

ОСОБЕННОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ВЕДЕНИИ ПАЦИЕНТОК С БЕРЕМЕННОСТЬЮ В РУБЦЕ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Макухина Т.Б., Поморцев А.В.

Представлены два клинических наблюдения пациенток с беременностью в рубце после кесарева сечения. Проанализированы особенности ультразвуковой эхо-семиотики и тактики лечения. С учетом данных мировой литературы выработаны рекомендации по оптимизации лечебной тактики, которая предполагает местное введение метотрексата под контролем эхографии с последующим ультразвуковым и биохимическим мониторингом. Предложено внесение дополнительной подрубрики в классификацию эктопической беременности.

Ключевые слова: беременность в рубце после кесарева сечения, ультразвуковое исследование, метотрексат.

ГБОУ ВПО Кубанский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития России.
Кафедра лучевой диагностики.
Кубань, Россия.

PECULIARITIES OF ULTRASOUND DIAGNOSTICS AND TREATMENT TACTICS IN PATIENTS WITH CESAREAN SCAR PREGNANCY

Makukhina T. B., Pomortsev A. V.

Two clinical observations of patients with cesarean scar pregnancy were introduced. The peculiarities of ultrasound echo-semiotics and treatment tactics were analyzed. Taking into account international research data recommendations for treatment optimization were suggested, including local injection of methotrexate under sonographic control with subsequent ultrasound and biochemical monitoring. Introduction of a new paragraph in ectopic pregnancy classification was suggested.

Kuban State Medical University.
Department of Radiology.
Kuban, Russia

Keywords: cesarean scar pregnancy, ultrasound examination, methotrexate.

Рост частоты кесарева сечения (КС) во многих странах мира является одной из актуальных проблем современной системы здравоохранения [1, 2]. Данные литературы свидетельствуют, что улучшение неонатальных показателей достигается при частоте КС \approx 10% на популяционном уровне [3, 4, 5]. 15% – общеизвестный верхний лимит частоты КС на популяционном уровне был рекомендован ВОЗ в 1985. Многочисленными исследованиями доказаны, что лучшие исходы для матерей и новорожденных достигаются при частоте КС от 5% до 10%.

Анализ официальных данных из 137 стран, охватывающий 95% родов за год во всем мире (всего 192 стран) показал, что ежегодно в мире около 18,5 млн. родов происходит операцией КС. Из 137 стран частота КС: <10% в 40% стран; между 10-15% в 10% стран; >15% в 50% стран [3]. Динамика роста частоты КС в США по данным Центра контроля и профилактики

заболеваний [6] составила + 71% с 1996 года. Согласно по данным ЦНИИОИЗ Росздрава частота КС, начиная с 1991 года, растет, и в настоящее время достигла 21% [7]. Частота повторных КС: в США – 91%, в России – до 90%. Повсеместное повышение частоты КС привело к увеличению количества популяций женщин с рубцом на матке.

Актуальность проблемы: Число осложнений при беременностях, наступивших у пациенток с КС в анамнезе, увеличивается с ростом числа КС экспоненциально. В структуре этих осложнений присутствуют: патология прикрепления плаценты (плотное прикрепление, приращение, вращение); артерио-венозные мальформации («немые» разрывы); эктопическая беременность (беременность в рубце после кесарева сечения). Частота беременностей в рубце составляет 1 на 2000-2500 КС.

