

М.Е. ЩЕПЕЛЕВ, Т.В. ДЕРИПАСКО, А.А. СИДОРОВА, Е.Г. ДРАНДРОВА,
Е.В. МОСКВИЧЕВ, Т.Ю. ЛЕОНТЬЕВА, Д.А. АФАНАСЬЕВ

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ В РУБЦЕ НА МАТКЕ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Ключевые слова: беременность в рубце на матке, эктопическая беременность, кесарево сечение, неразвивающаяся беременность.

За последние двадцать пять лет средний возраст женщины на момент рождения первого ребенка во всём мире заметно вырос. Так, в России в настоящее время женщины начинают реализовывать репродуктивную функцию в среднем в 26–35 лет. Это приводит к тому, что акушеры-гинекологи в своей практике всё чаще сталкиваются с беременностью и родами, осложненными рубцом на матке после предыдущего кесарева сечения или миомэктомии. Формирование рубца на матке после любого вмешательства влечет за собой вероятность возникновения отдаленных осложнений, таких как разрыв матки по рубцу и беременность в рубце на матке. Согласно последним клиническим рекомендациям по внематочной беременности беременность в рубце на матке добавлена в анатомическую классификацию эктопических беременностей. В статье описан клинический случай неразвивающейся беременности в рубце на матке после кесарева сечения, показана трудность своевременной диагностики такой беременности, которая зачастую приводит к неправильному ведению пациенток и потере фертильности женщинами детородного возраста. В описанном случае запоздалая диагностика беременности в рубце на матке привела к необходимости проведения органоуносящей операции – экстирпации матки с маточными трубами.

Введение. За последние 25 лет средний возраст женщин на момент рождения первого ребенка во всём мире заметно вырос [16]. Так, в России в настоящее время женщины начинают реализовывать репродуктивную функцию в среднем в 26–35 лет [2]. Причинами позднего рождения первенца являются преобладание интересов в получении образования, стремление к карьерному росту, финансовые вопросы, изменения взгляда на семью как социальный институт, отсутствие материнской доминанты [13]. Кроме того, с возрастом растет и частота случаев миомы матки, требующих оперативного лечения [14]. Формирование рубца на матке после любого вмешательства также влечет за собой вероятность возникновения отдаленных осложнений, таких как разрыв матки по рубцу и беременность в рубце на матке [8, 18].

Согласно федеральным клиническим рекомендациям «Внематочная (эктопическая) беременность» (2017 г.), утвержденным Российским обществом акушеров-гинекологов и согласованным с Минздравом России, в анатомическую классификацию эктопической беременности включена беременность в рубце на матке после кесарева сечения [5]. Это свидетельствует о том, что ее частота неуклонно растет и составляет на сегодняшний день 1 случай на 1800–2216 беременностей, или 6,1% от всех внематочных беременностей [10]. В Чувашской Республике в 2014 г. пришелся 1 случай на 1800–3000 беременностей [12]. Официальной статистики частоты беременности в рубце

на матке после миомэктомии на сегодняшний день не ведется. В мировой литературе встречаются описания отдельных клинических случаев [17, 19, 20].

Клинический случай. Пациентка А., 29 лет, обратилась 18.08.2019 г. 18:25 в приемное отделение БУ «БСМП» с жалобами на тянущие боли внизу живота, обильные кровянистые выделения из половых путей.

Акушерско-гинекологический анамнез. Со слов пациентки, менархе в 11 лет. До февраля 2019 г. менструальный цикл был регулярным, длительностью 30 дней. Менструации продолжались по 4 дня, безболезненные, объем кровопотери умеренный. Последняя менструация состоялась 23.02.2019 г. (6 месяцев назад). Гинекологические заболевания отрицает. В анамнезе 3 беременности, 2 из которых завершились срочными оперативными родами на сроке гестации 37-38 недель в 2009 и 2016 годах соответственно. Показанием к первому кесареву сечению послужил симфизит. Во втором случае – угроза разрыва матки по рубцу. В 2017 г. – хирургический аборт на сроке 8-9 недель по желанию женщины – кюретаж.

С февраля 2019 г. менструальный цикл стал нерегулярным.

