

КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВАГІТНОСТІ В РУБЦІ НА МАТЦІ КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

ВСТУП

Частота виконання кесаревого розтину (КР) у світі демонструє стабільне зростання протягом останніх кількох десятиліть: за 25 років вона збільшилася в понад 2 рази (у середньому з 7 до 18%). Найвища частота КР у країнах Південної Америки – 40% [1, 2].

Упродовж багатьох років дослідники вивчали оптимальну частоту КР для збереження здоров'я матері та дитини. ВООЗ оцінила її на рівні 10–15%, хоча деякі вчені запропонували вищу цифру [1, 2]. Подальше дослідження оптимальної частоти КР, безумовно, залишається виправданим.

При цьому вдосконалення технології сонографічної візуалізації сприяло зростанню виявлення ектопічної вагітності в рубці на матці [5]. Вагітність у рубці – це вагітність, що розвивається, імплантована в міометрій попереднього рубця після КР [6].

Ультразвуковими критеріями вищезазначеного стану є витончення передньої стінки матки в ділянці рубця, інвазія плодового яйця в післяопераційний рубець, зміна його форми на трикутну [3, 4, 9].

Приблизно 30% вагітностей у рубці на матці перериваються в I та II триместрах. Решта вагітностей прогресують та ускладнюються передлежанням, щільним прикріпленням або істинним збільшенням плаценти [10, 13]. Якщо ріст плодового яйця відбувається в бік сечового міхура й черевної порожнини, це призводить до гістеопатичного розриву матки. У разі прогресування вагітності в рубці на матці, а також при виборі вичікувальної тактики практично завжди на великих термінах вагітності або при розродженні виникають загрози життю ситуації, а видалення матки проводиться в 71% випадків [7, 8, 11].

Хоча вагітності в рубці все ще є рідкісним діагнозом, для лікарів-практиків надзвичайно важливо мати змогу швидко визначити та втрутитися в цей небезпечний стан. Така не діагностована вагітність може прогресувати до розриву матки, кровотечі, втрати майбутньої фертильності та навіть смерті жінки.

Загальна смертність має тенденцію до зниження, але нерозпізнана позаматкова вагітність будь-якої патологічної локалізації

залишається значною причиною смерті, пов'язаної з вагітністю [6]. Позаматкова вагітність становить приблизно 2% усіх вагітностей [5, 6, 12, 14]. Лікування діагностованої вагітності в рубці може включати як консервативне, так і оперативне втручання, а також комбінований підхід [7, 8, 11].

Враховуючи невелику кількість публікацій, присвячених цій проблемі, а також її науково-практичну значущість, наводимо клінічний випадок ектопічної вагітності рідкісної локалізації в ділянці рубця після КР, з метою продемонструвати особливості своєчасної діагностики та можливі ризики такої вагітності.

ОПИС ВИПАДКУ

У лютому 2021 р. вагітна Ш., 34 роки, звернулася до жіночої консультації для взяття на облік на терміні 23 тижні. До цього перебувала під наглядом у жіночій консультації за місцем проживання.

В анамнезі пацієнтки дві вагітності та одні пологи: вагітність I завершилася медикаментозним аборт, вагітність II – КР через клінічно вузький таз.

При проведенні першого та другого ультразвукового скринінгу встановлено повне передлежання хоріона з локалізацією в ділянці післяопераційного рубця та з дефектом стінки матки.

Жінку було поінформовано про ризики перебігу вагітності, проте вона наполягла на пролонгуванні вагітності.

На 34–35-му тижні гестації пацієнтку госпіталізовано до відділення патології вагітності КНП «Київський міський пологовий будинок № 1» з діагнозом: вагітність III, 34–35 тижнів; косе положення плода; очікувані пологи II; повне передлежання плаценти; рубець на матці; плацента входить у ділянку післяопераційного рубця.