Однако в классификации МКБ X пересмотра отсутствует подрубрика «беременность в

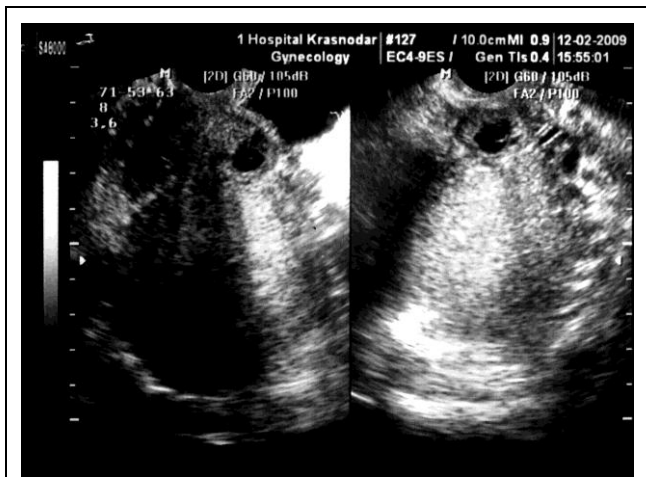


Рис. 1. УЗИ.

Беременность 5 недель в рубце после КС.

рубце после кесарева сечения». Это приводит к терминологическим неточностям врачей ультразвуковой диагностики и акушеров-гинекологов, следствием чего могут быть тактические ошибки, порой оканчивающиеся для пациенток достаточно печально. Отсутствие единого термина для данной локализации плодного яйца (плодное яйцо располагается в полости матки, и данная беременность анатомически не является внематочной), приводит к тому, что не выработана единая тактика ведения данных пациенток. Ряд специалистов полагает, что беременность в рубце может «соскользнуть», «сместиться» в полость матки. Другие убеждены, что требуется КС. Некоторые акушеры-гинекологи рассматривают данную локализацию как вариант шейчной беременности и настаивают на гистерэктомии.

Опасностью данной локализации плодного яйца является, прежде всего, риск профузного кровотечения уже в первом триместре

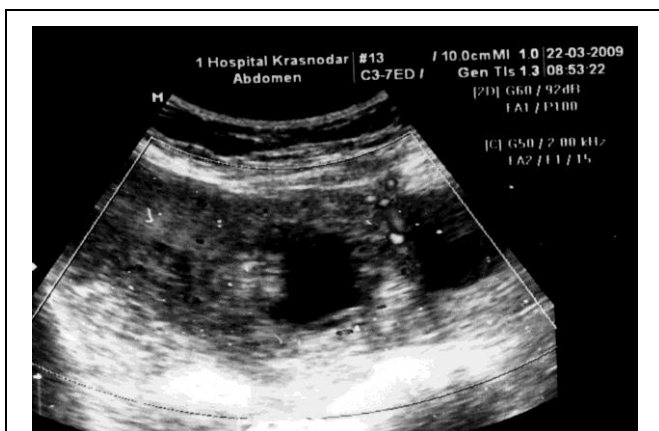


Рис. 2. УЗИ.

Беременность 10 недель в рубце после КС с инвазией хориона в стенку мочевого пузыря.

беременности, угрожающего не только сохранению детородной функции женщины, но представляющего угрозу её жизни. Именно поэтому, нам представляется актуальным рассмотрение вопросов терминологии, диагностики и ведения пациенток с беременностью в рубце после КС.

Материалы и методы.

Мы располагаем двумя собственными наблюдениями за пациентками с беременностью в рубце после КС.

Наблюдение 1.

Пациентка Н., 40 лет впервые обратилась к гинекологу при сроке беременности 5-6 недель. В ультразвуковом исследовании (УЗИ) описано плодное яйцо средним внутренним диаметром (СВД) 8 мм, расположенное в области рубца после КС с желточным мешком 3,6 мм диаметром кольцевидной формы, отмечена близость плодного яйца к передней поверхности наружного контура тела матки (см. рис. 1). В заключительной части УЗИ: «Маточная беременность малого срока, расположенная в области рубца после кесарева сечения». Гинекологом была дана рекомендация по сохранению данной беременности. Повторно пациентка обратилась спустя 1,5 месяца с жалобами на кровянистые выделения из половых путей. По данным повторного УЗИ диагностирована прогрессирующая беременность в рубце после КС. В режиме цветного доплеровского картирования (ЦДК) отмечалась обильная васкуляризация зоны без четких контуров в интимно прилежащих друг к другу передней стенке тела матки и задней стенки мочевого пузыря, что расценено как прорастание хорионом стенки тела матки с инвазией в заднюю стенку мочевого пузыря (см. рис. 2). Пациентке по экстренным показаниям было произведено оперативное вмешательство в объеме тотальной гистерэктомии с иссечением участка задней стенки мочевого пузыря.

