

Діагностика неспроможності рубця на матці після кесарева розтину (Огляд літератури)

Н.П. Гончарук, Н.Р. Ковида

Київський міський пологовий будинок № 1

У роботі проаналізовані сучасні методи діагностики неспроможності рубця на матці після кесарева розтину для визначення її основних діагностичних критеріїв.

Ключові слова: кесарів розтин, неспроможність рубця на матці, діагностичні критерії.

Оперативне розродження є однією з основних дискусійних і дослідницьких тем, що інтенсивно обговорюються у вітчизняній та зарубіжній літературі. Високий рівень застосування кесарева розтину (КР) становить одну з найважливіших проблем сучасного акушерства, хоча темпи його зростання не завжди визначають адекватне зниження перинатальної захворюваності та смертності.

Акушери-гінекологи всього світу все частіше відзначають не повністю виправдане явище: КР як метод розродження перейшов із статусу необхідного втручання до інструмента перестороги та навіть задоволення побажань жінок [8]. У дослідженнях науковців відзначено, що 6,4% вагітних, які не мали медичних показань до абдомінального розродження шляхом КР, провели КР за бажанням [4]. У Китаї темпи поширення КР за 13 років зросли з 13,1% (показник на 1995 р.) до 50,4%; частота КР за бажанням жінки зростає з 0,6% у 1995 р. до 12,9% – у 2008 р. Частота повторного КР склала 97,5% у жінок з попереднім КР [5].

Згідно з даними дослідників, частота КР у Польщі у 2010 р. склала 30,1% проти 29,2% у 2000 р., частота КР при передчасних пологах у 2010 р. – 25,4% проти 11,9% у 2000 р. Найбільш частим показанням до КР у 2010 р. була «відсутність згоди пацієнта на пологи per vias naturales» (27,3% у 2010 р. проти 17,9% у 2000 р.; $p < 0,01$), що також визначає достовірне зростання неакушерських показань (14,1% проти 9,4% відповідно) [9].

Особливу увагу слід звернути на підходи до проблеми КР у країнах Південної Азії, що відображається у частоті їхнього проведення. Так, згідно з аналізом пологів за період з 2005 до 2012 р. 73% пологів у приватних та благодійних закладах у Бангладеші, 30% – у сільській місцевості у Непалі, 18% – у міській та 5% – у сільській місцевості в Індії завершилися КР. Високоосвічені жінки у приватних закладах міст Індії у 2 рази та Бангладеші – в 11 разів частіше народжували шляхом КР [7]. Тобто приватна медицина відіграє суттєву роль у підвищенні частоти КР у країнах Південної Азії. Крім того, підвищення освіти жінок асоціювалось із вибором методу розродження шляхом КР.

Необхідність зниження частоти оперативного розродження та визначення оптимального рівня є предметом обговорення на багатьох форумах акушерів-гінекологів за останні роки. На XVIII Всесвітньому конгресі Міжнародної Федерації акушерів-гінекологів (FIGO) наголошувалося на необхідності максимального скорочення відсотка КР при перших пологах, суворо дотримуючись показань до абдомінального розродження.

Висока частота КР спричинила низку нових проблем: з одного боку, це зростання частоти гнійно-септичних захворювань, незважаючи на вдосконалення техніки операції, методик ушивання розрізу на матці, використання сучасного шовного матеріалу, профілактичне призначення антибіотиків широкого спектру дії, пошуки ефективних заходів їхньої профілактики та лікування, з іншого – складністю ведення вагітності та пологів

при рубці на матці після КР, особливо з погляду зниження перинатальної патології.

Одним з основних резервів зниження частоти повторного КР є розродження через природні пологові шляхи суворо відібраної групи жінок з рубцем на матці. За даними різних авторів, у 30–80% жінок з рубцем на матці здійснено успішну спробу вагінальних пологів.

Аналіз бази даних Medline, Cochrane Library Database засвідчив, що розрив матки є причиною материнської смертності з частотою $< 1\%$, а тяжкої захворюваності – 15%; перинатальної смертності – 3–6%, перинатальної асфіксії – 6–15%. За даними того самого огляду, частота розриву матки коливається від 0,2% до 0,8% під час вагінальних пологів після КР. Установлено, що ризик розриву матки є вельми індивідуальним та визначається багатьма факторами [6].

Отже, залишається складною проблемою тактика ведення жінок з рубцем на матці після КР, відбір кандидатів до спроби ведення пологів після КР (ВПКР), оцінювання спроможності рубця на матці як в Україні, так і у світі, що потребує подальших ґрунтовних досліджень.

