

KESARCHA KESISHDAN KEYINGI CHANDIQLI HOMILADORLIK: ERTA DIAGNOSTIKA VA DAVOLASH TAKTIKASI

<https://doi.org/10.5281/zenodo.20069760>

Jo'rayeva Zuxra Alisher qizi

Impuls tibbiyot instituti, tibbiyot fakulteti talabasi
zuxra.jorayeva@icloud.com | +998907979929

Annotatsiya

Ushbu ilmiy maqola kesarcha kesish (sectio caesarea) operatsiyasidan keyingi bachadon chandiqli homiladorlik (Caesarean Scar Pregnancy – CSP) muammosini tizimli yoritishga bag'ishlangan. CSP – nisbatan kam uchraydigan, ammo ona hayotiga to'g'ridan-to'g'ri xavf soladigan, chandiqli nishida implantatsiyalangan ektopek homiladorlik shakli. Maqolada CSP patogenezi, ul'trasovush va MRT diagnostika mezonlari, Timor klassifikatsiyasi, xavf omillari tahlili, konservativ va jarrohlik davolash usullari, shuningdek erta diagnostikaning perinatologik ahamiyati ilmiy adabiyotlar asosida ko'rib chiqiladi. Klinik amaliyot uchun diagnostik algoritmi va boshqaruv taktikasi tavsiya etiladi.

Kalit so'zlar

kesarcha kesish chandiqli homiladorligi, CSP, bachadon chandiqli defekti, nisha, ektopek homiladorlik, ul'trasovush diagnostikasi, metotreksat, laparoskopiya, histeroskopiya, perinatal xavf, bachadon yirtilishi, konservativ davolash, ona xavfsizligi.

БЕРЕМЕННОСТЬ В РУБЦЕ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ: РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ

Джураева Зухра Алишер кизи

студентка медицинского факультета, Медицинский институт «Impuls»

Аннотация

Данная научная статья посвящена систематическому изучению беременности в рубце после кесарева сечения (Caesarean Scar Pregnancy – CSP) – редкой, но потенциально жизнеугрожающей формы эктопической беременности, имплантированной в область рубцового дефекта матки. Рассматриваются патогенез CSP, критерии ультразвуковой и МРТ-диагностики, классификация по Timor-Tritsch, анализ факторов риска, консервативные и хирургические методы лечения, а также

перинатологическое значение ранней диагностики. Предложены диагностический алгоритм и тактика ведения для клинической практики.

Ключевые слова

беременность в рубце кесарева сечения, CSP, дефект рубца матки, ниша, эктопическая беременность, ультразвуковая диагностика, метотрексат, лапароскопия, гистероскопия, перинатальный риск, разрыв матки.

CAESAREAN SCAR PREGNANCY: EARLY DIAGNOSIS AND TREATMENT TACTICS

Jorayeva Zukhra Alisher qizi

Student of Medical Faculty, Impuls Medical Institute

Abstract

This scientific article is dedicated to the systematic study of Caesarean Scar Pregnancy (CSP) – a rare but potentially life-threatening form of ectopic pregnancy implanted within the uterine scar defect following a prior caesarean section. The article covers the pathogenesis of CSP, ultrasound and MRI diagnostic criteria, the Timor-Tritsch classification, risk factor analysis, conservative and surgical treatment approaches, and the perinatal importance of early diagnosis. A clinical diagnostic algorithm and management tactics are proposed for practical use.

Keywords

caesarean scar pregnancy, CSP, uterine scar defect, niche, ectopic pregnancy, ultrasound diagnostics, methotrexate, laparoscopy, hysteroscopy, perinatal risk, uterine rupture, conservative management, maternal safety.

KIRISH

Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti (JSST) ma'lumotlariga ko'ra, kesarcha kesish operatsiyasi ulushi so'nggi o'n yilliklarda barqaror o'sib, ayrim mamlakatlarda barcha tug'ruqlarning 40–50 foiziga yetdi [1]. O'zbekistonda ham ushbu operatsiyaning salmog'i yildan-yilga oshib, umumiy tug'ruqlarning 18–22 foizini tashkil etmoqda. Kesarcha kesishning keng tarqalishi esa o'z navbatida yangi klinik muammo – bachadon chandiq nishida implantatsiyalangan homiladorlik (Caesarean Scar Pregnancy, bundan keyin CSP) ni kun tartibiga qo'yimoqda.