Наблюдение 2.

Пациентка К., 28 лет обратилась к гинекологу с жалобами на выделения крови из половых путей на фоне задержки менструации. По данным УЗИ диагностирована беременность сроком 5-6 недель в области рубца после КС, гематометра большого объема (значительно превышавшая размеры плодного яйца) (см. рис. 3). Был выставлен клинический диагноз: «Начавшийся самопроизвольный аборт в сроке 5-6 недель при локализации беременности в рубце после кесарева сечения». С целью гемостаза по экстренным показаниям произведено выскабливание полости матки. Спустя 3 недели пациентка обратилась к гинекологу повторно с жалобами на продолжающиеся выделения крови из половых путей. Уровень β-ХГЧ в сыворотке крови составил 312 мМЕ\мл. При ультразвуковом исследовании в нижней трети передней

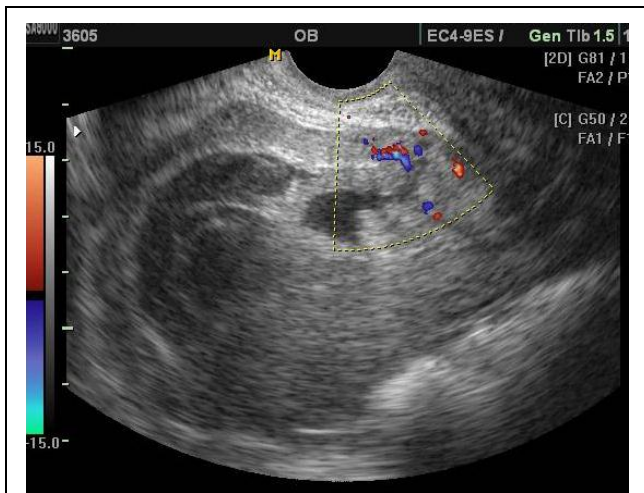


Рис. 3. УЗИ.

Беременность 5-6 недель в рубце после КС, гематометра.

стенки тела матки в проекции рубца после КС лоцировалось очаговое образование неоднородной структуры с обильной васкуляризацией до 20 мм диаметром, выполняющее всю толщу миометрия (см. рис. 4). Был выставлен диагноз: «Персистенция хориона в рубце после кесарева сечения». Под УЗ-контролем (вагинальный датчик 6,5 МГц, сканер «Лоджик-100», игла 18 G) в персистирующий хорион было введено 25 мг метотрексата. Спустя две недели уровень β -ХГЧ в сыворотке крови составил менее 1 мМЕ\мл, по данным УЗИ очаговых образований в матке не определено (см. рис. 5).

Обсуждение.

К настоящему времени в литературе описано 645 случаев беременностей в рубце после КС. 52% пациенток (более половины) имеют лишь одно КС в анамнезе [8].

Чувствительность трансвагинальной эхографии в диагностике составляет 84,6%. К ультразвуковым критериям локализации беременности в рубце после КС относятся:

- отсутствие частей плода в полости матки/или в шейке матки;
- треугольная форма плодного яйца;
- близость плодного яйца к передней поверхности матки и мочевому пузырю.

При сравнении всех описанных в литературе случаев беременности в рубце после КС [8] установлено, что в 89 случаях (20,1%) диагноз был пропущен. Наиболее частыми ошибками были следующие заключения: «маточная беременность»; «аборт в ходу»; «шеечная беременность».