03.03.2019 г. пациентка обратилась к гинекологу по месту жительства с жалобами на головные боли, головокружение, слабость, боли в пояснице, мажущие кровянистые выделения из половых путей в середине менструального цикла. Тест на ХГЧ в моче отрицательный. Пациентке было рекомендовано дообследование в условиях стационара, но от госпитализации она отказалась. 1,5 месяца спустя в апреле женщина обратилась в частную клинику, где ей было произведено УЗИ ОМТ. Заключение от 19.04.2019 г.: «УЗ-признаки выраженных диффузных изменений миометрия, жидкостного образования передней стенки матки (размерами 2,1×1,4×1,6 см), патологии эндометрия, кистозного образования правого яичника (вероятно, киста желтого тела), жидкостного образования шейки матки».

Рекомендовано: консультация акушера-гинеколога cito, кровь на ХГЧ в динамике, УЗИ ОМТ в динамике. К рекомендациям пациентка не прислушалась. С 09.05.2019–23.05.2019 г. наблюдалась метроррагия, повторный тест на ХГЧ в моче отрицательный, со слов пациентки. Следующие 3 месяца наблюдалась аменорея, женщина за медицинской помощью не обращалась.

17.08.2019 г. кровянистые выделения из половых путей возобновились, стали обильными. Вечером 18.08.2019 г. женщина самостоятельно обратилась в приемное отделение БУ «БСМП» с вышеописанными жалобами, где была осмотрена дежурным врачом акушером-гинекологом. Status genitalis: PS: Слизистая влагалища и влагалищная часть шейки матки без воспалительных изменений. Шейка матки не эрозирована, цилиндрическая. Наружный зев приоткрыт. Выделения кровянистые, умеренные. PV: Тело матки в ante-flexio, увеличено до 6-7 недель беременности. Рядом с маткой в одном конгломерате с ней в переднем своде определяется округлое образование тестоватой консистенции без четких контуров в диаметре около 5-6 см, болезненное при пальпации. Придатки: справа не увеличены, безболезненны; слева не увеличены, безболезненны. Инфильтратов в малом тазу нет. Протокол УЗИ ОМТ от 18.08.2019 г. (рис. 1): Матка: Размеры 48×40×51 мм. Расположение по средней линии, в anteflexio. В области перешейка полость матки неравномерно расширена до 40 мм. В полости матки на уровне перешейка визуализируется эхопозитивное образование с волнистыми контурами размерами 54×31×55 мм. В структуре эхопозитивного образования визуализируется эхонегативная структура неправильной формы размерами 27×7 мм с эхопозитивным ободком – на момент осмотра структурно больше данных за плодное яйцо неправильной формы с СВД 17 мм КТР,

желточный мешок не визуализируются. Толщина миометрия по передней стенке в области перешейка до 4-6 мм, по правой боковой стенке до 1-2 мм. Визуализация рубца на момент осмотра крайне затруднительна. Заключение: На момент осмотра структурно больше данных за неразвивающуюся беременность в области перешейка на примерном сроке 7 недель с наличием структурных изменений переднего миометрия и прилегающего параметрия (не исключается прорастание).



Рис. 1. УЗИ ОМТ от 18.08.2019 г.
Стрелкой указано эхонегативное включение неправильной формы размерами 27×7 мм с эхопозитивным ободком

Пациентка госпитализирована. Начата гемостатическая, антибактериальная терапия. Утром 19.08.2019 г. по решению консилиума была произведена диагностическая лапаротомия в экстренном порядке. Получено согласие пациентки на возможную гистерэктомию. Анализ крови на ХГЧ от 19.08.2019 г. составил 23 МЕ/л. При интраоперационной ревизии органов малого таза обнаружено: нижняя половина передней стенки матки представлена образованием синюшного цвета до 7 см диаметре с захватом правого ребра (рис. 2). Матка с маточными трубами удалена (рис. 3, 4). Объем кровопотери 1000 мл.

