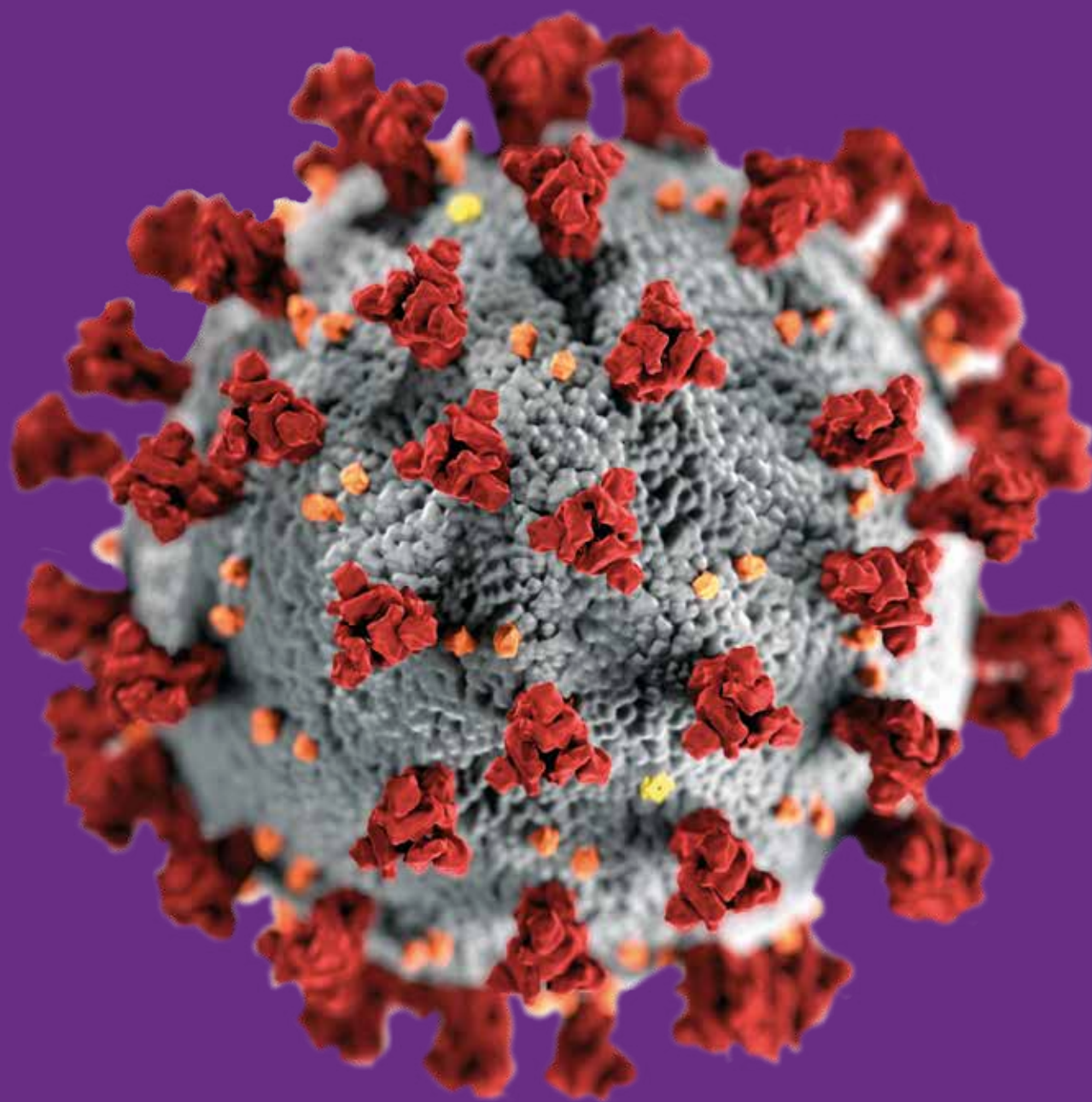


АКУШЕРСТВО ГИНЕКОЛОГИЯ РЕПРОДУКЦИЯ

Включен в перечень ведущих
рецензируемых журналов и изданий ВАК

2020 • ТОМ 14 • № 2



OBSTETRICS, GYNECOLOGY AND REPRODUCTION

2020 Vol. 14 No 2

www.gynecology.su



Клинический случай эктопической беременности в культе маточной трубы

А.Н. Сулима^{1,2}, Д.А. Беглицэ^{1,2}, А.Н. Рыбалка¹,
П.Н. Баскаков¹, И.О. Колесникова¹