На сьогодні у літературних джерелах описані різноманітні методи оцінювання спроможності рубця на матці. Найбільш інформативними методами діагностики та критерії повноцінності рубця на матці ще не визначені. Під час вагітності практично єдиним методом оцінювання стану рубця є ультразвукове дослідження (УЗД), точність якого коливається, за різними джерелами, у досить широких межах – від 57,5% до 83%.

Також результати ехоскопії рубця на матці лише у 57,5% випадків співпали з інтраопераційними. У 31,3% випадків були отримані хибнопозитивні результати, коли за незадовільних ехографічних даних до операції інтраопераційно рубець не візуалізувався. При ультразвуковому обстеженні неповноцінним рубець виявився у 46% випадків, що у 76% досліджень було підтверджено гістологічно. Основними ехографічними ознаками неспроможності рубця на матці у нижньому сегменті є: товщина нижнього сегмента менше 3 мм (тонкий рубець) або більше 8 мм (товстий рубець), нерівномірність міометрія у ділянці рубця. До ехографічних ознак неспроможності нижнього сегмента матки належать: балоноподібна або конусоподібна форма нижнього сегмента матки, товщина нижнього сегмента менше 3 мм, симптом «ніші», локальні стоншення менше 3 мм на тлі нормальної товщини – більше 3,5 мм; підвищена акустична щільність всієї зони колишнього розрізу на матці. За даними авторів, ультразвуковими критеріями неспроможності рубця на матці є:

- атипичність розташування рубця;
- деформація зовнішнього контуру матки на рівні перешийку або в іншому місці ділянки рубця;
- втягнення серозної оболонки;
- наявність деструктивних змін ділянки рубця;
- витончення міометрія, візуалізація «ніші» і деформацій у проекції рубця зі стоншенням міометрія до 5 мм;
- наявність «ніші» або «ніші» з боку порожнини матки, різке стоншення міометрія у ділянці рубця до 3 мм (критичні значення) або відсутність міометрія у ділянці рубця – повна неспроможність рубця;

– втягнення ехогенної тканини з боку серозної оболонки у вигляді тяжів і невизначених полів неправильної форми без чітких меж;

– відсутність переконливої васкуляризації міометрія у ділянці рубця при енергетичному картуванні.

Важливе значення має визначення локалізації плаценти за допомогою УЗД, позаяк розташування плаценти на передній стінці у ділянці рубця робить його потенційно неповноцінним.

Найбільш частими ознаками неспроможності рубця на матці були локальна болочистість і витончення рубця, що визначаються під час пальпації, а також характерні ультразвукові ознаки. Значно важче визначити неспроможність рубця на матці, якщо він розташовується на її задній стінці (консервативна міомектомія, ушитий перфораційний отвір у результаті штучного абортів). Неприятливим фактором слід вважати наявність рубцевої тканини на матці після консервативної міомектомії з розкриттям порожнини матки, а також після видалення множинних міоматозних вузлів. Ультразвукове сканування належить до додаткових методів діагностики стану рубця на матці після КР. Найбільш достовірні відомості про стан рубця можна отримати у 37–38 тиж вагітності.

У пологах ультразвукове сканування дозволяє оцінити не тільки статичний стан рубця на матці, а й простежити за змінами під час перейм і в проміжках між ними. Збільшення товщини нижнього сегмента під час перейми на 2–3 мм у результаті контракції, дистракції та ретракції м'язових волокон у період розкриття маточного зів'я свідчить про спроможність рубця. Під час ехографії у другий період пологів були отримані також дуже цінні відомості: при повному розкритті маткового зів'я і розташуванні голівки плода у порожнині малого таза виявлено збільшення товщини нижнього маткового сегмента на 4–5 мм, що було розцінено як низький ризик розриву матки під час перейм.

Одним із методів діагностики є гістеросальпінгографія, яку проводять не раніше ніж через 6 міс після попереднього КР. Її можна виконати і в більш пізні терміни, позаяк зміни, що відбулися в рубці, залишаються стійкими і можуть виявлятися навіть через 5 та більше років. Рентгенологічне дослідження проводять у двох проекціях (прямій та боковій), бажано на 18–20-й день менструального циклу. Цей метод дослідження дозволяє вивчити зміни внутрішньої поверхні післяопераційного рубця на матці, а також визначити положення, форму порожнини матки та відхилення її в той чи інший бік від середньої лінії.

Про неповноцінність післяопераційного рубця на матці при рентгенологічному дослідженні свідчать наступні ознаки: різке зміщення матки у бік або вверх, фіксація її до передньої черевної стінки, стоншення та сплюснення передньої стінки матки, утворення заглиблень у товщі м'язів матки, дефекти наповнення, нерівність контурів рубця.

