

УДК 618.31-06:618.146-07-089.888.61

**Я.М. Вітовський<sup>1</sup>, В.В. Біла<sup>1,2</sup>, О.Б. Маланчук<sup>2</sup>, О.С. Загородня<sup>1</sup>**

## **Шийково-перешийкова вагітність. Клінічний випадок**

<sup>1</sup>Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

<sup>2</sup>КНП «Перинатальний центр м. Києва», Україна

Ukrainian Journal of Perinatology and Pediatrics. 2025.4(104): 111-115. doi: 10.15574/PP.2025.4(104).111115

**For citation:** Vitovskiy YM, Bila VV, Malanchuk OB, Zahorodnia OS. (2025). Cervical-isthmical pregnancy. A clinical case report. Ukrainian Journal of Perinatology and Pediatrics. 4(104): 111-115. doi: 10.15574/PP.2025.4(104).111115.

Позаматкова (ектопічна) вагітність – стан, при якому імплантація та розвиток заплідненої яйцеклітини відбувається за межами порожнини матки; це один із найбільш загрозливих станів для життя та репродуктивного здоров'я жінки. У клінічній гінекології прийнято виділяти дистальні форми позаматкової вагітності (шийкову та шийково-перешийкову) та проксимальні форми (трубну, черевну, яєчникомову). Шийкова та шийково-перешийкова вагітність зустрічається з частотою 1:8 600 – 1:12 400 випадків серед усіх вагітностей, що становить менше 1% від загальної кількості ектопічних локалізацій.

**Мета** – на підставі клінічного випадку проаналізувати труднощі діагностики шийково-перешийкової вагітності для розширення знань лікарів щодо цієї патології.

Описано **клінічний випадок** розвитку шийково-перешийкової вагітності терміном 31 тиждень, що завершився кесаревим розтинном, народженням життєздатної дитини та екстирпацією матки. При істинно шийковій вагітності плодовомистищем слугує шийковий канал, при перешийково-шийковій локалізації – шийка та ділянка перешийка. Шийкова вагітність становить загрозу для життя жінки: основною небезпекою та причиною смерті у 75–85% випадків є профузна кровотеча. Особливістю даного клінічного випадку стало встановлення остаточного діагнозу лише під час розродження через складність чіткої локалізації місця імплантації та імітацію клінічної картини передлежання плаценти. Наведено детальний опис оперативного втручання з окресленням труднощів хірургічного доступу.

**Висновок.** Описаний клінічний випадок ілюструє складність діагностики, коли шийково-перешийкова вагітність маскується під маткову з передлежанням плаценти. Сформульовано практичні рекомендації для лікарів щодо вибору місця розрізу на матці для безпечного вилучення плода.

Дослідження було виконане відповідно до принципів Гельсінської Декларації. На публікацію опису випадку була отримана інформована згода пацієнтки.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

**Ключові слова:** шийково-перешийкова вагітність, лікування, ектопічна вагітність, вродження плаценти.

### **Cervical-isthmical pregnancy. A clinical case report**

**Y.M. Vitovskiy<sup>1</sup>, V.V. Bila<sup>1,2</sup>, O.B. Malanchuk<sup>2</sup>, O.S. Zahorodnia<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

<sup>2</sup>Kyiv Perinatal Center, Ukraine

Ectopic pregnancy is a condition in which implantation and development of a fertilized egg occurs outside the uterine cavity and is one of the life-threatening conditions for a woman's life and reproductive health. In clinical gynecology, it is customary to distinguish distal forms of ectopic pregnancy (cervical and cervicocervical) and proximal forms (tubal, abdominal, ovarian). Cervical and cervicocervical pregnancy, among various variants of ectopic pregnancy, occurs with a frequency of between 1:8,600 and 1:12,400 cases of the total number of all pregnancies and less than 1% of the number of ectopic pregnancies.

**Aim** – based on a clinical case, analyze the difficulties of diagnosing cervicovaginal pregnancy to expand doctors' knowledge of this pathology. A **clinical case** of cervicocervical pregnancy at 31 weeks of gestation, which ended with a cesarean section with a viable baby and extirpation of the uterus, is described. In a true cervical pregnancy, the fetal container is the cervical canal, and in a cervicocervical localization, the cervix and the isthmus area. Cervical pregnancy poses a threat to the woman's life: the main danger and cause of death in 75–85% of cases is profuse bleeding. A feature of this clinical case is that the diagnosis can be made only during delivery, due to the difficulties of clearly localizing implantation and imitating the clinical picture of placenta previa. A detailed description of the delivery is given, outlining the difficulties of access.

