal aortic arch thrombosis: A case report // EuroMediterranean Biomedical Journal. 2015. Vol. 9, no. 5. P. 36–40. doi: 10.1007/BF02763064.

References

1. Ignat'eva N. S., Vejsgejm V. M., Evseeva V. A., Timoshenskaya N. V., Suvorova A. V. Early diagnosis of thrombosis in newborns. *Pediatrics*. 2010; 89 (1): 41–43. (In Russ.).
2. Kol'czova E. M., Balashova E. N., Panteleev M. A., Balandina A. M. Laboratory aspects of hemostasis in newborns. *Voprosy gematologii/onkologii i immunopatologii v pediatrii* = Issues of hematology/oncology and immunopathology in pediatrics. 2018; 17 (4): 100–113. doi: 10.24287/1726-1708-2018-17-4-100-113. (In Russ.).
3. Haritonova N. A., Beljaeva I. A., Svirin P. V., Evdokimova A. N. Practical aspects of nursing newborns with neonatal thrombosis. *Pediatricheskaja farmakologija* = *Pediatric pharmacology*. 2015; 12 (1): 92–96. doi: 10.15690/PF.V12I1.1254. (In Russ.).
4. Volodin N. N., Rojtmán E. V., Rumjancev A. G., Shnejder M. M. Thrombosis in newborns: pathogenesis, diagnosis, treatment. *Voprosy prakticheskoy pediatrii* = *Practical Pediatrics*. 2012; 7 (4): 34–43. (In Russ.).
5. Leonova E. Ju., Senjakin O. Ju. Features of the hemostatic system in newborns. *Ohrana materinstva i detstva* = *Protection of motherhood and childhood*. 2016; 2 (28): 76–81. (In Russ.).
6. Chalmers E. A. Neonatal thrombosis. *J. Clin. Pathol.* 2000; 53: 419–423. doi: 10.1136/jcp.53.6.419.
7. Nagel K., Tuckuviene R., Paes B., Chan A. K. Neonatal Aortic Thrombosis: A Comprehensive Review. *Klin Padiatr.* 2010; 222 (3): 134–139. doi: 10.1055/s-0030-1249662.
8. Wieland I., Thomas J., Seidemann K., Boehne M. Neonatal aortic arch thrombosis: analysis of thrombophilic risk factors and prognosis. *Cardiology in the Young*. 2014; 24 (1): 33–39. doi: 10.1017/S1047951112002077.
9. Lofland G. K., Russo P., Sethia B., de Leval M. Aortic thrombosis in neonates and infants. *Ann Surg.* 1988; 208 (6): 743–745. doi: 10.1097/00000658-198812000-00012.

