

А. В. Ремизонова

ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ РУБЦА НА МАТКЕ

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. В. М. Савицкая

Кафедра акушерства и гинекологии,

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск,

A.V. Remizonova

REMOTE CONSEQUENCES OF THE UTERUS SCAR

Tutor: candidate of medical sciences, docent V. M. Savitskaya

Department of Obstetrics and Gynecology,

Belarusian State Medical University, Minsk

Резюме. Изучен анамнез, течение беременности и родов у женщин с рубцом на матке. Проведена оценка эффективности методов диагностики состояния рубца на матке, а так же сравнительная характеристика результатов трансвагинального и трансабдоминального методов исследования. Изучена частота послеоперационных осложнений и методы, направленные на ее снижение.

Ключевые слова: рубец на матке, кесарево сечение, полноценный рубец на матке, роды естественным путем

Resume. Anamnesis and the course of pregnancy and childbirth in women with a scar uterus was studied. Evaluation of the effectiveness of diagnostic methods for the state of the uterine scar was carried out, the same was carried out comparative characteristics of the results of transvaginal and transabdominal research methods. The frequency of postoperative complications and methods aimed at its reduction were studied.

Keywords: uterine scar, cesarean section, full uterine scar, naturally childbirth.

Актуальность. Проблема ведения беременности и родов у женщин с оперированной маткой в Республики Беларусь является достаточно актуальной. Это обусловлено увеличением частоты операции кесарева сечения и, следовательно, возможными осложнениями, связанными с наличием рубца на матке в период беременности, родов и в послеродовом периоде.

Из 100% случаев рождения, согласно литературным данным, 23% происходит путем операции кесарева сечения. Свыше 30% женщин, перенесших кесарево сечение, планируют повторную беременность и роды.

Отбор женщин для самопроизвольных родов после КС представляет собой серьезную проблему в акушерстве, связанную, прежде всего, с оценкой состояния рубца на матке. В связи с этим, все большую актуальность приобретают вопросы репарации шва на матке, которые во многом определяют течение раннего послеродового периода, а в дальнейшем – время наступления последующей беременности, ее течение и исход

Цель: оценить отдаленные последствия операции кесарева сечения, оценить возможность к снижению частоты кесарева сечения, а так же изучить методы, направленные на снижение частоты послеоперационных осложнений.

Задачи:

1. Изучить анамнез, течение беременности и родов у женщин с рубцом на матке.
2. Проанализировать толщину рубца на матке после перенесенного кесарева сечения.

3. Оценить эффективность методов диагностики состояния рубца на матке.

4. Изучить отдаленные последствия операции кесарева сечения.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй родов 45 женщин и историй 45 новорожденных детей за 2018 - 2019 гг. на базе УЗ «2 ГКРД» г. Минска с использованием метода выборочной совокупности. Для работы использовалась научная и учебная литература.

Результаты и их обсуждение. Рубец на матке представляет собой участок плотной соединительной ткани в матке, а именно в месте, где в прошлом была нарушена целостность ее стенок в ходе оперативного вмешательства. Различают следующие виды рубца на матке: 1) состоятельный (полноценный); 2) несостоятельный (неполноценный); 3) с выраженной несостоятельностью. В ходе нашего исследования, проанализировав частоту проведения операции кесарева сечения, частоту возникновения послеоперационных осложнений, было установлено, что важное значение имеет разрез, произведенный при кесаревом сечении. Продольный разрез более склонен к несостоятельности, чем поперечный в нижнем сегменте матки. Это может способствовать ряду таких осложнений, как эндометрит, субинволюция матки, раневая инфекция, инфильтрат в области послеоперационной раны.

Признаки, по которым можно судить о неполноценности рубца у беременных:

Во время УЗИ определяется истончение нижнего маточного сегмента в области рубца (меньше 3 мм), плотные включения в значительном количестве в области рубца, что указывает на соединительнотканый компонент в области рубца; неровность рубца, прерывистость наружного контура.

УЗ-критерии полной неполноценности рубца:

Дефект миометрия в виде «ниши» со стороны полости матки, достигающей до серозной оболочки матки.

Неполный (частичный) дефекта миометрия в виде «ниши» со стороны полости матки с истончением нижнего маточного сегмента в субсерозном слое 3мм и менее

Деформации миометрия в виде втяжения со стороны серозной оболочки матки + «ниша» со стороны полости матки + истончение неизменного миометрия 3 мм и менее

Тотальный, субтотальный некроз миометрия.

Кесарево сечение, как и любая другая операция, имеет свои последствия и, в некоторых случаях, возможно возникновение осложнений. Частота осложнений у пациенток с плановыми операциями достигает 16–17% по сравнению с незапланированными - 20-30%. По данным литературы и нашим исследованиям значительное линейное соотношение было найдено между увеличением открытия шейки матки (8-10см.) и осложнениями оперативного родоразрешения.