**Conclusion.** The presented clinical case is an illustration of a difficult-to-diagnose case, where a cervicocervical pregnancy imitates a uterine pregnancy with placenta previa. Practical recommendations for physicians regarding the choice of the site of uterine incision for fetal extraction are provided.

The study was performed in accordance with the principles of the Declaration of Helsinki. The patient's informed consent was obtained for the publication of the case report.

The authors declare that there is no conflict of interest.

**Keywords:** cervicocervical pregnancy, treatment, ectopic pregnancy, placenta accreta.

Проблема позаматкової вагітності у практиці акушерів-гінекологів усього світу щороку стає дедалі актуальнішою. Ектопічна вагітність – це патологічний стан, при якому імплантація заплідненої яйцеклітини відбувається поза порожниною матки. Залежно від локалізації, виділяють наступні типи позаматкової вагітності: трубну (ампулярна, істмічна), фімбріальну, інтрамуральну, оваріальну, шийкову та черевну [5,7]. Близько 95% усіх ектопічних вагітностей припадає на випадки, локалізовані у маткових трубах, і менше 1% – на шийкову вагітність. Уперше шийкова вагітність згадана в 1817 році британським хірургом сером Еверардом Хоумом, який виявив плідне яйце, імплантоване в шийку матки, під час розтину жінки, що померла від профузної маткової кровотечі. Шийкова вагітність – патологія, яка зустрічається рідко, проте є надзвичайно небезпечною, оскільки може призвести до масивної кровотечі та смерті жінки. Частота цієї патології становить від 1 на 8 600 до 1 на 12 400 вагітностей [2,5]. Незважаючи на рідкісність, її вчасна діагностика та лікування залишаються значною проблемою для сучасного акушерства; тривалий час єдиним методом лікування цієї патології залишалася гістеректомія [3]. Летальність при даній патології, за даними різних авторів, сягає 14,3–90% [6].

Виникнення шийкової вагітності пов'язане із затрудненням або неможливістю імплантації заплідненої яйцеклітини в тілі матки через неповноцінність ендометрія або недостатню зрілість трофобласту. Умови для шийкової локалізації вагітності виникають внаслідок патологічних змін міометрію, зумовлених:

- ускладненим перебігом попередніх пологів;
- багаторазовими абортами, діагностичними вишкрібаннями або іншими операціями на матці;
- ендометритами;
- істміко-цервікальною недостатністю.

Вважається, що ризик розвитку шийкової вагітності також підвищується при синдромі Ашермана, міомі матки та проведенні екстракорпорального запліднення.

Імплантація плодового яйця в цервікальному каналі має такі патоморфологічні особливості: у шийці матки відсутня повноцінна децидуальна пластинка, яка в нормі формується в тілі матки та слугує бар'єром для проникнення ворсин хоріона. Через відсутність цього захисного шару ворсин хоріона безперешкодно

проникають у тканини шийки матки, руйнуючи навколишні структури, зокрема великі судини. Будь-яка шийкова вагітність, що прогресує понад 12 тижнів, неминуче перекидає внутрішній зів і класифікується як істміко-цервікальна, а не первинна цервікальна. За даними J.M. Dziedzic та P.V. Patel (2019), така локалізація є більш небезпечною, оскільки трофобласт із високою ймовірністю руйнує кровеносні судини матки [1,4]. Саме тому рання діагностика цієї патології є запорукою адекватного лікування, збереження фертильності та життя жінки.

Незрілість трофобласта в поєднанні з факторами, що перешкоджають імплантації плідного яйця в тілі матки, також може сприяти «зісковзуванню» бластоцисти в цервікальний канал. Трофобласт, а згодом ворсини хоріона, проростають у стінку цервікального каналу, руйнуючи м'язові елементи та судини, що супроводжується кровотечею та порушенням розвитку вагітності. У деяких випадках, при повній пенетрації стінки шийки матки, ворсини хоріона проникають у піхву або параметрій.

Відсутність повноцінної децидуальної оболонки та властивих їй захисних механізмів призводить до того, що істинна шийкова вагітність рідко прогресує довше 8–12 тижнів. Водночас шийково-перешийкова вагітність може тривати довше – до 16–24 тижнів. У рідкісних випадках така дистальна позаматкова вагітність доношується до повного терміну.