10. Ting C. Yi., Yee Kong J., Yin Ong L., Yen Soh S. Aortic thrombus causing ischemic bowel mimicking as necrotizing enterocolitis in a premature neonate: A case report. *Journal of Pediatric Surgery Case Reports*. 2016; 4: 42–45. doi: 10.1016/j.epsc.2015.11.013.
11. Eyi E. G. Ya, Altuğ N. Aortic arch thrombosis associated with fetal cytomegalovirus viremia. *AJP Reports*. 2019; 9 (1): 23–26. doi: 10.1055/s-0038-1675631.
12. Klinger G., Hellmann J., Daneman A. Severe aortic thrombosis in the neonate-successful treatment with low-molecular-weight heparin: two case reports and review of the literature. *Amer J Perinatol*. 2000; 17 (3): 151–158. doi: 10.1055/s-2000-9975.
13. Morozova, N. Ya., Burov A. A., Dorofeeva E. I., Podurovskaya Yu. L., Degtyarev D. N. Thrombosis of the right atrium in a newborn: A favorable outcome. *Pediatric Hematology/Oncology and Immunopathology*. 2018; 17 (1): 87–92. doi: 10.24287/1726-1708-2018-17-1-87-92.
14. Morozova N. Ja. Burov A. A., Dorofeeva E. I., Podurovskaja Ju. L., Shpiljuk M. A., Filippova U. A., Pykov M. A., Vinogradova M. A., Svirin P. V., Degtyarev D. N. Experience in managing venous thrombosis in newborns: two clinical cases. *Neonatologiya: Novosti. Mneniya. Obuchenie = Neonatology: News. Opinions. Training*. 2017; 5 (2): 91–98. (In Russ.).
15. Zharkov P. A., Ershov N. M., Pshonkin A. V. Efficiency and safety of the use of low molecular weight heparins in children with right atrial thrombosis. *Tromboz, gemostaz i reologiya = Thrombosis, hemostasis and rheology*. 2018, 1 (73): 61–65. doi: 10.25555/THR.2018.1.0825. (In Russ.).
16. Shishko G. A., Ulezko E. A., Koval' S. N., Panov A. P., Shestakov P. P. Thrombosis in newborns. Clinical practice of thrombolysis. *Reproduktivnoe zdorov'e. Vostochnaya Evropa = Reproductive health. Eastern Europe*. 2012; 5 (23): 591–593. (In Russ.).
17. Bogović M., Papeš D., Mitar D., Smiljanić R., Sršen-Medančić S., Čavar S., Antabak A., Luetić T. Abdominal Aortic Thrombosis in a Healthy Neonate. *Annals of Vascular Surgery*. 2016; 32 (131): 7–9. doi: 10.1016/j.avsg.2015.10.014.
18. Lofù I., Mauro A. Di, Coste A. Di, Scalini E. Idiopathic neonatal aortic arch thrombosis: A case report. *EuroMediterranean Biomedical Journal*. 2015; 9 (5): doi: 10.1007/BF02763064.

Информация об авторах

О.В. Лебедева, доктор медицинских наук, доцент кафедры педиатрии и неонатологии, Астраханский государственный медицинский университет; заместитель главного врача, Клинический родильный дом имени Ю.А. Пасхаловой, Астрахань, Россия, e-mail: lebedevadoc@gmail.com.

Н.Р. Пименова, кандидат медицинских наук, доцент кафедры педиатрии и неонатологии, Астраханский государственный медицинский университет, Астрахань, Россия, e-mail: pimenova.nellya@yandex.ru.

С.В. Ибрагимов, заведующий отделением реанимации и анестезиологии, Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии, Астрахань, Россия, e-mail: ibragims1777@gmail.com.

Т.А. Чикина, кандидат медицинских наук, главный врач, Клинический родильный дом имени Ю.А. Пасхаловой, Астрахань, Россия, e-mail: krdneo@yandex.ru.

Information about the authors

O.V. Lebedeva, Dr. Sci. (Med.), Associate Professor of Department, Astrakhan State Medical University, Astrakhan, Russia, e-mail: lebedevadoc@gmail.com.

N.R. Pimenova, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of Department, Astrakhan State Medical University, Astrakhan, Russia, e-mail: pimenova.nellya@yandex.ru.

S.V. Ibragimov, Head of Department, Federal Center of Cardiovascular Surgery, Astrakhan, Russia, e-mail: ibragims1777@gmail.com.

T.A. Chikina, Cand. Sci. (Med.), Chief Physician, Clinical Maternity Hospital named after Yu.A. Paskhalova, Astrakhan, Russia, e-mail: krdneo@yandex.ru.*

* Статья поступила в редакцию 30.12.2022; одобрена после рецензирования 17.05.2023; принята к публикации 30.05.2023.

The article was submitted 30.12.2022; approved after reviewing 17.05.2023; accepted for publication 30.05.2023.

НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ

Научная статья

УДК 618.31

3.1.4. Акушерство и гинекология (медицинские науки)

doi: 10.29039/1992-6499-2023-2-126-131

ЭКТОПИЧЕСКАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ В РУБЦЕ НА МАТКЕ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

*Сергей Петрович Синчихин¹, Роман Владимирович Павлов^{1,2},
Ирина Валерьевна Телегина¹, Владислав Романович Павлов³

¹Астраханский государственный медицинский университет, Астрахань, Россия

²Городская клиническая больница № 3 им. С.М. Кирова, Астрахань, Россия

³Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия

Аннотация. Локализация плодного яйца в области послеоперационного рубца на матке рассматривается как вариант внематочной беременности с высоким риском материнской заболеваемости и смертности. Представлен клинический случай диагностики и лечения пациентки с эктопической беременностью в рубце на матке после кесарева сечения, осложненной маточным кровотечением. Рассмотрены особенности клинической картины, ультразвуковые критерии постановки диагноза, даны пояснения по выбору лечебной тактики в виде гистерэктомии с учетом состояния больной, изменения области послеоперационного рубца, сопутствующей гинекологической патологии и завершения детородной функции.

Ключевые слова: эктопическая беременность в рубце на матке после кесарева сечения, диагностика, лечение

Для цитирования: Синчихин С. П., Павлов Р. В., Телегина И. В., Павлов В. Р. Эктопическая беременность в рубце на матке после кесарева сечения // Астраханский медицинский журнал. 2023. Т. 18, № 2. С. 126–131. doi: 10.29039/1992-6499-2023-1-126-131.

OBSERVATIONS FROM PRACTICE

Original article

ECTOPIC PREGNANCY IN A UTERINE SCAR AFTER CAESAREAN SECTION

Sergey P. Sinchikhin¹, Roman V. Pavlov^{1,2}, Irina V. Telegina², Vladislav R. Pavlov³

¹Astrakhan State Medical University, Astrakhan, Russia

²Municipal Clinical Hospital No. 3 named after S.M. Kirov, Astrakhan, Russia

³Stavropol State Medical University, Stavropol, Russia

Abstract. The localization of the ovum in the postoperative scar on the uterus is considered as a variant of ectopic pregnancy with a high risk of maternal morbidity and mortality. A clinical case of diagnosis and treatment of a patient with ectopic pregnancy in the uterine scar after caesarean section, complicated by uterine bleeding, is described in the article. The clinical features and ultrasound diagnostic criteria are provided. Justification of the treatment tactics with hysterectomy is provided, taking into account the status of the patient, changes in the postoperative uterine scar, concomitant gynecological pathology and willingness of the patient to accomplish the childbearing function.

Keywords: ectopic pregnancy in a scar on the uterus after caesarean section, diagnosis, treatment

For citation: Sinchikhin S. P., Pavlov R. V., Telegina I. V., Pavlov V. R. Ectopic pregnancy in the uterine scar after caesarean section. Astrakhan Medical Journal. 2023; 18 (2): 126–131. doi: 10.29039/1992-6499-2023-2-126-131. (In Russ.).

* © Синчихин С.П., Павлов Р.В., Телегина И.В., Павлов В.Р. 2023

Введение. Увеличение числа операций кесарева сечения, наблюдаемое как в России, так и в других странах мира, оказывает неблагоприятное влияние на частоту осложнений, ассоциированных с этим методом родоразрешения [1].

Сегодня принято считать, что беременность в рубце на матке после операции кесарева сечения относится к варианту внематочной беременности, при которой имплантация бластоцисты происходит в послеоперационный рубец [2, 3]. Сообщается, что прогрессирование беременности в рубце на матке после операции кесарева сечения встречается с частотой 1 случай на 2 000 беременностей [2, 3]. Вместе с тем в структуре эктопической беременности указанная локализация плодного яйца составляет 6 % [2, 3].

Белорусские коллеги приводят данные о том, что 1/3 всех беременностей в послеоперационном рубце на матке прерывается в первом гестационном триместре. При этом в последующем, при сохранении беременности в области рубца на матке, могут наблюдаться такие осложнения, как плотное приращение или истинное приращение плаценты, а также гистопатические разрывы матки [2].