Ведення вагітності проводили згідно з чинними протоколами надання медичної допомоги. В умовах стаціонару виконано весь комплекс лікувально-діагностичних заходів, зокрема й УЗД з визначенням стану плода та оцінюванням післяопераційного рубця. Під час УЗД виявлено не тільки локалізацію плаценти в ділянці післяопераційного рубця з проростанням її ворсин,



Н.П. ГОНЧАРУК

д. мед. н., доцент кафедри акушерства, гінекології та перинатології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, директорка КНП «Київський міський пологовий будинок № 1», м. Київ
ORCID: 0000-0001-7207-3696

О.О. ДЯДИК

д. мед. н., професор, завідувачка кафедри патологічної та топографічної анатомії Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ
ORCID: 0000-0002-9912-4286

Н.Р. КОВИДА

к. мед. н., лікар – акушер-гінеколог КНП «Київський міський пологовий будинок № 1», м. Київ
ORCID: 0000-0001-8493-6508

О.Ю. ЛИСЕНКО

д. пед. н., доцент, заступниця директора з організації та науково-методологічної роботи КНП «Київський міський пологовий будинок № 1», м. Київ
ORCID: 0000-0001-9356-1306

О.Б. ШЕЛЕСТ

лікар-патологоанатом відділення патоморфології КНП КОР «Київська обласна клінічна лікарня», м. Київ
ORCID: 0000-0002-3830-3838

Контакти:

Гончарук Наталія Петрівна
КНП «Київський міський пологовий будинок № 1»
01011, Київ, Арсенальна, 5
Тел: +38 (044) 286-52-09
Email: kmpb1@ukr.net

DOI: <http://dx.doi.org/10.18370/2309-4117.2022.65.67-70>

ВАГІТНІСТЬ ТА ПОЛОГИ

а й формування плацентарної кири фактично на всю довжину рубця, що зумовило також планування обсягу оперативного втручання.

На терміні 36–37 тижнів було проведено планове оперативне втручання. Згідно з розробленим планом виконано донний КР та вилучено дівчинку масою 3610 г, зростом 55 см.

Інтраопераційно підтверджена деформація з дефектом розміром 10 × 12 см, локалізованим на передній стінці матки в ділянці післяопераційного рубця, заповненого плацентарною тканиною у вигляді аневризматично змінених судин.

Підтверджено проростання плаценти в стінку матки фактично на всій площі її розташування, яка займала весь нижній сегмент на всьому обводі тіла матки. При цьому спостерігалася значна деформація не тільки передньої, а й задньої стінки матки. За попередньо визначеним планом була виконана екстирпація матки без придатків із застосуванням аргоноплазмової та біполярної коагуляції.

Макропрепарат: матка на розрізі – у ділянці післяопераційного рубця та на всій площі прикріплення плаценти розташована хоріальна тканина до серозного шару (рис. 1). Препарат відправлено на гістологічне дослідження.

З метою детального вивчення особливостей тканин при вагітності в рубці на матці проводили патоморфологічне дослідження макропрепарату. Матеріал фіксували в 10% розчині нейтрального забарвленого формаліну (рН 7,4) протягом 24–36 год за стандартною методикою. Тканина рубця додатково підлягала забарвленню за Ван Гізоном, за Масоном.

Під час патоморфологічного дослідження встановлено низку особливостей. Зокрема, у пуповині зафіксовано спазм артерій, повнокров'я вени, дисмукоїдоз Вартонових драглів. На плаценті в ділянці пуповини з боку парієтальної пластини спостерігалися відкладання фібриноїду, склероз та місцями гіаліноз ворсин. При цьому з боку децидуальної пластини були наявні крововиливи, ділянки склерозу, подекуди – некрозу, а також петрифікати. У деяких

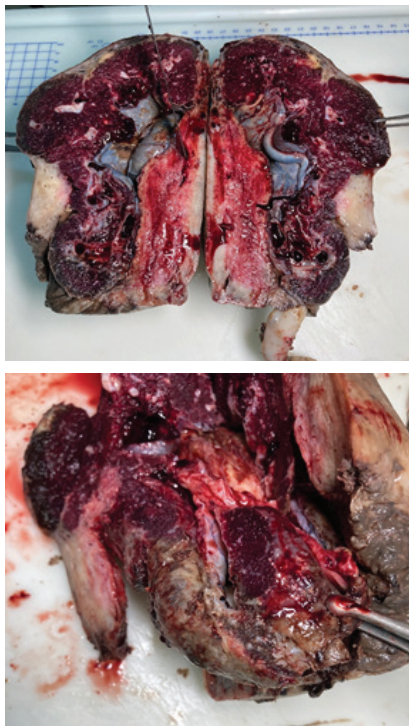


Рисунок 1. Макропрепарат placenta percreta, локалізованої на всій довжині нижнього сегмента матки

судинах виявлено тромботичні маси (рис. 2).