¹Медицинская академия имени С. И. Георгиевского,
ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В. И. Вернадского»;
Россия, 295006 Республика Крым, Симферополь, бульвар Ленина, д. 5/7;

²ГБУЗ РК «Симферопольский клинический родильный дом № 1»;
Россия, 295017 Республика Крым, Симферополь, ул. Воровского, д. 8

Для контактов: Анна Николаевна Сулима, e-mail: gsulima@yandex.ru

Резюме

Описан редкий случай эктопической беременности в культе маточной трубы, частота встречаемости которой в среднем составляет 1,19 % от числа всех внематочных беременностей. Пациентка Е. поступила в гинекологическое отделение с жалобами на ноющие боли внизу живота больше слева, сукровичные выделения из половых путей, задержку менструации. Ввиду ранее перенесенной операции по поводу стерилизации беременность не подозревалась. Проведен мочевого тест на хорионический гонадотропин человека – «положительный». Ультразвуковое исследование достоверно не подтверждало наличие беременности, однако выявило признаки гематоперитонеума; проведен кульдоцентез, в ходе которого получена темная жидкая несворачивающаяся кровь. По экстренным показаниям проведена лапароскопическая операция. Интраоперационно: культа левой маточной трубы расширена, цианотична, из фимбриального отдела истекла кровь. Выполнено удаление культей маточных труб с обеих сторон. Выставлен основной клинический диагноз: прервавшаяся левосторонняя трубная беременность (в культе трубы). Патоморфологическое исследование подтвердило основной клинический диагноз. Данный случай показывает правильную дифференциальную диагностику и своевременную тактику ведения и лечения пациентки. Хирургическая стерилизация в анамнезе не должна исключать диагноз внематочной беременности.

Ключевые слова: внематочная беременность, культа маточной трубы, клинический случай

Для цитирования: Сулима А.Н., Беглицэ Д.А., Рыбалка А.Н., Баскаков П.Н., Колесникова И.О. Клинический случай эктопической беременности в культе маточной трубы. *Акушерство, Гинекология и Репродукция*. 2020;14(2):239–244. <https://doi.org/10.17749/2313-7347/ob.gyn.rep.2020.095>.

Clinical case of ectopic pregnancy in the fallopian tube stump

Anna N. Sulima^{1,2}, Dmitriy A. Beglitse^{1,2}, Anatoliy N. Rybalka¹,

Petr N. Baskakov¹, Inna O. Kolesnikova¹

¹Medical Academy named after S.I. Georgievsky, V.I. Vernadsky Crimean Federal University;
5/7 Lenin Boulevard, Simferopol, Republic of Crimea 295006, Russia;

²Simferopol Clinical Maternity Hospital № 1;
8 Vorovskogo Str., Simferopol, Republic of Crimea 295017, Russia

Corresponding author: Anna N. Sulima, e-mail: gsulima@yandex.ru

Abstract

Here we describe a rare clinical case of female with a history of surgical sterilization coupled to ectopic pregnancy in the fallopian tube stump, comprising on average 1.19 % of total ectopic pregnancies. The patient E. was admitted to the gynecological department complaining of aching pain in the lower left abdominal quadrant, blood discharge from the genital tract, and delayed menstruation. Due to a previous operation for sterilization, no onset of pregnancy was expected. A positive urinary test for human chorionic gonadotropin was obtained, whereas ultrasound examination did not reliably confirm the onset of pregnancy. However,

taking into account the ultrasound signs of the hemoperitoneum, a culdocentesis was performed that revealed dark liquid non-clotting blood. Laparoscopic surgery was performed on emergency indications. Intraoperatively: the stump of the left fallopian tube was dilated, cyanotic, and blood was leaking from the fimbriae. Bilateral excision of fallopian tube stumps was performed. The primary clinical diagnosis was interrupted left-sided tubal pregnancy (in the fallopian tube stump) that was confirmed by pathomorphological examination. Thus, the clinical case described by us demonstrates properly conducted differential diagnostics as well as timely management and therapeutic interventions. Hence, previous surgical sterilization recorded in patient history should not rule out a diagnosis of ectopic pregnancy.

