

УДК 618.4:616 055.2:616 003.92:618.214:312.1

Член-корреспондент АН Республики Таджикистан М.Ф.Додхоева, М.Ф.Давлятова**КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ЗОНЫ ПРЕДЫДУЩЕГО РАЗРЕЗА У
БЕРЕМЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ В АНАМНЕЗЕ**

Возрастающая частота кесарева сечения в связи с расширением показаний к этой операции поставила перед современным акушерством новую проблему – проблему беременности, родов и их ведения у женщин после оперативного родоразрешения.

Одним из критериев благополучного течения беременности и процесса родоразрешения у беременных с рубцом на матке считается наличие состоятельной зоны предшествующего разреза. Формирование ее подвержено влиянию различных факторов. Оно во многом зависит от состояния матки, локализации разреза, техники его восстановления, вида шовного материала, течения послеоперационного периода, особенностей самого организма [1,2].

В связи с этим одним из важных аспектов данной проблемы является оценка состояния зоны предшествующего разреза, выявление возможных факторов «риска», влияющих на формирование рубца такими методами исследования, как эхографическое и морфологическое исследование зоны предшествующего разреза.

Настоящее исследование предпринято с целью изучения состояния зоны предшествующего разреза и установления факторов «риска» эхографическим и морфологическими методами исследования.

Для оценки состояния зоны предшествующего разреза у 94 беременных она была исследована по методике наполненного мочевого пузыря в сроке 37-38 недель. Морфологическое исследование миометрия, иссеченного из зоны предшествующего разреза (40), проводили по общепринятой методике.

На основании комплексной ультразвуковой оценки этой зоны у 70.3% обследованных женщин она оценивалась как состоятельная, у 22.3% как условно-состоятельная, а у 7.4% - несостоятельная. При состоятельности зоны предыдущего разреза у преимущественного большинства (82.9%) отмечалась нормальная эхографическая картина зоны предыдущего разреза. При условно-состоятельной зоне предыдущего разреза нормальная эхографическая картина встречалась уже лишь у каждой пятой (19.8%), а при несостоятельной - всего у 14.3%. Зоны повышенной акустической плотности на фоне нормальной эхогенности реже всего наблюдались у беременных с состоятельной зоной предыдущего разреза (3.9%), у каждой четвертой – 23.8% при условной состоятельности этой зоны, и чаще всего (71.4%) такая акустическая картина была характерна для несостоятельных зон. Тотальное повышение акустической плотности чаще имело место в условно-состоятельных зонах (57.1%).

Как показали проведенные исследования, время производства предыдущего кесарева сечения активно влияло на эхографическую характеристику зоны предыдущего разреза. Нормальная эхографическая картина зоны предыдущего разреза встречалась чаще у женщин, перенесших кесарево сечение в родах – 80.4%, тогда как у женщин, прооперированных в период беременности, такая картина встречалась в 60.5% случаев. Такие патологические эхокритерии, как неоднородность эхо-картины и тотальное повышение эхоплотности, чаще имели место у женщин, перенесших кесарево сечение в период беременности (21.1% против 8.9% и 18.4% против 10.7% соответственно).

Схожая картина наблюдалась и при наличии у беременных гнойно-септических послеоперационных осложнений в анамнезе. Детальная эхографическая оценка зоны предыдущего разреза выявила следующее: количество беременных, у которых зоны предыдущего разреза характеризовались нормальной эхогенностью, было минимальным – 8.3%. Наряду с этим возрос удельный вес патологических эхокритериев. При этом эхографическая неоднородность в этой зоне имела место в каждом втором (50%) случае, а тотальное повышение эхоплотности в 41.7%.

Сравнительный анализ эхографической картины зоны предыдущего разреза в зависимости от кратности операций кесарева сечения показал, что с возрастанием количества перенесенных кесаревых сечений пропорционально уменьшается количество зон предыдущих разрезов с нормальной эхогенностью, а у женщин с тремя кесаревыми сечениями в анамнезе нормальная эхографическая картина не наблюдалась вообще. Зоны повышенной акустической плотности на фоне нормальной эхогенности встречались чаще у беременных, перенесших два кесаревых сечения, по сравнению с теми, кто перенес ее однажды. Наряду с этим у беременных, перенесших три кесаревых сечения, этот эхографический признак не наблюдался. Тотальное повышение эхоплотности - как наиболее неблагоприятный признак в эхоструктуре зоны предыдущего разреза - было минимальным у беременных, перенесших одно кесарево сечение в анамнезе. При возрастании кратности кесаревых сечений пропорционально увеличивалось и число беременных с тотальным повышением эхоплотности и максимальным оно было у тех, кто перенес три кесаревых сечения.

Таким образом, эхографическим методом установлено, что на нормальную сонографическую характеристику зоны предыдущего разреза активно влияют такие факторы анамнеза, как время производства кесарева сечения, количество перенесенных кесаревых сечений и наличие гнойно-септических послеоперационных осложнений, которые приводят к увеличению числа условно-состоятельных и несостоятельных зон предыдущих разрезов до 34.2 и 13.2%, 38.9 и 16.7%, 66.7 и 33.3% соответственно.

