

УДК 616.31-084

I.B. Лакно¹, С.В. Коровай², І.М. Сикал¹, С.М. Коровай²,
А.В. Репнікова², А.Е. Ткачов²

Вибір обсягу оперативного втручання при рідкісних варіантах ектопічної вагітності: клінічні спостереження

¹Харківський національний медичний університет, Україна

²Комунальне некомерційне підприємство «Харківський міський перинатальний центр» Харківської міської ради, Україна

Ukrainian Journal Health of Woman. 2024. 5(174): 73-76. doi: 10.15574/HW.2024. 5(174).7376

For citation: Lakhno IV, Korovai SV, Sykal IM, Korovai SM, Repnikova AV, Tkachev AE. (2024). Selection of the surgical intervention in rare cases of ectopic pregnancy: clinical cases. Ukrainian Journal Health of Woman. 5(174): 73-76. doi: 10.15574/HW.2024.5(174).7376

Позаматкова вагітність — значна проблема сучасної гінекології. Останнім часом з'явився новий варіант ектопічної вагітності з локалізацією в ділянці операційного рубця після кесаревого розтину. Досі не відома етіологія шийкової вагітності. Обидва варіанти несуть високу загрозу життю і здоров'ю жінки. Існують певні стратегії лікування, спрямовані на збереження фертильності. Проте фактор ургентності ситуації впливає на вибір методу і обсяг оперативного лікування.

Метою роботи було обґрунтування відповідності доступу й обсягу оперативного втручання пацієнток із позаматковою вагітністю відповідно до клінічної ситуації.

Клінічні випадки. Описано два випадки ектопічної вагітності, що потребували екстирпації матки. У першому випадку пацієнтці з вагінальною кровотечею на тлі ектопічної вагітності в ділянці рубця проведено екстрену гістерорезектоскопію. Проте зупинити кровотечу шляхом коагуляції судин не вдалося внаслідок значного потончення і гіперваскуляризації ділянки ніші. Тому обсяг втручання розширено до лапароскопії, екстирпації матки. Другу пацієнтку з підтвердженою за даними ультрасонографії шийковою вагітністю доставлено машиною швидкої допомоги у тяжкому стані з клінікою геморагічного шоку. Їй проведено лапаротомію, екстирпацію матки.

Описані клінічні випадки свідчать, що наявність кровотечі та гемодинамічна нестабільність пацієнтки впливають на вибір обсягу втручання при рідкісних варіантах ектопічної вагітності.

Дослідження проведено відповідно до принципів Гельсінської декларації. На проведення досліджень отримано інформовану згоду пацієнток.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: ектопічна вагітність, вагітність у ділянці рубця на матці, шийкова вагітність, жінки.

Selection of the surgical intervention in rare cases of ectopic pregnancy: clinical cases

I.V. Lakhno¹, S.V. Korovai², I.M. Sykal¹, S.M. Korovai², A.V. Repnikova², A.E. Tkachev²

¹Kharkiv National Medical University, Ukraine

²Communal non-commercial enterprise "Kharkiv Municipal Perinatal Center" of the Kharkiv City Council, Ukraine

Ectopic pregnancy is a significant problem of modern gynecology. Recently, a new variant of ectopic pregnancy with localization in the area of the surgical scar after cesarean section has appeared. The etiology of cervical pregnancy is still unknown. Both types have a high threat to a woman's life and health. There is certain treatment strategies aimed at preserving fertility. However, the urgency of the situation affects the choice of method and volume of operative treatment.

The aim of the work was to substantiate the adequacy of access and the extent of surgical intervention in patients with ectopic pregnancy according to the clinical situation.

Clinical cases. This article demonstrates 2 cases of ectopic pregnancy that required hysterectomy. In the first case, an emergency hysteroresectoscopy was performed on a patient with vaginal bleeding due to an ectopic pregnancy in the area of the cesarean scar. However, it was not possible to stop the bleeding via coagulation of the vessels due to significant thinning and hypervascularization of the niche area. Therefore, the intervention was expanded to laparoscopy, hysterectomy. The second patient with a cervical pregnancy confirmed via ultrasonography was attended in a severe status due to a hemorrhagic shock clinic. She has been performed a laparotomy and hysterectomy. The described clinical cases demonstrate that the bleeding and hemodynamic instability of the patient affect the choice of the volume of intervention in rare cases of ectopic pregnancy.