Несмотря на относительно низкую частоту встречаемости указанной акушерско-гинекологической патологии, данный вариант эктопической беременности характеризуется высокой частотой неблагоприятных исходов [3–5].

В основе патогенеза формирования после операции кесарева сечения эктопической беременности в рубце на матке лежат морфологические дефекты вследствие нарушения репаративных процессов, снижения васкуляризации и формирования грубой рубцовой ткани [6].

В зависимости от глубины проникновения хориальной ткани зарубежные исследователи выделяют следующие морфологические варианты беременности в послеоперационном рубце на матке: эндогенный вариант, когда происходит прогрессирование беременности в толще ткани матки, а также экзогенный вариант, когда наблюдается глубокая инвазия в сторону мочевого пузыря и кишечника, другое пространство брюшной полости [7]. При этом авторы указывают, что у 70 % пациенток требуется проведение расширенного объема операции в виде гистерэктомии ввиду развития массивного маточного или внутрибрюшного кровотечения [7].

Вместе с тем диагностика беременности в деформированном рубце на матке в ранние гестационные сроки до периода глубокой инвазии трофобласта в миометрий позволяет успешно провести метропластику [8]. Однако одновременно с этим указано, что у 17 % пациенток, которым ранее выполнялась метропластика, повторно наблюдается развитие данного осложнения [9].

Особую группу высокого риска по возникновению эктопической беременности в послеоперационном рубце на матке формируют беременные, имеющие в анамнезе: выскабливание слизистой матки в сочетании с абдоминальным родоразрешением, перенесенное послеродовое гнойно-воспалительное заболевание в сочетании с инструментальным абортом, а также две и более операции кесарева сечения [10–13].

Ультразвуковое исследование является достаточно информативным для диагностики внематочной беременности, в том числе и ее редких вариантов, например, в рубце на матке [2–4].

Сонографическими признаками неблагоприятного развития беременности в толще послеоперационного рубца являются: отсутствие плодного яйца в полости матки и истончение (менее 5 мм) передней стенки матки, отсутствие слоя миометрия между плодным яйцом и мочевым пузырем; регистрация наиболее выраженного трофобластического кровотока вокруг гестационного мешка; выбухание места локализации плодного яйца кнаружи от внешних контуров матки; признаки аномального утолщения хориона в сочетании с интенсивным кровотоком по типу артериовенозного [8, 11].

В клинической работе некоторые коллеги могут недооценивать клинико-инструментальные данные и ошибочно принять развитие осложнений, связанных с развитием беременности в послеоперационном рубце на матке, за самопроизвольный выкидыш, шеечную беременность, аномальное маточное кровотечение. Безусловно, неточность в диагностике может привести к выбору неверной лечебной тактики и развитию тяжелых осложнений у данной категории пациенток.

В ряде работ было отмечено, что частота ошибок при диагностике беременности в рубце на матке может составлять 60–70 % [2–4]. Именно поэтому считаем важным представить следующий клинический случай эктопической беременности в рубце на матке после операции кесарева сечения.

Клинический случай. Пациентка Т., в возрасте 40 лет, была доставлена машиной скорой медицинской помощи в гинекологическое отделение многопрофильной больницы. При поступлении предъявляла жалобы на кровянистые выделения из половых путей и умеренную боль внизу живота.

Из анамнеза было известно, что в течение 10 лет пациентка находится на учете у фтизиатра и получает специфическое лечение по поводу инфильтративного туберкулеза правого легкого без бактериовыделения.

Кроме того, при поступлении пациентка сообщила, что является беременной. При этом настоящая беременность наступила спонтанно, при длительно предшествующем нарушении менструального

цикла. Беременность для женщины являлась незапланированной и нежеланной, прегравидарное обследование и подготовка не проводились, на диспансерном учете по беременности не состояла. По счету данная беременность для пациентки была четвертой. Предыдущие две беременности завершались абдоминальным родоразрешением. Кроме того, одна из предыдущих беременностей была замершей, а потому проводилось ее индуцированное прерывание с последующим хирургическим выскабливанием стенок матки, после чего постабортный период осложнился метроэндометритом. Комплексная консервативная терапия постабортного заболевания была эффективной, однако в последующем сформировался хронический эндометрит и сальпингит, что требовало периодического лечения.