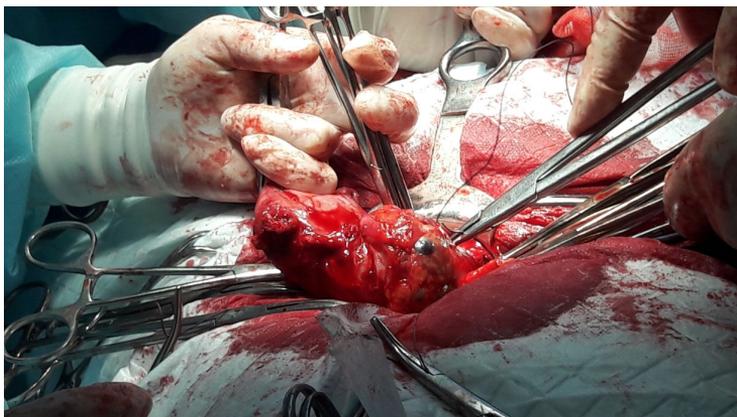


Рис. 2. Нижняя половина передней стенки матки представлена синюшным образованием (интраоперационная картина)

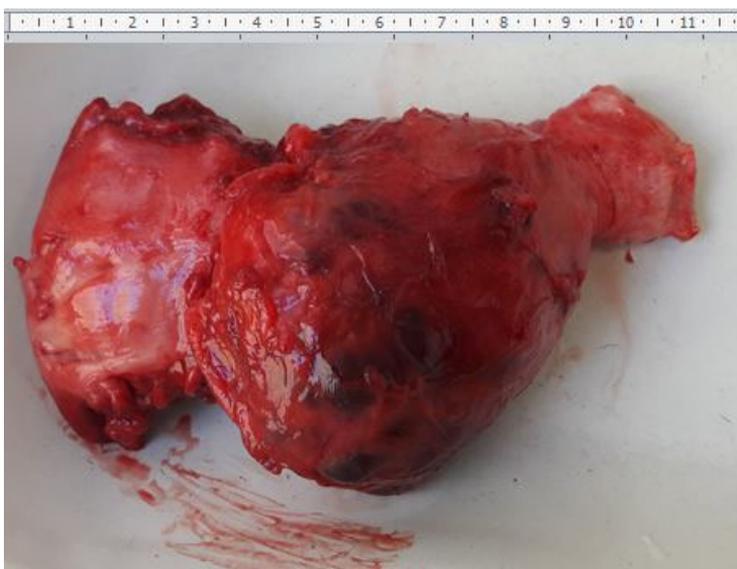


Рис. 3. Макропрепарат: удаленная матка со старым плодместищем в области рубца на нижнем сегменте с полным прорастанием матки с захватом фасции, размерами до 7 см



Рис. 4. Макропрепарат: удаленная матка в разрезе. Множественные полости и имбибированные участки

Было проведено патогистологическое исследование. Макроскопическое описание: вскрытая матка 9×7×6 см, полость несколько расширена, эндометрий рыхлый, бурый. Миометрий в области дна на участке 6×4×4 см пестрый за счет обширных очагово-сливных бурых очагов. Микроскопическое описание: Исследуемый материал

представлен фиброзной гладкомышечной тканью с большим числом эктазированных кровеносных сосудов, очагами периваскулярной лимфогистиоцитарной инфильтрации, очагами колликвационного некроза, хориональными ворсинами с признаками дистрофии и явлениями инволюции. Между пучками гладкомышечных волокон отмечена очаговая инвазия дегенеративно измененных хориональных ворсин. Морфологическая картина более всего соответствует замершей эктопической беременности в послеоперационном маточном рубце (рис. 5).

