

УДК 618.5–08:[618.14–003.92–02^618.5–089.888.61]–073.4

© О. М. Долгошапко, О. Ю. Гецко, О. М. Роговий, 2012.

## ЧИ ЗАВЖДИ «НЕСПРОМОЖНИЙ» РУБЕЦЬ НА МАТЦІ Є ДІЙСНО НЕСПРОМОЖНИМ?

О. М. Долгошапко, О. Ю. Гецко, О. М. Роговий

Кафедра акушерства, гінекології та перинатології ФІПО (зав. – професор В. К. Чайка), Донецький національний медичний університет ім. М. Горького, м. Донецьк.

### IS ALWAYS «INCONSISTENT» UTERINE SCAR REALLY INCONSISTENT?

O. N. Dolgoshapko, E. Yu. Getsko, A. N. Rogovoy

#### SUMMARY

In order to define objective criteria for the consistency of the uterine scar after previous cesarean were evaluated ultrasound data on it thickness and homogeneity and compared with data obtained during operation. Some discrepancies were found between them. The conclusion is made that sonographically measured scar thickness not always evidence of it inconsistency, in choosing the method of delivery physicians should pay attention not to the thickness of scar and intervals between deliveries, but first of all on it homogeneity and clinical manifestations of its inconsistency.

### ВСЕГДА ЛИ «НЕСОСТОЯТЕЛЬНЫЙ» РУБЕЦ НА МАТКЕ ДЕЙСТВИТЕЛЬНО НЕ СОСТОЯТЕЛЕН?

О. Н. Долгошапко, Е. Ю. Гецко, А. Н. Роговой

#### РЕЗЮМЕ

С целью определения объективных критериев состоятельности рубца на матке после предыдущего кесарева сечения были оценены данные ультразвуковой диагностики толщины и однородности рубца на матке и сопоставлены с данными, полученными во время оперативного родоразрешения. Установлено некоторое несоответствие между ними. Сделан вывод о том, что не всегда сонографически измеренная толщина рубца свидетельствует о его несостоятельности, при выборе метода родоразрешения необходимо обращать внимание не на толщину рубца и промежуток между родами, а прежде всего на однородность рубца и клинические проявления его несостоятельности.

**Ключові слова:** кесаревий розтин, рубець на матці, оцінка неспроможності, критерії ультразвукового дослідження.

Проблема розродження жінок з рубцем на матці після попереднього кесаревого розтину (КР) викликає сьогодні серйозне занепокоєння та живий інтерес у акушерів-гінекологів усього світу, оскільки з кожним роком зростає частота операцій КР, в тому числі й планових, але при цьому материнська і перинаціальна смертність не тільки не знижується, а й, навпаки, зростає [3-5]. Материнська смертність (МС), асоційована з КР (40 на 100000 живонароджених), в 4 рази вище, ніж для всіх типів вагінальних пологів (10 на 100000), та у 8 разів вище, ніж для нормальних вагінальних пологів (5 на 100000) [5]. Частота КР в Україні постійно зростає з 9,58% у 1999 році до 16,10% у 2009 році [1].

Однією з причин зростання частоти КР є збільшення кількості жінок з рубцем на матці після попереднього КР, які в наступних вагітностях планують розродження шляхом повторного КР. Занепокоєння з приводу можливих ускладнень, пов'язаних з неспроможністю рубця при наступних пологах, змушує лікарів рекомендувати повторний плановий КР. Вагінальні пологи після попереднього КР привертають усе більше уваги як один із можли-

вих шляхів зниження загального рівня КР, частоти повторного КР та ризику патологічних станів, пов'язаних із повторним оперативним втручанням [2]. В таких випадках для визначення правильної тактики розродження значну роль відіграє визначення спроможності рубця на матці.

Мета дослідження: оцінити достовірність діагностики неспроможності рубця на матці методом сонографії у вагітних з кесаревим розтином в анамнезі.

#### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Нами було проаналізовано 195 історій пологів жінок з рубцем на матці після попереднього кесаревого розтину, які були розроджені шляхом повторного кесаревого розтину в Донецькому регіональному центрі охорони материнства та дитинства (ДРЦОМД) у 2011 році, з них у 135 (69,23%) був діагноз «Неспроможний рубець на матці» і у 34 (17,44%) – «Незміцнілий рубець на матці». Аналізу підлягали вік жінок, їх паритет, акушерсько-гінекологічний та соматичний анамнез, особливості перебігу попередніх пологів, показання до попереднього кесаревого розтину і технічні особливості його виконан-

ня, перебіг попереднього післяопераційного періоду, особливості перебігу теперішньої вагітності, дані сонографії рубця на матці та оцінка спроможності рубця під час операції кесаревого розтину.

#### РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У 2011 році в ДРЦОМД відбулося 4230 пологів, з них у жінок з рубцем на матці – 228, що склало 5,40% від загальної кількості пологів. Шляхом операції кесаревого розтину було розроджено 1175 (27,80%) жінок, з них з рубцем на матці – 195 пацієнок, що склало 16,60% від усіх кесаревих розтинів і 85,50% від кількості вагітних з рубцем на матці.

