

# КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ОЧІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ ВЕДЕННЯ РУБЦЕВОЇ ВАГІТНОСТІ ТА РОЗРОДЖЕННЯ В III ТРИМЕСТРІ

## ВСТУП

Вже минуло понад 30 років від ухвалення рішення експертів ВООЗ у м. Форталеза (Бразилія), згідно з яким було встановлено рекомендовані межі кесаревого розтину (КР) – 10–15% [3, 4]. Саме такі показники вважаються обґрунтованими щодо запобігання материнській і перинатальній захворюваності та смертності. Проте на сьогодні частота оперативного розродження викликає глобальне занепокоєння, досягаючи в деяких країнах показника 40% і більше. КР є операцією, яка найчастіше виконується в сучасному світі. В Україні станом на 2019 р. частота КР становила понад 24%, коливаючись у різних регіонах у межах 20–30% [1].

Вказані цифри не можуть бути лише сухою статистикою, оскільки піднімають набагато більше проблем, асоційованих із цим оперативним втручанням, які надалі постають перед усією медичною спільнотою. Найчастіше обговорюються короткотривалі наслідки КР, зокрема матеріальні витрати стаціонару на оперативне втручання і ведення післяопераційного періоду, тривала госпіталізація, стан здоров'я породіль, які мають високу ймовірність розвитку анемії (внаслідок більшої крововтрати), больового синдрому, злукового процесу та ін. Оскільки у структурі оперативних втручань переважають жінки, які народжують уперше, високоймовірним є розвиток у них комплексу психологічних проблем (особливий психологічний статус жінки з відчуттям власної неспроможності народжувати «як усі», провини протягом усього життя, соматичного дискомфорту у вигляді хронічного тазового болю та сексуальної дисфункції), що стає основною перепорою при подальших вагітностях. Зокрема, ця обставина робить таких жінок групою високого ризику щодо безпліддя, позаматкової вагітності, невиношування й інших серйозних ускладнень перебігу гестації і, як правило, стає показанням для повторного, більш травматичного оперативного розродження [2].

З огляду на величезний комплекс патофізіологічних проблем, оперована матка стала самостійним діагнозом. Наслідками попереднього оперативного втручання є гірша васкуляризація і фіброз стінки матки, її гістопатична неповноцінність. Оскільки в механізмах імплантації суттєву роль відіграє явище

гіпоксії, створюються передумови для більш щільного прикріплення (пророщення) плаценти, частота якого становить 0,3–6,7% і постійно зростає [17, 27]. Ці ускладнення добре вивчені, але непрогнозовані, позаяк можуть стати причиною масивної кровотечі, передчасних пологів, загибелі матері й дитини. Однак більш рідкісним ускладненням повторної гестації є вагітність з імплантацією в ділянці самого післяопераційного рубця, що описано в поодиноких повідомленнях. Прогноз і тактика ведення цього ускладнення взагалі є практично не вивченим предметом, оскільки воно може розвиватися за двома сценаріями: гостра катастрофа з розривом матки або мовчазна знахідка при плановому УЗД [8, 16, 28].

## ОПИС КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ

Представляємо випадок успішного спостереження вагітності й розродження пацієнтки з поєднаною патологією: плацента в зоні післяопераційного рубця з його діастазом і центральне передлежання плаценти з проростанням стінки матки.

Вагітна Ш. 34 років звернулася до жіночої консультації на терміні 23 тижні гестації для зарахування на облік. Ця вагітність третя. Перша вагітність закінчилася медичним абортom, друга вагітність у 2011 р. завершилася КР з приводу клінічно вузького таза, який ускладнився кровотечею; проведено гемотрансфузію.

Пізнє звернення пацієнтки для взяття на облік пов'язане не з пізньою явкою, а з відсутністю комплаєнсу з лікарями за місцем попереднього пренатального спостереження.

Жінка поінформована щодо можливих ризиків, але категорично наполягала на пролонгуванні вагітності.

В умовах стаціонару неодноразово проводили УЗД, на якому визначалося центральне передлежання плаценти, її вращення в стінку матки та дефект стінки матки в ділянці післяопераційного рубця (рис. 1 А–В).

Незважаючи на аномальне розташування і вращення плаценти, жодних скарг, фізичних симптомів пацієнтка не мала. З метою запобігання будь-яким, навіть мінімальним ризикам для життя вагітної, що могли відбутися при транспортуванні чи перебуванні її поза межами лікувального закладу, комп'ютерну



## О.Д. ШУРЕВСЬКА

д. мед. н., професор кафедри акушерства, гінекології та медицини плода Національного університету охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика, м. Київ  
ORCID: 0000-0002-7236-348X