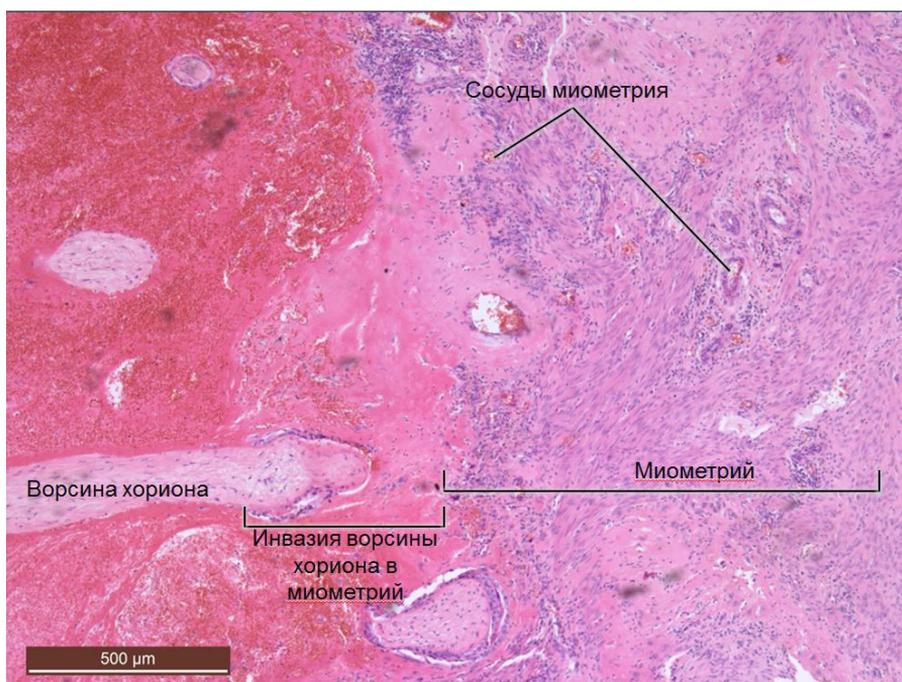


Рис. 5. Очаговая инвазия дегенеративно измененных хориональных ворсин в миометрий. Окраска гематоксилином и эозином. Leica DM 4000. Ув. ×100

Выводы. Представленный случай демонстрирует сложность своевременной диагностики беременности в рубце на матке, когда она сопровождается гибелью эмбриона на ранних сроках гестации. Чувствительность современных качественных тестов на ХГЧ в моче в среднем составляет 25 мМЕ/мл, что не исключает возможности ложноотрицательного результата [15]. Поэтому в случае сомнения качественные тесты всегда необходимо дополнять определением концентрации β -ХГЧ в крови.

Вышеописанный случай также представил сложность для специалистов инструментальной диагностики, так как дифференцировка плодного яйца и структур эмбриона в условиях его гибели и формирования обширной гематомы была довольно затруднительна. Необходимым диагностическим вмешательством в подобном случае является лапароскопия или лапаротомия в зависимости от объема образования, прогнозируемой кровопотери, квалификации хирурга и наличия необходимого оборудования.

В связи с ростом частоты кесарева сечения и других оперативных вмешательств на матке необходимо тщательно проводить прегравидарную подготовку

[3, 11]. Состоятельность рубца должна оцениваться как до, так и во время беременности [4]. При подозрении на несостоятельность рубца рекомендуется выполнять реконструктивные операции [7, 9]. Важным аспектом профилактики подобных осложнений является также наложение многорядного шва на стенку матки при ушивании послеоперационной раны [1, 6].