The study was conducted in accordance with the principles of the Helsinki Declaration. Informed consent was obtained from all patients.

The author declares no conflict of interest.

Keywords: ectopic pregnancy, pregnancy in the area of the uterine scar, cervical pregnancy, women.

Вступ

Кесарів розтин (КР) — операція, яка набула надмірного поширення за останні десятиліття. Це викликало проблему рубця на матці, обумовлюючи підвищений ризик низки ускладнень із боку матері й плода під час наступної вагітності. Окремо від усіх можливих проблем є наявність ніші, що може призводити до ектопічної вагітності або патологічної інвазії тканини хоріону з виникненням вродження або пророщення плаценти [2]. Позаматкова вагітність у рубці на матці вперше описана у 1978 р. [5]. Позаматкова вагітність у цій зоні спостерігається в 0,15% жінок, а частота ектопічної вагітності в ділянці рубця на матці становить 6,1% усіх випадків позаматкової вагітності [10].

Відомі два варіанти позаматкової вагітності в ділянці рубця на матці. Перший є різновидом, викликаним імплантацією плідного яйця в тканину рубця з прогресуючим поширенням до шийково-перешийкового відділу або порожнини матки. Це може призводити до прогресуючої вагітності, що має дуже високий ризик кровотечі на місці інвазії трофобласту. Другий тип зумовлений імплантацією в ділянці істмочеле з подальшою інвазією під серозний шар матки. Це врешті-решт може призводити до розриву матки та масивної кровотечі [8]. Отже, ектопічна вагітність цієї локалізації має значний ризик життю матері та потребує дотримання діагностичного алгоритму і лікування відповідно до сучасних клінічних протоколів. Проте не існує єдиної тактики ведення жінок із цієї патології.

Шийкова вагітність є ще одним рідкісним варіантом позаматкової вагітності. Її частота становить 1 випадок на 10 000 пологів. Етіологія шийкової вагітності не відома. Вона спостерігається в 0,1% під час екстракорпорального запліднення [11]. Діагностика шийкової вагітності змінилася останніми десятиліттями. Раніше цей діагноз встановлювали під час значної кровотечі при вишкрібанні матки, неможливості її зупинити до лапаротомії та екстирпації матки. Поява трансвагінальної ультрасонографії змінила акценти на збереження фертильності [3].

Метою роботи було обґрунтування відповідності доступу та обсягу оперативного втручання пацієнток із позаматковою вагітністю відповідно до клінічної ситуації.

Нижче наведено два випадки ектопічної вагітності, що потребували екстирпації матки.

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. На проведення дослідження отримано інформовану згоду обох пацієнток.

Клінічні випадки

Випадок 1. *Пацієнтка Х.*, віком 38 років, скерована до гінекологічного відділення Комунального некомерційного підприємства «Харківський міський перинатальний центр» Харківської міської ради (КНП «МПЦ» ХМР) із діагнозом «Стінкова ектопічна вагітність у ділянці рубця на матці після КР». Пацієнтка скаржилася на затримку менструації на два тижні, кров'яні виділення зі статевих шляхів, біль у нижніх відділах животу. З анамнезу відомо, що менструації регулярні з 14 років по 4–5 днів за 28 днів. Дана вагітність третя. Перша вагітність була у 2020 р., закінчилася плановим оперативним розродженням шляхом КР унаслідок тазового передлежання і збільшеної маси плода. Народився живий доношений хлопчик масою тіла 3700 г, довжиною тіла 56 см. Друга вагітність перебігала без особливостей у 2023 р., завершилася також шляхом планового КР із приводу відмови пацієнтки від спроби вагінальних пологів (народився хлопчик масою тіла 3200 г, довжиною 48 см). Перебіг післяопераційного періоду ускладнився розвитком метроендометрититу. У зв'язку з цим два тижні жінка проходила стаціонарне лікування, отримувала антибактеріальну терапію.