До периода поступления в стационар абдоминальный болевой синдром и умеренные кровянистые выделения из половых путей беспокоили пациентку уже в течение 4 дней, но за медицинской помощью больная не обращалась. В день госпитализации она стала отмечать усиление болевого синдрома и влагалищных кровянистых выделений, в связи с чем вызвала бригаду скорой медицинской помощи.

На момент госпитализации состояние пациентки расценивалось как средней степени тяжести, однако гемодинамические показатели были стабильными, пальпация живота безболезненна, перитонеальных симптомов не наблюдалось. По данным гинекологического обследования, матка была мягкой консистенции, подвижная, умеренно болезненная при пальпации в области перешейка, размеры матки соответствовали 8 неделям беременности; шейка матки была плотной консистенции, но с открытым наружным зевом. Отмечались умеренные темные кровянистые маточные выделения.

По данным ультразвукового исследования: размеры матки – $78 \times 65 \times 80$ мм; в области истончения послеоперационного рубца на матке визуализировалась хориальная ткань с неоднородной внутренней структурой и жидкостными зонами. Плодное яйцо с эмбрионом без регистрации сердцебиения, имело размеры, соответствующие 7–8 неделям гестационного периода, располагалось преимущественно в «нише» рубца на матке.

По данным общего анализа крови была диагностирована железодефицитная анемия с уровнем гемоглобина 88 г/л.

С учетом данных клинического и гинекологического осмотра, а также ультразвукового и лабораторного исследований был поставлен предварительный диагноз: «Беременность в области рубца на матке после операции кесарева сечения. Анемия средней степени тяжести».

Срочно был проведен врачебный консилиум с привлечением сотрудников Астраханского ГМУ.

По данным литературы было известно, что при инструментальном удалении плодного яйца из патологического плодместилища («ниши») на матке существует очень высокий риск перфорации ее стенки и возникновения угрожающего жизни кровотечения [2, 3, 9].

Кроме того, не было полной уверенности в том, что при внутриматочном хирургическом вмешательстве возникнут условия для удаления всего хориона из-за глубокого его врастания в стенку матки и фиброзную ткань рубца. При этом существовал риск того, что сохранение остатков хориональной ткани может привести в последующем к формированию полипа или к развитию трофобластической болезни. Поэтому было принято решение отказаться от внутриматочного вмешательства, а использовать другие подходы к лечению.

Наряду с перечисленным, было важно установить степень вовлеченности в патологический процесс соседних с маткой органов малого таза, а также учитывать репродуктивные планы пациентки.

С больной была проведена беседа, в ходе которой она была информирована о предварительном диагнозе и возможных вариантах хирургического лечения, таких как проведение метропластики и выполнение гистерэктомии. Пациентка высказала согласие на более радикальный вариант хирургического лечения, учитывая завершение детородной функции и наличие гинекологической патологии (хроническое воспаление матки и придатков, нарушение менструального цикла).

С учетом нарастания объема кровопотери при наружном маточном кровотечении (до 800 мл) через 30 минут от момента госпитализации была проведена диагностическая лапароскопия, которая позволила подтвердить диагноз эктопической беременности в послеоперационном рубце на матке, а также установить отсутствие распространения патологического процесса за пределы матки. В частности, было обнаружено, что на передней стенке матки в области перешейка имелось грыжевое выпячивание диаметром 6 см, синюшного цвета, с гладкой наружной поверхностью. Визуализировались также участки инвазии хориона в серозную оболочку без перехода в ретроперитонеальную клетчатку. Хирургический этап лечения был завершён лапаротомией и выполнением экстирпации матки с маточными трубами (рис. 1 и 2).