Литература

1. *Благина Е.И.* Причины формирования несостоятельного рубца на матке после кесарева сечения и методы профилактики: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2017. 22 с.
2. *Гараева А.С.* Некоторые особенности репродуктивных установок женщин старших возрастных групп Чеченской Республики // Клиническая геронтология. 2016. № 7-8. С. 66–69.
3. *Ившин А.А., Ившина П.В.* Кесарево сечение: парадигма безопасности // Вестник науки и образования. 2017. № 12(36). С. 100–102.
4. *Кесова М.И., Болотова О.В., Кан Н.Е., Орджоникидзе Н.В.* Прогностические критерии оценки состояния рубца на матке после кесарева сечения // Вестник РУДН. Сер. Медицина. 2009. № 5. С. 175–180.
5. Клинические рекомендации (протокол лечения) «Внематочная (эктопическая) беременность»: утв. Минздравом России и РОАГ от 06.02.2017 г. № 15-4/10/2-729. М., 35 с.
6. Клинические рекомендации (протокол лечения) «Кесарево сечение. Показания, методы обезболивания, хирургическая техника, антибиотикопрофилактика, ведение послеоперационного периода»: утв. Президиумом Российского общества акушеров-гинекологов от 06.05.2014 г. № 15-4/10/2-3190. М., 44 с.
7. *Коган О.М., Войтенко Н.Б., Зосимова Е.А., Мартынова Э.Н., Нерсисян Д.М., Бубникова А.А.* Алгоритм ведения пациенток с несостоятельностью послеоперационного рубца на матке после кесарева сечения // Клиническая практика. 2018. № 3. С. 38–43.
8. *Полянин Д.В., Михельсон А.А., Мелкозерова О.А., Лукьянова К.Д.* Дискуссионные вопросы несостоятельности рубца на матке в эру эпидемии кесарева сечения // Уральский медицинский журнал. 2019. № 5(173). С. 17–23.
9. *Попов А.А., Федоров А.А., Вроцкая В.С., Мананникова Т.Н., Тюрина С.С., Коваль А.А., Чечнева М.А., Логутова Л.С.* Эндоскопические методы диагностики и хирургической коррекции несостоятельного рубца на матке после кесарева сечения // Акушерство и гинекология Санкт-Петербурга. 2017. № 1. С. 54–57.
10. *Рыбалка А.Н., Сулима А.Н., Беглицз Д.А., Митрофанова О.А., Латышев О.С., Колесникова И.О.* Клинический случай эктопической беременности в рубце на матке после операции кесарева сечения // Акушерство, гинекология и репродукция. 2018. № 12(2). С. 69–75. DOI: 10.17749/2313-7347.2018.12.2.069-075.
11. *Сидоров А.Е., Гунин А.Г., Чернышов В.В.* Отдаленные риски кесарева сечения: беременность в рубце на матке. Обзор литературы // Акушерство, гинекология и репродукция. 2017. № 11(4). С. 48–56. DOI: 10.17749/2313-7947.2017.11.4.048-056.
12. *Сидоров А.Е., Сидоров Е.С., Самойлова А.В., Гунин А.Г., Дерипаско Т.В., Чернышов В.В., Прокопьев И.И., Майоров В.С.* Беременность в рубце на матке после кесарева сечения // Здоровоохранение Чувашии. 2014. № 3. С. 49–56.
13. *Сульдьякина Н.В.* Отношение женщин к позднему деторождению и материнству [Электронный ресурс] // Огарёв-Online. 2017. № 5(94). URL: <http://journal.mrsu.ru/arts/otnoshenie-zhenshhin-k-pozdnemu-detorozhdeniyu-i-materinstvu>.
14. *Станоевич И.В.* Дискуссионные аспекты физиологии женской репродуктивной системы: медицинская и демографическая проблемы // Российский вестник акушера-гинеколога. 2012. № 12(2). С. 73–77.
15. *Теребнева Л.А.* История тестов на беременность и современные способы определения беременности малого срока // Гинекология. 2015. № 17(2). С. 50–54.
16. *Matthews T.J., Hamilton B.E.* First births to older women continue to rise. *NCHS Data Brief*, 2014, vol. 152, pp. 1–8.
17. *Memtsa M., Jurkovic D.* Intramural Pregnancy. In: Tulandi T., ed. *Ectopic Pregnancy*. Springer, Cham., 2015. DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-319-11140-7_16.
18. *Paul P.G., Mannur S., Shintre H., Paul G., Gulati G.* Myomectomy scar pregnancy: a rare complication of myomectomy. *J. Gynecol Surg.*, 2018, vol. 34, pp. 53–57.
19. *Tagore S., Teo S.H., Chua S.Y., Ong C.L., Kwek Y.C.* A retrospective review of uterine scar pregnancies: single centre experience. *Arch Gynecol Obstet.*, 2010, vol. 282, pp. 711–715.
20. *Wong K.S., Tan J., Ang C., Ngu A.* Myomectomy scar ectopic pregnancy. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.*, 2010, vol. 50(1), pp. 93–94. DOI: 10.1111/j.1479-828X.2009.01121.x.

ЩЕПЕЛЕВ МИХАИЛ ЕВГЕНЬЕВИЧ – кандидат медицинских наук, заведующий гинекологическим отделением № 1, Больница скорой медицинской помощи, Россия, Чебоксары (shch-1962@mail.ru; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2431-9254>).

ДЕРИПАСКО ТАТЬЯНА ВАСИЛЬЕВНА – главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Министерства здравоохранения Чувашской Республики, заведующая акушерским дистанционным консультативным центром – врач – акушер-гинеколог, Президентский перинатальный центр, Россия, Чебоксары (ppc@med.cap.ru; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6824-9633>).

