

УДК 618.514-003.92-089

В.И. ЕРЕМКИНА, Ю.В. ГАРИФУЛЛОВА

Казанский государственный медицинский университет, 420012, г. Казань, ул. Бутлерова, д. 49

Реконструктивно-восстановительная пластика несостоятельного рубца на матке влагалищным доступом вне беременности

Еремкина Вера Ивановна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии № 1, тел.: (843) 236-08-73, 290-34-49, e-mail: ob_gyn@kgmu.kcn.ru

Гарифуллова Юлия Владимировна — ассистент кафедры акушерства и гинекологии № 1, тел. (843) 236-08-73, e-mail: gamgg@yandex.ru

Представлен собственный опыт пластики несостоятельного рубца на матке влагалищным доступом вне беременности. Пластика несостоятельного рубца проведена 21 пациентке. Формирование состоятельного рубца произошло у 19 (90,5%) женщин, в том числе у 4 пациенток, оперированных по поводу эндометриоза рубца на матке. У 7 из них через 1-1.5 года после операции наступила беременность: 6 пациенток родоразрешены на доношенном сроке, 1 — на сроке 27-28 недель в связи с развитием тяжелого гестоза. Оценка эффективности проведенного лечения позволяет отнести данный вид пластики к высокоэффективному и малотравматичному оперативному вмешательству.

Ключевые слова: несостоятельный рубец на матке, пластика, влагалищный доступ.

V.I. EREMKINA, Yu.V. GARIFULLOVA

Kazan State Medical University, 49 Butlerov St., Kazan, Russian Federation, 420012

The reconstructive-plastic surgery of the inconsistent scar on the uterus via vaginal access in the absence of pregnancy

Eremkina V.I. — Cand. Med. Sc, Associate Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology № 1, tel.: (843) 236-08-73, 290-34-49, e-mail: ob_gyn@kgmu.kcn.ru

Garifullova Yu.V. — Assistant Lecturer of the Department of Obstetrics and Gynecology № 1, tel. (843) 236-08-73, e-mail: ggammg@yandex.ru

The article presents the authors' own experience of reconstruction of inconsistent uterus scar through vaginal access in the absence of pregnancy. The reconstruction of inconsistent uterus scar is made to 21 patients. 19 of them (90.5%) showed the formation of consistent scar, including 4 patients operated for endometriosis of uterus scar. 7 of them got pregnant after 1-1.5 years after the operation. 6 patients delivered in due term, 1 patient — at 27-28 weeks due to heavy gestosis. The estimation of the treatment efficiency allows to consider this type of reconstruction to be highly effective and minimally traumatic surgical intervention.

Key words: inconsistent scar on uterus, reconstruction, vaginal access.

В настоящее время кесарево сечение остается самой распространенной родоразрешающей операцией, не имеющей тенденции к снижению частоты. Направленное в первую очередь на снижение рисков для плода, кесарево сечение сопряжено с ростом интра- и послеоперационных осложнений для матери, среди всех прочих осложнений формируя проблемы оперированной матки.

Независимо от репродуктивных планов женщины рубец на матке увеличивает частоту хронического эндометрита, аденомиоза, спаечного процесса в малом тазу. Нередким осложнением в позднем операционном периоде является развитие эндометриоза рубца на матке. Сложность диагностики данного

осложнения определяется неспецифичной клинической картиной, которую рассматривают как проявления аденомиоза или хронического эндометрита. Одним из основных осложнений после кесарева сечения в позднем послеоперационном периоде является формирование несостоятельного рубца (НР) на матке. При планировании беременности следует учитывать, что НР — это фактор риска фетоплацентарной недостаточности, гипоксии плода, аномалий расположения и прикрепления плаценты и, самое главное, досрочного родоразрешения независимо от срока беременности в связи с угрозой разрыва матки по рубцу [1, 2]. При НР беременная должна находиться в стационаре до родоразрешения, пока-

зания к которому могут возникнуть в любое время в связи с угрозой разрыва матки, что сопряжено с большими экономическими затратами.