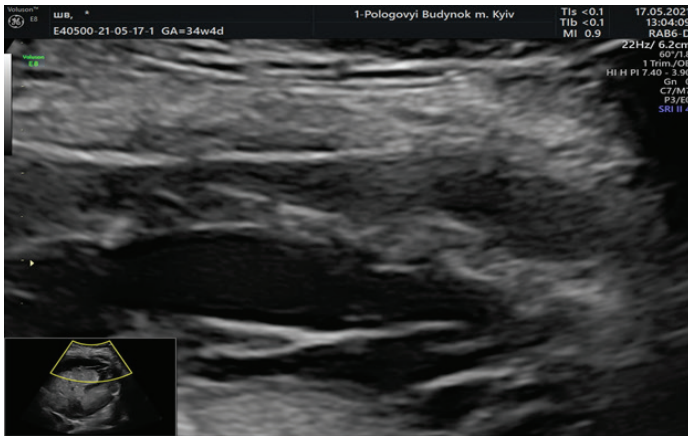
## Н.П. ГОНЧАРУК

д. мед. н., доцент, директор КНП «Київський міський пологовий будинок № 1», м. Київ  
ORCID: 0000-0001-7207-3696

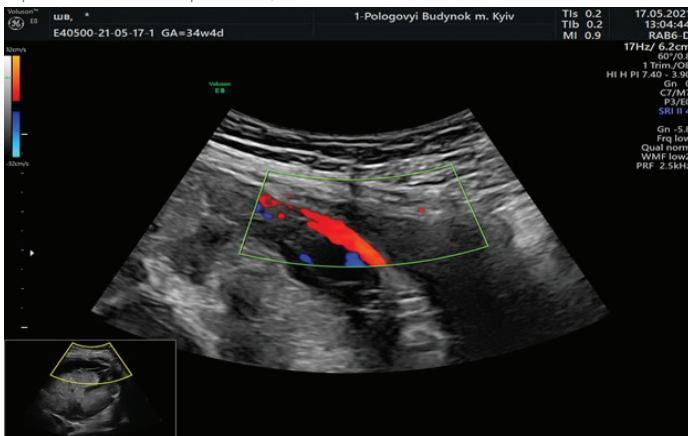
## Контакти:

Шуревська Оксана Дмитрівна  
НУОЗУ ім. П.Л. Шупика,  
кафедра акушерства, гінекології  
та медицини плода  
04074, Київ, Мостицька, 11  
Тел.: (044) 460-54-45  
Email: oksanaschurevska@ukr.net

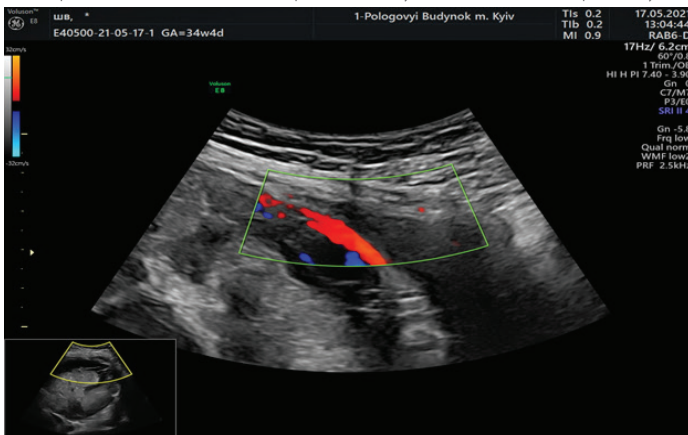
DOI: <http://dx.doi.org/10.18370/2309-4117.2021.61.27-32>



**Рисунок 1 А.** Вагітність 34 тижні 4 дні  
Неоднорідність післяопераційного рубця, симптом «ніші». Втрата межі між міометрієм і плацентою.



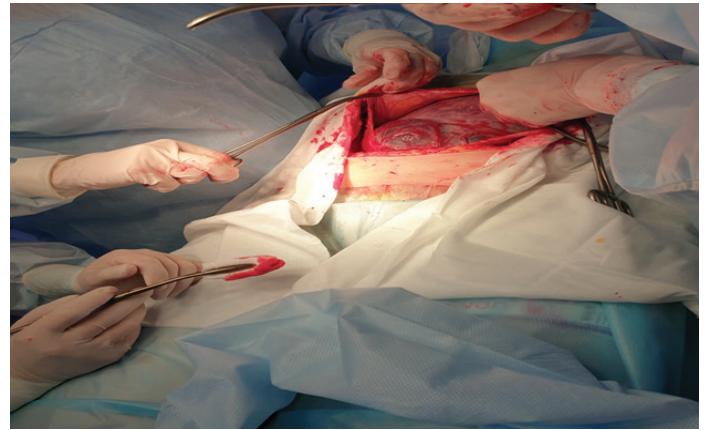
**Рисунок 1 Б.**  
Аномальна васкуляризація ділянки післяопераційного рубця. Втрата межі між міометрієм і плацентою. Посилений кровоток позаду плаценти та плацентарних лакун.