СИДОРОВА АНАСТАСИЯ АЛЕКСАНДРОВНА – ординатор первого года обучения кафедры факультетской и госпитальной терапии, Чувашский государственный университет, Россия, Чебоксары (far.anastasiya@yandex.ru; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6559-8267>).

ДРАНДРОВА ЕЛЕНА ГЕННАДЬЕВНА – кандидат медицинских наук, доцент кафедры нормальной и топографической анатомии с оперативной хирургией, Чувашский государственный университет; врач – акушер-гинеколог гинекологического отделения № 1, Больница скорой медицинской помощи, Россия, Чебоксары (drandrov@yandex.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3341-3373>).

МОСКВИЧЕВ ЕВГЕНИЙ ВАСИЛЬЕВИЧ – доктор медицинских наук, профессор кафедры нормальной и топографической анатомии с оперативной хирургией, Чувашский государственный университет; заведующий патологоанатомическим отделением, Республиканский клинический онкологический диспансер, Россия, Чебоксары (moskvichev@rambler.ru; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2850-5487>).

ЛЕОНТЬЕВА ТАТЬЯНА ЮРЬЕВНА – врач – акушер-гинеколог гинекологического отделения № 1, Больница скорой медицинской помощи, Россия, Чебоксары (leo.tani@yandex.ru; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2591-2447>).

АФАНАСЬЕВ ДЕНИС АЛЕКСАНДРОВИЧ – врач – акушер-гинеколог гинекологического отделения № 1, Больница скорой медицинской помощи, Россия, Чебоксары (bsmp@med.cap.ru; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4270-8018>).

Mikhail E. SHCHEPELEV, Tatyana V. DERIPASKO, Anastasiya A. SIDOROVA, Elena G. DRANDROVA, Evgenii V. MOSKVICHEV, Tatyana Yu. LEONTEVA, Denis A. AFANASEV

A CLINICAL CASE OF AN UNDEVELOPED PREGNANCY IN A UTERINE SCAR AFTER A CESAREAN SECTION

Key words: pregnancy in the uterine scar, ectopic pregnancy, cesarean section, undeveloped pregnancy.

Over the past twenty-five years, the average age of a woman giving birth to the first child has grown significantly around the world. So, in Russia, currently, women begin to bring their reproductive function into action on average at the age of 26-35. This leads to the fact that obstetricians and gynecologists in their practice increasingly face with pregnancy and childbirth complicated by a uterine scar after a previous cesarean section or myomectomy. The formation of a uterine scar after any intervention entails the likelihood of long-term complications, such as a rupture of the uterus along the scar and pregnancy in the uterine scar. According to the latest clinical recommendations for ectopic pregnancy, pregnancy in the uterine scar has been added to the anatomical classification of ectopic pregnancies. The article describes a clinical case of an undeveloped pregnancy in the uterine scar after a cesarean section, it shows the difficulty of timely diagnosis of such pregnancy, which often results in improper management of patients and loss of fertility by women of childbearing age. In the described case, late diagnosis of pregnancy in the uterine scar necessitated organ-resecting surgery – extirpation of the uterus with fallopian tubes.

References

1. Blagina E.I. Prichiny formirovaniya nesostoyatel'nogo rubtsa na matke posle kesareva secheniya i metody profilaktiki: avtoref. dis. ... kand. med. nauk [Causes of the formation of an untenable scar on the uterus after cesarean section and methods of prevention. Abstract of Cand. Diss.]. Moscow, 2017, 22 p.
2. Garaeva A.S. Nekotorye osobennosti reproductivnykh ustanovok zhenshchin starshikh vozrastnykh grupp Chechenskoj respubliki [Some features of the reproductive systems of women of older age groups chechen republic]. *Klinicheskaya gerontologiya*, 2016, no. 7-8, pp. 66–69.

