

Тактика ведения пациенток с неполноценным рубцом на матке

В. Г. Швайко, Е. И. Безденежных,
Н. М. Пасман

ООО «Клиника профессора Пасман»,
Новосибирск, Россия
Новосибирский государственный
университет, Новосибирск, Россия

В настоящее время все большее число женщин имеет рубец на матке, что связано с ростом числа оперативных вмешательств по поводу миом матки у женщин репродуктивного возраста и неуклонным ростом операции кесарева сечения. Как правило, это женщины фертильного возраста, планирующие беременность.

Рубец на матке – это участок плотной соединительной ткани в месте, где в прошлом была нарушена целостность стенок матки в ходе оперативного вмешательства. Рубец на матке может быть после операции кесарева сечения, проведения консервативной миомэктомии, ушивания перфорационных дефектов.

Рубцы могут быть:

- *состоятельными*, если в области рубца произошло полное восстановление мышечных волокон стенки матки. Рубец эластичный, может растягиваться и выдерживать значительное давление, сокращаться во время схваток (мышечных сокращений матки);

- *несостоятельными*, если в области рубца преобладает соединительная ткань, мышечные волокна недоразвиты. Рубец малоэластичный, неустойчив к разрыву, не сокращается во время схваток. В этом случае вероятность осложнений при последующих беременностях довольно высока.

К причинам образования неполноценного рубца на матке относят воспалительные процессы после оперативных вмешательств, аборт и выскабливания, наступление новой беременности ранее двух лет после предыдущей, проведение разреза в нетипичном месте.

Диагностические критерии неполноценного рубца:

1) *анамнестические*: перенесенные гинекологические заболевания, оперативные вмешательства, беременности, роды, их особенности, исходы;

2) *ультразвуковые* (нечеткие контуры, наличие полостей в рубце, уменьшение толщины стенки матки в области рубца);

3) *гистерографические* (определение состояния внутренней поверхности рубца на матке).

Достоверным методом диагностики состояния рубца является гистероскопия. У большинства пациенток в зоне рубца определяется наличие ниши, у 30 % – истончение рубца (толщина миометрия составляет от 1,5 до 2,5 мм). Также в зоне рубца может определяться эндометриоидный инфильтрат, который требует оперативного удаления. Чаще всего при выявлении признаков несостоятельности рубца на матке пациентке рекомендуют отказаться от планирования последующих беременностей, чтобы избежать таких грозных акушерских осложнений, как разрыв матки по рубцу, полное предлежание и вращение плаценты.

Нами проанализированы истории болезни 56 пациенток с рубцами на матке за 2016 г., которым выполнялась гистероскопия: у 41 пациентки рубец на матке был после операции кесарева сечения; у 15 – после миомэктомии.

Состоятельные рубцы выявлены у 52 человек, у 4 рубцы оказались несостоятельны. Возможными причинами формирования неполноценного рубца являлась патология матки: у 41 пациентки выявлен внутренний эндометриоз, у 27 (67,5 %) – признаки хронического эндометрита, у 4 (9,8 %) – внутриматочные синехии, у 1 – явная деформация полости матки (после консервативной миомэктомии со вскрытием полости матки), у 14 (34 %) – выявлена гиперплазия эндометрия и полипоз, у 4 – подтвержденная патология внутренних органов (эндометриоз яичников и брюшины малого таза – у 2, гидросальпинкс – у 2 пациенток). У 8 пациенток имелось первичное, у 5 – вторичное бесплодие.

Две пациентки с выявленными неполноценными рубцами планируют беременность, в связи с этим возник вопрос о лечении несостоятельного рубца.

Клинический пример. Пациентка Л., 29 лет, имеет рубец на матке после операции кесарева сечения.

В анамнезе у женщины 3 беременности: самопроизвольный аборт – в 5 нед. в 2011 г., неразвивающаяся беременность малого срока – в 2013 г., одни срочные оперативные роды путем кесарева сечения – в ноябре 2014 г. Показанием для оперативных родов

явилась дискоординация родовой деятельности. Кесарево сечение проведено в нижнем сегменте. ОКП – 400 мл. Послеоперационный период протекал без осложнений. Выписана на 7-е сутки.

При УЗИ через 1,6 мес. толщина рубца составила 12 и 6 мм, рубец полноценный. При плановом УЗИ в сентябре 2016 г. в проекции рубца выявлена обширная гипэхогенная зона в виде ниши размерами 23 × 9,3 × 12 мм, толщина миометрия в проекции рубца составляла около 1–1,2 мм, установлен неполноценный рубец. Диагноз подтвержден при проведении гистероскопии.

Для коррекции неполноценного рубца матки в большинстве случаев женщинам предлагается открытая (лапаротомная) операция.

Проводится лапароскопическая коррекция патологически измененного рубца. Преимущества лапароскопической реконструктивной метропластики очевидны: уменьшение инвазивности операции – вместо разреза передней брюшной стенки осуществляется три прокола по 5–10 мм; косметический эффект; снижение риска образования спаек; быстрая реабилитация.

Наблюдаемой нами пациентке решено проводить коррекцию несостоятельного рубца лапароскопически. Проведена операция – лапароскопическая метропластика неполноценного рубца под контролем гистероскопии. После вскрытия пузырно-маточной складки брюшины и низведения мочевого пузыря, при помощи монополярного электрода типа «игла» иссечены патологически измененные рубцовые ткани. Этот этап выполнялся под контролем гистероскопии. Операционное поле в таких условиях абсолютно «сухое», хорошо видна граница патологического рубца и здоровой ткани, а также все слои стенки матки. Далее производилось ушивание стенки матки синтетической рассасывающейся нитью «V-lock 180» размером 0 («Covidien», Швейцария) или «Mopocryl» размером 0 в два ряда с ее перитонизацией, сопоставлением послойно всех мышечных слоев. Кровопотеря – минимальная.

После операции назначена гормональная терапия («Клайра») на 6 месяцев в непрерывном режиме. Через 3 мес. планируется проведение УЗИ, через 6 мес. – контрольная гистероскопия. После этого планируется определить сроки планирования следующей беременности.