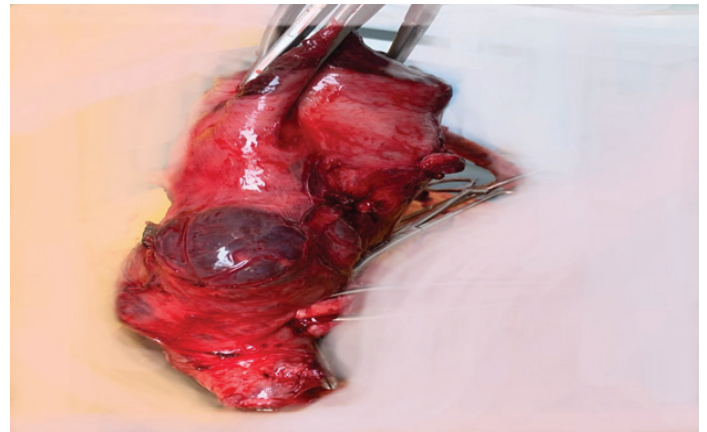
**Рисунок 1 В.**  
Аномальний судинний малюнок у ділянці післяопераційного рубця. Томографію для встановлення ступеня пророщення й остаточного діагнозу не виконували.

На терміні 36–37 тижнів було проведено планове оперативне втручання: донний КР, екстирпація матки з придатками. Обсяг загальної крововтрати вдалося мінімізувати завдяки техніці оперативного втручання і застосуванню аргоноплазмової коагуляції. Загальна крововтрата становила 1600 мл, здебільшого за рахунок депонування крові в самому органі. Дитина – недоношена дівчинка, маса тіла – 3610 г, довжина – 55 см, з оцінкою за шкалою Апгар 7–8 балів.

При ревізії нижнього сегмента матки визначалася його деформація за рахунок дефекту стінки матки розміром 10 x 12 см, заповненого плацентарною тканиною у вигляді аневризматично змінених судин (рис. 2, 3). У літературі він отримав назву плацентарної кили або «голови медузи» [23, 24].



**Рисунок 2.** Нижньосерединна лапаротомія  
«Голова медузи» – пророщання плаценти, діастаз ділянки післяопераційного рубця.



**Рисунок 3.** Макропрепарат видаленої матки. «Голова медузи»  
Патогістологічний висновок: *placenta percreta*, хронічна субкомпенсована плацентарна недостатність.

## ОБГОВОРЕННЯ

В акушер-гінекологів заведено виділяти «класичні» ускладнення вагітності, яка настала після попереднього КР. Вони включають у себе зростання ризику розриву матки по рубцю, передлежання плаценти, аномальне прикріплення плаценти, прееклампсію, невиношування вагітності, затримку розвитку плода та ін. Їхня клінічна картина, тактика ведення і навіть профілактичні заходи описані в усіх підручниках і добре відомі фахівцям. Але є і досить рідкісні ускладнення, до яких належить імплантація хоріона в післяопераційний рубець або нішу попереднього КР, спорадично описані випадки яких визначають відсутність чіткої термінології, класифікації та особливостей менеджменту [13, 22, 25, 27].

Зокрема, найчастіше використовуються такі терміни: рубцева вагітність (РВ), істмічна вагітність, імплантація рубця, *placenta accreta* в I триместрі та ін. Крім того, практично вся доступна література відносить вказану патологію до рідкісних форм позаматкової вагітності, що пов'язано з ранньою маніфестацією клінічних проявів у I триместрі

або максимум у II триместрі. В англомовних оглядах літератури найчастіше використовують поняття cesarean section ectopic pregnancy (CSEP) – ектопічна вагітність після КР або «ектопічна вагітність із імплантацією на низькому рівні», проте єдиного загальноприйнятого терміна немає [28].

Кесарева РВ є найрідкіснішою формою позаматкової вагітності, належить до потенційно летальних і становить 6,1% випадків позаматкової вагітності та 0,15% вагітностей у пацієнток після перенесеного КР [9] або 1:2500 вагітностей [6].

РВ – це вагітність, при якій гестаційний мішок або трофобласт розташований у межах дегісценції (ніші) попереднього рубця від КР або імплантований поверх нього.

В основу класифікації РВ покладена прогресія зростання хоріона: ендогенна (інтрамуральна) чи екзогенна (не інтрамуральна), проте вона є недосконалою і дискутується більшістю авторів.

I.E. Timor-Trisch і співавт. 2016 р. [26] описали ранні ультразвукові ознаки згаданої патології:

1. Візуалізація порожньої порожнини матки – відсутній гестаційний мішок у порожнині матки чи цервікальному каналі.

2. Виявлення плаценти та/або гестаційного мішка, вращеного в гістеротомічний рубець (у нижньому сегменті матки).

3. Трикутний гестаційний мішок, що заповнює нішу рубця.

4. Тонкий (1–3 мм) або відсутній шар міометрію між гестаційним мішком і сечовим міхуром.

5. Закрита шийка матки та порожній ендоцервікальний канал.

6. Наявність ембріонального/плодового полюса та/або жовткового мішка з серцевою діяльністю або без неї.

7. Наявність вираженого посиленого судинного малюнка біля або навколо хоріального мішка та плаценти.

8. Висока швидкість і низька резистентність кровотоку навколо гестаційного мішка при кольоровій доплерометрії.

Усі ці ультразвукові ознаки визначаються в пацієнток із позитивним результатом дослідження хоріонічного гонадотропіну людини й потребують проведення диференційної діагностики з шийковою вагітністю та викиднем, що не відбувся.

Однак відсутність настороженості або недостатня кваліфікація лікарів можуть призвести до неправильної пренатальної діагностики, коли встановлюється діагноз загрози переривання вагітності, неповного викидня або просто внутрішньоутробної вагітності. При передбачуваній невдалій вагітності наслідком таких помилок є кюретаж, що закінчується масивною кровотечею та екстремим хірургічним втручанням із гістеректомією [5].

