

ОСНОВАН
1996
ГОДУ
ISSN 2091-5039

№1
2024

ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

ПЕДИАТРИЯ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАНА
ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Педиатрия

научно-практический журнал

Зарегистрирован Агентством печати и информации Республики Узбекистан 29 декабря 2006 году. Свидетельство № 02-009

Решением Высшей аттестационной коммиссии (ВАК) при Кабинете Министров Республики Узбекистан журнал «Педиатрия» включен в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, выпускаемых в Республике Узбекистан, в которых рекомендована публикация основных результатов диссертационных исследований на соискание ученой степени доктора медицинских наук (Утверждено Постановлением Президиума ВАК РУз. № 201/3 от 30 декабря 2013 года)

Публикация рекламы на коммерческой основе.

За правильность рекламного текста ответственность несет рекламодатель.

Рекламадатели предупреждены редакцией об ответственности за рекламу незарегистрированных и не разрешенных к применению Министерством здравоохранения РУз лекарственных средств и предметов медицинского назначения.

Рукописи, фотографии и рисунки не рецензируются и не возвращаются авторам. Авторы несут ответ-ственность за достоверность излагаемых фактов, точность цифровых данных, правильность названий препаратов, терминов, литературных источников, имен и и фамилий.

Адрес редакции:
100140, Республика Узбекистан,
г.Ташкент, ул.Богишамол, 223
тел.: +99871 260-28-57;
факс: +99871 262-33-14
сайт: tashpmi.uz/ru/science/journal_pediatry
Индекс для подписчиков: 852
Распространяется только по подписке.

Заведующая редакцией: В.Р. Абдурахманова
Технический редактор: М.И. Мансурова
Редакторы:Д.И.Усмонова, Н.У.Мехмонова Н.И.Гузачева
Дизайн и верстка: А.Асраров
Формат 60x84 1/8, усл.печ.л. 21. Заказ № 1297
Тираж 50 шт
Подписано в печать 29.03.2024 г
Отпечатано в ООО “Credo Print”,
г. Ташкент, ул. Богишамол 160.

Главный редактор: Даминов Б.Т
Заместитель главного редактора: Гулямов С.С.
Ответственный секретарь: Муратходжаева А.В.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Аитов К.А. (Иркутск, Россия)
Алимов А.В. (Ташкент)
Арипова Т.У (Ташкент)
Атаниязова А.А.(Нукус)
Ахмедова Д.И. (Ташкент)
Баранов А.А. (Москва, Россия)
Боранбаева Р.З.(Астана, Казахстан)
Джумашаева К.А. (Бишкек, Кыргизистан)
Дэвил Д. (Рим, Итальянская Республика)
Захарова И.Н (Москва, Россия)
Зоркин С.Н. (Москва, Россия)
Иванов Д.О. (Санкт-Петербург, Россия)
Иноятов А.Ш.(Бухара)
Малов И.В. (Иркутск, Россия)
Матазимов М.М.(Андижан)
Набиев З.Н. (Душанбе, Таджикистан)
Орел В.И. (Санкт-Петербург, Россия)
Разумовский А.Ю. (Москва, Россия)
Рикардо С. (Вашингтон, США)
Рузибоев Р.У.(Ургенч)
Туйчиев Л.Н. (Ташкент)
Хаитов К.Н. (Ташкент)
Чонг Пёнг Чунг (Сеул, Южная Корея)
Шамсиев А.М.(Самарканд)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Алиев М.М. (Ташкент)
Амонов Ш.Э. (Ташкент)
Арипов А.Н. (Ташкент)
Асадов Д.А. (Ташкент)
Ашурова Д.Т. (Ташкент)
Бахрамов С.С. (Ташкент)
Бузруков Б.Т. (Ташкент)
Даминов Т.О. (Ташкент)
Золотова Н.А. (Ташкент)
Иноятова Ф.И. (Ташкент)
Искандаров А.И. (Ташкент)
Камилова А.Т. (Ташкент)
Кариев Г.М. (Ташкент)
Каримжанов И.А. (Ташкент)
Маджидова Ё.Н.(Ташкент)
Рахманкулова З.Ж. (Ташкент)
Саатов Т.С. (Ташкент)
Сатвалдиева Э.А. (Ташкент)
Содикова Г.К. (Ташкент)
Таджиев Б.М (Ташкент)
Таджиев М.М. (Ташкент)
Ташмухамедова Ф.К. (Ташкент)
Хасанов С.А. (Ташкент)
Шамсиев Ф.М. (Ташкент)
Шарипов А.М. (Ташкент)
Шарипова М.К. (Ташкент)
Шомансурова Э.А. (Ташкент)
Эргашев Н.Ш. (Ташкент)