Під час поточної вагітності на момент надходження до стаціонару рівень хоріонічного гонадотропіну людини (ХГЛ) становив 7461 мМО/мл. За даними ультрасонографії підтверджено позаматкову вагітність у ділянці рубця на матці (рис. 1). Стан пацієнтки розцінено як середньої тяжкості. Гемодинамічні показники були задовільними. Враховуючи клініко-анамнестичні дані та результати обстеження, вирішено провести оперативне лікування в екстреному порядку. Проведено гістероскопічну резекцію ділянки ектопічної вагітності. Під час операції після видалення монополярною петлею ділянки прикріплення плідного яйця і резекції ендометрія з гравідарною гіперплазією виявлено наявність ніші в рубці на матці. Вона являла собою ділянку значного потончення і гіперваскуляризації. Поверхнева коагуляція судин не дала змоги досягти гемостазу (рис. 2). Крововтрата становила 350 мл. Тому обсяг втручання розширено до лапароскопії, екстирпації



Рис 1. Плідне яйце в ділянці рубця на матці

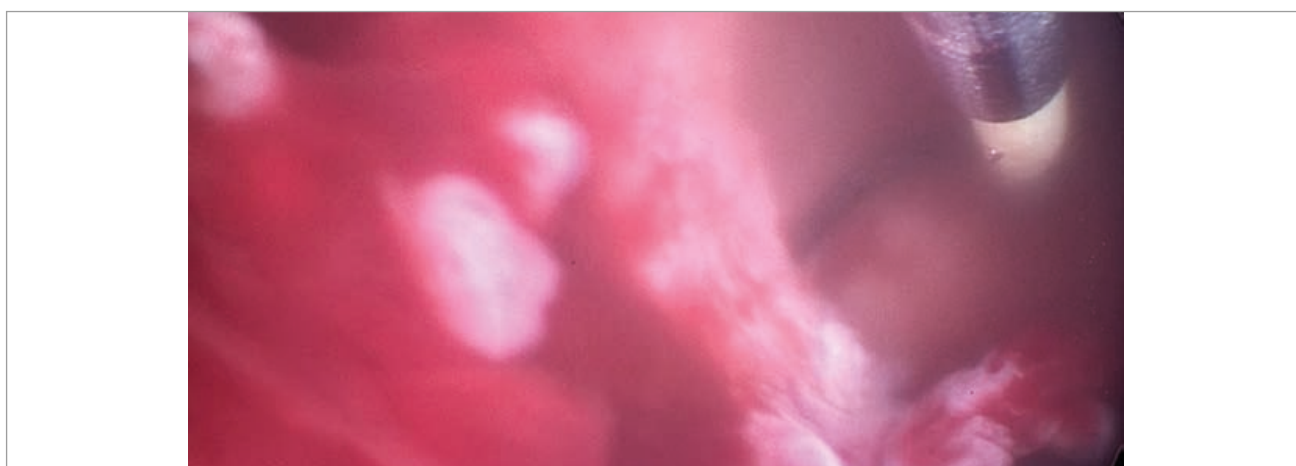


Рис. 2. Кровотеча з ділянки ектопічної вагітності

матки. Звертала на себе увагу наявність гістопатичних змін макроскопічної структури матки. Видалено матку розмірами 10×6×5 см рожевого кольору, розм'якшену, зі збагаченим судинним малюнком. Загальна крововтрата становила 600 мл (з урахуванням доопераційної — 300 мл). Перебіг післяопераційного періоду — без особливостей.