**Мета** – на підставі клінічного випадку проаналізувати труднощі діагностики шийково-перешийкової вагітності для розширення знань лікарів щодо цієї патології.

### Клінічний випадок

*Вагітна К.*, 30 років, перебувала на обліку з приводу вагітності з 12-ти тижнів у Кіровоградській області. З анамнезу відомо, що дана вагітність – четверта. Попередні вагітності: 2014 р. – плановий кесарів розтин (показання: кератоконус); 2015 р. – штучне переривання вагітності; 2020 р. – завмерла вагітність. Соматичний анамнез не обтяжений; вагітну оглянуто суміжними фахівцями, відхилень у стані здоров'я та протипоказань до виношування вагітності не виявлено. Лабораторні показники під час обстеження перебували в межах норми. При виконанні ультразвукового дослідження (УЗД) у терміни 12 та 20 тижнів відхилень у розвитку плода та аномалій розташування плаценти не зафіксовано.

17.09.23 р., перебуваючи в м. Києві вагітна госпіталізована до Перинатального центру м. Києва зі скаргами на помірні кров'янисті виділення зі статевих шляхів (об'ємом до 50 мл). Після обстеження встановлено діагноз: «Вагітність IV, 28 тижнів 4 дні. Головне передлежання. Передлежання плаценти. Рубець на матці після кесаревого розтину (2014 р.)». Під час подальшого спостереження за результатами УЗД запідозрено вращення плаценти. Діагноз було підтверджено даними магнітно-резонансної томографії (МРТ) від 06.10.23 на базі Науково-практичного центру дитячої кардіології та кардіохірургії: МРТ-ознаки placenta increta та placenta previa (grade IV).

У відділенні пацієнтка обстежена в повному обсязі. У терміні 28–29 та 31 тиждень проведено профілактику синдрому дихальних розладів плода. При огляді звертала на себе увагу практично зглажена шийка матки з асиметричним розташуванням вічка. Згідно з наказом МОЗ №205 від 24.03.2014, обрано очікувальну тактику до 37-го тижня вагітності.

Однак 11.10.23 о 10:00, враховуючи появу та прогресування яскравих кров'янистих виділень зі статевих шляхів у пацієнтки з передлежанням плаценти та МРТ-ознаками placenta increta, прийнято рішення провести операцію кесаревого розтину в ургентному порядку в терміні вагітності 31–32 тижні.

Виконана нижньо-серединна лапаротомія (із розширенням розрізу вгору за потреби). При ревізії: тіло матки незначно збільшене, розташовано на верхньому полюсі плодівмістилиця. Саме плодівмістилице представлене значно розширеною шийкою та перешийком матки з вираженою васкуляризацією. Додатки – без особливостей, розташовані фізіологічно справа та зліва від тіла матки (рис. 1). Сечовий міхур був щільно спаяний та розпластаний по передній стінці плодівмістилиця в конгломераті злук, із візуальними ознаками проростання ворсин плаценти крізь стінку. Стінки плодівмістилиця були критично витончені (рис. 2). Відмічалось істинне проростання плаценти в ділянці передньої стінки перешийка матки.

Після проведення ревізії постало питання вибору оптимального хірургічного доступу для вилучення плода. Враховуючи атипову анатомію, було прийнято рішення виконати поздовжній розріз у ділянці проекції крижово-маткових зв'язок (нижче рівня власне тіла матки), оскільки ця зона була найменш васкуляризо-



Рис 1. Тіло матки з додатками

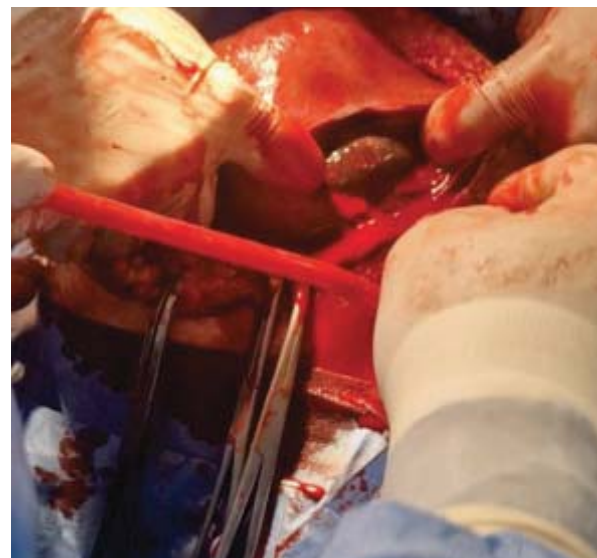


Рис 2. Доступ до плодівмістилиця



Рис 3. Хірургічний доступ на матці (між крижово-матковими зв'язками)

## КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК



Рис 4. Вилучення плода

ваною та найбільш безпечною для доступу до плодового міхура (рис. 3).