3. Ivshin A.A., Ivshina P.V. *Kesarevo sechenie: paradigma bezopasnosti* [Cesarean section: paradigm of security]. *Vestnik nauki i obrazovaniya*, 2017, no. 12(36), pp. 100–102.
4. Kesova M.I., Bolotova O.V., Kan N.E., Ordzhonikidze N.V. *Prognosticheskie kriterii otsenki sostoyaniya rubtsa na matke posle kesareva secheniya* [Prognostic criteria of the cesarean scar status appraisal]. *Vestnik RUDN. Ser. Meditsina*, 2009, no. 5, pp. 175–180.
5. *Klinicheskie rekomendatsii (protokol lecheniya) «Vnematochnaya (ektopicheskaya) beremennost'», utverzhdennye Minzdravom Rossii i ROAG ot 6 fevralya 2017 g.* [Clinical guidance (protocol of treatment) "Ectopic pregnancy", approved by Ministry of Healthservice of Russian Federation and Russian Society of Obstetricians-Gynecologists on February 6, 2017], no. 15-4/10/2-729, 35 p.
6. *Klinicheskie rekomendatsii (protokol lecheniya) «Kesarevo sechenie. Pokazaniya, metody obezbolevaniya, khirurgicheskaya tekhnika, antibiotikoprofilaktika, vedenie posleoperatsionnogo perioda» (utv. Prezidentom Rossiiskogo obshchestva akusherov-ginekologov) ot 6 maya 2014 g.* [Clinical guidance (protocol of treatment) "Cesarean section. Indications, methods of anesthesia, surgical technique, antibiotic prophylaxis, management of postoperative period" (approved by the President of Russian Society of Obstetricians-Gynecologists on May 6, 2014)], no. 15-4/10/2-3190, 44 p.
7. Kogan O.M., Voitenko N.B., Zosimova E.A., Martynova E.N., Nersesyan D.M., Bubnikov A.A. *Algoritm vedeniya patsientok s nesostoyatel'nost'yu posleoperatsionnogo rubtsa na matke posle kesareva secheniya* [Algorithm for the management of patients with incompetence of postoperative uterine scar after a cesarean section]. *Klinicheskaya praktika*, 2018, no. 3, pp. 38–43.
8. Polyenin D.V., Mikhel'son A.A., Melkozerova O.A., Luk'yanova K.D. *Diskussionnye voprosy nesostoyatel'nosti rubtsa na matke v eru epidemii kesareva secheniya* [Discussion issues of incompetent uterine scar in the era of the caesarian section epidemic]. *Ural'skii meditsinskii zhurnal*, 2019, no. 5(173), pp. 17–23.
9. Popov A.A., Fedorov A.A., Vrotskaya V.S., Manannikova T.N., Tyurina S.S., Koval' A.A., Chechneva M.A., Logutova L.S. *Endoskopicheskie metody diagnostiki i khirurgicheskoi korrektsii nesostoyatel'nogo rubtsa na matke posle kesareva secheniya* [Endoscopic diagnosis and surgical correction of the insolvent uterine scar after cesarean section]. *Akusherstvo i Ginekologiya Sankt-Peterburga*, 2017, no. 1, pp. 54–57.
10. Rybalka A.N., Sulima A.N., Beglitse D.A., Mitrofanova O.A., Latyshev O.S., Kolesnikova I.O. *Klinicheskii sluchai ektopicheskoi beremennosti v rubtse na matke posle operatsii kesareva secheniya* [Ectopic pregnancy in the uterus scar left after cesarean section: a clinical case]. *Akusherstvo, ginekologiya i reproduktivnaya medicina*, 2018, no. 12(2), pp. 69–75. DOI: 10.17749/2313-7347.2018.12.2.069-075.
11. Sidorov A.E., Gunin A.G., Chernyshov V.V. *Otdalennye riski kesareva secheniya: beremennost' v rubtse na matke. Obzor literatury* [Long-term risks of cesarean delivery: cesarean scar pregnancy. A systematic review]. *Akusherstvo, ginekologiya i reproduktivnaya medicina*, 2017, no. 11(4), pp. 48–56. DOI: 10.17749/2313-7947.2017.11.4.048-056.
12. Sidorov A.E., Sidorov E.S., Samoilova A.V., Gunin A.G., Deripasko T.V., Chernyshov V.V., Prokop'ev I.I., Maiorov V.S. *Beremennost' v rubtse na matke posle kesareva secheniya* [Pregnancy in uterine scar after cesarean section]. *Zdravookhranenie Chuvashii*, 2014, no. 3, pp. 49–56.
13. Sul'dyaikina N.V. *Otnoshenie zhenshchin k pozdnemu detorozhdeniyu i materinstvu* [Later childbearing as a social phenomenon]. *Ogarev-Online*, 2017, no. 5(94). Available at: <http://journal.mrsu.ru/arts/otnoshenie-zhenshchin-k-pozdnemu-detorozhdeniyu-i-materinstvu>.
14. Stanoevich I.V. *Diskussionnye aspekty fiziologii zhenskoi reproduktivnoi sistemy: meditsinskaya i demograficheskaya problemy* [Debatable aspects of the physiology of the female reproductive system: a medical and demographic problem]. *Rossiiskii vestnik akushera-ginekologa*, 2012, no. 12(2), pp. 73–77.
15. Terebneva L.A. *Istoriya testov na beremennost' i sovremennye sposoby opredeleniya beremennosti malogo sroka* [Pregnancy tests history and modern methods of determining early pregnancy]. *Ginekologiya*, 2015, no. 17(2), pp. 50–54.
16. Matthews T.J., Hamilton B.E. First births to older women continue to rise. *NCHS Data Brief*, 2014, vol. 152, pp. 1–8.
17. Memtsa M., Jurkovic D. Intramural Pregnancy. In: Tulandi T., eds. *Ectopic Pregnancy*. Springer, Cham., 2015. DOI: <https://doi.org/10.1007/978-3-319-11140-7>.
18. Paul P.G., Mannur S., Shintre H., Paul G., Gulati G. Myomectomy scar pregnancy: a rare complication of myomectomy. *J. Gynecol Surg.*, 2018, vol. 34, pp. 53–57.
19. Tagore S., Teo S.H., Chua S.Y., Ong C.L., Kwek Y.C. A retrospective review of uterine scar pregnancies: single centre experience. *Arch Gynecol Obstet.*, 2010, vol. 282, pp. 711–715.
20. Wong K.S., Tan J., Ang C., Ngu A. Myomectomy scar ectopic pregnancy. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.*, 2010, vol. 50(1), pp. 93–94. DOI: 10.1111/j.1479-828X.2009.01121.x.