Рис. 1. «Внешний вид» интраоперационно удаленной матки с видимым грыжевым выпячиванием в области перешейка
Fig. 1. "Appearance" of the intraoperatively removed uterus with visible hernial protrusion in the isthmus

При осмотре внутренней части удаленной матки установлено, что стенка грыжевого выпячивания была представлена серозной оболочкой матки и фиброзной тканью без миометрия, а грыжевой мешок содержал хориальную ткань и сгустки крови (рис. 2). По данным морфологического исследования выявлена инвазия трофобласта в истонченную стенку матки до серозного покрова, с кровоизлияниями и лейкоцитарной инфильтрацией.



Рис. 2. Вид с внутренней стороны матки, при котором виден патологический дефект области рубца с тканью трофобласта
Fig. 2. View from the inside of the uterus, in which a pathological defect of the scar area with trophoblast tissue is visible

В послеоперационном периоде произведена реинфузия аутологичных эритроцитов в объеме 200 мл, а также реализована антибактериальная, противоанемическая и симптоматическая терапия. Послеоперационный период протекал без осложнений.

Пациентка была выписана на 7 сутки после операции в удовлетворительном состоянии под наблюдение врача женской консультации.

Заключение. Выбор лечения эктопической беременности в послеоперационном рубце на матке в современных условиях может быть разным и определяется общим состоянием пациентки, urgenностью хирургического вмешательства, вовлечением в патологический процесс смежных органов, техническими возможностями лечебного учреждения, а также возрастом и репродуктивными планами женщины.

Учитывая интраоперационные данные и результаты гистологического исследования, отказ от инструментального удаления плодного яйца в рассматриваемом клиническом случае был абсолютно правильным, так как внутриматочное вмешательство неминуемо могло привести к повреждению истонченной стенки матки с последующим внутрибрюшным кровотечением и к возможной

механической травме смежных органов брюшной полости.

Относительно быстрое восстановление физического состояния больной после операции свидетельствовало о своевременности хирургического вмешательства и эффективности послеоперационной консервативной терапии, а также о хороших адаптационных возможностях пациентки. Авторы надеются, что данная статья поможет коллегам принять быстрое и правильное решение с благоприятным исходом при близкой к представленной клинической ситуации.

Раскрытие информации. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Disclosure. The authors declare that they have no competing interests.

Вклад авторов. Авторы декларируют соответствие своего авторства международным критериям ICMJE. Авторы в равной степени участвовали в подготовке публикации: разработка концепции статьи, получение и анализ фактических данных, написание и редактирование текста статьи, проверка и утверждение текста статьи.

Authors' contribution. The authors declare the compliance of their authorship according to the international ICMJE criteria. Authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work.

Источник финансирования. Авторы декларируют об отсутствии внешнего финансирования для проведения исследования и публикации статьи.

Funding source. The authors declare that there is no external funding for the exploration and analysis work.