Морфологическое исследование тканей, иссеченных из зоны предшествующего разреза, показало, что во всех случаях определялась соединительная ткань, в которой отмечались значительные морфологические признаки повреждения. Так, мукоидное набухание и межуточный отек имели место в 100% случаев, очаговая лимфоидная инфильтрация – в 83.3% и очаговые кровоизлияния – в 66%. В миометрии передней стенки матки эти изменения также имели место, хотя носили менее выраженный характер.

В проведенных исследованиях прослеживается определенная зависимость между характером гистологической картины и давностью проведенной операции. С увеличением давности производства перенесенной операции возрастает удельный вес патоморфологических признаков повреждения в срезах тканей, взятых из зоны предыдущего разреза. Если морфологические признаки повреждения по истечении 1-2 лет были выражены в 50% (лимфоидно-клеточная инфильтрация, кровоизлияния, мукоидное набухание, межуточный отек), то по истечении 5 лет и более они достигают 80–100%. Вышеизложенное позволяет сделать вывод, что давность операции, то есть длительность существования рубца, неблагоприятно сказывается на состоянии рубцовой ткани. Максимально эти признаки были выражены в группе женщин с длительностью существования рубца от 5 и более лет.

Следующий фактор, который неблагоприятно влиял на гистологическую картину рубцовой ткани, – это наличие хронических воспалительных заболеваний матки после перенесенного кесарева сечения. Исследования показали, что частота морфологических признаков повреждения рубцовой ткани у женщин с наличием хронического эндометрита достигает 100%.

Один из факторов, который заслуживает внимания, – это влияние различных методов искусственного прерывания беременности на состояние гистологической картины послеоперационного рубца. При этом у тех женщин с рубцом на матке, которые ранее перенесли вакуум-аспирацию, лимфоидно-клеточная инфильтрация тканей встречалась в 50%, кровоизлияние – в 66.7%, мукоидное набухание – в 20%, межуточный отек – в 50% случаев. Вместе с тем при наличии в анамнезе медицинских аборт частота всех патоморфологических признаков повреждения достигала 75%. Таким образом, частота патоморфологических изменений рубцовой ткани в 1.5 раза выше у женщин, подвергавшихся инструментальному выскабливанию матки.

Анализ влияния самопроизвольных родов, имевших место у женщин с рубцом на матке после перенесенной операции, показал их негативное влияние на характер гистологической картины рубцовой ткани. Так, у женщин с рубцом на матке, у которых не наблюдались самопроизвольные роды после перенесенной операции, лимфоидно-клеточная инфильтрация находилась на уровне 55.6%, очаговые кровоизлияния – 66.7%, мукоидное набухание – 55.6%, межуточный отек – 55.6%. В группе женщин, у которых имели место самопроизволь-

ные роды, частота морфологических признаков повреждения по большинству признаков достигала 100%.

Проведенный анализ показал, что в морфологической картине тканей, иссеченных из зоны предыдущего разреза, превалирует соединительная ткань, в которой определяются значительные морфологические признаки повреждения. Наряду с этим, в миометрии, прилежащем к рубцу на матке, также встречаются выраженные повреждения.

Анализ же влияния различных факторов анамнеза на гистологическую картину рубцовой ткани обнаружил, что давность произведенной операции, наличие хронических воспалительных заболеваний матки, инструментальных ее выскабливаний и самопроизвольных родов, имевших место после перенесенного кесарева сечения, усугубляют гистологическую картину рубцовой ткани и являются причиной увеличения частоты морфологических признаков повреждения в ней.

Таким образом, при выборе оптимальной акушерской тактики у беременных с рубцом на матке необходимо детально изучать анамнез:

- показание к производству предыдущего кесарева сечения;
- проведение его во время беременности или в родах;
- наличие гнойно-септических послеоперационных осложнений;
- кратность производства операции;
- наличие самопроизвольных родов после перенесенной операции;
- давность производства операции;
- наличие инструментальных выскабливаний матки;
- наличие хронических воспалительных заболеваний матки.

Вышеизложенные факторы неоспоримо являются факторами риска. Их наличие, как показали проведенные углубленные ультразвуковые и морфологические исследования зоны предшествующего разреза, способствует формированию ее неполноценности.

*Таджикский государственный медицинский
университет им. Абуали Ибни Сино*

Поступило 29.03.2007 г.

ЛИТЕРАТУРА

1. Добротина А.Ф., Боровкова Л.В., Сумина Т.В. - Нижегородский медицинский журнал, 1994, № 1, с. 45-49.
2. Иванова О.Г., Шалина Р.И., Курцер М.А. и др. - Акушерство и гинекология, 2003, №2, с. 29-32.

М.Ф.Додхоева, М.Ф.Давлатова

**БАҲОДИҲИИ КОМПЛЕКСИИ ҲОЛАТИ ЧОЙҲОИ БУРРИШИ ПЕШИНАИ
БАЧАДОНИ ҲОМИЛАДОРОНЕ, КИ ХАДША ДАР БАЧАДОН ДОРАНД**

Гурӯҳи омилҳои хавф муайян карда шуданд, ки ба ҷойҳои буриши пешинаи ба-
чадон таъсири манфӣ мерасонанд ва басомади ташкил ёфтани ноустувории он аниқ
карда шудааст.

M.F.Dodhoeva, M.F.Davlatova

**COMPLEX ANALYSES IN ZONE OF PREVIOUS SECTION IN WOMEN
WITH A SCAR IN UTERUS**

We have established the group of factors of the "risk" negatively influencing on the con-
dition of a zone of previous section and frequency forming its inconsistency.