Key words: ectopic pregnancy, fallopian tube stump, clinical case

For citation: Sulima A. N., Beglitse D. A., Rybalka A. N., Baskakov P. N., Kolesnikova I. O. Clinical case of ectopic pregnancy in the fallopian tube stump. *Akusherstvo, Ginekologia i Reprodukcija = Obstetrics, Gynecology and Reproduction*. 2020;14(2):239–244. (In Russ.). <https://doi.org/10.17749/2313-7347/ob.gyn.rep.2020.095>.

Основные моменты

Что уже известно об этой теме?

- ▶ Случаи эктопической беременности в культе маточной трубы встречаются редко и в среднем составляют 1 % от числа всех эктопических беременностей.
- ▶ Риск внематочных беременностей возрастает в позднем репродуктивном периоде.
- ▶ Внематочная беременность занимает одно из лидирующих мест в структуре материнской смертности, является основной причиной внутрибрюшного кровотечения и стоит на втором месте в структуре острых гинекологических заболеваний.

Что нового дает статья?

- ▶ Хирургическая стерилизация в анамнезе не должна исключать диагноз внематочной беременности у пациентки.
- ▶ Описанный редкий клинический случай демонстрирует сложную диагностику данной эктопической беременности.

Как это может повлиять на клиническую практику в обозримом будущем?

- ▶ Своевременная и правильная тактика врачей акушеров-гинекологов приведет к успешному исходу заболевания.
- ▶ В случае хирургической стерилизации необходимо дифференцировать все возможные нозологии, которые могли привести к подобному патологическому состоянию.

Highlights

What is already known about this subject?

- ▶ Average incidence rate of tubal stump pregnancy reaches 1 % of total ectopic pregnancies.
- ▶ The risk of ectopic pregnancies increases in the late reproductive period.
- ▶ Ectopic pregnancy holds one of the lead places in pattern of maternal mortality, being the main cause of intra-abdominal bleeding, and is number two among acute gynecological diseases.

What are the new findings?

- ▶ Surgical sterilization in female patient history doesn't not exclude the diagnosis of ectopic pregnancy.
- ▶ The described rare clinical case demonstrates the difficult diagnosis of such ectopic pregnancy.

How might it impact on clinical practice in the foreseeable future?

- ▶ Timely and correct obstetrician-gynecologist tactics may lead to a successful outcome of this disease.
- ▶ In case of surgical sterilization, it is necessary to distinguish all potential diseases that might result in similar pathological condition.

Введение / Introduction

Эктопическая (внематочная) беременность – это патологическая беременность, при которой имплантация с последующим развитием оплодотворенной яйцеклетки осуществляется за пределами полости матки [1]. Согласно данным статистики, средний показатель распространенности внематочной беременности составляет 1,2–1,4 % [2].

Внематочная беременность в разделе «Беременность с abortивным исходом» МКБ-10 классифицируется следующим образом: абдоминальная (брюшная) беременность (O00.0), трубная беременность (O00.1) – 98–99 % всех эктопических случаев, яичниковая беременность (O00.2) – 0,1–0,7 %, другие формы внематочной беременности (O00.8), внематочная беременность неуточнённая (O00.9) [3, 4].

Случаи эктопической беременности в культе маточной трубы встречаются редко: в среднем распространенность данной патологии составляет 1,19 % от числа всех эктопических беременностей [5].

Необходим определенный опыт и знания для возможности своевременно заподозрить и правильно поставить диагноз. У пациенток с хирургической стерилизацией в анамнезе дифференциальная диагностика с беременностью в культе маточной трубы проводится крайне редко. Однако следует учесть, что риск осложнений и смертности от кровотечения данного вида беременности является таким же высоким в сравнении с остальными видами эктопической беременности.