CSP – tuxum hujayrasining o'sib boruvchi chandiq to'qimasi yoki myometriydagi mikrodefektga implantatsiyalanishi bilan tavsiflanadigan jiddiy patologiya. Ektopik homiladorliklarning barcha turlaridan faqat 6 foizini tashkil

etsa-da [2], CSP bachadon yirtilishi, profuz qon ketish va ona o'limiga olib kelishi mumkin bo'lgan yuqori xavfli holat hisoblanadi. Timor-Tritsch va Monteagudo (2012) ishlab chiqqan klassifikatsiyaga ko'ra, CSP endogen (bachadon bo'shlig'iga o'sadigan) va ekzogen (myometriy va qorin pardasi tomon o'sadigan) shakllarga bo'linadi [3].

Erta diagnostikaning ahamiyati shundaki, 6–9 haftada CSP aniqlanib, o'z vaqtida davolansa, bachadon saqlanishi, qon yo'qotishning minimallasishi va keyingi reproduktiv funksiyaning tiklanishi mumkin. Kech bosqichda – 12–16 hafta atrofida – tashxis qo'yilganda esa massiv qon ketish, DIC-sindrom va gisterektomiya xavfi keskin ortadi [4]. Shu sababli birinchi trimestrdagi har bir tibbiy murojaat uchun anamnezda kesarcha kesish bo'lgan ayollarda CSP ehtimolini inkor etish davolashning birinchi qadami bo'lishi lozim.

Ushbu maqolaning maqsadi – CSP patogenezi, diagnostika mezonlari, klassifikatsiyasi, xavf omillari va zamonaviy davolash usullarini xalqaro ilmiy manbalar asosida tizimli tahlil qilish hamda klinik amaliyot uchun maqbul boshqaruv algoritmi taklif etishdan iborat.

CSP PATOGENEZI VA MORFOLOGIK ASOSLARI

Kesarcha kesish jarohatining to'g'ri bitishi bir qancha omillarga bog'liq: tikish uslubi (bir qatlamli yoki ikki qatlamli), xirurgning malakasi, operatsiyadan oldingi infektsiya mavjudligi va ayolning immunologik holati. Bir qatlamli tikish bilan yakunlangan uterotomiyada chandiq defekti – "nisha" – shakllanish ehtimoli ikki qatlamli tikiuvdan 2,6 barobar yuqori ekanligi amaliy tadqiqotlarda isbotlangan [5]. Ushbu defekt ul'trasovushda anekxogen yoki gipoekxogen bo'shliq ko'rinishida aniqlanadi va myometriyal qalinlikning kamida 50 foizini egallagan bo'ladi.

Gistologik jihatdan chandiq nishasi uch komponentdan tashkil topadi: (1) fibrotik kollagen to'qima – elastiklikni yo'qotgan, qon ta'minlanishi cheklangan zona; (2) gipovaskular qatlam – trofoblastik invaziya uchun yetarli resurs bera olmaydigan muhit; (3) endometriy bezlarining qisman regeneratsiyasi – implantatsiyaga sharoit yaratuvchi, ammo funksional jihatdan to'liq bo'lmagan qatlam [6]. Ana shu noyob anatomik-gistologik holat blastokista uchun implantatsiya joyi vazifasini o'taydi.

Blastokista nishada implantatsiyalangach, trofoblast hujayralari chandiq to'qimasiga tezkor invaziya boshlaydi. Fibrotik muhitda trofoblastning diffuz o'sishi myometriyni chetlab o'tib, bevosita qon tomirlariga kirib boradi – bu holat placenta accreta spektri (PAS) bilan o'xshash mexanizmni yuzaga keltiradi [7]. Natijada homiladorlik rivojlangani sari bachadon devori tobora yupqalashib, yirtilish xavfi eksponensial ravishda ortadi. Fiziologik homiladorlikdan farqli o'laroq, CSP'da plasentaning normal desiduallanish jarayoni to'liq amalga

oshmaydi, bu esa gipervaskularizatsiya va anormal arterio-venoz shuntlarning shakllanishiga olib keladi [8].