Сучасним методом дослідження, який дозволяє оцінити спроможність рубця на матці після КР, також є гістероскопія [2], яку у цих випадках проводять на 4–5-й день менструального циклу через 8–12 міс після операції.

У більшості жінок під час проведення гістероскопії ділянка рубця на матці за своєю будовою не відрізняється від інших відділів. У деяких жінок у ділянці рубця можна спостерігати сполучнотканинні волокна, що мають вигляд білудуватих вклю-

чень. В інших випадках рубець на матці виглядає як поперечний сполучнотканинний безсудинний тяж, який місцями виступає у порожнину матки. Ширина тяжа може коливатися від 0,7 до 1 см [2]. При зіставленні даних через 6 міс після операції, за даними науковців, можна відзначити, що патологічні зміни в рубці при УЗД визначаються набагато рідше, ніж при гістероскопії (56% та 85% відповідно). Також можна відзначити особливості розподілу видів патологічних змін при гістероскопії: 1) випрямлення рубця – утворення кутів та асиметрій; 2) наявність заглиблень та випинань; 3) вдавнення частини або всього рубця; 4) зміна кольору над рубцем, майже до білого; 5) поєднання різних змін.

Особливої уваги заслуговують результати морфологічного дослідження, що демонструють стан структури тканини нижнього сегмента матки за неспроможності рубця та характеризуються тотальним міолізмом у 93,3% випадків. На думку автора, результатом даного процесу є або розширення зони рубця, або регенерація міоцитів без формування компактних пучків. Також при візуально незміненому нижньому сегменті матки у 80% випадків переважає атрофія міоцитів і «сітчастий» характер колагенізації. Важливим є і той факт, що у дослідженні не було виявлено залежності морфологічної структури нижнього сегмента матки від інтервалу між операціями.

Існує методика трансабдомінальної трансвезикальної біопсії міометрія у ділянці рубця на матці до моменту настання повторної вагітності з наступним гістологічним та імуногістохімічним аналізом із застосуванням моноклональних антитіл до гладком'язової тканини. На думку авторів, даний метод дає можливість об'єктивного оцінювання процесів загоєння рубця на матці і має безперечну прогностичну цінність [1].

На сучасному етапі великий інтерес представляють також генетичні дослідження. Виявлена генетична детермінованість стану рубця на матці. Остання проявлялася у його спроможності у більшості гетерозиготних жінок з геном GPH α A1A1 (51,8%) і неспроможності – з гомозиготним варіантом гена GPH α A1A1 (76,7%). Як відомо, ген GPH α контролює синтез b3 субодиниці інтервінових репеторів і представлений двома алейними формами: PLA1 і PLA2. Також було встановлено, що гістологічно спроможність рубця виражалася у превалюванні м'язових волокон над фіброзними (4:1), доброю васкуляризацією, незначним включенням ділянок гіалінозу і склерозу. Неспроможність рубця у більшості випадків (60%) була представлена безпосередньо рубцевою тканиною. Проведення імуногістохімічних досліджень рубцевої тканини встановило порушення проліферативної активності гладком'язових клітин у вигляді зміни реакції на білок Ki-67 і високої експресії білка p53 (20%), що відображає процеси апоптозу і репарації у гладком'язовій тканині при неспроможності рубця на матці. Крім цього, гістохімічні дослідження свідчили про низьку кількість глікогену і глікозаміноліганів, що констатує наявність значних функціональних порушень у міометрії нижнього сегмента матки [3].

Отже, у доступній літературі не визначені чіткі критерії діагностики стану рубця на матці після КР, немає конкретних рекомендацій щодо ведення пологів, не конкретизовані параметри відбору кандидатів для вагінальних пологів після попереднього КР. Усе це залишається предметом подальшого детального аналізу та вивчення.

Диагностика несостоятельности рубца на матке после кесарева сечения (Обзор литературы)

Н.П. Гончарук, Н.Р. Ковида

В работе проанализированы современные методы диагностики несостоятельности рубца на матке после кесарева сечения для установления ее основных диагностических критериев.

Ключевые слова: кесарево сечение, несостоятельность рубца на матке, диагностические критерии.

Diagnosis insolvency uterine scar after cesarean section (literature review)

N.P. Goncharuk, N.R. Kovyda

This paper analyzes the current methods of diagnosis insolvency uterine scar after cesarean section, set basic diagnostic criteria for insolvency uterine scar.

Key words: Cesarean section, the failure of uterine scar, the diagnostic criteria.