Джаббарова Ю.К., Гафуров Ж.М., Саиджалилова Д.Д.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РУБЦА НА МАТКЕ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Ташкентский педиатрический медицинский институт
Республиканский перинатальный центр
Ташкентская медицинская академия

Цель исследования. Определить клинико-морфологические аспекты несостоятельности рубца на матке после кесарева сечения.

Материал и методы. Обследованы 120 рожениц с рубцом на матке.

Результаты. Факторами развития несостоятельности рубца на матке после кесарева сечения являются осложненный послеродовый период; операции, выполненные по поводу неудовлетворительного прогресса в родах; короткий интервал между операциями. По морфологической структуре ткань несостоятельного рубца на матке характеризовалась высоким содержанием соединительной фиброзной ткани (55,9%), низкой васкуляризацией и лейкоцитарной инфильтрацией.

По данным мировой литературы [5, 6, 7, 8], каждая четвертая беременная родоразрешается путем кесарева сечения (КС), и у каждой пятой оперированной пациентки послеоперационный период протекает с осложнениями. Частота КС в мире увеличилась более чем в два раза и в среднем составила 20-28% [1, 2, 3, 4]. Увеличение количества этих операций происходит в основном за счёт крупных акушерских центров и перинатальных центров, где контингентом являются женщины с тяжёлой соматической и акушерской патологией, высокими материнским и перинатальным рисками (после ЭКО, с рубцом на матке после КС и миомэктомии). Именно поэтому все большую актуальность приобретают вопросы качества репарации шва на матке после КС.

Адекватное заживление шва на матке и формирование полноценного рубца после КС – это, один из основных вопросов акушерства и гинекологии. Распространенность несостоятельности рубца на матке составляет 38-56% среди пациенток, перенесших одно КС, и достигает 100% после трех КС [9, 10]. В настоящее время проблему формирования рубца на матке следует рассматривать только в рамках мультидисциплинарного подхода, с учетом, клиническо-функциональных, иммунологических, биохимических, иммуно-гистохимических и морфологических концепций заживления ран. Имеются сведения о том, что определяющим фактором формирования состоятельного рубца является характер заживления раневой поверхности с преимущественным образованием либо мышечной, либо соединительной ткани [5, 9]. Для более полного изучения проблемы необходимо проведение дополнительных исследований.

Цель работы - в сравнительном аспекте оценить морфологическую характеристику рубцов на матке после кесарева сечения.

Материал и методы

Нами обследованы 120 беременных с рубцом на матке, обратившихся в Республиканский перинатальный центр с 2020 по 2022 гг. В зависимости от выявления при исследовании несостоятельности рубца на матке, женщины были разделены на 2 группы. Основную группу составили 34 женщины с несостоятельностью рубца на матке. Группу сравнения составили остальные 86 женщин, у которых рубец был состоятельным. Критериями включения в исследование были: конец третьего семестра гестации (более 34 недель), одноплодная беременность. Проводили сбор анамнеза, уточняли особенности течения беременности, в том числе показания к последнему КС, течение послеоперационного периода.

Всем беременным до выполнения КС выполняли ультразвуковое исследование с изучением состояния рубца на матке. При выявлении у пациенток на УЗИ истончения рубца на матке (менее 2,5-3 мм, обнаружения локального истончения миометрия в виде ниши)

ставился предварительный диагноз «несостоятельность рубца на матке». Иссеченную рубцовую ткань во время операции направляли на гистологическое исследование.

