

# МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СПРОМОЖНОСТІ РУБЦЯ НА МАТЦІ ПІСЛЯ ПОПЕРЕДНЬОГО КЕСАРЕВОГО РОЗТИНУ

DOI: <http://dx.doi.org/10.18370/2309-4117.2020.51.42-46>



## Н.Р. КОВИДА

лікар акушер-гінеколог  
Київського міського пологового  
будинку № 1, м. Київ  
ORCID: 0000-0001-8493-6508

## Н.П. ГОНЧАРУК

к. мед. н., асистент кафедри  
акушерства, гінекології та  
перинатології Національної  
медичної академії післядипломної  
освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України,  
головний лікар Київського міського  
пологового будинку № 1, м. Київ  
ORCID: 0000-0002-9404-5431

## О.О. ДЯДИК

д. мед. н., професор, завідувачка  
кафедрою патологічної  
та топографічної анатомії  
Національної медичної академії  
післядипломної освіти ім.  
П.Л. Шупика МОЗ України, м. Київ  
ORCID: 0000-0002-9912-4286

## Контакти:

Ковида Наталя Романівна  
Київський міський пологовий  
будинку № 1  
01011, Київ, Арсенальна, 5  
Тел.: +38 (097) 155 35 81  
Email: kovyda\_nr@ukr.net

## ВСТУП

Підвищена оперативна активність на матці, зокрема проведення гістероскопічних, лапароскопічних і консервативних лапаротомних міомектомій, попередніх кесаревих розтинів (КР), а також невміння та небажання лікарів проводити пологи через природні пологові шляхи в жінок із рубцем на матці призводять до подальшого зростання частоти абдомінального розродження – операцій КР [1, 5, 10, 20].

У середньому частота КР становить від 9 до 38% та є найбільш розповсюдженою операцією у вагітних молодого віку [2–3, 6]. Безперечно, внаслідок хірургічного втручання в пологах у подальшому зростає частота повторного оперативного розродження. Через це в акушерстві назріла нова проблема – розродження вагітних із рубцем на матці [4, 7, 9].

Одним із основних факторів, що сприяє фізіологічним пологам, є морфологічно спроможний рубець [8, 11–12]. В акушерській практиці оцінка анатомо-функціональних особливостей рубця ґрунтується на клінічних та інструментальних даних, зокрема УЗД [19, 21–24].

На сьогодні в світовій науковій літературі немає абсолютних клінічних і сонографічних критеріїв, що підтверджували б спроможність рубця на матці [13–18, 20, 25–26]. Тому актуальним питанням залишається визначення наявних клінічних та УЗД-критеріїв спроможності рубця на матці з їх подальшим морфологічним підтвердженням.

**Мета дослідження** – проаналізувати морфологічні особливості спроможності рубця на матці після попереднього КР.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проведено патоморфологічне та імуногістохімічне дослідження операційного матеріалу рубця на матці 130 пацієнток. На основі клінічних даних були сформовані три групи дослідження. До I групи увійшло 50 фрагментів рубцевої тканини матки так званого «спроможного рубця» (за клінічними даними), до II групи – 50 фрагментів рубцевої тканини матки так званого «неспроможного рубця» (за клінічними даними). Як контроль (III група) був використаний операційний матеріал – 30 фрагментів незміненого міометрія з ділянок зон КР.

Отриманий матеріал фіксували у 10-відсотковому розчині нейтрального забуференого формаліну (pH 7,4) протягом 24–36 год і заливали в парафін. Особливості гістологічної будови досліджуваних зразків вивчали у зрізах, забарвлених гематоксиліном та еозинном, додатково для оцінки сполучнотканинного компоненту застосовували фарбування за Ван Гізоном і Массоном (Masson Trichrome Stain Kit). Імуногістохімічне дослідження (ІГХД) проводили за стандартною методикою, передбаченою виробниками антитіл. Для оцінки судинного компоненту застосовувалися моноклональні антитіла (MAT) до глікопротеїну CD31+ (Clone JC/70A). Рівень апоптозу досліджувався за допомогою MAT до р53 (транскрипційного фактора, що регулює клітинний цикл) (Clone DO-7), рівень проліферації – з MAT до маркера клітинної проліферації Ki-67 (Clone SP6). Для оцінки стану міометрія та фіброзного компоненту було застосовано MAT до  $\alpha$ -гладеньком'язового актину ( $\alpha$ -SMA) (Clone 1A4).

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

За результатами патоморфологічного дослідження встановлено, що в тканинах рубців II групи відмічалось наростання проявів дегенеративних змін м'язової тканини, поява ділянок гомогенізації (ділянки м'язових волокон набували зливного характеру). Також зростали фіброзні прояви, від чого м'язова тканина була представлена окремими віддаленими пучками дегенеративно змінених м'язових волокон. Поряд із цим наявні прояви неоангіоматозу з появою розширених тонкостінних судин, у частині яких – значні прояви порушення мікроциркуляції, що проявлялися розділенням формених елементів і рідкої частини крові й гемолітичними явищами еритроцитів (рис. 1 А, Б).

При цьому у тканинах фрагментів рубців I групи відмічалися зміни міометрія з порушеною архітектонікою. М'язові волокна без чітких меж структурних одиниць з осередками розростання пухкої фіброзної тканини як серед м'язових волокон, так і в периваскулярних ділянках з дрібними вогнищами крововиливів (рис. 2 А, Б).

Також при забарвленні за ван Гізоном у тканині рубців II групи відмічалось хаотичне розростання сполучної тканини. У зонах знач-