Клинический случай / Clinical case

Пациентка Е., 37 лет, доставлена в гинекологическое отделение ГБУЗ РК «СКРД № 1» каретой скорой медицинской помощи с жалобами на ноющие боли внизу живота, больше слева, с иррадиацией в прямую кишку, тошноту, слабость, сукровичные выделения из половых путей. Мочевой тест на хорионический гонадотропин человека (β-ХГЧ) положительный (проведен при поступлении пациентки).

При поступлении: пациентка в удовлетворительном состоянии. В сознании, адекватна. Гемодинамически стабильна: пульс 78 уд/мин, артериальное давление 115/70 мм рт. ст., тоны сердца ясные, ритмичные. Частота дыхательных движений 18 в минуту. Температура тела 36,7 °С.

Живот мягкий, болезненный, отмечаются симптомы раздражения брюшины в нижних отделах.

Гинекологический анамнез / Gynecological history

У пациентки в анамнезе 7 беременностей, 3 инструментальных аборта, 1 самопроизвольный выкидыш, 3 срочных самопроизвольных родов без осложнений. Последняя нормальная менструация отмечалась за 39 дней до госпитализации. Со слов пациентки (протокол операции отсутствовал) 3 года назад с ее согласия ей была проведена лапароскопическая хирургическая стерилизация путем перевязки и пересечения маточных труб.

Данные гинекологического осмотра / Gynecological examination

При осмотре: сукровичные скудные выделения из половых путей; при пальпации – матка в ретрофлексии, обычных размеров; смещение матки влево в горизонтальной плоскости болезненное. Придатки с обеих сторон тяжистые, болезненные при пальпации. Своды влагалища болезненные, симптом Дугласа положительный.

Данные инструментальных исследований / Instrumental examination

Обследована в полном объеме согласно приказу МЗ РФ [5] и клиническим рекомендациям [6].

Ультразвуковое исследование / Ultrasound investigation

При поступлении пациентке было проведено ультразвуковое исследование (УЗИ). Матка в ретрофлексии, форма грушевидная, размерами 58×42×46 мм. Миометрий диффузно неоднородный. Толщина М-эхо – 9,8 мм, эхоструктура неоднородная, гиперэхогенная. Левый яичник визуализи-

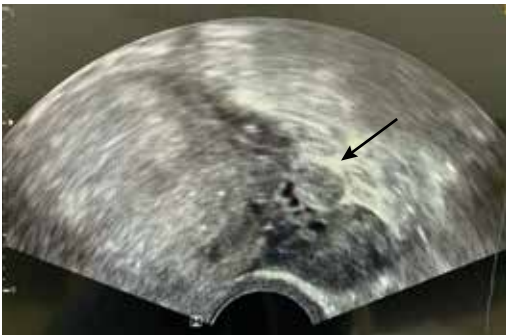


Рисунок 1. Ультразвуковая картина эктопической беременности слева у пациентки Е. при поступлении (указана стрелкой).

Figure 1. Ultrasound scan data of ectopic pregnancy at left in patient E. on admission (denoted by arrow).

руется в типичном месте, размерами 48×35 мм. Между левым яичником и маткой визуализируется овальной формы изоэхогенное образование размером 12×40 мм с неоднородным содержимым (гематосальпинкс?). Правый яичник визуализируется в типичном месте, размерами 34×16 мм. Между правым яичником и маткой визуализируется овальной формы анэхогенное образование размером 10×35 мм с гиперэхогенными тонкими перегородками внутри (гидросальпинкс). Визуализируется свободная жидкость в малом тазу, высота водного столба – 20 мм, эхоструктура неоднородная – мелкая гиперэхогенная взвесь (кровь).

Заключение: данная УЗ-картина не позволяет исключить внематочную беременность слева (**рис. 1**). УЗ-признаки правостороннего гидросальпинкса. УЗ-признаки гематоперитонеума (**рис. 2**).

Кульдоцентез / Cultocentesis

При проведении кульдоцентеза получено 20 мл темной жидкой крови, несвернувшейся через 5 мин.

Предварительный диагноз / Provisional diagnosis

На основании анамнеза и полученных данных обследования пациентке был выставлен предварительный диагноз: Прервавшаяся трубная беременность (000.1).