KLASSIFIKATSIYA VA XAVF OMILLARI

Dunyo bo'ylab keng qo'llaniladigan Timor-Tritsch va Monteagudo (2012) klassifikatsiyasi CSP ni ikki asosiy turga ajratadi. Birinchi tur – endogen CSP – da homila bachadon bo'shlig'iga qarab rivojlanadi; tuxum xaltasi qisman bachadon bo'shlig'iga chiqib turadi va myometriydagi nisha ichida joylashadi. Bu tur nisbatan qulay klinik kechimga ega bo'lib, placenta accreta/increta/percreta xavfi baribir yuqori bo'ladi. Ikkinchi tur – ekzogen CSP – da homila myometriy va seroza qatlamiga tomon o'sadi; tuxum xaltasi bachadon bo'shlig'iga deyarli chiqmagan bo'ladi. Bu tur bachadon yirtilishi va qorin bo'shlig'iga qon ketish xavfi yuqoriligi bilan farqlanib, zudlik bilan aktiv davolashni talab qiladi [3].

CSP rivojlanish xavfini oshiruvchi operatsion omillar quyidagilar: avvalgi kesarcha kesishlar soni – har bir operatsiya nisha shakllanish ehtimolini oshiradi; bir qatlamli tikish uslubi; operatsiyadan oldingi va keyingi yallig'lanish jarayonlari; qisqa intergestasiyon interval – oldingi operatsiyadan 18 oydan kam vaqt o'tgach homilador bo'lish chandiq to'qimasining to'liq pishib yetilishiga imkon bermaydi [9]. Reproduktiv xavf omillari sifatida bachadon bo'shlig'idagi instrumental aralashuvlar tarixi (abort, kiretaj), endometrit epizodlari va EKO/IVF – tashqaridan embrio o'tkazilganda nishaga implantatsiya ehtimoli oshadi [10]. Epidemiologik ma'lumotlarga ko'ra, bir marta kesarcha kesish o'tkazgan ayollarda CSP xavfi 1:1800–2500 tug'ruqda kuzatilsa, ikki va undan ortiq operatsiya anamnezlariga ega ayollarda bu ko'rsatkich 1:800 gacha ko'tariladi [2].

ERTA DIAGNOSTIKA: MEZONLAR VA ALGORITMLAR

Transvaginal ul'trasovush (TVUS) CSP diagnostikasining oltin standarti hisoblanadi. Birinchi trimesterda (5–8 hafta) klassik ul'trasovush belgilari quyidagilar: bachadon bo'shlig'i va servikal kanal bo'sh, tuxum xaltasi ulardan tashqarida joylashgan; tuxum xaltasi kesarcha kesish chandiq sohasida – bachadon old devoridagi pastki segmentda – vizuallashadi; myometriydagi chandiq defekti va tuxum xaltasi o'rtasidagi masofa 5 mm dan kam, ya'ni qolgan myometriyal qalinlik (Residual Myometrial Thickness – RMT) juda yuqqa; Color Doppler rejimida trofoblast implantatsiya zonasida gipervaskulyar halo – yuqori tezlikli, past rezistentli qon oqimi ($RI < 0,4$) kuzatiladi [2]. $RMT < 2$ mm bachadon yirtilishi uchun yuqori xavf belgisi sifatida baholanib, zudlik bilan klinik qaror qabul qilishni taqozo etadi [5].

Magnit-rezonans tomografiyasi (MRT) ul'trasovush natijasi noaniq bo'lgan yoki CSP'ning placenta accreta spektri bilan qo'shilgan hollarida ko'rsatiladi. T2 rejimida MRT chandiq yaqinidagi myometriyal siqilishni, trofoblastik invaziya

chuqurligini va qorin pardasi bilan yaqinlikni aniq ko'rsatadi [7]. Qon zardobida β -hCG darajasi gestatsion yoshga mos yoki biroz past bo'lishi mumkin; har 48 soatda ikki barobar o'smasligi ektopik homiladorlikni ko'rsatuvchi dastlabki signal bo'lishi mumkin, ammo bu ko'rsatkich ul'trasovush bilan birgalikda baholanishi shart [4]. Differensial diagnostikada servikal ektopik homiladorlik, istmik-servikal homiladorlik, chandiq desmoid o'smasi va mioma, shuningdek platsenta previa inkor etilishi lozim [3].