Список источников

1. Сарбасова А. Е., Синчихин С. П., Мамиев О. Б., Джуманова З. Д., Карнаух М. М. Кесарево сечение в современном акушерстве : эпидемиология, значение для акушерской и перинатальной патологии, осложнения // Астраханский медицинский журнал. 2016. Т. 11, № 2. С. 57–64.
2. Дядичкина О. В., Гладышева Т. Н., Трусило И. Б. Эктопическая беременность в рубце на матке после кесарева сечения // Охрана материнства и детства. 2021. Т. 38, № 2. С. 89–92.
3. Сонова М. М., Гашенко В. О. Эктопическая беременность в рубце на матке после кесарева сечения // Проблемы репродукции. 2018. Т. 24, № 1. С. 42–47.
4. Филиппов О. С., Гусева Е. В. Материнская смертность в Российской Федерации в 2019 г. // Проблемы репродукции. 2020. Т. 26, № 6–2. С. 8–26.
5. Башкина О. А., Сомова Е. И., Рубальский О. В., Алешкин В. А., Афанасьев С. С. Этиология вторичных лимфаденопатий у детей // Инфекционные болезни. 2003. Т. 1, № 1. С. 75–79.
6. Gonzalez N., Tulandi T. Cesarean scar pregnancy: a systematic review // Journal of minimally invasive gynecology. 2017. Т. 24, no. 5. С. 731–738.
7. Cali G., Timor-Trisch I.E., Palacios-Jaraquemada J., Monteagudo A, Buca D, Forlani F, Familiari A, Scambia G, Acharya G, D'Antonio F. Outcome of Cesarean scar pregnancy managed expectantly : systematic review and meta-analysis // Ultrasound Obstet Gynecol. 2018. Vol. 51, no. 2. P.169–175.
8. Anant M., Paswan A., Jyoti C. Cesarean Scar Ectopic Pregnancy : The Lurking Danger in Post Cesarean Failed Medical Abortion // Journal of Family and Reproductive Health. 2019. Vol. 13, no. 4. P. 223–227.
9. Сидоренко В. Н., Шкроб М. А., Подрезенко Е. Ф., Табакова И. А., Ладутько Л. С., Гомлякова М. Ю., Новик М. Н. Эктопическая беременность в рубце на матке после операции кесарева сечения // Медицинский журнал. 2017. № 2 (60). С. 134–140.
10. Hoffman T., Lin J. Cesarean Scar Ectopic Pregnancy: Diagnosis with Ultrasound // Clin. Pract. Cases. Emerg. Medicine. 2020. Vol. 4, no. 1. P. 65–68.
11. Morlando M., Buca D., Timor-Trisch I., Cali G., Palacios-Jaraquemada J., Monteagudo A., Khalil A., Cennamo C., La Manna V., Liberati M., D'Amico A., Nappi L., Colacurci N., D'Antonio F. Reproductive outcome after cesarean scar pregnancy : A systematic review and meta-analysis // Acta Obstet. Gynecol. Scandinavica. 2020. Vol. 99, no. 10. P. 1278–1289.
12. Lakshmy R. S., Nity R., Meenakshi R. Pitfalls in Ultrasound Diagnosis of Cesarean Scar Pregnancy // J. Obstet. Gynaecol. India. 2018. Vol. 68, no. 3. P. 164–172.
13. Давыдов А. И., Кузьмина Т. Е., Рубина Е. В., Шахламова М. Н. Возможности современной эхографии в диагностике внематочной беременности различной локализации // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2015. Т. 14, № 6. С. 69–78.

References

1. Sarbasova A. E., Sinchikhin S. P., Mamiev O. B., Dzhumanova Z. D., Karnaukh M. M. Cesarean section in modern obstetrics: epidemiology, significance for obstetric and perinatal pathology, complications. Astrakhan Medical Journal. 2016. 11 (2): 57–64. (In Russ.).
2. Dyadichkina O. V., Gladysheva T. N., Trusilo I. B. Ectopic pregnancy in the uterine scar after caesarean section. Health of motherhood and childhood. 2021; 38 (2): 89–92. (In Russ.).