Випадок 2. Пацієнтка С., віком 24 роки, доставлена машиною швидкої допомоги зі скаргами на затримку менструації на 18 діб, значні кров'яні виділення з піхви, слабкість, запаморочення. З анамнезу відомо, що жінка двічі народжувала у 2018 р. і 2020 р. Вагітності та пологи перебігали без особливостей. Гінекологічний і загальний анамнез — без особливостей. Жінка звернулася напередодні до гінеколога, їй встановили шийкову вагітність за даними ультразвукового дослідження. Їй запропонували негайну госпіталізацію, від якої вона відмовилася. На момент надходження загальний стан тяжкий. Свідомість сплутана. Шкірні покриви бліді. Артеріальний тиск — 90/60 мм рт. ст., пульс —

98 на 1 хвилину. Враховуючи клініку порушеної шийкової вагітності, кровотечу, явища геморагічного шоку I ступеня, проведено нижньосерединну лапаротомію, екстирпацію матки. У препараті виявлено плодомістилице в шийці матки (рис. 3). Загальну крововтрату розцінено як 1200 мл. Перебіг оперативного втручання і післяопераційного періоду — без особливостей.

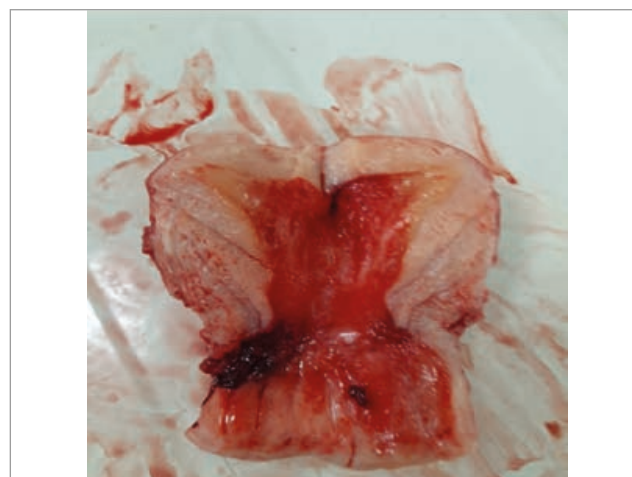


Рис. 3. Видалена матка з плодомістилицем у шийці

Обговорення

Значний рівень поширеності КР призвів до появи проблеми ніші або істмоцеле в ділянці рубця на матці. Найпоширенішими симптомами серед цієї категорії пацієнток є кровотеча та біль у нижніх відділах живота [4]. Серед методів діагностики провідна роль належить ультразвуковому дослідженню. Тактика лікування залежить від клінічних протоколів, рівня ХГЛ, васкуляризації плодомістилиця, гестаційного терміну та розміру плідного яйця, клінічних даних пацієнтки [1]. Для консервативного ведення безсимптомних пацієнток із рівнем ХГЛ до 15000 мМО/мл використовують режим однієї дози метотрексату або чотирьох доз у комбінації з лейковорином [7]. Також відомі підходи передбачають емболізацію маткових судин, пункцію плодового яйця з введенням гіпертонічних розчинів, гістерорезектоскопію, лапароскопію або лапаротомію з резекцією ділянки позаматкової вагітності та пластикою істмоцеле та ін. [12]. У наведеному випадку фактор ургентності вплинув на обсяг втручання. Поява кровотечі спонукала до негайного проведення гістеро-

резектоскопії, яка не дала змоги досягти гемостазу.

У жінок із шийковою вагітністю, які мають клініку кровотечі, екстирпація матки завжди була традиційним методом лікування. Відомо, що проведення емболізації маткових артерій із наступною гістерорезектоскопією дає змогу ефективно лікувати асимптомних пацієнток із шийковою вагітністю [9]. Також доцільним є застосування метотрексату [6]. У наведеному випадку наявність геморагічного шоку вплинула на вибір методу лікування в обсязі лапаротомії та екстирпації матки.

