

# ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ РУБЦА НА МАТКЕ У БЕРЕМЕННЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

**З**начительная частота кесарева сечения, составляющая в последние годы 15-30 % и более, приводит к актуальной проблеме – увеличению числа женщин репродуктивного возраста, имеющих рубец на матке [10].

Постулат «однажды кесарево сечение – всегда кесарево сечение», являющийся доминирующим в ведении данного контингента женщин, должен уйти в прошлое [2, 3]. По данным авторов, частота консервативного родоразрешения женщин с рубцом на матке после кесарева сечения колеблется от 30 до 70 % [3]. Выбор тактики ведения родов у таких женщин, в основном, зависит от состояния рубца на матке.

Трудности в оценке состояния рубца на матке во время беременности обусловлены невыраженностью клинической симптоматики и ограничениями для использования объективных методов исследования. По данным авторов, такой клинически значимый симптом, как локальная болезненность при пальпации в нижних отделах живота, при несостоятельности рубца выявляется только в 18,3 % случаев [5].

Методы исследования состояния рубца на матке во время беременности весьма ограничены, и практически единственным является ультразвуковое сканирование (УЗИ) [1, 2, 4, 8, 9].

При нормально протекающей беременности УЗИ у женщин с рубцом на матке необходимо проводить, как минимум, три раза (при взятии на учет, в сроке 20-24 недели беременности и в 30-32 недели). Эхографию рубца на матке целесообразно проводить в сроке беременности 34-36 недель при сформированном нижнем маточном сегменте, именно тогда ультразвуковое исследование обладает наибольшей информативностью и практической значимостью [1, 2, 4, 5, 7, 8, 9].

При наличии несостоятельности рубца на матке беременные должны находиться в стационаре до родоразрешения. Ультразвуковой контроль за состоянием рубца необходимо проводить каждые 5-7 дней [2, 3, 8].

При УЗИ следует обращать внимание на соответствие размеров плода данному гестационному возрасту, предлежащей части плода. Важное значение имеет определение локализации плаценты с помощью УЗИ, так как расположение плаценты на передней стенке в области рубца делает его потенциально неполноценным [5, 6, 8, 9].

Полученные при эхографии дополнительные сведения могут значительно помочь врачу акушеру-гинекологу в выборе дальнейшей тактики. Несмотря на достаточно большое количество разработок критериев состоятельности и практических рекомендаций в оценке рубца на матке во время беременности, эта проблема весьма далека от окончательного решения.

До настоящего времени остаются дискуссионными вопросы эхографической оценки рубца на матке и сроков родоразрешения. По данным одних авторов, основным в оценке состоятельности рубца является его толщина, причем, одни считают состоятельным рубец толщиной 5-7 мм, другие – 3-3,5 мм [5, 9]. Другие авторы считают, что даже при анатомической полноценности рубцов (общая толщина 7-9 мм) рубцы могут быть несостоятельными, так как в них преобладают элементы соединительной ткани, имеет место, так называемая, морфологическая неполноценность рубца [2].

**Цель исследования** – определить критерии эхографической оценки рубца на матке у беременных после кесарева сечения и оценить эффективность ультразвукового исследования в диагностике несостоятельности рубца.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

УЗИ проведено 39 беременным женщинам с рубцом на матке после кесарева сечения в нижнем маточном сегменте. Средний возраст женщин составил 26-27 лет, срок беременности – от 36 до 40 недель. Давность предыдущей операции кесарева сечения варьировала от 3 до 9 лет.

Исследование проводилось на ультразвуковом аппарате Aloka SSD-630, оснащенный конвексным датчиком 3,5 Мгц при наполненном мочевом пузыре для лучшей визуализации передней поверхности стенки нижнего сегмента матки.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

Показания к первой операции кесарева сечения распределились следующим образом: не поддающиеся медикаментозной коррекции аномалии родовой деятельности – 15 женщин (38,5 %), клинически узкий таз – 8 (20,5 %), тазовое предлежание плода – 8 (20,5 %), нарастание степени тяжести хронической гипоксии плода – 3 (7,7 %), преждевременная отслойка плаценты – 2 (5,1 %), крупный плод – 2 (5,1 %), тяжелая форма гестоза – 1 женщина (2,6 %).

Клинические признаки несостоятельности рубца в виде неприятных ощущений, боли в области нижнего сегмента матки, локальной болезненности в нижних отделах живота определялись у 6 беременных (15,3 %). В этих случаях клинические данные совпали с эхографической картиной несостоятельности рубца.