У децидуальній тканині визначалися набряк, ділянки склерозу й некрозу. Окрім того, спостерігалися гіпертрофія та розшарування м'язових волокон, обширні ділянки деструкції, які охоплювали практично всю товщу стінки матки, починаючи від слизового шару, поширюючись на міометрій із дезорганізацією та деструкцією гладеньком'язових волокон стінки матки. Ворсини хоріона здебільшого були некротизовані й оточені ділянками фібриноїдного некрозу, а також крововиливами. Діагностовано велику кількість повнокровних судин різного калібру та форми, зокрема й повнокровних кавернозно-розширених судин. При цьому плацента з боку парієтальної пластини мала ворсини з відкладанням фібриноїду, формуванням синцитіальних бруньок, містків між ворсинами і петрифікатами. З боку децидуальної пластини плаценти були наявні крововиливи, ділянки гіалінозу та некрозу, а також петрифікати.

Крім того, виявлено міометрій із різко гіпертрофованими клітинами, дисмукоїдозом строми, повнокров'ям судин, частина з яких була з різко роз-

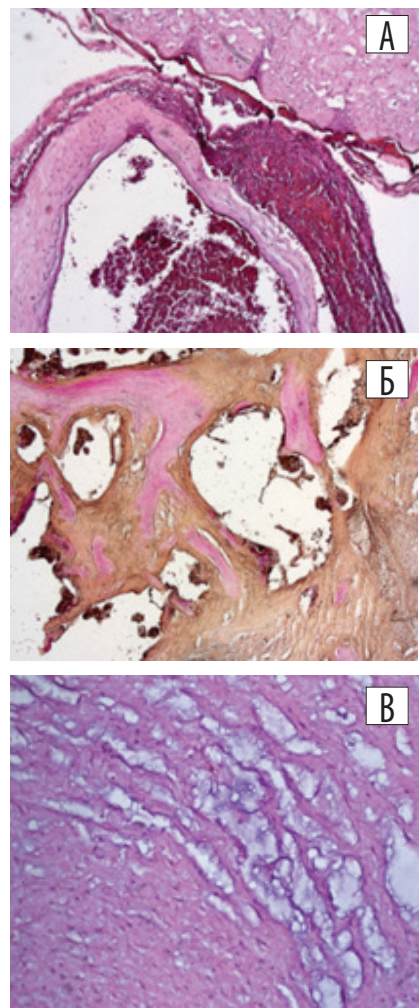


Рисунок 2. Пуповинна частина плаценти та частина пуповини

А. Фрагмент тканини пуповинної частини плаценти. Забарвлення гематоксиліном та еозином. Збільшення × 50.

Б. Фрагмент тканини пуповинної частини плаценти. Забарвлення за Ван Гізоном. Збільшення × 50.

В. Фрагмент тканини пуповини з дисмукоїдозом. Забарвлення гематоксиліном та еозином. Збільшення × 50.

ширим простором із тромботичними масами, ділянками розростання сполучної тканини з дисмукоїдозом, місцями – з ділянками гіалінозу й некрозу (рис. 3).

У плаценті з боку парієтальної пластини ворсини були зі склерозом, гіалінозом, відкладанням фібриноїду, крововиливами, петрифікатами, формуванням конгломератів і містків між ними. З боку децидуальної пластини спостерігалися крововиливи, повнокров'я судин, ділянки гіалінозу й некрозу. У деяких судинах наявні тромби. В оболонках також фіксувалися

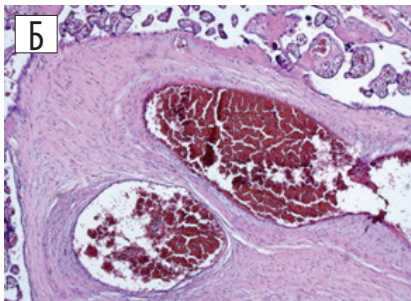
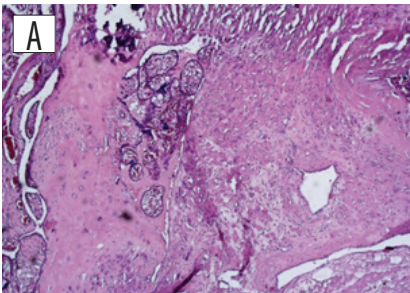


Рисунок 3. Фрагменти плаценти

А. Фрагмент плаценти

Б. Фрагмент повнокровних судин плаценти
Забарвлення гематоксиліном та еозином.
Збільшення $\times 50$.