Середній вік жінок з рубцем на матці склав  $29,84 \pm 0,31$  років, при цьому максимальний вік склав 43 роки, мінімальний 21 рік. Міських мешканців було 86,15%, сільських – 13,85%; робітниць розумової праці – 45,64%, фізичної праці – 14,36%, домогосподарок – 38,97%, інвалідів – 1,03%. Поточна вагітність була другою у 39,49%, третьою – у 28,21%, четвертою – у 20,51%, п'ятою – у 5,13%, більше за паритетом – у 5,64% жінок.

В акушерсько-гінекологічному анамнезі обстежених жінок відмічені наступні захворювання: ерозія шийки матки – 25,13%; кольпіт – 20,51%; хронічний аднексит – 18,97%; хронічний ендометрит – 3,08%; завмерла вагітність – 10,26%; порушення менструального циклу – 6,15%; безпліддя – 3,59%; позаматкова вагітність – 1,03%; бартолініт – 0,51%.

В соматичному анамнезі найбільш часто зустрічалися захворювання нервової системи – 11,86%; ожиріння – 10,77%; хронічний гастрит – 10,26%; хронічний холецистит – 2,06%; серцево-судинні захворювання – 8,72%; патологія щитовидної залози – 7,73% випадків.

Попередній кесаревий розтин був виконаний: 1 рік тому – у 6,15% жінок; 2 роки – у 22,56%; 3 роки – у 13,85%; 4 роки – 8,21%; 5 років і більше – у 45,13% пацієнок. Ускладнень після попереднього кесаревого розтину відмічено не було у жодної пацієнтки.

Серед особливостей перебігу поточної вагітності були відмічені: токсикоз I половини – у 11,79%; загроза самовільного абортів у I триместрі – у 16,92%, в II триместрі – у 10,26%; загроза передчасних пологів – у 10,77%; анемія легкого ступеня тяжкості – у 22,56%, середнього ступеня – у 2,56%, тяжка анемія – у 1,03%; набряки – у 14,87%; прееклампсія легкого ступеня тяжкості – у 9,23% пацієнок.

Термін розродження на момент операції становив: 37-40 тижнів – у 95,38%, 30-36 тижнів – у 4,62% жінок. Отже, майже всі жінки доносили вагітність до терміну пологів.

При ультразвуковому дослідженні рубця на матці товщину його до 2 мм відзначено у 1,54%

жінок; від 2,1 до 3,0 мм – у 10,82%; від 3,1 до 4,0 мм – у 28,72%; більше 4,0 мм – у 37,44% вагітних. При цьому неоднорідність рубця, яка свідчить про його нерівномірне загоєння, а, отже, й про неспроможність, було діагностовано під час сонографії у 14,87% пацієнок.

Під час операції кесаревого розтину хірургом товщина рубця була оцінена як 2 мм – у 46,67%; 3 мм – у 18,04%; 4 мм – у 2,56% жінок. Згідно записів в історії пологів, скарги на болі по рубцю висловлювали 51,79% вагітних, не було ніяких скарг – у 29,74% пацієнок.

#### ВИСНОВКИ

1. Порівнюючи дані ультразвукової діагностики та отримані під час операції щодо товщини рубця на матці, можна зробити висновок про деяку невідповідність між ними.

2. Спираючись на літературні повідомлення щодо ведення консервативних пологів у жінок з рубцем на матці після попереднього кесаревого розтину, можна визначити, що не завжди сонографічно виміряна товщина рубця свідчить про його неспроможність.

3. Ймовірно, при виборі методу розродження у вагітних з рубцем на матці слід звертати увагу перш за все не на товщину рубця, а на його однорідність та клінічні прояви неспроможності, що дозволить лікарю разом з жінкою обрати правильну тактику ведення таких пологів.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Вагітність та пологи у жінок з рубцем на матці після кесарського розтину / Ю. П. Вдовиченко, Н. Г. Гойда, О. М. Юзько [та ін.] – Київ, 2011. – 328 с.

2. Течение беременности и вагинальных родов у женщин с рубцом на матке / Ю. А. Дубоссарская, Л. И. Падалко, Л. Г. Захарченко [и др.] // Зб. наук. праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: «Інтермед», 2001. – С. 302–307.

3. Birth after previous Caesarean birth [Електронний ресурс] // Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. – 2007, February. – Green-top Guideline №45. – 17 p. – Режим доступу: <http://www.rcog.org.uk/womens-health/clinical-guidance/birth-after-previous-caesarean-birth-green-top-45>.

4. Gary Cunningham, MD. Vaginal birth after previous caesarean delivery / F. Gary Cunningham, MD, C. Edward Wells, MD // American College of Obstetricians and Gynaecologists // Obstet. Gynecol. – 2004. – Vol. 104. – P. 303–312.

5. Mozurkevich E. L. Elective repeat cesarean delivery versus trial of labour: a meta-analysis of the literature from 1989 to 1999 / E. L. Mozurkevich, E. K. Hutton // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2000. – Vol. 183. – P. 1187–1197.