Для встановлення точного діагнозу найкращим методом дослідження є МРТ завдяки покращеній диференціації м'яких тканин, високій просторовій роздільній здатності та можливості багатоплощинної візуалізації ділянки рубця [19]. Та все ж таки методом вибору і діагностичним методом першого ряду залишається якісно проведене УЗД.

Зазначені діагностичні критерії стосуються винятково I триместру вагітності, оскільки в доступній для реферування літературі практично всі описані випадки охоплюють саме ранні терміни вагітності через край високу ризики

при пролонгуванні РВ та відсутність серцевої діяльності плода при цьому діагнозі [6, 7, 14, 20, 29, 30].

Є дослідження, у яких описано результати завершення вагітності в III триместрі вагітності при виборі очікувальної тактики: масивна кровотеча – 39,2%, розрив матки – 10,2%, гістеректомія – 58,6%, *placenta percreta* – 58,26%, живонародження – 100% випадків [10]. Ця вибірка включає в себе результати лише 40 випадків, проведена в умовах III рівня надання медичної допомоги й не має деталізації наслідків відповідно до загальноприйнятих діагностичних критеріїв. Тому на сьогодні не можна говорити про можливості/ризики, переваги/недоліки чи взагалі наявність розробленого алгоритму ведення такої вагітності. Вона визначається анамнестичними даними, репродуктивними планами пацієнтки, клінічною картиною, результатами обстеження та можливостями стаціонару.

Згідно зі статистичним аналізом клінічного перебігу РВ, у 36,8% випадків відсутня будь-яка симптоматика, у 38,6% – визначаються безболісні вагінальні кровотечі, у 15,8% – кровотеча з вираженим больовим синдромом, у 8,8% – ізольований больовий синдром [21].

Запропоновано декілька класифікацій для оцінювання ризиків РВ.

За класифікацією Kaelin Agten (2017) виокремлюють такі варіанти РВ [10]:

- тип А – хоріон прикріплюється частково або повністю на ділянку рубця, який добре зажив після попереднього оперативного втручання. Товщина міометрію становить понад 3 мм. У разі пролонгування вагітності прогноз сприятливий;
- тип В – у ділянці «ніші після рубця». Товщина міометрію менш ніж 2 мм. При пролонгуванні вагітності дефект тканини прогресує, відбувається розшарування рубця і його розрив. Прогноз несприятливий.

За класифікацією залежно від локалізації та ступеня вращення виділяють 4 ступені РВ [14]:

- I ступінь – гестаційний мішок проникає менш ніж в 1/2 товщини нижнього сегмента;
- I ступінь – проникнення більш ніж в 1/2 товщини міометрію;
- III ступінь – гестаційний мішок розвивається поза міометрієм;
- IV ступінь – аморфна пухлина з посиленою васкуляризацією на рубці.

Наведена класифікація визначає не тільки прогноз, а й ступінь оперативного втручання. При III і IV ступені пацієнтки потребують гістеректомії.

Як уже було зазначено, єдиного протоколу ведення РВ немає. Можуть бути індивідуалізовані підходи, які включають [7, 12, 15, 18, 22]:

- очікувальну тактику;
- медикаментозну терапію;
- хірургічне втручання;
- інтервенційні радіологічні методи – емболізацію маткових артерій;
- комбіновані варіанти менеджменту.

Очікувальна тактика є вкрай ризикованою, тому в більшості випадків домінуючим є підхід, при якому «найбільш раннє переривання вагітності дозволяє зберегти життя і репродуктивну функцію пацієнток». Серед описаних методів переривання РВ немає золотого стандарту, оскільки



# ВАГІТНІСТЬ І ПОЛОГИ

кожен із них має свої обмеження для застосування, протипоказання, ступінь ефективності. Крім того, суттєвого значення набуває рівень кваліфікації фахівця та володіння методиками.

Медикаментозне лікування передбачає введення метотрексату. Проте він має системну дію і може використовуватися лише при рівні хоріонічного гонадотропіну людини до 5000–12000 МО/мл, терміні вагітності до 8 тижнів та відсутності серцебиття плода [11]. За неефективності метотрексату або в разі появи масивної неконтрольованої кровотечі виникає потреба в повторному введенні препарату чи застосуванні додаткового хірургічного втручання [30].

Хірургічне лікування включає кюретаж, вакуумну екстракцію, гістероскопію, лапароскопію та гістеротомію (гістеректомію). Застосування малоінвазивних оперативних втручань часто поєднують із місцевим введенням метотрексату або терліпресину для зменшення крововтрати. З огляду на найвищу ефективність і безпечність серед перелічених методик, цей спосіб є варіантом вибору першої лінії.

Емболізація маткових артерій також досить ефективний метод. Частіше застосовується при підозрі на артеріовенозну мальформацію, але потребує наявності спеціального обладнання та висококваліфікованого фахівця, який знається

на цій методиці. Крім того, ускладненням цього втручання може бути емболія легеневої артерії.