При ультразвуковом исследовании миометрия в области нижнего сегмента матки рубец тщательно оценивался по следующим признакам: измерение общей толщины, равномерность рубца, наличие участков истончения, структура рубца, наличие акустически плотных областей, которые свидетельствуют о соединительно-тканном перерождении области рубца, контуры рубца и его экзогенность.

Состоятельным при ультразвуковом исследовании считали однородный рубец толщиной 4-5 мм, равномерный по толщине на всем протяжении, с четкими ровными контурами, без истонченных участков, акустических уплотнений, с нормальной экзогенностью нижнего сегмента, подобной таковой в других отделах матки.

Состоятельный рубец был диагностирован у 25 беременных (64,2 %). Из этой группы 3 беременных (12 %) были родоразрешены через естественные родовые пути, 22 беременные были повторно прооперированы в плановом порядке по различным акушерским показаниям. Из них, 9 женщин (40,9 %) имели клинически узкий таз, 3 (13,6 %) – тазовое предлежание плода, 5 (22,7 %) – крупный плод, 4 (18,2 %) – тяжелую форму гестоза, 1 беременная (4,6 %) – расположение плаценты в области рубца.

Следует отметить, что в группе беременных

(25 чел.) с эхографически состоятельным рубцом на матке, в 4-х случаях (16 %) имели место ложноотрицательные результаты: несостоятельность рубца на матке не диагностирована эхографическими данными, а определена на операции.

Состоятельность рубца на матке считали сомнительной, если при УЗИ выявляли рубец толщиной 3-4 мм, равномерный по толщине на всем протяжении, с уплотненными участками фрагментарно или по всей толще.

Сомнительный рубец при УЗИ был диагностирован у 4 пациенток (10,2 %). Из них, во время повторной операции кесарева сечения у 2 беременных был определен несостоятельный рубец на матке, у 2 женщин имели место ложноположительные результаты (при эхографии данные были более неблагоприятные, чем во время операции, которая не подтвердила несостоятельность рубца).

Несостоятельным при УЗИ считали тонкий рубец толщиной до 2-3 мм, либо рубец нормальной толщины с участками локального истончения до 2-3 мм. Выявлялся неровный контур, имелась выраженная гетерогенность рубца с множеством гиперэхогенных акустических уплотнений, иногда выявлялся симптом «ниши».

Несостоятельный рубец диагностирован при УЗИ у 10 беременных (25,6 %), из них 9 женщин были прооперированы в экстренном порядке и одна – в плановом порядке. Во время повторной плановой операции кесарева сечения, у 7 беременных рубец на матке был несостоятелен, у 3-х женщин имели место ложноположительные результаты, несостоятельность рубца во время операции не подтверждена.

Таким образом, в результате исследования области рубца во время операции у 14 женщин с сомнительным или несостоятельным рубцом при УЗИ выяснилось, что совпадение эхографической оценки и фактического состояния рубца на матке было подтверждено во время операции у 9 беременных из 14 (64,3 %). В 4-х случаях из 25 (16 %) имел место ложноотрицательный результат. Ложноположительный результат определен в 5 случаях из 14 (35,7 %).

Совпадение эхографических и интраоперационных результатов, по нашим данным, составило 64,3 % (ложноположительный результат – 35,7 %, ложноотрицательный – 16 %). В таблице приведены результаты сравнения эхографической картины и фактического состояния рубца на матке во время операции. Авторы по-разному оценивают информативность ульт-

**Таблица**  
**Результаты сравнения эхографической картины и фактического состояния рубца на матке во время операции**

|                         | Совпадение эхографических и интраоперационных данных | Ложноположительные результаты | Ложноотрицательные результаты |
|-------------------------|--|-------------------------------|-------------------------------|
| Наши данные             | 57,1 %   | 35,7 %                        | 16 %                          |
| Краснопольский В.И. [3] | 57,5 %   | 21,3 %                        | 11,3 %                        |
| Титченко Л.М. [9]       | 69 %   | 7 %                           | 19 %                          |
| Стрижаков А.Н. [7]      | 75,7 %   | -                             | -                             |
| Стрижова Н.В. [8]       | 76 %   | 16 %                          | 8 %                           |

развучкового метода исследования рубца на матке. Авторы, использующие трансвагинальные датчики и сочетание УЗИ в В-режиме с цветным доплеровским картированием (ЦДК) для оценки состояния рубца на матке, имеют более высокий процент совпадений (от 57,5 % до 76 %) и более низкий процент ложноположительных результатов (от 21,3 % до 7 %) [7, 8].