Этические аспекты / Ethical aspects

Пациентка Е. была поставлена в известность о характере ее заболевания, плане обследования и оперативного лечения, предупреждена о развитии возможных осложнений в ходе хирургического вмешательства и послеоперационном периоде, после чего подписала письменное информированное согласие. Женщина подписала отдельное согласие о включении ее в научное исследование.

Оперативное вмешательство и клинический диагноз / Surgery and clinical diagnosis

Проведено оперативное лечение по экстренным показаниям лапароскопическим доступом.



Рисунок 2. Ультразвуковая картина гематоперитонеума и отсутствие визуализации плодного яйца в полости матки пациентки Е.

Figure 2. Ultrasound picture of hemoperitoneum and lack of visualized of gestational sac in uterine cavity of patient E.

В ходе операции в малом тазу визуализировалось до 100 мл жидкой крови, матка в ретрофлексию, несколько больше нормы. В области углов матки у основания маточных труб визуализировались клеммы с обеих сторон (рис. 3). Участки маточных труб от клемм до ампулярных отделов отсутствовали с обеих сторон (стерилизация в 2016 г.). Культя левой маточной трубы была расширена, цианотична, из фимбриального отдела истекала кровь (рис. 4). Культя правой маточной трубы также была расширена, фимбриальный конец был запаян, визуализировались множественные гидатиды. Определялись выраженные плоскостные спайки между культями труб, маткой и яичниками. Выполнено удаление культей маточных труб с обеих сторон при помощи биполярной коагуляции. Гемостаз полный. Общая кровопотеря составила 120 мл.

Учитывая данные интраоперационной картины, выставлен клинический диагноз: Прервавшаяся левосторонняя трубная беременность (в культе трубы) (O00.1). Гидросальпинкс справа (в культе трубы) (N70.1). Тазовые перитонеальные спайки (N73.6).

Удаленная культя маточной трубы вместе с плод-вместилищем отправлена на патоморфологическое исследование с подтверждением и совпадением с клиническим диагнозом: в препарате – плодное яйцо, участки эндометрия с начальной фазой обратного развития после прервавшейся беременности.

Заключительный клинический диагноз: Трубная беременность: беременность в культе маточной трубы слева (O00.1). Гидросальпинкс справа (в культе трубы) (N70.1). Тазовые перитонеальные спайки (N73.6).

Послеоперационный период / Postoperative period

Через 6 ч после эндоскопического оперативного лечения пациентка была активизирована. Течение послеоперационного периода без осложнений. Заживление швов на коже первичным натяжением. Результаты лабораторного обследования: в общем анализе крови уровень гемоглобина 100 г/л (анемия легкой степени); остальные анализы в пределах возрастной нормы.



Рисунок 3. Интраоперационная картина наличия клипс (показаны стрелками) на маточных концах обеих маточных труб после предшествующей их стерилизации у пациентки Е.

Figure 3. Intraoperative picture of clips (denoted by arrows) installed on uterine ends of bilateral Fallopian tubes after previous sterilization in patient E.

Пациентка на 4-е сутки выписана под наблюдение врача акушера-гинеколога женской консультации по месту жительства в удовлетворительном состоянии с рекомендациями.

Обсуждение / Discussion

Описанный редкий клинический случай демонстрирует сложную диагностику данной эктопической беременности.

Пациентка Е. забеременела через 3 года после хирургической стерилизации путем перевязки и пересечения маточных труб. Учитывая данные анамнеза, предварительный диагноз вызывал сомнения, однако подтвердился интраоперационно и патогистологически. Правильно проведенная диагностика и правильно выбранная тактика лечения предопределили успешный исход заболевания.

Риск внематочных беременностей возрастает в позднем репродуктивном периоде (женщины старше 35 лет) [7, 8], к которому и относится пациентка.

Внематочная беременность занимает одно из лидирующих мест в структуре материнской смертности [9], является основной причиной внутрибрюшного кровотечения и стоит на втором месте в структуре острых гинекологических заболеваний [10]. Следует учесть, что эктопическая беременность не относится к учитываемым репродуктивным потерям, хоть и остается одной из главных проблем репродуктологии.