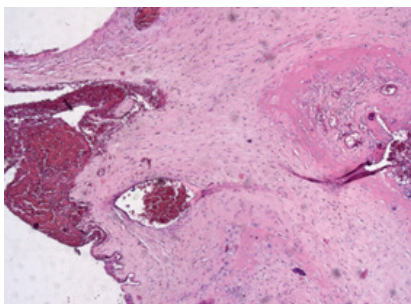
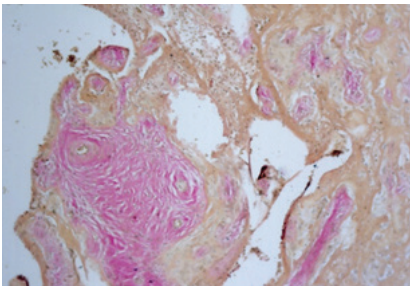


Рисунок 4. Фрагменти плаценти

А. Фрагмент пророщеної ділянки плаценти в міометрії

Б. Фрагмент пророщеної ділянки плаценти в міометрії

Забарвлення гематоксиліном та еозином.
Збільшення $\times 50$.

набряк, дисмукоїдоз, ділянки некрозу та розростання сполучної тканини (рис. 4).

Тканина шийки матки була з формуванням наботових кіст, заповнених секретом, виявлено набряк строми (рис. 5).

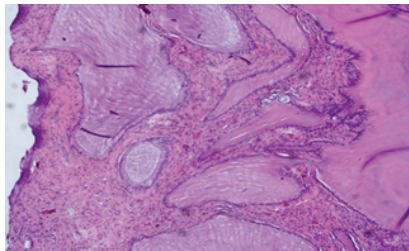


Рисунок 5. Фрагменти шийки матки

Забарвлення гематоксиліном та еозином.
Збільшення $\times 50$.

ВИСНОВКИ

1. Терапія рідкісних форм вагітності проводиться в стаціонарних умовах пологових будинків, частіше оперативним шляхом. Оперативне лікування вагітності в рубці на матці після КР може бути як органозберігальним, так і радикальним (гістеректомія). Обсяг операції та доступ залежать від клінічної ситуації, стабільності гемодинаміки, ступеня інвазії та локалізації трофобласта, віку жінки та її репродуктивних планів.

2. Наведений клінічний випадок атипової локалізації вагітності в ділянці рубця після оперативного розродження, проведеного шляхом КР, цікавий як із практичного, так і з наукового погляду. Провідне значення в механізмі формування цього ускладнення мала змінена тканина матки, де й виникла імплантація. Через зростання частоти КР існує висока ймовірність переходу ектопічної вагітності в рубці з рідкісних форм позаматкової вагітності до категорії більш частих патологій.

ЛІТЕРАТУРА/REFERENCES

- Betran, A.P., Torloni, M.R., Zhang, J.J., Gülmezoglu, A.M. "WHO Statement on Caesarean Section Rates." *BJOG* 123.5 (2016): 667–70.
- Fetisheva, L.E., Ushakova, G.A. "Rare forms of ectopic pregnancy. Problems of diagnostics, treatment and restoration of fertility." *Russian Bulletin of Obstetrician-Gynecologist* 17.4 (2017): 11–9.
Фетищева, Л.Е.
Редкие формы внематочной беременности. Проблемы диагностики, лечения и восстановления фертильности / Л.Е. Фетищева, Г.А. Ушакова // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2017. — № 17 (4). — С. 11–19.
- Rubina, E.V., Davydov A.I., Strizhakov, A.N., Shakhlamova, M.N. "Rare forms of ectopic pregnancy: a systemic approach to diagnosis and treatment." *Issues of Gynecology, Obstetrics and Perinatology* 17.2 (2018): 5–11.

Рубина, Е.В.