## ВИСНОВКИ

Через неоднорідність досліджуваних груп і відсутність єдиного протоколу ведення РВ, частіше використовують комбіновані або модифіковані підходи до лікування. Прогресивне зростання рівня РВ у всіх країнах світу та накопичення клінічного досвіду їхнього менеджменту дозволяє припустити, що незабаром ми отримаємо узагальнені результати. Але поки можна резюмувати, що первинна профілактика повинна включати заходи щодо запобігання високій частоті КР, також слід переглянути показання до його проведення і виконувати дійсно обґрунтоване оперативне втручання. При плануванні подальшої вагітності обов'язковою потрібно проводити прегравідарну підготовку. У протоколи скринінгового УЗД I триместру вагітності при оперованій матці варто акцентувати увагу на локалізації хоріона. У разі виявлення РВ на цьому етапі не можна рекомендувати пролонгування вагітності. Будь-який метод, який усуває вагітність на рубці, особливо на малих термінах, дозволяє зберегти орган та майбутню фертильність, а також знизити захворюваність і летальність.

## ЛІТЕРАТУРА/REFERENCES

### 1. Тарасенко, К.В.

Зростання частоти кесаревого розтину як проблема сучасного акушерства / К.В. Тарасенко, А.Н. Громова, В.М. Шафарчук, Л.А. Нестеренко // Український журнал медицини, біології та спорту. – 2019. – № 5. – С. 197–201.  
Tarasenko, K.V., Gromova, A.M., Shafarchuk, V.M., Nesterenko, L.A. "The Increasing Frequency of Caesarean Section as a Problem of Modern Obstetrics." Ukrainian Journal of Medicine, Biology and Sports 5.21 (2019): 197–201. DOI: 10.26693/jmbs04.05.19

### 2. Жук, С.І., Шуревська, О.Д.

Кесарів розтин при стрес-скомпromетованій вагітності / С.І. Жук, О.Д. Шуревська // Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – 2018. – № 1. – С. 85–90.

### Zhuk, S.I., Shchurevska, O.D.

"Caesarean section in stress-compromised pregnancy." Scientific digest of Association of obstetricians and gynaecologists of Ukraine 1.41 (2018): 85–90. DOI: 10.35278/2664-0767.1(41).2018.171771

### 3. World Health Organization.

"Appropriate technology for birth." Lancet 2.8452 (1985): 436–7.

### 4. Betran, A.P., Torloni, M.R., Zhang, J.J., Gülmezoglu, A.M.

"WHO Statement on Caesarean Section Rates." BJOG 123 (2016): 667–70.

### 5. Cali, G., Timor-Tritsch, I.E., Palacios-Jaraquemada, J., et al.

"Outcome of Caesarean scar pregnancy managed expectantly: systematic review and meta-analysis." Ultrasound Obstet Gynecol 51 (2018): 169–75. DOI: 10.1002/uog.17568

### 6. Docheva, N., Slutsky, E.D., Borella, N., et al.

"The Rising Triad of Caesarean Scar Pregnancy, Placenta Percreta, and Uterine Rupture: A Case Report and Comprehensive Review of the Literature." Case reports in obstetrics and gynecology (2018): 8797643. DOI: 10.1155/2018/8797643

### 7. Glenn, T.L., Bembry, J., Findley, A.D., et al.

"Caesarean Scar Ectopic Pregnancy: Current Management Strategies." Obstet Gynecol Surv 73.5 (2018): 293–302. DOI: 10.1097/OGX.0000000000000561

### 8. Holtzman, S., Kiernan, M.L., Huntly, J., et al.

"Caesarean Section Scar Ectopic Pregnancy in the Second Trimester: An Underrecognized Complication of Caesarean Deliveries." Case Rep Obstet Gynecol 20.21 (2021): 8888019. DOI: 10.1155/2021/8888019

### 9. Jo, E.J., Cha, H.H., Seong, W.J.

"Delayed diagnosis of a cesarean scar pregnancy: a case report." Journal of medical case reports 13.1 (2019): 53. DOI: 10.1186/s13256-019-1983-1

### 10. Kaelin Agten, A., Cali, G., Monteagudo, A., et al.

"The clinical outcome of cesarean scar pregnancies implanted "on the scar" versus "in the niche." Am J Obstet Gynecol 216.510 (2017): 1–6. DOI: 10.1016/j.ajog.2017.01.019

### 11. Kanat-Pektas, M., Bodur, S., Dundar, O., Bakir, V.L.

"Systematic review: What is the best first-line approach for cesarean section ectopic pregnancy?" Taiwan J Obstet Gynecol 55.2 (2016): 263–9. DOI: 10.1016/j.tjog.2015.03.009

### 12. Karahasanoglu, A., Uzun, I., Deregozü, A., Ozdemir, M.

"Successful Treatment of Cesarean Scar Pregnancy With Suction Curettage: Our Experiences in Early Pregnancy." Ochsner J 18.3 (2018): 222–5. DOI: 10.31486/toj.17.0118

### 13. Kutlešić, R., Kutlešić, M., Vukomanović, P., et al.

"Caesarean Scar Pregnancy Successfully Managed to Term: When the Patient Is Determined to Keep the Pregnancy." Medicina (Kaunas) 56.10 (2020): 496. DOI: 10.3390/medicina56100496