В большинстве случаев при установлении данного диагноза производилось выскабливание полости матки со следующими результатами:

- массивное кровотечение (немедленное, либо

отсроченное);

- экстренные операции: гемотрансфузии, эмболизация маточных артерий, гистерэктомии
- формирование артерио-венозной мальформации

Осложнения имели место в 275 случаях (42,6%).

Из сравнительного анализа различных методов лечения данной патологии следует, что наименьшее число осложнений сопровождает местное введение метотрексата в плодное яйцо под контролем транвагинальной эхографии (25 мг), возможно сочетание с системным введением метотрексата (50 мг).

Данный метод лечения требует дальнейшего мониторинга, включающего: контроль сыровоточного уровня β -ХГЧ в сыворотке крови, ультразвуковой мониторинг объема плодного яйца и степени васкуляризации плодного яйца до излечения.

Как видно из представленных выше клинических примеров, несмотря на описание атипичной локализации плодного яйца в прото-

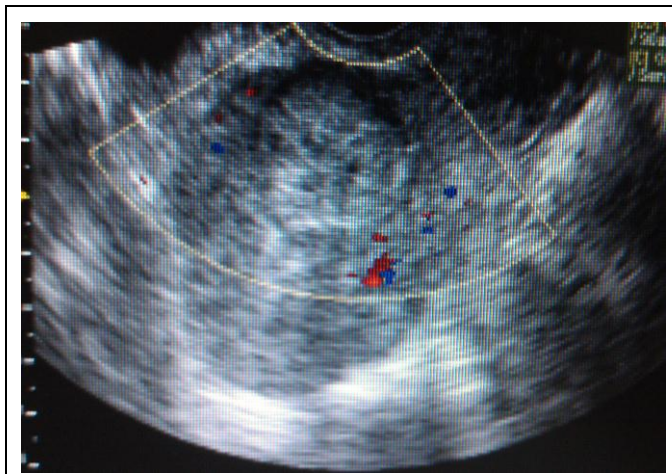


Рис. 4. УЗИ.

Персистенция хориона в рубце после КС спустя 3 недели после выскабливания полости матки. Исследование выполнено на портативном сканере.

колах УЗИ, не был выставлен диагноз эктопической беременности. Пациентки получили неадекватный объем медицинской помощи при первичном обращении. В результате в первом случае итогом стала радикальная операция с ранением смежных тазовых органов и с утратой детородной функции. Во втором случае потребовалась повторная госпитализация для локального введения метотрексата. По данным Timor-Tritsch [2012] после локальной терапии метотрексатом отмечается «плато» (либо прирост) концентрации β -ХГЧ, а по данным эхографии возможно некоторое увеличение СВД плодного яйца и степени васкуляризации хориона (при использовании трехмерной эхографии) в ближайшие дни после манипуляции. В нашем наблюдении имело место быстрое снижение

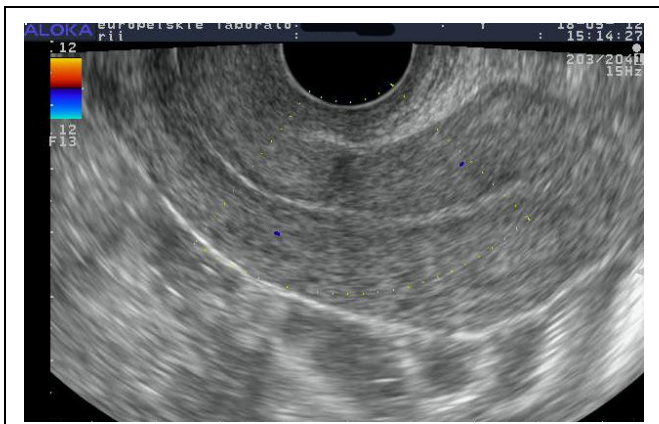


Рис. 5. УЗИ.

Спустя 3 недели после локальной инъекции метотрексата. Зона рубца после КС в В- и ЦДК-режимах интактна.