Висновки

Описані клінічні випадки свідчать, що наявність кровотечі та гемодинамічна нестабільність пацієнтки впливають на вибір обсягу втручання при рідкісних варіантах ектопічної вагітності. Лапаротомія показана при явищах геморагічного шоку. Екстирпація матки проводиться внаслідок неможливості здійснення інших варіантів гемостазу при вагітності в ділянці рубця на матці.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

References/Література

1. Ammar A, Nasrallah F, Adan H et al. (2020). Medical management of cesarean scar pregnancy at Latifa Hospital Dubai Health Authority, Dubai, UAE. *Open J Obstet Gynecol*. 10: 526–537.
2. Betran AP, Ye J, Moller AB, Souza JP, Zhang J. (2021). Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. *BMJ Glob Health*. 6.
3. Bolaños-Bravo HH, Ricaurte-Fajardo A, Zarama-Márquez F, Ricaurte-Sossa A, Fajardo-Rivera R et al. (2019, Dec). Conservative management in a patient with cervical ectopic pregnancy in Nariño, Colombia: Case report and review of the literature. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 70(4): 277–292.
4. Downik A, Testen PK, Mlaker L, Reljić M, Arko D, Takač I. (2021). Cesarean scar pregnancy: case report and review of the literature. *Acta Med Biotech*. 7: 53–57.
5. Larsen JV, Solomon MH. (1978). Pregnancy in a uterine scar sacculus-an unusual cause of postabortal haemorrhage. A case report. *S Afr Med J*. 53:142–143.
6. Leziak M, Żak K, Frankowska K, Ziółkiewicz A, Perczyńska W, Abramiuk M et al. (2022, Oct 31). Future Perspectives of Ectopic Pregnancy Treatment-Review of Possible Pharmacological Methods. *Int J Environ Res Public Health*. 19(21): 14230.
7. Majangara R, Madziyire MG, Verenga C, Manase M. (2019). Cesarean section scar ectopic pregnancy – a management conundrum: a case report. *J Med Case Rep*. 13: 137.
8. Mohapatra I, Samantray SR. (2021). Scar ectopic pregnancy – an emerging challenge. *Cureus*. 13: e16673.
9. Po L, Thomas J, Mills K, Zakhari A, Tulandi T et al. (2021, May). Guideline No. 414: Management of Pregnancy of Unknown Location and Tubal and Nontubal Ectopic Pregnancies. *J Obstet Gynaecol Can*. 43(5): 614–630.e1.
10. Stegwee SI, van der Voet LFL, Heymans MW, Kapiteijn K, van Laar J, van Baal WMM et al. (2023). Prognostic model on niche development after a first caesarean section: development and internal validation. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 283: 59e67.
11. Yamaguchi M, Honda R, Erdenebaatar C, Monsur M, Honda T, Sakaguchi I et al. (2017, Dec). Treatment of cervical pregnancy with ultrasound-guided local methotrexate injection. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 50(6): 781–787.
12. Zhang X, Pang Y, Ma Y, Liu X, Cheng L, Ban Y, Cui B. (2020). A comparison between laparoscopy and hysteroscopy approach in treatment of cesarean scar pregnancy. *Medicine (Baltimore)*. 99: e22845.

Відомості про авторів:

Ляхно Ігор Вікторович — д.мед.н., проф., зав. каф. акушерства та гінекології № 3 ХНМУ. Адреса: м. Харків, вул. Салтівське шосе, 264. <https://orcid.org/0000-0002-7914-7296>.

Коровай Сергій Вікторович — д.мед.н., зав. гінекологічного відділення КНП «МПЦ» ХМР. Адреса: м. Харків, вул. Салтівське шосе, 264.

Сикал Ірина Миколаївна — к.мед.н., доц., доц. каф. акушерства та гінекології № 3 ХНМУ. Адреса: м. Харків, вул. Салтівське шосе, 264.

Коровай Світлана Михайлівна — директор КНП «МПЦ» ХМР, заслужений лікар України. Адреса: м. Харків, вул. Салтівське шосе, 264.

Репнікова Анастасія Василівна — лікар-акушер-гінеколог КНП «МПЦ» ХМР. Адреса: м. Харків, вул. Салтівське шосе, 264.

Ткачов Андрій Едуардович — зав. відділення функціональної діагностики КНП «МПЦ» ХМР. Адреса: м. Харків, вул. Салтівське шосе, 264.

Стаття надійшла до редакції 01.09.2024 р.; прийнята до друку 29.10.2024 р.