Редкие формы эктопической беременности: системный подход к диагностике и лечению / Е.В. Рубина, А.И. Давыдов, А.Н. Стрижаков, М.Н. Шахламова // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2018. — Т. 17, № 2. — С. 5–11.

4. Baranovskaya, E.I.

"Ectopia of the fetal egg and heterotopic pregnancy." *Current issues of obstetrics and gynecology in Belarus* 4 (2018): 9–11.

Барановская, Е.И.

Эктопия плодного яйца и гетеротопическая беременность // Актуальные вопросы акушерства и гинекологии Беларуси. — 2018. — № 4. — С. 9–11.

5. Seow, K.-M., Huang, L.-W., Lin, Y.-H., et al.

"Caesarean scar pregnancy: issues in management." *Ultrasound Obstet Gynecol* 23.3 (2004): 247–53.

6. Gonzalez, N., Tulandi, T.

"Caesarean scar pregnancy: a systematic review." *J Minim Invasive Gynecol* 24.5 (2017): 731–8.

7. Maheux-Lacroix, S., Li, F., Bujold, E., et al.

"Caesarean scar pregnancies: a systematic review of treatment options." *J Minim Invasive Gynecol* 24.6 (2017): 915–25.

8. Birch Petersen, K., Hoffmann, E., Riffbjerg Larsen, C., et al.

"Caesarean scar pregnancy: a systematic review of treatment studies." *Fertil Steril* 105.4 (2016): 958–67.

9. Osborn, D.A., Williams, T.R., Craig, B.M.

"Caesarean scar pregnancy: sonographic and magnetic resonance imaging findings, complications, and treatment." *J Ultrasound Med* 31.9 (2012): 1449–56.

10. El-badawy Awad, E.S., Samy El-agwany, A., Mahmoud El-habashy, A., et al.

"Lower uterine segment pregnancy (Caesarean scar pregnancy and early placenta accreta): a rising complication from caesarean section with possible and similar early ultrasound diagnoses and management." *Egypt J Radiol Nuc Med* 46.4 (2015): 977–80.

11. Timor-Tritsch, I.E., Monteagudo, A., Bennett, T., et al.

"A new minimally invasive treatment for caesarean scar pregnancy and cervical pregnancy." *Am J Obstet Gynecol* 215.3 (2016): 351.e1–8.

12. Aich, R., Solanki, N., Kekadiya, K., et al.

"Ectopic pregnancy in caesarean section scar: a case report." *Radiol Case Rep* 10.4 (2015): 68–71.

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

"Caesarean scar pregnancy and early placenta accreta share common histology." *Ultrasound Obstet Gynecol* 43.4 (2014): 383–95.

14. Riaz, R.M., Williams, T.R., Craig, B.M., et al.

"Caesarean scar ectopic pregnancy: imaging features, current treatment options, and clinical outcomes." *Abdom Imaging* 40.7 (2015): 2589–99.

КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВАГІТНОСТІ В РУБЦІ НА МАТЦІ

Клінічний випадок

Н.П. Гончарук, д. мед. н., доцент кафедри акушерства, гінекології та перинатології НУОЗУ ім. П.Л. Шупика, директорка КНП «Київський міський пологовий будинок № 1», м. Київ

О.О. Дядик, д. мед. н., професор, завідувачка кафедри патологічної та топографічної анатомії НУОЗУ ім. П.Л. Шупика, м. Київ

Н.Р. Ковида, к. мед. н., лікар – акушер-гінеколог КНП «Київський міський пологовий будинок № 1», м. Київ

О.Ю. Лисенко, д. пед. н., доцент, заступниця директора з організації та науково-методологічної роботи КНП «Київський міський пологовий будинок № 1», м. Київ

О.Б. Шелест, лікар-патологоанатом відділення патоморфології КНП КОР «Київська обласна клінічна лікарня», м. Київ

На прикладі клінічного випадку продемонстровано особливості своєчасної діагностики й можливі ризики вагітності, розташованої в рубці. Наведено аналіз вагітності та пологів пацієнтки Ш., яка перебувала в акушерському відділенні КНП «Київський міський пологовий будинок № 1», а також результати детального патоморфологічного дослідження особливостей тканин при вагітності в рубці на матці.