Результаты и обсуждение

Все женщины были в возрасте от 24 до 32 лет. Средний возраст в группах составил: в основной - 25,6±1,3; в группе сравнения - 24,1±2,4 (p>0,05). Изучение паритета у исследуемых женщин показало, группы статистически значимо не отличались по количеству беременностей и родов (p>0,05). Так, количество беременностей в группе женщин с несостоятельностью рубца в среднем составило - 3,21±1,49, в группе сравнения - 3,26±1,59. В сравниваемых группах количество родов также было в недостоверно значимых пределах и составило в основной группе женщин с несостоятельностью рубца - 2,36±0,69, в группе сравнения - 2,60±0,81. Количество КС в анамнезе в исследуемых группах было в среднем 2,30±0,61: в основной - 2,28±0,57, в группе сравнения - 2,30±0,63. Таким образом, обследованные нами группы женщин по возрастной характеристике и паритету были сопоставимы между собой.

Для изучения влияния предыдущей операции КС на формирование рубца (плановое, экстренное, в родах и т.д.) мы выяснили показания к данной операции (табл.1). В исследуемых группах показанием для КС были: преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП), дистресс плода, предлежание плаценты (полное, неполное с кровотечением), предыдущие операции на матке (2 и более КС), одно КС в сочетании с другими относительными показаниями, преэклампсия тяжелой степени, аномалии сократительной деятельности матки (чаще слабость родовой деятельности, не поддающаяся медикаментозной терапии), неправильное положение и предлежание плода (косое положение, тазовое предлежание с предполагаемой массой плода 3600 г и более), отсутствии эффекта от подготовки к родам при беременности сроком 41 нед. и более, тазово-головная диспропорция, соматические заболевания, требующие исключения потуг

Таблица 1

Показания предыдущей операции кесарева сечения

Показания к КС	Основная группа (n=34)		Группа сравнения (n=86)		P
	абс	%	абс	%	
ПОНРП	2	5,9	4	4,7	0,71
Предлежание плаценты	1	2,9	5	5,8	0,44
Дистресс плода	4	11,8	15	17,4	0,49
Рубец на матке	6	17,6	17	19,8	0,83
Преэклампсия тяжелая	5	14,7	10	11,6	0,18
Аномалии родовой деятельности	7	20,6	4	4,7	<0,05
Тазово-головная диспропорция	5	14,7	11	12,8	0,8
Соматическая патология	2	5,9	7	8,1	0,51
Угрожающий разрыв матки	0	0	3	3,5	0,32
Операции на влагалище и шейке матки	0	0	4	4,7	0,32
Отсутствие эффекта от родовозбуждения при сроке 41 нед и более	1	2,9	0	0	0,28
Неправильное положение и предлежание плода	6	17,6	11	12,8	0,22

Редкими показаниями были рубцовая деформация шейки матки и влагалища (после коррекции разрыва промежности 3 степени в предыдущих родах) и угрожающий разрыв матки.

Было выявлено статистически значимое влияние КС, проведенного в связи с развитием аномалий сократительной деятельности матки (точнее слабости родовой деятельности), на формирование локального истончения миометрия (P<0,05). Видимо, это объясняется затяжным 1 и 2 периодом родов, в течение которых были максимальным безводный период, частые вагинальные исследования, которые в свою очередь осложнились гнойно-септическими осложнениями в послеродовом периоде.

Общеизвестно, что течение послеоперационного периода имеет огромное значении в репарации шва на матке. Нами были изучены течение послеоперационного периода у женщин с КС (табл. 2).