уровня β -ХГЧ до подпороговых значений. Спустя уже 2 недели после локального введения метотрексата в области рубца патологические включения не лоцировались как при серошкальной трансвагинальной эхографии, так и в режиме ЦДК. Возможно, это связано с низким исходным уровнем β -ХГЧ перед локальной метикаментозной терапией.

С увеличением числа КС, в том числе повторных, следует ожидать роста числа пациенток с данным осложнением беременности. Необходима выработка стандартов диагностики и единой тактики ведения данной категории

больных.

Заключение.

По нашему мнению, при установлении диагноза беременности в рубце после кесарева сечения необходимо использовать термин «эктопическая беременность», который отражает сущность патологической локализации плодного яйца и определяет тактику ведения данной пациентки. Возможно, следует рассмотреть целесообразность введения дополнительной подрубрики в классификацию эктопической беременности в связи с высоким риском осложнений и особенностями лечебной тактики при данной локализации плодного яйца.

При установлении диагноза «беременность в рубце после кесарева сечения» с учетом мирового опыта следует применять наиболее эффективный метод лечения с наименьшим числом осложнений – местное введение метотрексата (возможно в сочетании с системным). Мониторинг пациенток после введения метотрексата, помимо контроля снижения сыровоточного уровня β -ХГЧ, должен включать УЗИ с определением объема плодного яйца и степени его васкуляризации для своевременной диагностики возможных осложнений.

При выписке пациенток после операции КС из родильного дома следует рекомендовать при последующих беременностях раннюю эхографию (в 6-7 недель) для своевременной диагностики возможной эктопической nidации плодного яйца в области рубца.

Таблица №1. Число осложнений при различных методах лечения беременности в рубце после кесарева сечения [8].

Метод лечения	n пациенток	n осложнений	% осложнений
Дилатация цервикального канала с последующим выскабливанием полости матки	223	131	58,7
Эмболизация маточных артерий	49	29	59,1
Системное введение метотрексата	82	53	64,6
Гистероскопия с выскабливанием полости матки	107	20	18,7
Местное введение метотрексата / хлорида калия под УЗ-контролем	80	8	10

Список литературы:

1. De Brouwere V, Dubourg D, Richard F, Van Lerberghe W. Need for caesarean sections in west Africa. *Lancet*. 2002 Mar 16;359(9310):974-5.
2. Ronsmans C, De Brouwere V, Dubourg D, Dieltiens G. Measuring the need for life-saving obstetric surgery in developing countries. *BJOG*. 2004 Oct;111(10):1027-30.
3. Gibbons L., Belizan JM, Lauer JA, Betran AP, Merialdi M, Althabe F/. 2010 The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed per Year: Overuse as a Barrier to Universal Coverage. *World Health Report*, 2010.
4. Althabe F, Sosa C, Belizán JM, Gibbons L, Jacquerioz F, Bergel E. Cesarean section rates and maternal and neonatal mortality in low-, medium-, and high-income countries: an ecological study. *Birth*. 2006 Dec;33(4):270-7.
5. Betrán AP, Merialdi M, Lauer JA, Bing-Shun W, Thomas J, Van Look P, Wagner M. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2007 Mar;21(2):98-113.
6. Menacker F, Hamilton BE, Recent Trends in Cesarean Deliv-

ery in the United States NCHS Data Brief, N 35, March 2010.

7. Суханова Л.П. «Кадровая политика в акушерско-гинекологической службе» ЦНИИ ОИЗ, 2010, материалы сайта www.mednet.ru.

8. Timor-Tritsch IE., Local and systemic methotrexate injection may be the preferred treatment of cesarean section scar preg-

nancies: experience of 16 cases. Sept. 2011, XXI Congress ISUOG, Los-Angeles, USA.

9. Timor-Tritsch IE, Monteagudo A, Santos R, Tsymbal T, Pineda G, Arslan AA. The diagnosis, treatment, and follow-up of cesarean scar pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2012. Jul;207(1):44.e1-44.e13. Epub 2012 Apr 16.