При наличии НР на матке с целью профилактики ее разрыва при последующей беременности показана пластика перешейки матки. Утвержденным способом пластики несостоятельного рубца на матке является абдоминальная методика коррекции неполноценного рубца с использованием лапаротомного или лапароскопического доступа [3]. Трансабдоминальный способ оперативного лечения состоит из следующих этапов: лапаротомия, вскрытие пузырно-маточной складки, иммобилизации мочевого пузыря, иссечение несостоятельного рубца, восстановление целостности матки, перитонизация за счет пузырно-маточной складки. Операция характеризуется высокой травматичностью, обусловленной хирургическим доступом в малый таз и иммобилизацией мочевого пузыря, а также риском послеоперационных осложнений: ранением смежных органов, развитием спаечного процесса малого таза и последующего бесплодия трубно-перитонеального генеза.

В связи с перечисленными факторами основной задачей нашего исследования явилась разработка менее травматичного хирургического метода лечения несостоятельного рубца на матке. Существенным отличием влагалищной реконструктивно-пластической операции на матке является трансвагинальный доступ к области несостоятельного рубца по классическим канонам влагалищной хирургии. К преимуществам данного доступа относятся:

1. Низкая травматичность, которая достигается физиологическим доступом, небольшим разрезом передней стенки влагалища, гидравлической отсепаровкой мочевого пузыря без вскрытия пузырно-маточной складки, уменьшением площади операционного поля.

2. Снижение риска интраоперационных осложнений, в первую очередь, сведение к минимуму вероятности повреждения соседних органов — мочевого пузыря и кишечника.

3. Снижение риска послеоперационных осложнений за счет экстраперитонеальной методики хирургического вмешательства и ранней активизации пациентки на 1-е сутки после операции.

4. Сокращение сроков нетрудоспособности.

5. Сокращение времени операции.

Материалы и методы

В течение последних 5 лет в гинекологическом отделении КГМУ проведена 21 трансвагинальная реконструктивно-пластическая операция по поводу несостоятельного рубца на матке вне беременности. У всех пациенток НР на матке диагностирован при проведении ультразвукового исследования органов малого таза, когда была выявлена малая толщина (менее 4 мм) и неоднородность структуры миометрия в проекции послеоперационного рубца. Дальнейшее обследование пациенток проводилось методом ультразвуковой сонографии с контрастным усилением эхо-сигнала [4]. С целью оценки состоятельности рубца учитывались следующие факторы: анатомическая состоятельность (толщина, равномерность), морфологическая состоятельность (структура) и характер васкуляризации зоны рубца [5]. Критериями несостоятельного рубца на матке явились: толщина рубца менее 4 мм, неровность контура рубца, наличие в

его структуре дефектов — «ниш», анэхогенных и гиперэхогенных включений, сниженная васкуляризация.

У части пациенток (24%) в предоперационном периоде была выполнена диагностическая офисная гистероскопия. Основным критерием НР при гистероскопии явилась визуализация ниши в проекции послеоперационного рубца. Биопсия эндометрия подтверждала наличие или отсутствие сопутствующего хронического эндометрита, но при выраженной склеротической трансформации в проекции рубца взятие биопсии было сопряжено с определенными трудностями, что не давало возможности оценить состояние эндометрия непосредственно в зоне рубца. После подтверждения диагноза «несостоятельный рубец» пациенткам была проведена пластика перешейки матки влагалищным доступом.