Таблица 2

Особенности течения послеродового периода после кесарева сечения у исследуемых беременных с рубцом на матке

Осложнения	Основная группа (n=34)		Группа сравнения (n=86)		P
	абс	%	абс	%	
Субинволюция матки	5	14,8	14	16,3	0,25
Гнойно-воспалительные	8	23,5	8	9,3	<0,001
Тромбофлебит	0	0	5	5,8	0,27
Обострение хронического пиелонефрита	4	11,8	17	19,8	<0,05
Другие	3	8,8	11	12,7	0,32

Различные гнойно-воспалительные осложнения в послеродовом периоде зарегистрированы в группе женщин с нормальной репарацией шва на матке составили 9,3%, тогда как, данный показатель в группе женщин с несостоятельностью шва на матке отмечен у каждой 4 женщины и составил 23,5% (n=8). что достоверно в 2,5 чаще (p<0,001). Среди этих женщин с осложнением послеродового периода наблюдалась тенденция к преобладанию пациенток, КС которым было выполнено в связи с развитием тазово-головной диспропорции (p = 0,08) и слабостью родовой деятельности (p=0,09). Таким образом, нами выявлено значимое увеличение количества беременных с локальным истончением миометрия, у которых послеродовой период осложнился развитием гнойно-септического заболевания.

Нами проведено морфологическое исследование иссеченного рубца на матке при повторной операции кесарева сечения. Изучение структуры рубца в основной группе показало, увеличение содержания фиброзной ткани морфопрепаратов, а также почти во всех препаратах отмечена низкая васкуляризация ткани (p=0,003). Результаты морфологического исследования указывают на взаимосвязь между характером рубца на матке и интенсивностью ангиогенеза в зоне рубца, что подтверждается данными литературы [3, 5]. Морфологическая картина иссеченных рубцов матки характеризовалась как диффузным склерозом с мелкими очагами фиброзной ткани, так и крупноочаговым фиброзом. Отмечалась зрелость соединительной ткани, которая складывалась из характеристик плотности, клеточности, васкуляризации, воспалительной инфильтрации. Следует отметить, что ни в одном случае мы не смогли обнаружить полной мускуляризации рубца матки независимо от его давности.

Исходя из гистологической структуры иссеченных рубцов матки после кесарева сечения рубцы были разделены на полноценные и неполноценные. Полноценные рубцы в группе сравнения характеризовались узкими прослойками зрелой соединительной ткани, которые окутывали пучки гладкомышечных волокон. Мы их обозначали термином диффузный сетчатый или мелкоочаговый склероз (рис. 1). Васкуляризация рубца была низкой и была представлена единичными сосудами мелкого и среднего калибра. Давность рубца в среднем составила около 4 лет, при этом рубцы 6-7-летней давности практически не отличались от 4-летних. Интересно то, что в трех случаях из 86 (3,5%) сроки между оперативными родоразрешениями не превышали 2 лет, а выявленная зрелость соединительной ткани и полноценность рубца были, вероятно, обусловлены индивидуальными особенностями организма женщин.

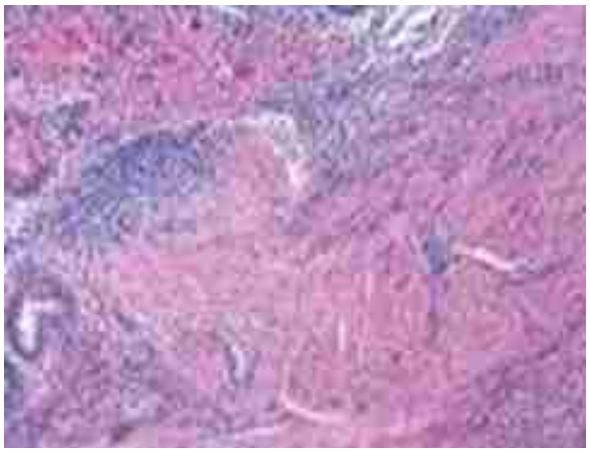


Рис. 1. Структура состоятельного рубца на матке (гладкомышечные волокна с узкими прослойками соединительной ткани)