Сведения об авторах

Гончарук Наталия Петровна – Киевский городской родильный дом № 1, 01011, г. Киев, ул. Арсенальная, 5; тел.: (044) 286-52-09

Ковида Наталия Романовна – Киевский городской родильный дом № 1, 01011, г. Киев, ул. Арсенальная, 5; тел.: (044) 286-52-09

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ананьев В.А. Результаты кесарева сечения при наложении однорядного и двухрядного шва на матку / В.А. Ананьев // Акушерство и гинекология. – 2009. – № 4. – С. 26–29.
2. Введенский Д.В. Ведение беременности и родов у женщин, перенесших кесарево сечение с поперечным разрезом матки: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.00.01 «Акушерство и гинекология» / Д.В. Введенский. – Минск, 1990. – 19 с.
3. Казарян Р.М. Особенности течения беременности и родов у женщин с рубцом на матке после кесарева сечения: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.00.01 «Акушерство и гинекология» – М., 2008. – 24 с.
4. Akintayo A.A. Cesarean section on maternal request: the view point of expectant women / A.A. Akintayo, I.P. Ade-Ojo, B.N. Olagbujì et al // Arch Gynecol Obstet. – 2013. – P. 132–145.
5. Cui H.S. Secular trends in cesarean delivery and cesarean delivery on maternal request among multiparous women who delivered a full-term single to nin Southern China during 1993–2005 / H.S. Cui, H.T. Li, L.P. Zhu et al. // Beijing DaXue XueBao. – 2013. – V. 45 (3). – P. 422–426.
6. Holmgren C.M. Uterine rupture associated with VBAC / C.M. Holmgren // Clin Obstet Gynecol. – 2012. – V. 55 (4). – P. 978–987.
7. Neuman M. Prevalence and determinants of cesarean section in private and public health facilities in underserved South Asian communities: cross sectional analysis of data from Bangladesh, India and Nepal / M. Neuman, G. Alcock, K. Azad et al. // BMJ. – 2014. – V. 4 (12). – P. 426–438.
8. Selinger H. Maternal request for caesarean section: an ethical consideration /H. Selinger // J Med. Ethics. – 2013. – P. 318–345.
9. Stasieluk A. Is the epidemic of cesarean sections the result of more liberal indications? / A. Stasieluk, I. Langowicz, K. Kosińska-Kaczyńska et al. // Ginekol Pol. – 2012. – V. 83, № 8. – P. 604–608.

Статья поступила в редакцию 07.07.2016

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

УЧЕНЫЕ: ПИТАНИЕ МАТЕРИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ
МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ ОЖИРЕНИЕ У РЕБЕНКА

Исследование, опубликованное учеными из Лондонского университета королевы Марии в Science, демонстрирует, как генетические варианты рибосомной ДНК могут контролировать влияние окружающей среды на плод в утробе матери, определяя некоторые характеристики плода.

Рибосомная ДНК (рДНК) отвечает за образование рибосом - внутриклеточных структур, синтезирующих белок. Это вносит ясность в то, почему многие генетические исследования не могут полностью объяснить, как наследуются некоторые заболевания, например диабет второго типа и ожирение.

Ученые держали две группы беременных мышей на диете с пониженным (8%) и нормальным (20%) содержанием белка. После того как потомство переставало питаться молоком

матери, мышатам давали нормальную пищу. Выяснилось, что у мышат, чьи матери потребляли мало белка, рДНК метилирована - модифицирована без изменения нуклеотидной последовательности. Метилирование замедлило воздействие рДНК на функции рибосом, в результате чего потомки оказались на 25% мельче. Помимо этого, даже при выведении генетически идентичных мышей, у отдельно взятой особи разные копии рДНК имеют генетические различия. Несомненно, это играет большую роль при формировании особенностей будущего потомства.

Метилирование ДНК - один из важных факторов влияния в эпигенетике, науке о наследуемых изменениях в фенотипе и экспрессии генов (преобразовании наследственной инфор-

мации в РНК или белок). Эпигенетические эффекты возникают еще на стадии развития плода и сохраняются после рождения. Поэтому нехватка белка в рационе матери в период беременности окажет на ребенка больший эффект, нежели его собственное питание в будущем.

Любой геном содержит множество копий рДНК, однако не все они реагируют эпигенетически. В потомстве мышей, получавших мало белка, была всего лишь одна подобная форма рДНК - А-вариант, - которая метилируется и влияет на вес и размеры. Таким образом, эпигенетический ответ мыши определяется генетическим вариантом рДНК - те мыши, у которых А-варианта больше, в итоге будут мельче.

<http://www.gazeta.ru>