

## УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ РУБЦА НА МАТКЕ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ С ЦЕЛЬЮ ПРОГНОЗА ИСХОДА БЕРЕМЕННОСТИ

Саодатхон Махаммаджон кизи

Доцент кафедры акушерства и гинекологии

Ташкентской медицинской академии Ан Андрей Владимирович

Магистр кафедры акушерства и гинекологии

Ташкентской медицинской академии Олимжонова

Введение. Известно, что риск осложнений у матери при абдоминальном родоразрешении возрастает во много раз, особенно при экстренно проводимых операциях. В последние годы отечественные акушеры все чаще прибегают к ведению консервативных родов после КС, но, к сожалению, часто сталкиваются с серьезной проблемой несостоятельности маточного рубца. Основной причиной формирования такого рубца служит послеродовой эндометрит. На течение процессов заживления влияет множество факторов: длительность операции, кровопотеря, использованный шовный материал, течение послеоперационного периода, общее состояние макроорганизма и т.д. Также надо учитывать тот фактор, что эндометрит и более тяжелые осложнения часто скрываются за такими диагнозами, как лохио- и гематометра, субинволюция матки, кровотечения в послеоперационном периоде и др. Возраст пациенток колебался от 24 до 32 лет. Период после кесарева сечения составил от 1,5 до 6 лет, а у одной пациентки -4 месяца. У 11 пациенток было повторное кесарево сечение. Сведения об операциях были получены только со слов женщин, выписок из историй болезни не предоставлялось. При тщательном сборе анамнеза оказалось, что у 24 пациенток не было жалоб ни в раннем, ни в отдаленном послеоперационном периоде. Остальные женщины имели «воспалительный акушерский и гинекологический анамнез»: эндометрит после родов - 24,3%; мастит - 7,1%; эндометрит после аборта - 15,4%; острый сальпингоофорит - 10,4%, хронический сальпингоофорит -16,9%; эрозию шейки матки - 20,9%; мочевого синдром - 12,3%. Особенности течения и ведения послеродового периода у данной группы пациенток были: длительный период субфебрилитета (59,8%); нарушение функции кишечника (17,2%); наличие эпизодов частого и/или болезненного мочеиспускания (26,7%); применение различных методов местной манации матки (51,6% - в основном выскабливание полости матки, лаваж); назначение в послеоперационном периоде инфузионной и антибактериальной терапии (74%).

Кесарево сечение в нижнем маточном сегменте было выполнено в сроки от 1 года до 5 лет до момента исследования, как в плановом порядке, так и по экстренным показаниям. Шесть обследованных пациенток перенесли повторное кесарево сечение, 2 - с иссечением первого рубца, 4 - без иссечения зоны прежнего рубца. Сведения о предыдущих операциях были получены только со слов пациенток, выписки о

показаниях к операции, особенностях операции и послеоперационного периода отсутствовали в большинстве наблюдений. Только при тщательном сборе анамнеза и тщательном расспросе удавалось выявить особенности течения предыдущей беременности и послеоперационного периода. Развитию осложнений способствовал "воспалительный" акушерский и гинекологический анамнез: эндометрит после родов имели 34,2% пациенток; мастит - 8,5%; раневую инфекцию - 23,5%; эндометрит после аборта - 18,2%; эрозию шейки матки - 22,8%; острый сальпингоофорит - 11,4%, хронический - 22,8% пациенток; предшествующее бесплодие в анамнезе имело место у 25,7% родильниц; ношение ВМК, предшествующее настоящей беременности, - 5,7%.

Анализ истории родов, доступный не во всех случаях, позволил определить наличие технических погрешностей в ходе операции: применение грубых ручных приемов выведения головки (11,2%), использование непрерывного шва для зашивания матки (34,2%), применение реактогенного материала (11,2%), проведение неадекватного гемостаза (8,5%); продолжительность операции более 2 ч (5,7%), наличие патологической кровопотери (8,5%).

Диагностика несостоятельного рубца всегда сложна, особенно на этапе прегравидарной подготовки или в ранние сроки уже наступившей беременности. Диагноз на основании единственного ультразвукового обследования всегда становится под сомнение, как клиницистами, так и пациентками. Верификация диагноза должна проводиться при помощи гидросонографии и гистероскопии. Точная диагностика рубца на матке помогла акушерам правильно определиться с тактикой ведения родов и избежать осложнений. Генерализации процесса, несостоятельности шва в результате повторных операций не было отмечено ни в одном случае.

Дифференцированный подход к ведению женщин с рубцом на матке в раннем послеоперационном периоде, в том числе и проведение УЗИ на 6-7 сутки, позволил прогнозировать акушерское будущее женщины после кесарева сечения. Но все-таки более точно прогноз может быть составлен только через 810 месяцев после операции.

В качестве критериев состоятельности рубца на матке в отдаленном послеоперационном периоде рассматривали следующие признаки:

- типичность положения рубца;
- отсутствие деформаций, "ниш", участков втяжения со стороны серозной оболочки и полости матки;
- толщину миометрия в области нижнего маточного сегмента;
- отсутствие гематом в структуре рубца, соединительнотканых включений, жидкостных структур;
- визуализацию лигатур в миометрии в зависимости от давности операции и использованного шовного материала;
- адекватный кровоток;
- состояние пузырно-маточной складки, дугласова пространства, параметриев.

Заключение: Таким образом, широкая распространенность и не имеющая тенденции к снижению частота обуславливают более внимательное отношение к пациенткам с рубцом на матке после. На сегодняшний день остается много нерешенных вопросов в этой специфической области относительно терминологии, качества визуальной диагностики и воспроизводимости методов исследования, определения прогностических критериев риска разрыва матки, выявления значимых маркеров течения репаративного процесса и влияния на качество его течения. Сложность исследований обусловлена трудностью формирования групп сравнения (женщины со значительными дефектами рубца, планирующие беременность, которым не проводится коррекция), сложностью оценки рисков разрыва матки в родах ввиду общепринятых постулатов планового у таких беременных, длительностью наблюдения для оценки исходов беременности. В связи с этим требуются более масштабные многоцентровые исследования с вовлечением большего числа таких пациенток.

### Список литературы

1. Акушерство. Национальное руководство / Под ред. Э.К. Ай-ламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — С. 1030.
2. Буянова С.Н., Щукина Н.А., Чечнева М.А., и др. Современные методы диагностики несостоятельности швов или рубца на матке после кесарева сечения // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2013. — №1. — С. 73-77.
3. Klemm P., Koehler C., Mangier M., et al. Laparoscopic and vaginal repair of uterine scar dehiscence following cesarean section as detected by ultrasound // J. Perinat. Med. — 2005. — №33. — P. 324-331.