MIKHAIL E. SHCHEPELEV – Candidate of Medical Sciences, Head of Gynecology Department no. 1, Emergency Hospital, Russia, Cheboksary (shch-1962@mail.ru; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2431-9254>).

TATYANA V. DERIPASKO – Chief Freelance Specialist in Obstetrics and Gynecology of Health Ministry of Chuvash Republic, Head of Obstetrical Distance Consulting Center – Obstetrician-Gynecologist, President Perinatal Center, Russia, Cheboksary ppc@med.cap.ru; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6824-9633>).

ANASTASIYA A. SIDOROVA – Resident of the 1st year of Faculty and Hospital Therapy Department, Chuvash State University, Russia, Cheboksary (far.anastasiya@yandex.ru; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6559-8267>).

ELENA G. DRANDROVA – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Department of Normal and Topographic Anatomy with Operative Surgery, Chuvash State University; Obstetrician-Gynecologist of Gynecology Department no. 1, Emergency Hospital, Russia, Cheboksary (drandrov@yandex.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3341-3373>).

EVGENII V. MOSKVICHEV – Doctor of Medical Sciences, Professor, Department of Normal and Topographic Anatomy with Operative Surgery, Chuvash State University; Head of Pathology Department, Republic Clinical Oncologic Dispensary, Russia, Cheboksary (moskvichev@rambler.ru; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2850-5487>).

TATYANA Yu. LEONTEVA – Obstetrician-Gynecologist of Gynecology Department no. 1, Emergency Hospital, Russia, Cheboksary (leo.tani@yandex.ru; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2591-2447>).

DENIS A. AFANASEV – Obstetrician-Gynecologist of Gynecology Department no. 1, Emergency Hospital, Russia, Cheboksary (bsmp@med.cap.ru; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4270-8018>).

Формат цитирования: Щелелев М.Е., Дерипаско Т.В., Сидорова А.А., Драндрова Е.Г., Москвичев Е.В., Леонтьева Т.Ю., Афанасьев Д.А. Клинический случай неразвивающейся беременности в рубце на матке после кесарева сечения [Электронный ресурс] // Acta medica Eurasica. – 2021. – № 3. – С. 26–34. – URL: <http://acta-medica-eurasica.ru/single/2021/3/4>. DOI: 10.47026/2413-4864-2021-3-26-34.