Методика операции «Реконструктивно-восстановительная пластика при несостоятельном рубце на матке вне беременности»

После соответствующей предоперационной обработки операционного поля с анестезиологическим обеспечением влагалищным доступом выполняется полулунный разрез на передней стенке влагалища. Мочевой пузырь отслаивается от передней губы шейки матки до пузырно-маточной складки. Цервикальный канал расширяется бужами Гегара от № 8 до 10, после чего проводится визуальная и пальпаторная ревизия области рубца на матке. На расширителе Гегара выполняется иссечение несостоятельного рубца до границ здоровой ткани. Рана восстанавливается послойно двухрядным швом викрилом, что обеспечивает хорошую сопоставимость тканей, не нарушая их кровоснабжения — важный фактор формирования состоятельного рубца на матке. Первый ряд — отдельные узловые швы, второй ряд — П-образные швы. В позадипузырную клетчатку на 24 часа вводится резиновый выпускник. Слизистая влагалища ушивается однорядными узловыми швами. В послеоперационном периоде проводится стандартная антибактериальная терапия.

В течение года после операции необходимы динамическое ультразвуковое наблюдение за состоянием рубца и обязательная гормональная контрацепция.

Результаты

Контрольное исследование рубца на матке после пластики перешейки влагалищным доступом через 3, 6 и 12 месяцев показало формирование состоятельного рубца у 19 пациенток (90,5%). Признаками состоятельности рубца у наших пациенток являлись: толщина миометрия в проекции послеоперационного рубца более 4 мм, однородность эхоструктуры, удовлетворительная васкуляризация зоны рубца. У двух пациенток (9,5%) через год после операции методом соногистерографии повторно диагностирован несостоятельный рубец (минимальная толщина эндометрия менее 4 мм, анэхогенные структуры в проекции рубца, определяющие его неоднородность). У одной из этих пациенток пластика НР проводилась на фоне диагностированного рубца НР осложнилась интраоперационным профузным маточным кровотечением на фоне имеющейся врожденной гипофибриногенемии. У 7 (36,8%) женщин с состоятельным рубцом через 1-1,5 года после операции наступила беременность. Все пациентки родоразрешены путем кесарева сечения: 6 — на доношенном сроке,

1 пациентка — на сроке 27-28 недель в связи с тяжелой преэклампсией, осложнившей течение беременности.

Четыре пациентки с несостоятельным рубцом на матке были оперированы по поводу эндометриоза рубца (у 2 с образованием эндометриомы). Диагноз был подтвержден данными гистологического заключения. Наблюдение за пациентками в течение 3 лет не выявило рецидива заболевания (в течение 6 месяцев после операции все пациентки получали диеногест, затем гормональную контрацепцию). Шесть пациенток в настоящий момент находятся на стадии планирования беременности. Одна пациентка продолжает прием контрацептивных препаратов.

Клинические примеры

№ 1. Пациентка К., 33 года. Первая беременность в 2003 году закончилась операцией кесарева сечения на сроке 39-40 недель, показания к операции — миопия высокой степени. Послеродовый период осложнился метрэндометрием на фоне задержки плодных оболочек с повышением температуры до 38 градусов. Проведено выскабливание полости матки. В 2008 г. вторая беременность завершилась медикаментозным абортом на сроке 4-х недель ввиду несостоятельного рубца на матке: толщина миометрия в проекции рубца 1,7 мм. В 2008 г. произведена разработанная нами трансвагинальная пластика несостоятельного рубца. Третья беременность наступила в 2013 г. Толщина миометрия в проекции рубца на доношенном сроке составила 3,7 мм — родоразрешена путем планового кесарева сечения на сроке 38-39 недель. Показания: миопия высокой степени. Послеоперационный период протекал без осложнений.