### 14. Lan, W., Hu, D., Li, Z., et al.

"UAEC combined with D&C to treat CSP." J Obstet Gynaecol Res 39 (2013): 1153–8. DOI: 10.1111/jog.12051

### 15. Maheux-Lacroix, S., Li, F., Bujold, E., Nesbitt-Hawes, E., et al.

"Caesarean Scar Pregnancies: A Systematic Review of Treatment Options." J Minim Invasive Gynecol 24.6 (2017): 915–25. DOI: 10.1016/j.jmig.2017.05.019

### 16. Mohamedsalih, D.Y., Hameed, N.R., Abdulla, S.F.

"Effect of previous scar uterus and sit of placentation on early pregnancy outcome in Iraq." Int J Adv Res Biol Sci 5.5 (2018): 100–25. DOI: 10.22192/ijarbs.2018.05.05.013

### 17. Najji, O., Daemen, A., Smith, A., et al.

"Does the presence of a Caesarean section scar influence the site of placental implantation and subsequent migration in future pregnancies: a prospective case-control study." Ultrasound Obstet Gynecol 40 (2012): 557–61. DOI: 10.1002/uog.11133

### 18. Özdamar, Ö., Doğer, E., Arlier, S., et al.

"Exogenous cesarean scar pregnancies managed by suction curettage alone or in combination with other therapeutic procedures: A series of 33 cases and analysis of complication profile." J Obstet Gynaecol Res 42.8 (2016): 927–35. DOI: 10.1111/jog.13017

### 19. Peng, K.W., Lei, Z., Xiao, T.H., et al.

"First trimester caesarean scar ectopic pregnancy evaluation using MRI." Clin Radiol 69.2 (2014): 123–9. DOI: 10.1016/j.crad.2013.07.021

### 20. Rosa, F., Perugini, G., Schettini, D., et al.

"Imaging findings of cesarean delivery complications: cesarean scar disease and much more." Insights into imaging 10.1 (2019): 98. DOI: 10.1186/s13244-019-0780-0

### 21. Rotas, M.A., Haberman, S., Levigur, M.

"Caesarean scar ectopic pregnancies: etiology, diagnosis, and management." Obstet Gynecol 107.6 (2006): 1373–81. DOI: 10.1097/01.AOG.0000218690.24494.ce

### 22. Sadeghi, H., Rutherford, T., Rackow, B.W., et al.

"Caesarean scar ectopic pregnancy: case series and review of the literature." Am J Perinatol 27.2 (2010): 111–20. DOI: 10.1055/s-0029-1224874

### 23. Suzuki, N., Kyojuzuka, H., Fukuda, T., et al.

"Late-diagnosed cesarean scar pregnancy resulting in unexpectant placenta accreta spectrum necessitating hysterectomy." Fukushima journal of medical science 66.3 (2020): 156–9. DOI: 10.5387/fms.2020-14

### 24. Tamada, S., Masuyama, H., Maki, J., et al.

"Successful pregnancy located in a uterine cesarean scar: A case report." Case reports in women's health 14 (2017): 8–10. DOI: 10.1016/j.crwh.2017.03.003

### 25. Timor-Tritsch, I.E., Monteagudo, A.

"Unforeseen consequences of the increasing rate of cesarean deliveries: early placenta accreta and cesarean scar pregnancy. A review." Am J Obstet Gynecol 1.207 (2012): 14–29. DOI: 10.1016/j.ajog.2012.03.007

### 26. Timor-Tritsch, I.E., Monteagudo, A., Cali, G., et al.

"Easy sonographic differential diagnosis between intrauterine pregnancy and cesarean delivery scar pregnancy in the early first trimester." Am J Obstet Gynecol 215 (2016): 225. DOI: 10.1016/j.ajog.2016.02.028

### 27. Timor-Tritsch, I.E., Monteagudo, A., Cali, G., et al.

"Caesarean scar pregnancy and early placenta accreta share common histology." Ultrasound Obstet Gynecol 43 (2014): 383–95. DOI: 10.1002/uog.13282

### 28. Tsai, H.J.

"Terminology of "cesarean section ectopic pregnancy" and "placenta previa and accrete." Taiwan J Obstet Gynecol 55.5 (2016): 760. DOI: 10.1016/j.tjog.2016.05.007

### 29. Xie, R., Guo, X., Li, M., et al.

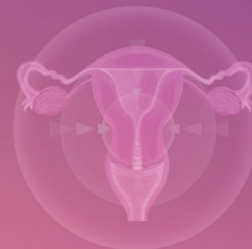
"Risk factors and consequences of undiagnosed cesarean scar pregnancy: a cohort study in China." BMC Pregnancy Childbirth 19 (2019): 383. DOI: 10.1186/s12884-019-2523-0

### 30. Zosmer, N., Fuller, J., Shaikh, H., et al.

"Natural history of early first-trimester pregnancies implanted in Cesarean scars." Ultrasound Obstet Gynecol 46.3 (2015): 367–75. DOI: 10.1002/uog.14775