Существует несколько описанных причин возникновения эктопических беременностей в культе маточной трубы. Первая: наличие небольшого канала в зоне рубца, через которое яйцеклетка имплантируется в оставшийся фрагмент маточной трубы. Вторая: со стороны сохранившейся маточной трубы плодное яйцо попадает в полость матки с последующей имплантацией в культу трубы. Третья: трансперитонеальная миграция яйцеклетки от стороны отсутствующей маточной трубы по направлению к нормальной и возникновение эктопической беременности в той же зоне.



Рисунок 4. Интраоперационная картина наличия трубной беременности в культе левой маточной трубы у пациентки Е.

Figure 4. Intraoperative picture of left-sided tubal stump pregnancy in patient E.

Заключение / Conclusion

Данный клинический случай является весьма редким и интересным с точки зрения как науки, так и практической медицины. Своевременная и правильная тактика врачей акушеров-гинекологов привела к успешному исходу заболевания.

Хирургическая стерилизация в анамнезе не должна исключать диагноз внематочной беременности у пациентки. Необходимо дифференцировать все возможные нозологии, которые могли привести к подобному патологическому состоянию.

Достаточная оснащенность современным диагностическим оборудованием лечебных учреждений здравоохранения позволяет своевременно заподозрить эктопическую беременность на ранних сроках гестации и соответственно предотвратить последующие осложнения.

Наличие ультрасовременного оборудования и высококвалифицированных кадров позволяет своевременно диагностировать внематочную беременность ранних сроков и предупредить тяжелые осложнения.

ИНФОРМАЦИЯ О СТАТЬЕ	ARTICLE INFORMATION
Поступила: 13.11.2019. В доработанном виде: 22.01.2020.	Received: 13.11.2019. Revision received: 22.01.2020.
Принята к печати: 02.03.2020. Опубликована: 30.06.2020.	Accepted: 02.03.2020. Published: 30.06.2020.
Вклад авторов	Author's contribution
Сулима А.Н. – концепция, ведение пациентки, анализ данных, обзор публикаций, написание текста; Беглицэ Д.А. – анализ данных, обзор публикаций; Рыбалка А.Н. – анализ данных, обзор публикаций, написание текста; Баскаков П.Н. – анализ данных; Колесникова И.О. – ведение пациентки, анализ данных, обзор публикаций.	Sulima A.N. – conceptualization, patient management, data analysis, review of publications, text writing; Beglitse D.A. – data analysis, review of publications; Rybalka A.N. – data analysis, review of publications, text writing; Baskakov P.N. – data analysis; Kolesnikova I.O. – patient management, data analysis, review of publications.
Все авторы прочитали и утвердили окончательный вариант рукописи.	All authors have read and approved the final version of the manuscript.
Конфликт интересов	Conflict of interests
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов в отношении данной публикации.	The authors declare no conflict of interests with respect to this manuscript.
Финансирование	Funding
Авторы заявляют об отсутствии необходимости раскрытия финансовой поддержки.	The authors declare they have nothing to disclose regarding the funding.
Согласие пациентки	Patient consent
Получено.	Obtained.
Происхождение статьи и рецензирование	Provenance and peer review
Журнал не заказывал статью; внешнее рецензирование.	Not commissioned; externally peer reviewed.

Литература:

- Cheng X., Tian X., Yan Z. et al. Comparison of the fertility outcome of salpingotomy and salpingectomy in women with tubal pregnancy: a systematic review and metaanalysis. *PLoS One*. 2016;11(3):e0152343. DOI: 10.1371/journal.pone.0152343.
- Diagnosis and Management of Ectopic Pregnancy: Green-top Guideline No. 21. *BJOG*. 2016;123(13):e15–e55. DOI: 10.1111/1471-0528.14189.
- Сидоренко В.Н., Шкроб М.А., Подрезенко Е.Ф. и др. Эктопическая беременность в рубце на матке после операции кесарева сечения. *Медицинский журнал*. 2017;(2):134–40.
- Акушерство и гинекология: Клинические рекомендации. 4-е изд., перераб. и доп. Под ред. В.Н. Серова, Г.Т. Сухих. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. 1024 с.
- Приказ № 572н Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.11.2012 «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» (с изменениями на 12 января 2016 года)». М., 2016. 28 с.
- Режим доступа: https://semashko.nnov.ru/upload/normativnye_dokumenty/572n.pdf. [Дата доступа: 12.11.2019].
- Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 февраля 2017 года № 15-4/10/2-729 О направлении клинических рекомендаций (протокола лечения) «Внематочная (эктопическая) беременность». М., 2017. 25 с. Режим доступа: http://rps.karelia.ru/docs/FilePath_389.pdf. [Дата доступа: 12.11.2019].
- Демидов В.Н., Машинец Н.В. Редкий случай беременности в культе маточной трубы. *Пренатальная диагностика*. 2017;16(1):71–2.
- Рыбалка А.Н., Аникин С.С., Сулима А.Н. Репродуктивное здоровье женщин после эндохирургического лечения трубной беременности. *Таврический медико-биологический вестник*. 2015;18(1):103–7.
- Лебедев В.А., Шахламова М.Н., Давыдов А.И. Редкие формы эктопической беременности. *Трудный пациент*. 2016;14(8–9):13–8.
- Birch Petersen K., Hoffmann E., Riffbjerg Larsen C., Svarre Nielsen H. Cesarean scar pregnancy: a systematic review of treatment studies. *Fertil Steril*. 2016;105(4):958–67. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2015.12.130.

References:

- Cheng X., Tian X., Yan Z. et al. Comparison of the fertility outcome of salpingotomy and salpingectomy in women with tubal pregnancy: a systematic review and metaanalysis. *PLoS One*. 2016;11(3):e0152343. DOI: 10.1371/journal.pone.0152343.
- Diagnosis and Management of Ectopic Pregnancy: Green-top Guideline No. 21. *BJOG*. 2016;123(13):e15–e55. DOI: 10.1111/1471-0528.14189.
- Sidorenko V. N., Shkrob M. A., Podrezenko E. F. et al. Ectopic pregnancy in the uterine scar after cesarean section. [Ektopicheskaya beremennost' v rubce na matke posle operacii kesareva secheniya]. *Medicinskij zhurnal*. 2017;(2):134–40. (In Russ.).
- Obstetrics and gynecology: Clinical recommendations. 4th ed. Eds. V. N. Serov, G. T. Sykhikh. [Akusherstvo i ginekologiya: Klinicheskie rekomendacii. 4-e izd., pererab. i dop. Pod red. V. N. Serova, G. T. Suhikh]. Moskva: GEOTAR-Media, 2014. 1024 s. (In Russ.).
- Order No. 572n of the Ministry of Health of the Russian Federation from November 1, 2012 «On approval of the Procedure for the provision of medical care in the profile "obstetrics and gynecology (except for the use of assisted reproductive technologies)" (as amended on January 12, 2016)». [Prikaz № 572n Ministerstva zdravoohraneniya Rossijskoj Federacii ot 01.11.2012 «Ob utverzhdenii Poryadka okazaniya medicinskoj pomoshchi po profilju "akusherstvo i ginekologiya (za isključeniem ispol'zovaniya vspomogatel'nyh reproduktivnyh tekhnologij)" (s izmeneniyami na 12 yanvarja 2016 goda)»]. Moskva, 2016. 28 s. (In Russ.). Available at: https://semashko.nnov.ru/upload/normativnye_dokumenty/572n.pdf. [Accessed: 12.11.2019].
- Letter of the Ministry of Health of the Russian Federation from February 6, 2017 No. 15-4/10/2-729 About the direction of clinical recommendations (treatment protocol) «Ectopic pregnancy». [Pis'mo Ministerstva zdravoohraneniya Rossijskoj Federacii ot 6 fevralja 2017 goda № 15-4/10/2-729 O napravlenii klinicheskikh rekomendacij (protokola lecheniya) «Vnematochnaya (ektopicheskaya) beremennost'»]. Moskva, 2017. 25 s. (In Russ.). Available at: http://rpc.karelia.ru/docs/FilePath_389.pdf. [Accessed: 12.11.2019].
- Demidov V. N., Mashinets N. V. A rare case of pregnancy in the stump of the fallopian tube. [Redkij sluchaj beremennosti v kul'te matochnoj trubny]. *Prenatal'naya diagnostika*. 2017;16(1):71–2. (In Russ.).
- Rybalka A. N., Anikin S. S., Sulima A. N. Reproductive health of women after endosurgical treatment of tubal pregnancy. [Reproduktivnoe zdorov'e zhenshchin posle endohirurgicheskogo lecheniya trubnoj beremennosti]. *Tavricheskij mediko-biologicheskij vestnik*. 2015;18(1):103–7. (In Russ.).
- Lebedev V. A., Shahlamova M. N., Davydov A. I. The rare forms of ectopic pregnancy. [Redkie formy ektopicheskaj beremennosti]. *Trudnyj pacient*. 2016;14(8–9):13–8. (In Russ.).
- Birch Petersen K., Hoffmann E., Ribbjerg Larsen C., Svarre Nielsen H. Cesarean scar pregnancy: a systematic review of treatment studies. *Fertil Steril*. 2016;105(4):958–67. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2015.12.130.