№ 2. Пациентка Г., 36 лет. Первая беременность 2007 г. закончилась операцией кесарева сечения на сроке 39 недель. Показания слабость родовой деятельности. В 2009 г. при планировании второй беременности диагностирован несостоятельный рубец на матке. По данным ультразвуковой сонографии, в проекции послеоперационного рубца определяется дефект миометрия 5,5 мм, минимальная толщина стенки матки в проекции рубца 2 мм. По данным гистероскопии визуализируется фиброзный рубец матки в области внутреннего зева. В 2009 г. — предлагаемая пластика несостоятельного рубца влагалищным доступом. Результат гистологического исследования: фиброзная ткань. Послеоперационный период протекал гладко, пациентка выписана на 5 сутки после операции. Ультразвуковое исследование через 1, 3 и 6 месяцев после операции диагностировало формирование состоятельного рубца на матке толщиной 4,1 мм. Проведенное МРТ исследование подтвердило состоятельность рубца. Следующая беременность наступила в 2010 г., протекала без явлений угрозы прерывания беременности, признаков ХПН и гипоксии плода. Толщина миометрия в проекции рубца на сроке 36 недель — 3,7 мм, на сроке 38 недель в проекции рубца составила 2,2 мм.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бычков И.В., Шамарин С.В., Бычков В.И. Состояние фетоплацентарной системы у женщин с неполноценным рубцом на матке // Детская медицина Северо-Запада. — 2011. — Т. 2, № 3. — С. 10-12.
2. Акушерство. Национальное руководство / под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — С. 1030.
3. Marotta M.L., Donnez J., Squifflet J. et al. Laparoscopic repair of post-cesarean section uterine scar defects diagnosed in nonpregnant women // J. Minim. Invasive. Gynecol. — 2013. — 20 (3). — P. 386-91.

Родоразрешена плановой операцией кесарева сечения на сроке 38-39 недель. Извлечен живой доношенный мальчик массой 3050 гр., с оценкой по шкале Апгар 8-9 баллов.

Обсуждение

Анализ акушерско-гинекологического анамнеза наших пациенток выявил высокую частоту инфекционно-воспалительных заболеваний органов малого таза. Это подтверждает огромную значимость воспаления, как основного этиологического фактора в формировании НР на матке после кесарева сечения. Основным методом диагностики НР на матке вне беременности является ультразвуковая сонография с контрастным усилением эхо-сигнала. В отличие от гистероскопии, данный метод позволяет оценить не только факт наличия «ниши» в проекции рубца, но и глубину «ниши», минимальную толщину и особенности структуры миометрия в проекции рубца. Метод оперативного лечения НР определяется в первую очередь предпочтением и уровнем подготовки оперирующего хирурга. Вместе с тем, минимальный риск повреждения органов малого таза, снижение кровопотери, быстрая реабилитация пациенток позволяет отнести разработанную нами операцию «Трансвагинальная пластика НР на матке» к группе малоинвазивных и малотравматичных методик.

Формирование состоятельного рубца на матке, минимальное количество осложнений при наблюдении пациенток в течение 5 лет после операции подтверждают высокую эффективность предложенного нами метода лечения.

Выводы

1. Пластика НР на матке влагалищным доступом вне беременности является высокоэффективным методом оперативного лечения.
2. Формирование состоятельного рубца на матке влагалищным доступом позволяет осуществлять профилактику фетоплацентарной недостаточности, гипоксии плода, аномалий расположения и прикрепления плаценты, разрыва матки по рубцу при следующей беременности.
3. Изучение биопсийного материала позволяет утверждать о большей распространенности такого редкого осложнения, как эндометриоз послеоперационного рубца на матке.
4. Основными мерами профилактики формирования НР на матке являются своевременное и адекватное лечение воспалительных заболеваний органов малого таза в послеоперационном периоде.
5. Одной из причин несостоятельного рубца на матке является эндометриоз послеоперационного рубца. Возможно, длительная гормональная контрацепция в послеродовом периоде позволит существенно снизить частоту данного осложнения. Полученные предварительные данные требуют дальнейшего наблюдения и изучения.

4. Габидулина Р.И., Фаткуллин И.Ф., Гурьев Э.Н. и др. Новые возможности в диагностике рубца на матке // Казанский медицинский журнал. — 2008. — Т. 83, № 1. — С. 4-7.

5. Мусаева С.А., Теппева Т.Х., Джетигенова С.А. ЭХО-графические признаки рубца на матке у женщин, перенесших операцию кесарева сечения // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. — 2013. — № 3. — С. 58-61.