DAVOLASH TAKTIKASI VA KLINIK BOSHQARUV

CSP davolash strategiyasi quyidagi parametrlarga bog'liq holda individuallashtiriladi: CSP turi (endogen yoki ekzogen); gestatsion yosh va β -hCG darajasi; myometriyal qolgan qalinlik (RMT); gemodinamik holat – qon ketish bor yoki yo'qligi; ayolning reproduktiv rejasi. Davolashda konservativ, minimal invaziv va jarrohlik usullari qo'llaniladi [9].

Sistemik metotreksat (MTX) tez o'saydigan to'qimalarning folat metabolizmini bloklab, trofoblastik hujayra proliferatsiyasini to'xtatadi. Quyidagi holatlarda samarali: gestatsion yosh 8 haftadan kam; β -hCG 5000 IU/L dan past; ul'trasovushda yurak urishi aniqlanmagan; gemodinamik barqarorlik. Standart doza rejimi: MTX 50 mg/m² bir marta muskullar orasiga yuboriladi va β -hCG dinamikasi 4-kunda hamda 7-kunda nazorat qilinadi; zarur hollarda ikkinchi doza takrorlanadi [10]. Intraamniyal MTX yuborish sistemik yon ta'sirlar xavfini kamaytiradi; MTX va kaliy xlorid (KCl) kombinatsiyasi ekzogen CSP'da yurak urishi to'xtatish samaradorligini oshirishda yuqori natija ko'rsatmoqda.

Histeroskopik ekskochleatsiya – bachadon bo'shlig'iga kirib chandiq nishidagi tuxum xaltasini nazorat ostida olib tashlash usuli bo'lib, endogen CSP va β -hCG 10 000 IU/L dan past holatlarda ko'rsatiladi. Laparoskopik rezeksiya esa chandiq nishini bevosita ko'rgan holda ekskiziya va nish plastikasini birga amalga oshirish imkonini beradi; operatsiya davomida qon ketishni kamaytirish uchun vazopresin mahalliy in'ektsiyasi qo'llaniladi [6]. Bachadon yirtilishi yoki massiv qon ketish aniqlangan holatlarda shoshilinch laparotomiya ko'rsatiladi. Erta tashxis qo'yilgan CSP da organosaqlovchi operatsiya 85–92 foiz hollarda muvaffaqiyatli amalga oshiriladi; kech bosqichda esa gisterektomiyaga zaruriyat 3–5 barobar ortadi [8].

DAVOLASHDAN KEYINGI KUZATUV VA REPRODUKTIV PROGNOZ

CSP davolangandan keyin β -hCG haftalik nazorat qilinadi – to'liq normalizatsiyagacha. Ul'trasovush tekshiruvi 6 va 12 haftadan so'ng o'tkazilib, chandiq nishi regeneratsiyasi va vaskularizatsiyaning bartaraf etilganligi baholanadi. Ko'plab mualliflar keyingi homiladorlikni CSP davolangandan kamida 6–12 oy o'tgach rejalashtirishni tavsiya etadi [1]. Reproktiv prognoz erta

diagnostika va to'g'ri davolash bilan yaxshi: CSP sababli davolangan ayollarning 60–75 foizi keyinchalik muvaffaqiyatli intrauterin homiladorlikka ega bo'lgan [9]. Biroq keyingi barcha homiladorliklarda chandiq monitoringi va CSP qayta rivojlanish xavfini baholash majburiy hisoblanadi.

Psixologik jihatdan CSP erta homiladorlik yo'qotilishi bilan bog'liq bo'lgani uchun ayollarga psixologik qo'llab-quvvatlash va genetik maslahat taklif etilishi lozim. Bundan tashqari, keyingi homiladorlikni rejalashtirishdan oldin bachadon chandiq holatini baholash maqsadida MRI yoki sonogisterografiya o'tkazish maqsadga muvofiq [7]. Barcha tibbiy muassasalar uchun bir xil standart – birinchi trimestrdagi ul'trasovush tekshiruvida chandiq nishini maqsadli baholash – joriy etilishi CSP bilan bog'liq ona o'limi va og'ir asoratlarni sezilarli darajada kamaytirishi mumkin.