Сведения об авторах:

Сулима Анна Николаевна – д.м.н., профессор кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии № 1 Медицинской академии имени С. И. Георгиевского ФГАУ ВО «Крымский федеральный университет имени В. И. Вернадского», Симферополь, Республика Крым, Россия; врач акушер-гинеколог гинекологического отделения ГБУЗ Республики Крым «Симферопольский клинический родильный дом № 1», Симферополь, Республика Крым, Россия. E-mail: gsulima@yandex.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2671-6985>.

Беглиц Дмитрий Анатольевич – к.м.н., доцент кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии № 1 Медицинской академии имени С. И. Георгиевского ФГАУ ВО «Крымский федеральный университет имени В. И. Вернадского», Симферополь, Республика Крым, Россия; главный врач ГБУЗ РК «Симферопольский клинический родильный дом № 1», Симферополь, Республика Крым, Россия. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1278-0393>.

Рыбалка Анатолий Николаевич – д.м.н., профессор, академик Крымской академии наук, профессор кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии № 1 Медицинской академии имени С. И. Георгиевского ФГАУ ВО «Крымский федеральный университет имени В. И. Вернадского», Симферополь, Республика Крым, Россия. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2786-5218>.

Баскаков Петр Николаевич – д.м.н., профессор кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии № 1 Медицинской академии имени С. И. Георгиевского ФГАУ ВО «Крымский федеральный университет имени В. И. Вернадского», Симферополь, Республика Крым, Россия. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7382-7434>.

Колесникова Инна Олеговна – ординатор кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии № 1 Медицинской академии имени С. И. Георгиевского ФГАУ ВО «Крымский федеральный университет имени В. И. Вернадского», Симферополь, Республика Крым, Россия. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5226-9090>.

About the authors:

Anna N. Sulima – MD, Dr Sci Med, Professor, Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatology № 1, Medical Academy named after S. I. Georgievsky, V. I. Vernadsky Crimean Federal University, Simferopol, Republic of Crimea, Russia; Obstetrician-Gynecologist, Simferopol State Clinical Maternity Hospital № 1, Simferopol, Republic of Crimea, Russia. E-mail: gsulima@yandex.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2671-6985>.

Dmitriy A. Beglitse – MD, PhD, Associate Professor, Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatology № 1, Medical Academy named after S. I. Georgievsky, V. I. Vernadsky Crimean Federal University, Simferopol, Republic of Crimea, Russia; Chief Physician, Simferopol Clinical Maternity Hospital № 1, Simferopol, Republic of Crimea, Russia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1278-0393>.

Anatoliy N. Rybalka – MD, Dr Sci Med, Academician of the Crimean Academy of Sciences, Professor, Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatology № 1, Medical Academy named after S. I. Georgievsky, V. I. Vernadsky Crimean Federal University, Simferopol, Republic of Crimea, Russia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2786-5218>.

Petr N. Baskakov – MD, Dr Sci Med, Professor, Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatology № 1, Medical Academy named after S. I. Georgievsky, V. I. Vernadsky Crimean Federal University, Simferopol, Republic of Crimea, Russia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7382-7434>.

Inna O. Kolesnikova – MD, Resident, Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatology № 1, Medical Academy named after S. I. Georgievsky, V. I. Vernadsky Crimean Federal University, Simferopol, Republic of Crimea, Russia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5226-9090>.