Через обраний доступ вилучено живу недоношену дівчинку вагою 1700 г з оцінкою 5–6 балів за шкалою Апгар (рис. 4). Дитину перевели до відділення реанімації та інтенсивної терапії новонароджених. Пуповину перев'язали, плаценту залишили в порожнині плодівмістилиця, а розріз ушили безперервним швом. З огляду на істинне вращення плаценти та високий ризик кровотечі, було прийнято рішення про виконання екстирпації матки (рис. 5). Хід операції був ускладнений значною зміною анатомічних структур малого таза через атипову локалізацію вагітності, виражену васкуляризацію та проростання плацентарної тканини в передню стінку плодівмістилиця й сечовий міхур. Виконано екстирпацію матки без додатків, резекція та ушивання стінки сечового міхура, а також перев'язку внутрішніх здухвин-

них артерій. Загальний об'єм крововтрати становив 1800 мл (2,6% від маси тіла).

Для компенсації крововтрати проведено інфузійно-трансфузійну терапію: кристалоїди в об'ємі 2600 мл, колоїди – 1000 мл, свіжозаморожена плазма – 800 мл, еритроцитарна маса – 338 мл та автокров – 695 мл.

У післяопераційному періоді пацієнтці призначено курс антибіотикопрофілактики та профілактики тромбоемболічних ускладнень.

Породілля виписана на 13 добу післяопераційного періоду. Дитина перебувала в Перинатальному центрі протягом 36 діб і була виписана додому в задовільному стані з вагою 2580 г.

Проблема позаматкової вагітності в практиці акушер-гінекологів усього світу стає дедалі актуальнішою, що зумовлює потребу у вдосконаленні методів вчасної діагностики та лікування. Незважаючи на те, що медицина зробила великий крок у діагностиці та лікуванні шийкової вагітності, в більшості випадків це залишається складною задачею. Діагностика шийкової вагітності залишається незадовільною, особливо в другому та третьому триместрах. Наведений клінічний випадок наочно демонструє складність діагностики, оскільки остаточний діагноз аномальної імплантації було встановлено лише інтраопераційно, а дані УЗД на ранніх термінах виявилися неінформативними. При шийково-перешийковій вагітності, що супроводжується вращенням плаценти, кесарів розтин доцільно проводити через найменш васкуляризовану ділянку плодівмістилиця. Відсутність у шийці та перешийку матки повноцінної децидуальної оболонки, яка в нормі слугує бар'єром для інвазії ворсин хоріона, призводить до руйнування м'язових структур та магістральних судин. Абдомінальна гістеректомія залишається методом вибору для пацієток із шийково-перешийковою вагітністю, діагностованою у дру-

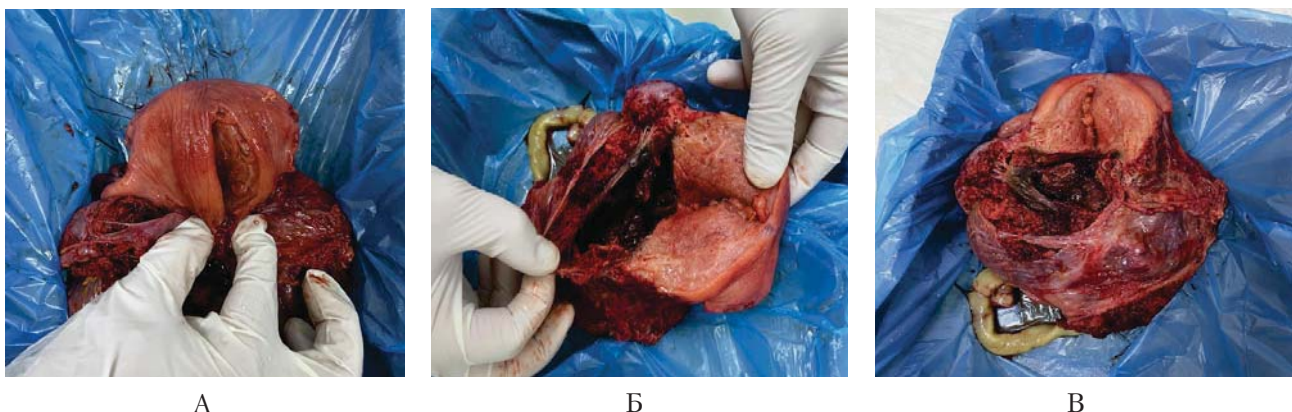


Рис 5. Макропрепарат: А – тіло матки з вільною порожниною, Б, В – плодівмістилице з послідом

гому або третьому триместрі, що зазвичай супроводжується масивною крововтратою через критичні анатомічні зміни кровопостачання та інвазію плацентарної тканини.