# ФЕМОЗИТОЛ ДУО

Міо-інозитол **1000** mg (мг)  
D-хіро-інозитол (DCI) **250** mg (мг)  
Коросолева кислота **40** mg (мг)



ФЕМОЗИТОЛ ДУО ЧИНИТЬ НАСТУПНІ ЕФЕКТИ У ЖІНОК ІЗ СПКЯ\*:

- допомагає нормалізувати менструальний цикл та покращити овуляцію<sup>1</sup>
- зменшує рівні андрогенів<sup>1</sup>
- сприяє зменшенню ваги та покращенню метаболічних показників<sup>1</sup>

За рахунок комбінації двох форм інозитолів, доповненої коросолевою кислотою, ФЕМОЗИТОЛ ДУО має підсилену дію проти інсулінорезистентності – найчастішої патогенетичної причини розвитку СПКЯ\*<sup>2,3</sup>

\* СПКЯ – синдром полікістозних яєчників

1. Листок-вкладш до застосування дієвничної добавки Фемозитол ДУО № 3/28-А-1468/1-20-68713 Е від 03.09.2020

2. Т.Ф. Татарчук, Л.В. Калугіна «Перспективи використання інозитолів у корекції інсулінорезистентності у жінок із синдромом полікістозних яєчників», – Здоров'я України № 1 (29), березень 2018 р.

3. «Як подолати інсулінорезистентність при синдромі полікістозних яєчників?», – Здоров'я України № 1, лютий 2021 р.

Реклама дієвничної добавки Фемозитол ДУО. Не є лікарським засобом. Перед вживанням рекомендується проконсультуватися з лікарем та ознайомитися з інформацією про застосування. 1 саше містить: міо-інозитол 1000 mg (мг); D-хіро-інозитол 250 mg (мг); сухий екстракт листа Lagerstroemia (джерело коросолевої кислоти) 40 mg. Допоміжні компоненти: ароматизатор, регулятор кислотності: лимонна кислота (Е 330), розпушувач: діоксид кремнію (Е551), підсолоджувач: мальтодекстрин, сукралоза. Підсолоджувач у складі дієвничної добавки не підвищує рівень цукру в крові... Не містить цукру. Найменування та місцезнаходження виробника: Салікс Спл., Віале дель Lavoro 14, 36030 – Монте ді Мало / Salix SpA, Viale del Lavoro 14, 36030 – Монте ді Мало (VI), Italy. Найменування та місцезнаходження імпортера: За додатковою інформацією звертайтеся за адресою: ТОВ «Др. Реддіс Лабораторізі» Столичне шосе, 103, оф. 11-А, м. Київ, Україна, 03131, тел. +380444923173, FZ-05-02-2021 – RV-2-8.1

Dr.Reddy's

ДУЕТ ДЛЯ СТРУНКСТІ ТА РЕПРОДУКТИВНИХ МОЖЛИВОСТЕЙ<sup>1</sup>

## КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ОЧІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ ВЕДЕННЯ РУБЦЕВОЇ ВАГІТНОСТІ ТА РОЗРОДЖЕННЯ В ІІІ ТРИМЕСТРІ

О.Д. Шуревська, д. мед. н., професор кафедри акушерства, гінекології та медицини плода НУОЗУ ім. П.Л. Шупика, м. Київ

Н.П. Гончарук, д. мед. н., доцент, директор КНП «Київський міський пологовий будинок № 1», м. Київ

Одне з рідкісних ускладнень попереднього кесаревого розтину – вагітність з імплантацією в ділянці самого післяопераційного рубця. У літературі описані поодинокі повідомлення про цю патологію, які стосуються ранніх термінів вагітності. Прогноз і тактика їхнього ведення є дискусійними питаннями.

У статті представлено випадок успішного спостереження вагітності й розродження пацієнтки з поєднаною патологією: плацента в зоні післяопераційного рубця з його діастазом і центральне передлежання плаценти з проростанням стінки матки.

Вагітна 34 років із ІІІ вагітністю та ІІ очікуваними пологамі. Під час УЗД встановлено діагноз центрального передлежання плаценти, її врослення в стінку матки та дефекту стінки матки в ділянці післяопераційного рубця. Жінка поінформована щодо можливих ризиків, але категорично наполягала на пролонгуванні вагітності. Із 23 тижня перебувала в умовах акушерського стаціонару для можливості ургентного оперативного втручання. На терміні 37 тижнів проведено плановий кесарів розтин донним доступом із подальшою екстирпацією матки.

Практично в усіх літературних джерелах описано завершення рубцевої вагітності в І та ІІ триместрах. Через неоднорідність досліджуваних груп і рідкість таких випадків, а також відсутність єдиного протоколу ведення цієї патології, частіше використовують комбіновані або модифіковані підходи до лікування. Первинна профілактика рубцевої вагітності повинна включати заходи щодо запобігання високій частоті кесаревого розтину, також слід переглянути показання до його проведення та виконувати дійсно обґрунтоване оперативне втручання. При плануванні подальшої вагітності обов'язково потрібно проводити прегравідарну підготовку. У протоколі скринінгового УЗД І триместру вагітності при оперованій матці варто акцентувати увагу на локалізації хоріона. У разі встановлення рубцевої вагітності на цьому етапі не можна рекомендувати очікувальну тактику. Будь-який метод, який усуває вагітність на рубці, особливо на малих термінах, дозволить зберегти орган та майбутню фертильність, а також знизити захворюваність і летальність.