3. Sonova M. M., Gashenko V. O. Ectopic pregnancy in the uterine scar after caesarean section. Problems of reproduction. 2018; 24 (1): 42–47. (In Russ.).
4. Filippov O. S., Guseva E. V. Maternal mortality in the Russian Federation in 2019. Problems of reproduction. 2020; 26 (6-2): 8–26. (In Russ.).
5. Bashkina O. A., Somova E. I., Rubalsky O. V., Aleshkin V. A., Afanasiev S. S. Etiology of secondary lymphadenopathies in children. Infectious Diseases. 2003. 1 (1): 75–79. (In Russ.).
6. Gonzalez N., Tulandi T. Cesarean scar pregnancy: a systematic review. Journal of minimally invasive gynecology. 2017; 24 (5): 731–738.
7. Cali G., Timor-Trisch I.E., Palacios-Jaraquemada J., Monteagudo A., Buca D., Forlani F., Familiari A., Scambia G., Acharya G, D'Antonio F. Outcome of Cesarean scar pregnancy managed expectantly: systematic review and metaanalysis. Ultrasound Obstet Gynecol 2018; 51 (2): 169–175.
8. Anant M., Paswan A., Jyoti C. Cesarean Scar Ectopic Pregnancy: The Lurking Danger in Post Cesarean Failed Medical Abortion. Journal of Family and Reproductive Health. 2019; 13 (4):223–227.
9. Sidorenko V. N., Shkrob M. A., Podrezenko E. F., Tabakova I. A., Ladut'ko L. S., Gomlyakova M. Yu., Novik M. N. Ectopic pregnancy in the uterine scar after caesarean section. Medical Journal. 2017; (2 (60)): 134–140. (In Russ.).
10. Hoffman T., Lin J. Cesarean Scar Ectopic Pregnancy: Diagnosis with Ultrasound. Clin. Pract. Cases Emerg. Medicine. 2020; 4 (1): 65–68.
11. Morlando M., Buca D., Timor-Tritsch I., Cali G., Palacios-Jaraquemada J., Monteagudo A., Khalil A., Cennamo C, La Manna V, Liberati M, D'Amico A, Nappi L, Colacurci N, D'Antonio F. Reproductive outcome after cesarean scar pregnancy: A systematic review and metaanalysis. Acta Obstet Gynecol Scandinavica. 2020; 99 (10): 1278–1289.
12. Lakshmy R. S., Nity R., Meenakshi R. Pitfalls in Ultrasound Diagnosis of Cesarean Scar Pregnancy. J. Obstet. Gynaecol. India. 2018; 68 (3): 164–172.
13. Davydov A. I., Kuzmina T. E., Rubina E. V., Shakhlamova M. N. Possibilities of modern echography in the diagnosis of ectopic pregnancy of various localization. Issues of gynecology, obstetrics and perinatology. 2015; 14 (6): 69–78. (In Russ.).

Информация об авторах

С.П. Синчихин, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии лечебного факультета, Астраханский государственный медицинский университет, Астрахань, Россия, e-mail: doc_sinchihin@mail.ru.

Р.В. Павлов, доктор медицинских наук, заведующий гинекологическим отделением, Городская клиническая больница № 3 им. С.М. Кирова; доцент кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета с курсом последипломного образования, Астраханский государственный медицинский университет, Астрахань, Россия, e-mail: rwpavlov@mail.ru.

И.В. Телегина, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета, Астраханский государственный медицинский университет, Астрахань, Россия, e-mail: ivtelegina@yandex.ru.

В.Р. Павлов, студент, Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия, e-mail: rwpavlov@mail.ru.

Information about the authors

S.P. Sinchikhin, Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of Department, Astrakhan State Medical University, Astrakhan, Russia, e-mail: doc_sinchihin@mail.ru.

R.V. Pavlov, Dr. Sci. (Med.), Head of the Gynecological Department, Municipal Clinical Hospital No. 3 named after S.M. Kirov; Associate Professor of Department, Astrakhan State Medical University, Astrakhan, Russia, e-mail: rwpavlov@mail.ru.

I.V. Telegina, Cand. Sci. (Med.), Assistant, Astrakhan State Medical University, Astrakhan, Russia, e-mail: ivtelegina@yandex.ru.

V.R. Pavlov, student, Stavropol State Medical University, Stavropol, Russia, e-mail: rwpavlov@mail.ru.*

* Статья поступила в редакцию 05.05.2023; одобрена после рецензирования 08.06.2023; принята к публикации 23.06.2023.

The article was submitted 05.05.2023; approved after reviewing 08.06.2023; accepted for publication 23.06.2023.