Осложнения операции кесарево сечение: 1. Интраоперационные. 2. Послеоперационные. 3. Анестезиологические осложнения.

У обследованных женщин в анамнезе были выявлены следующие гинекологические заболевания: эрозия шейки матки (31%), кольпит (31%), бактериальный вагиноз (16%), хронический цервицит (15%), токсоплазмоз (7%).

По результатам нашего исследования выявлено, что у 88% (40 пациенток) женщин причиной образования рубца на матке послужила операция кесарева сечения (причем, у 34 из них – это повторное кесарево сечение в анамнезе, а у 6 пациен-

ток – третье кесарево сечение). У 11% (5 пациенток) женщин причиной рубца на матке была реконструктивно-хирургическая операция на матке: консервативная миомэктомия с проведением метропластики.

Состоятельность рубца на матке у исследуемых беременных оценивалась по данным ультразвукового исследования рубца (трансабдоминального и трансвагинального УЗИ (для сравнения)) (таблица 1).

Табл. 1. Данные ультразвукового исследования рубца на матке (толщина рубца)

Трансвагинальное УЗИ	Трансабдоминальное УЗИ
4,0 мм	7 мм
5,7 мм	5,5 мм
5,8 мм	5,4 мм
3,5 мм	4,5 мм
5,5 мм	3,5 мм
3,7 мм	4,4 мм
6,3 мм	5,7 мм
5,1 мм	5,8 мм
4,5 мм	5,3 мм
6,4 мм	6,3 мм
5,8 мм	6 мм
3,8 мм	5,1 мм
6,4 мм	4,8 мм
5,6 мм	6,4 мм
3,5 мм	6,8 мм

В ходе исследования у пациенток были выявлены следующие осложнения:

1) 5 пациенток (11%) были госпитализированы по поводу несостоятельности рубца на матке после проведенного кесарева сечения (одного) в анамнезе для проведения метропластики, так как женщины были репродуктивного периода и планировали повторную беременность. Всем выполнена лапаротомия с проведением метропластики, послеоперационный период протекал без осложнений, женщины в удовлетворительном состоянии выписаны домой с рекомендациями после проведения контрольного УЗИ.

2) 10 пациенток (22%) родоразрешены повторно путем операции кесарево сечение по поводу предлежания плаценты. В данных случаях нижний сегмент матки в области послеоперационного рубца был истончен, во время операции кесарева сечения проведена метропластика. Послеоперационный период протекал без осложнений, пациентки выписаны домой с рекомендациями после контрольного УЗИ.

3) 5 пациенток (11%) родоразрешены повторно путем операции кесарево сечение по поводу врастания плаценты в область послеоперационного рубца на матке. Проведена экстирпация матки без придатков. Послеоперационный период протекал без особенностей, женщины выписаны домой на 7-8 сутки послеродового послеоперационного периода с рекомендациями, также проведено контрольное УЗИ.

4) 17 пациенток (37,7%) госпитализированы в гинекологическое отделение с диагнозом: Эндометриоз послеоперационного рубца для оперативного лечения. Эндометриозные очаги от 1 до 6 см в диаметре вылущены, удалены, отправлены на гистологическое исследование. Результаты гистологического исследования получены,

диагноз подтвержден. С женщинами установлена обратная связь, назначено лечение, даны рекомендации.

5) 4 пациентки (9%) поступили в отделение гинекологии после проведенного в амбулаторных условиях неудачного медикаментозного прерывания беременности. Диагноз несостоятельности послеоперационного рубца установлен только в стационаре. В обязательном порядке проведено ультразвуковое исследование органов малого таза. На УЗИ обнаружены беременность в зоне рубца (в нижнем маточном сегменте, в проекции рубца после кесарева сечения визуализировалось одно плодное яйцо, треугольной формы). Пациенткам выполнена лапаротомия, эвакуировано плодное яйцо, проведена метропластика, послеоперационный период протекал без осложнений.

6) 4 пациентки (9%) поступили в отделение гинекологии по поводу неразвивающейся беременности. Диагноз несостоятельности послеоперационного рубца также установлен только в стационаре. Пациенткам выполнена лапаротомия, эвакуировано плодное яйцо, проведена метропластика, послеоперационный период протекал без осложнений.

Плодное яйцо вместе с хорионом отправлено на гистологическое исследование. На гистологическое исследование также были отправлены иссеченные послеоперационные рубцы.

В послеоперационном периоде обязательно контролировался уровень ХГЧ, который снижался, что было ожидаемо нами и не противоречило данным мировой литературы и исключало персистенцию ворсин хориона. Также проводилось УЗИ малого таза: отклонений не обнаружено. Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациентки выписаны из стационара на 5-7-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии. По данным гистологического исследования, подтверждено врастание ворсин хориона в области послеоперационного рубца, передан патронаж в женскую консультацию.