## ВЫВОДЫ

Достаточно высокая достоверность данных ультразвукового исследования позволяет расценивать его как информативный метод оценки состояния рубца на матке после кесарева сечения.

## ЛИТЕРАТУРА:

1. Диагностика состояния рубца на матке после операции кесарева сечения: Метод. реком. /Гладун Е.В., Байрак В.Г., Королькова Н.М., Темлер М.Я. – Кишинев, 1981.
  2. Кесарево сечение /Краснопольский В.И., Радзинский В.Е., Логутова Л.С. и др. – М., 1997. – С. 242-245.
  3. Краснопольский, В.И. Самопроизвольные роды у беременных с рубцом на матке как альтернативный и безопасный метод родораз-
4. Стрижаков, А.Н. Кесарево сечение в современном акушерстве /Стрижаков А.Н., Лебедев В.А. – М., 1998. – 303 с.
  5. Стрижаков А.Н., Кузьмина Т.Е. Беременность после кесарева сечения: течение, осложнения, исходы. // Вопросы гинекологии, акушерства, перинатологии. – 2002. – Т.1. - №2. – С. 40-46.
  6. Стрижаков, А.Н. Клиническое значение эхографии и цветного доплеровского картирования в оценке рубца на матке после кесарева сечения и зрелости плода для улучшения перинатальных исходов /Стрижаков А.Н., Кузьмина Т.Е., Тимохина Т.Ф. //Акт. вопр. акуш. и гинек. – 2001-2002. – Т. 1, № 1. – С. 112.
  7. Стрижаков, А.Н. Клиническое значение факторов, влияющих на течение беременности и состояние новорожденного у женщин с рубцом на матке /Стрижаков А.Н., Лебедев В.Н. //Акуш. и гинек. – 1991. – № 4. – С. 13-18.
  8. Стрижова, Н.В. Определение состояния рубца на матке с помощью ультразвука /Стрижова Н.В., Разумникова О.Г. //Акуш. и гинек. – 1981. – № 12. – С. 45-47.
  9. Титченко, Л.М. Оценка состояния рубца на матке после кесарева сечения с помощью эхографии /Титченко Л.М., Белоусов М.А., Жиленко М.И. //Акуш. и гинек. – 1990. – № 11. – С. 69-70.
  10. Farine, D. What is the optimal c/s rate? /Farine D. //2nd World Congress on Controversies in Obstetrics, Gynecology and Infertility. – Paris, 2001.



## КОРТИКОСТЕРОИДНЫЕ ИНГАЛЯТОРЫ НЕ ПРЕДОТВРАЩАЮТ АСТМУ

Применение кортикостероидных ингаляторов для облегчения симптомов бронхиальной астмы у детей в возрасте до 2 лет не влияет на течение заболевания в будущем и не может быть рекомендовано в качестве профилактической меры. К таким выводам приходят авторы двух работ, опубликованных в *New England Journal of Medicine*.

Кортикостероидные ингаляторы применяются для снятия отеков и воспаления дыхательных путей при бронхиальной астме. Длительное применение этих препаратов приводит к снижению частоты и силы астматических приступов. Некоторые медики в США прописывают кортикостероидные ингаляторы детям, находящимся в группе риска, в качестве профилактического средства, способного предотвратить развитие заболевания. Данная практика вызывает опасения в связи с возможностью побочных эффектов при длительном применении кортикостероидных ингаляторов. В частности, некоторые ученые полагают, что их использование может привести к задержке физического развития ребенка.

В одном из исследований были задействованы более 285 детей в возрасте 2-3 лет с симптомами астмы, в течение 2 лет получавших кортикостероидные ингаляторы, либо плацебо. У детей, получавших кортикостероиды, симптомы заболевания проявлялись в значительно меньшей степени, однако в течение года после прекращения приема лекарств они чувствовали себя не лучше, чем дети, которые никогда не принимали их.

В ходе второго исследования, проведенного в Дании, было установлено, что применение кортикостероидных ингаляторов не влияет на вероятность развития бронхиальной астмы у детей, отнесенных к группе риска в возрасте до 1 месяца.

"Кортикостероидные ингаляторы не оказывают влияния на естественное развитие болезни. - отмечают авторы редакционного предисловия к публикациям Даяна Голд и Энн Фулбригг. - Учитывая потенциальный риск, связанный с этой терапией в раннем возрасте, ее длительное применение для лечения детей младше 2 лет должно быть высокоселективным".

По материалам <http://www.mercana.ru/>