### Висновки

Описаний клінічний випадок є ілюстрацією складної діагностичною ситуації, в якій

шийково-перешийкова вагітність імітувала маткову з передлежанням плаценти. Наведено практичні рекомендації для лікарів щодо вибору місця виконання оптимального місця розрізу на матці для безпечного вилучення плода.

*Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.*

### References/Література

1. Coulter-Nile S, Balachandar K, Ward H. (2022). A diagnostic dilemma of an 18-week cervical ectopic pregnancy: A case report. *Case Reports in Women's Health*. 33: e00385. <https://doi.org/10.1016/j.crwh.2022.e00385>.
2. Dziedzic, JM, Patel PV. (2019). Cervical ectopic pregnancy: a rare site of implantation. *J Emerg Med*. 56(6): e123-e125. doi: 10.1016/j.jemermed.2019.03.024.
3. Evora F, Hundarova K, Aguas F, Carvalho G. (2021). Cervical Ectopic Pregnancy: A Multidisciplinary Approach. *Cureus*. 13(10): e19113. doi: 10.7759/cureus.1911.
4. Hosni MM, Herath RP, Mumtaz R. (2014). Diagnostic and therapeutic dilemmas of cervical ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol Surv*. 69(5): 261-76. doi: 10.1097/OGX.000000000000062.
5. Long Y, Zhu H, Hu Y, Shen L, Fu J, Huang W. (2020). Interventions for non-tubal ectopic pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 7(7): CD011174. doi: 10.1002/14651858.CD011174.pub2.
6. Rybalka AM, Pamfamirov YuK, Zabolotnov VO ta in. (2003). Osoblyvosti kliniky, diahnostyky ta dyferentsiinyi pidkhid do likuvannia shyikovoї vahitnosti. *Reproduktyvne zdorov'ia zhinky*. 4(16): 31-33. [Рибалка АМ, Памфаміров ЮК, Заболотнов ВО та ін. (2003). Особливості клініки, діагностики та диференційний підхід до лікування шийкової вагітності. *Репродуктивне здоров'я жінки*. 4(16): 31-33].
7. Stabile G, Mangino FP, Romano F, Zinicola G, Ricci G. (2020). Ectopic Cervical Pregnancy: Treatment Route. *Medicina (Kaunas)*. 56(6): 293. doi: 10.3390/medicina56060293.

#### Відомості про авторів:

**Вітовський Ярослав Мирославович** – к.мед.н., доц. каф. акушерства та гінекології №1 НМУ ім. О.О. Богомольця. Адреса: м. Київ, вул. Предславинська, 9; тел.: +38 (044) 522-87-36. <https://orcid.org/0000-0002-9786-6438>.

**Біла Вікторія Володимирівна** – д.мед.н., доц., медичний директор КНП «Перинатальний центр м. Києва». Адреса: м. Київ, вул. Предславинська, 9; тел. +38 (044) 522-87-36. Зав. каф. акушерства, гінекології та неонатології ІПО НМУ ім. О.О. Богомольця. Адреса: м. Київ, просп. Лобановського, 2; тел.: +38 (044) 270-31-74. <https://orcid.org/0000-0002-3139-2313>.

**Маланчук Олег Борисович** – к.мед.н., заст. медичного директора КНП «Перинатальний центр м. Києва». Адреса: м. Київ, вул. Предславинська, 9; тел.: +38 (044) 522-87-36.

**Загородня Олександра Сергіївна** – д.мед.н., проф. каф. акушерства та гінекології №1 НМУ ім. О.О. Богомольця. Адреса: м. Київ, вул. Предславинська, 9; тел.: +38 (044) 522-87-36. <https://orcid.org/0000-0003-0424-8380>.

Стаття надійшла до редакції 06.08.2025 р.; прийнята до друку 27.11.2025 р.