Результаты нашего исследования и данные литературы показывают, что беременность в рубце формируется значительно чаще, если кесарево сечение выполнено по поводу тазового предлежания, так как значительная толщина стенки матки в месте проведения разреза при неразвернутом нижнем сегменте не позволяет создать состоятельный качественный рубец, что может привести к формированию так называемой «ниши», в проекции которой в дальнейшем возможна имплантация плодного яйца.

Тактика ведения пациентов определялась индивидуально для каждой пациентки с учетом:

- наличия и интенсивности кровотечения;
- срока беременности;
- степени истончения стенки матки в области нижнего сегмента;
- репродуктивных планов женщины.

Проведенный консервативный хирургический метод у данных пациенток позволил сохранить матки и был направлен на эвакуацию эмбриональной ткани и коррекцию послеоперационного рубца за исключением случаев врастания плаценты (в данном случае после извлечения плода выполнялась экстирпация матки без придатков).

При использовании хирургических методов нередко выявляется персистенция остатков хориальной ткани, которая может приводить к развитию трофобластической болезни, хорионкарциноме, сопровождаться кровотечениями, поэтому обязателен контроль уровня хорионического гонадотропина в динамике, что было нами проведено и передан патронаж в женскую консультацию.

В ходе нашего исследования предрасполагающими факторами, которые приводят к несостоятельности послеоперационного рубца, явились:

- два и более кесаревых сечения в анамнезе, которые способствуют увеличению поверхности рубцовой ткани;
- эндометрит после кесарева сечения;
- кесарево сечение до начала родовой деятельности; кесарево сечение после длительного безводного промежутка;
- инвазивные внутриматочные манипуляции (расширение цервикального канала, выскабливание стенок полости матки и т. д.) при кесаревом сечении в анамнезе

Рациональное ведение беременных с рубцом на матке, правильный выбор метода и срока родоразрешения позволяют обеспечить снижение риска акушерской и перинатальной патологии. Необходимо более четко и дифференцированно подходить к определению показаний для 1-го кесарева сечения, чтобы избежать проблем в будущем.

Для предупреждения осложнений кесарева сечения во время операции и в послеоперационном периоде для матери и плода необходимо учитывать многие факторы в комплексе:

- степень риска для матери и плода
- подготовка к операции
- методика оперативного вмешательства
- анестезиологическое пособие

профилактика кровотечений, гнойно-септических осложнений, тромбообразования и др.

Выводы:

1 Женщины с рубцом на матке требуют пристального внимания как на этапе подготовки к беременности, так и на всем ее протяжении, включая роды. Беременность должна быть планируемой.

2 Согласно литературным данным, что подтверждают проведенные нами исследования, при трансвагинальном УЗИ толщина послеоперационного рубца на матке меньше по сравнению с трансабдоминальным УЗИ, что не говорит о несостоятельности рубца при его равномерной толщине и отсутствии эхопозитивных включений.

3 Роды после одного КС в анамнезе при отсутствии экстрагенитальной патологии, осложнений беременности, продольном положении плода, толщине рубца 3 мм и более при трансвагинальном обследовании и расположении плаценты преимущественно по задней стенке матки могут быть проведены через естественные родовые пути.

4 Ведение родов через естественные родовые пути, при наличии рубца на матке, связано с высоким риском осложнений во время родов и в послеродовом периоде, поэтому они должны проводиться в стационаре под постоянным мониторингом

нием и контролем витальных функций, под постоянным наблюдением медицинского персонала.

5 Профилактика несостоятельности рубца должна проводиться с начала беременности, на протяжении всей беременности и в послеродовом периоде.

6 УЗИ мониторинг послеоперационного рубца должно проводиться в 1-ом и 2-ом триместре беременности 1 раз в месяц (при отсутствии показаний для повторного исследования), в 3-ем триместре – каждые 10 - 14 дней.

7 Согласно данным литературы и проведенным нами исследованиям существует высокая степень корреляции между формированием неполноценного рубца, миопией и ПМК.

8 Консервативное ведение беременных с рубцом на матке является одним из основных резервов снижения числа оперативных родов и существенным вкладом в снижение материнской заболеваемости и смертности за счет снижения частоты повторных оперативных вмешательств.

Литература

1. Ананьев В. А., Побединский Н. М. // Акушерство и гинекология. – 2003. - № 3. – С. 61-63.
2. Габидуллина Р. И. Рубец на матке после кесарева сечения: Автореф. дис. ...д-ра.мед. наук. – М., 2004.
3. Норвитц, Эррол Р., Шордж Джон, О. Наглядные акушерство и гинекология / Эррол Р. Норвитц, Джон О. Шордж: Пер. с англ. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. С. 132-133.
4. Стрижаков А. Н., Давыдов А. И., Кузьмина Т. Е. Беременность и роды после кесарева сечения. – М., 2003.
5. Савельева Г. М., Курцер М. А., Клименко П. А. и др. // Акушерство и гинекология. – 2005. - № 3. – С. 3-7.