Під час першого та другого ультразвукового скринінгу встановлено повне передлежання хоріона з локалізацією в ділянці післяопераційного рубця та з дефектом стінки матки. Жінку було поінформовано про ризики перебігу вагітності, але вона наполягла на пролонгуванні вагітності. На терміні 36–37 тижнів було проведено планове оперативне втручання. Виконано донний кесарів розтин і вилучено дівчинку масою 3610 г, зростом 55 см. Інтраопераційно підтверджена деформація з дефектом передньої стінки матки в ділянці післяопераційного рубця розміром 10×12 см, заповненого плацентарною тканиною у вигляді аневризматично змінених судин. Підтверджено проростання плаценти в стінку матки фактично на всій площі її розташування, яка займала весь нижній сегмент на всьому обводі тіла матки. При цьому спостерігалася значна деформація не тільки передньої, а й задньої стінки матки. Під час патоморфологічного дослідження виявлено гіпоксично-дегенеративні зміни у плаценті з боку парієтальної пластини, зі склерозом, гіалінозом та відкладанням фібриніду у ворсинах, а також наявністю крововиливів, петрифікатів і формуванням конгломератів та містків між ними.

Висновки. Встановлено, що провідне значення в механізмі формування атипичної локалізації вагітності в ділянці рубця після попереднього кесаревого розтину мала змінена тканина матки, де й виникла імплантація. Через зростання частоти кесаревого розтину існує висока ймовірність переходу ектопічної вагітності в рубці з рідкісних форм позамааткової вагітності до категорії більш частих патологій.

Ключові слова: рубець на матці, placenta percreta, ектопічна вагітність, міометрій.

CLINICAL AND MORPHOLOGICAL FEATURES OF THE CESAREAN SCAR PREGNANCY

Clinical case

N.P. Honcharuk, MD, associate professor, Obstetrics, Gynecology and Perinatology Department, P.L. Shupyk National Healthcare University of Ukraine, director of the Municipal Non-Profit Enterprise "Kyiv City Maternity Hospital No. 1", Kyiv

O.O. Diadyk, MD, professor, head of the Department of Pathological and Topographic Anatomy, P.L. Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv

N.R. Kovyda, PhD, obstetrician-gynecologist, Municipal Non-Profit Enterprise "Kyiv City Maternity Hospital No. 1", Kyiv

O.Y. Lysenko, ScD, associate professor, deputy director for organization, scientific and methodological work, Municipal Non-Profit Enterprise "Kyiv City Maternity Hospital No. 1", Kyiv

O.B. Shelest, pathologist, Pathomorphology Department, Kyiv Regional Clinical Hospital, Kyiv

The features of timely diagnosis and possible risks of the cesarean scar pregnancy are demonstrated on the example of a clinical case.

This article presents analysis of pregnancy and childbirth of patient Sh., who was in the Obstetrics Department of the Kyiv City Maternity Hospital No. 1, as well as the results of a detailed morphological study of tissue characteristics during pregnancy in the scar on the uterus.

A complete presentation of the chorion with localization in the area of the postoperative scar and a defect in the uterine wall was established at the first and second ultrasound screening. The woman was informed about pregnancy risks, but she insisted on prolonging the pregnancy. A planned surgical intervention was performed in the period of 36–37 weeks. A bottom caesarean section was performed and a girl weighing 3610 g, height 55 cm was removed. Intraoperatively confirmed deformation with a defect of the front uterus wall in the area of a postoperative scar measuring 10×12 cm, filled with placental tissue in the form of aneurysmal altered vessels. It was confirmed that placenta grew into the wall of the uterus over the entire area of its location, which occupied the entire lower segment on the entire circumference of the uterine body. At the same time, a significant deformation of the front and back walls of the uterus was noted. Morphological examination revealed hypoxic degenerative changes in the placenta, from the side of the parietal plate, with sclerosis, hyalinosis and deposition of fibrinoid in the villi, as well as the presence of hemorrhages, petrifications and the formation of conglomerates and bridges between them.

Conclusions. It was founded the leading role in the mechanism of formation of atypical localization of pregnancy in the area of the scar after previous cesarean section was altered uterus tissue, where implantation occurred. There is a high probability of transition from ectopic pregnancy to scarring from liquid forms of ectopic pregnancy in the category of more frequent pathologies due to the increase in the frequency of cesarean sections.

Keywords: uterine scar, placenta percreta, ectopic pregnancy, myometrium.