XULOSA

Kesarcha kesishdan keyingi chandikli homiladorlik zamonaviy ginekologiya va perinatologiyaning eng dolzarb muammolaridan biri bo'lib, uning yuzaga kelish tezligi kesarcha kesish operatsiyasi salmog'ining oshishi bilan bevosita bog'liq. CSP diagnostikasi va davolashda kechikish bachadon yirtilishi, massiv qon ketish va gisterektomiyaga olib kelishi mumkin bo'lgan hayotiy xavfli vaziyatlarni yuzaga keltiradi.

Erta diagnostikaning asosi transvaginal ul'trasovush tekshiruvi bo'lib, 5–8 haftada CSP ning barcha ul'trasovush mezonlari – chandiq nishida tuxum xaltasi, yupqa myometriyal devor, Doppler gipervaskularizatsiya – aniqlanishi mumkin. 3D ul'trasovush va MRT qo'shimcha diagnostik qiymatni oshiradi va davolash taktikasini belgilashda muhim ahamiyatga ega.

Davolashda individuallashtirilgan yondashuv – CSP turi, gestatsion yosh, β -hCG darajasi va gemodinamik holatni hisobga olgan holda – eng samarali natijani ta'minlaydi. Metotreksat, histeroskopik ekskochleatsiya va laparoskopik rezeksiya erta bosqichdagi CSP uchun organosaqlovchi usullar sifatida birinchi o'rinda turadi. Shoshilinch jarrohlik massiv qon ketish yoki bachadon yirtilishida ko'rsatiladi.

Ilmiy xulosa sifatida ta'kidlash joizki, kesarcha kesish soni ko'payib borayotgan bugungi kunda ginekologlar birinchi trimestrdagi har bir bemorning anamnezilariga e'tibor qaratib, ul'trasovushni maqsadli nish sohasini baholash bilan birga o'tkazishlari zarur. Multidisiplinar jamoa – ginekolog, perinatolog, anesteziolog – birgalikdagi yondashuvi CSP ni o'z vaqtida aniqlash va muvaffaqiyatli davolashning asosiy kaliti hisoblanadi.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR:

1. World Health Organization (WHO). Caesarean section rates continue to rise, amid growing inequalities in access // WHO News Release. – 2021.
2. Jurkovic D., Hillaby K., Woelfer B. et al. First-trimester diagnosis and management of pregnancies implanted into the lower uterine segment caesarean section scar // *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*. – 2003. – Vol. 21(3). – P. 220-227.
3. Timor-Tritsch I.E., Monteagudo A. Unforeseen consequences of the increasing rate of cesarean deliveries: early placenta accreta and cesarean scar pregnancy // *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. – 2012. – Vol. 207(1). – P. 14-29.
4. Rotas M.A., Haberman S., Levгур M. Cesarean scar ectopic pregnancies: etiology, diagnosis, and management // *Obstetrics & Gynecology*. – 2006. – Vol. 107(6). – P. 1373-1381.
5. Hamar B.D., Saber S.B., Cackovic M. et al. Ultrasound evaluation of the uterine scar after cesarean delivery: a randomized controlled trial of one- and two-layer closure // *Obstetrics & Gynecology*. – 2007. – Vol. 110(4). – P. 808-813.
6. Naji O., Abdallah Y., Bij De Vaate A.J. et al. Standardized approach for imaging and measuring Cesarean section scars using ultrasonography // *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*. – 2012. – Vol. 39(3). – P. 252-259.
7. Cali G., Forlani F., Lees C. et al. Prenatal ultrasound staging system for placenta accreta spectrum disorders // *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*. – 2019. – Vol. 53(6). – P. 752-760.
8. Barnhart K.T. Ectopic pregnancy // *New England Journal of Medicine*. – 2009. – Vol. 361(4). – P. 379-387.
9. Gonzalez N., Tulandi T. Cesarean scar pregnancy: a systematic review // *Journal of Minimally Invasive Gynecology*. – 2017. – Vol. 24(5). – P. 731-738.
10. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). *Caesarean Scar Pregnancy: Guidance for Clinical Management*. – London, 2019.