**Ключові слова:** кесарів розтин, рубець на матці, вагітність, рубцева вагітність, пологи, розродження, *placenta previa*.

## CLINICAL CASE OF EXPECTANT TACTICS OF SCAR PREGNANCY AND CHILDBIRTH IN THE III TRIMESTER

O.D. Shchurevska, MD, professor, Department of Obstetrics, Gynaecology and Fetal Medicine, P.L. Shupik National Healthcare University of Ukraine, Kyiv

N.P. Honcharuk, MD, associate professor, director of the Kyiv City Maternity Hospital No. 1, Kyiv

One of the rare complications of a previous cesarean section is pregnancy with implantation in the area of the postoperative scar. The literature describes isolated reports of this pathology, which relate to early pregnancy. The forecast and tactics of their management are debatable issues.

This article presents a case of successful monitoring of pregnancy and childbirth of a patient with a combined pathology: the placenta in the area of the cesarean scar with its diastase and central placenta previa with the germination of the uterine wall.

The 34-year-old pregnant woman (III pregnancy and II expected childbirth) during ultrasound examination central a placenta previa was diagnosed. It had ingrowth into the uterine wall creating defect of the cesarean scar. Informed about the possible risks, patient strongly insisted on prolonging the pregnancy. Since 23 weeks she was in an obstetric hospital for the possibility of urgent surgery. Within 37 weeks, a planned cesarean section was performed by bottom access with subsequent extirpation of the uterus.

Literary data from different countries almost all describe the completion of cesarean scar pregnancy in the first and second trimesters. Due to the rarity, heterogeneity of groups and the lack of a single protocol for the management of this pathology, combined or modified approaches to treatment are more often used. Primary prevention should begin at the stage of preventing a high frequency of cesarean section, reviewing the indications for it and conducting a truly justified surgery. Preconception care should be mandatory when planning the next pregnancy. Great attention should be paid to the localization of the chorion in the protocol of the screening ultrasound examination of the first trimester if there is uterine scar. In the case of a cesarean scar pregnancy, we cannot recommend an expectant tactics at this stage. Any method that eliminates cesarean scar pregnancy, especially in the early term, will saving the body and future fertility, as well as reduces morbidity and mortality.

**Keywords:** cesarean section, uterine scar, pregnancy, cesarean scar pregnancy, childbirth, delivery, *placenta previa*.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВЫЖИДАТЕЛЬНОЙ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ РУБЦОВОЙ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОРАЗРЕШЕНИЯ В ІІІ ТРИМЕСТРЕ

О.Д. Шуревская, д. мед. н., профессор кафедры акушерства, гинекологии и медицины плода НУЗУ им. П.Л. Шупика, г. Киев

Н.П. Гончарук, д. мед. н., доцент, директор КНП «Киевский городской родильный дом № 1», г. Киев

Одно из редких осложнений предыдущего кесарева сечения – беременность с имплантацией в области самого послеоперационного рубца. В литературе имеются одиночные сообщения о данной патологии, которые касаются ранних сроков беременности. Прогноз и тактика их ведения являются дискуссионными вопросами.

В данной статье представлен случай успешного наблюдения беременности и родоразрешения пациентки с сочетанной патологией: плацента в зоне послеоперационного рубца с его диастазом и центральное предлежание плаценты с прорастанием стенки матки.

Беременная 34 лет с ІІІ беременностью и ІІ ожидаемыми родами. На УЗИ поставлен диагноз центрального предлежания плаценты, ее врастания в стенку матки и дефекта стенки матки в области послеоперационного рубца. Женщина осведомлена о возможных рисках, но категорически настаивала на пролонгировании беременности. С 23 недель находилась в условиях акушерского стационара для возможности ургентного оперативного вмешательства. На сроке 37 недель проведено плановое кесарево сечение донным доступом с последующей экстирпацией матки.

Практически во всех литературных источниках описано завершение рубцовой беременности в І та ІІ триместрах. В связи с неоднородностью исследуемых групп, редкостью таких случаев, а также отсутствием единого протокола ведения этой патологии, чаще используются комбинированные или модифицированные подходы к лечению. Первичная профилактика рубцовой беременности должна включать мероприятия по предупреждению высокой частоты кесарева сечения, также следует пересмотреть показания к его проведению и выполнять действительно обоснованное оперативное вмешательство. При планировании следующей беременности обязательно нужно проводить прегравидарную подготовку. В протоколе скринингового УЗИ І триместра беременности при оперированной матке стоит акцентировать внимание на локализации хоріона. В случае установления рубцовой беременности на данном этапе не представляется возможным рекомендовать выжидательную тактику. Любой метод, который устраняет беременность на рубце, особенно на малых сроках, позволит сохранить орган и будущую фертильность, а также снизить заболеваемость и летальность.

**Ключевые слова:** кесарево сечение, рубец на матке, беременность, рубцовая беременность, роды, родоразрешение, *placenta previa*.