

ОБЗОРНЫЙ ТЕЗИС НА ТЕМУ: ОЦЕНКА ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ПАЦИЕНТОК С НЕЗНАЧИТЕЛЬНЫМИ ДЕФЕКТАМИ РУБЦА НА МАТКЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ.

Имамов Элмурод Норкучкарович¹,

Ражапов Хасан Абдисаломович²,

Икромова Гулноза Назимовна³,

Баходиров Сардор Баходирович⁴

Термезский филиал

Ташкентской медицинской академии^{1,2,3,4}.

<https://doi.org/10.5281/zenodo.7261449>

Annotations

В настоящее время важным нерешенным вопросом остается определение четких критериев для выполнения метропластики у пациенток с незначительными дефектами рубца на матке после операции кесарева сечения. Анализ современных данных говорит о необходимости дальнейшего изучения вопроса и возможном пересмотре существующих показаний к метропластике.

Kalit so'zlar: Кесарева сечение, миометрий

Частота кесарева сечения (КС) в всем мире остается высокой, без тенденции к снижению. Ввиду этого проблема последующей беременности и родов у женщин с рубцом на матке после КС приобретает все большую актуальность. Важным нерешенным вопросом остается определение показаний для оперативного лечения (метропластики). Существует единственное проспективное исследование Vikhareva Osse O., где авторы установили пороговые значения толщины рубца после КС: для трансвагинального УЗИ – $\leq 2,2$ мм – после 1 КС и $\leq 1,9$ мм – после 2 и более КС, а также для соногистерографии – $\leq 2,5$ мм – после 1 КС и $\leq 2,3$ мм – после 2 и более КС, в связи с чем важен анализ течения беременности и родов у женщин с различной степенью истончения рубца после КС для уточнения показаний к метропластике. Цель Оценка особенностей течения беременности и толщины нижнего маточного сегмента (НМС) в зоне рубца в III триместре и в родах у женщин с пограничным значением толщины остаточного миометрия до беременности. Материалы и методы Проведено проспективное исследование 32 пациенток, планирующих беременность, с дефектами рубца на матке после операции КС за период с 2017 года по 2022 год, у которых толщина рубца на матке после операции КС по данным УЗИ составляла $> 2,2$ мм < 4 мм. Проанализированы клинико-анамнестические особенности, данные обследования, наступление и течение последующей беременности, состояние рубца во время родоразрешения.

Результат: Анализ результатов обследования показал, что толщина остаточного миометрия составила по данным УЗИ $2,71 \pm 0,65$ мм, по данным МРТ $3,01 \pm 0,95$ мм, по данным ЭХО-ГГ $3,31 \pm 0,63$ мм. Выявленные значительные различия толщины остаточного миометрия свидетельствуют о большей диагностической ценности методик с контрастированием полости матки. В анамнезе у 27 (84,4%) женщин выполнено 1 КС, у 5 женщин (15,6%) – 2 и более КС. У 19 (59,4%) пациентки предыдущее КС выполнено в плановом порядке, у 13 пациенток (40,6%) – в экстренном порядке. Низкое расположение зоны рубца (цервикализация) было отмечено у 12 женщин, из них у 10 после КС в экстренном порядке. Учитывая незначительное истончение рубца после КС, всем пациенткам было рекомендовано планирование беременности без выполнения метропластики под тщательным контролем зоны рубца во время беременности. У 9 пациенток наступила беременность.

Неразвивающаяся беременность имела место в одном случае на малом сроке гестации, две пациентки беременны на момент публикации (6 недель и 27 недель), 6 пациенток были родоразрешены путем операции КС, из них 5 женщин – в плановом порядке в 3840 недель, 1 женщина – в экстренном порядке в 35 недель (преждевременное излитие околоплодных вод). У всех пациенток толщина НМС в зоне рубца на сроках 33-36 недель по данным УЗИ составила $2,4 \pm 0,16$ мм (минимально – 1,7 мм). Во время КС средняя толщина рубца составила $2,8 \pm 0,12$ мм, лишь в одном случае отмечена толщина рубца 1 мм, и в 1 – менее 1 мм.

Заключение: Анализ течения и исходов беременности у пациенток с пограничными значениями толщины рубца после КС (по данным УЗИ $>2,2$ мм и <4 мм) не выявил существенных отклонений. Признаков угрожающего разрыва во время беременности, также как и разрыва матки во время оперативного родоразрешения выявлено не было. Следует отметить проведение оперативного родоразрешения в 100% случаев в исследуемой группе женщин, несмотря на толщину НМС более 2 мм и значительный процент женщин с одним КС в анамнезе. Полученные нами данные заставляют нас еще более тщательного проводить отбор пациенток для метропластики.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Невынашивание беременности, инфекция, врожденный иммунитет; Макаров О.В., Бахарева И.В.(Ганковская Л.В., Ганковская О.А., Ковальчук Л.В.)-«ГЭОТАР - Медиа».- Москва.- 73 с.-2007.
2. Сахарный диабет у беременных. Макаров О.В, Ордынский Москва 2010г С.127.
3. Акушерский риск. Максимум информации - минимум опасности для матери и младенца Радзинский В.Е., Князев С.А., Костин И.Н. 2009 г. Издательство: Эксмо.

4. Акушерство и гинекология: диагностика и лечение. Учебное пособие. В 2-х томах. ДеЧерни А.Х., Натан Л. 2009 г. Издательство: МЕДпресс-информ
5. Акушерство. Клинические лекции: учебное пособие с компактдиском / Под ред. проф. О.В.Макарова.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 640 с.: ил.
6. Акушерство. Национальное руководство. Гриф УМО по медицинскому образованию. Айламазян Э.К., Радзинский В.Е., Кулаков В.И., Савельева Г.М. 2009 г. Издательство: Гэотар-Медиа.
7. Акушерство: курс лекций. Гриф УМО по медицинскому образованию. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Буданов П.В., Баев О.Р. 2009 г. Издательство: Гэотар-Медиа.
8. Акушерская тактика при тазовых предлежаниях, Стрижаков А.Н., Игнатко И.В., М.: Династия, 2009.
9. Анатомически и клинически узкий таз. Чернуха Е.А., Пучко Т.К., Волобуев А.И. 2005 г. Издательство: Триада-Х.
10. Аномалии родовой деятельности: руководство для врачей. Гриф УМО по медицинскому образованию. Подтетенев А.Д., Стрижова Н.В. 2006 г. Издательство: МИА.