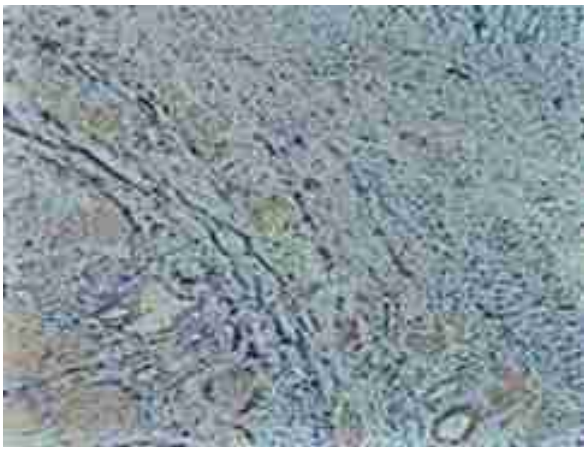


Рис.2.Структура несостоятельного рубца на матке (редкие участки мышечной ткани, соединительная ткань с участками фиброза и лейкоцитарной инфильтрацией).

Неполноценные рубцы состояли из крупных очагов незрелой соединительной ткани, богатой клеточными элементами типа фибробластов, обилием мелких сосудов с пролиферирующим эндотелием, часто с перифокальной лимфоидной инфильтрацией (рис.2). Рубцовая ткань была отечна, с включениями узких пучков дистрофически измененных мышечных волокон, круглоклеточными инфильтратами. При этом в области рубца отмечались набухание и вакуолизация гладкомышечных клеток, отек, фибриноидный некроз, очаги кровоизлияний, лейкоцитарная инфильтрация. Давность рубца на матке при его неполноценности составляла в среднем 1,5-2 года.

Следовательно, временной интервал после кесарева сечения имеет определяющее значение для созревания соединительной ткани и формирования полноценного рубца. Нами не было отмечено грубых процессов дезорганизации соединительной ткани и сосудов рубца матки во время беременности, описанных некоторыми авторами [8], за исключением случаев прикрепления плаценты в области рубца.

Ведущими факторами риска развития несостоятельности рубца на матке после кесарева сечения являются осложненный гнойно-воспалительными заболеваниями послеродовый период ($p<0,001$) и операции, выполненные по поводу неудовлетворительного прогресса в родах, а именно слабость родовой деятельности и тазово-головная диспропорция ($p<0,05$).

По морфологической структуре ткань несостоятельного рубца на матке характеризуется высоким содержанием соединительной, фиброзной ткани, низкой васкуляризацией и лейкоцитарной инфильтрацией.

Временной интервал после кесарева сечения имеет определяющее значение для созревания соединительной ткани и формирования полноценного рубца.

Намазова Н.Т., Абдурахманова В.Р., Бахрамова Н.А., Муминов Ш.А., Азимова Г.А., Камалидинова Ш.М. Возможности ультразвукового и биохимического скрининга в диагностике раннего выявления риска развития преэклампсии	165	**NamazovaN.T., AbdurakhmanovaV.R., BakhramovaN.A., MuminovSh.A., AzimovaG.A., KamalidinovaSh.M.**Possibilities of ultrasound and biochemical screening in the diagnosis of early detection of the risk of developing preeclampsia
Джаббарова Ю.К.,Гафуров Ж.М., Саиджалилова Д.Д. Морфологическая характеристика рубца на матке после кесарева сечения	175	**DjabbarovaYu.K., GafurovZh.M., Saidzhalilova D.D.** Morphological characteristics of the uterus scar after cesarean section
Маматкулов И.Б. Болаларда севофлуран анестезиясининг гемодинамик таъсири	180	**Mamatkulov I.B.** Hemodynamic effects of anesthesia with sevoflurane in children
Хайдаров К. И., Сатвалдиева Э. А., Маматкулов И. Б., Хайдаров М.Б, Бекназаров А.Б., Талипов М.Г. Анестезия в кардиохирургии у детей младшего возраста (3-х летный опыт)	186	**Khaidarov K. I., Satvaldieva E. A., Mamatkulov I. B., Khaidarov M.B. Beknazarov A.B., Talipov M.G.** Anesthesia in cardiac surgery in young children (3 years of experience)
Хайдаров М.Б., Сатвалдиева Э.А., Маматкулов И.Б., Бекназаров А.Б. Состояние кровообращения и обмен веществ при комбинированной эпидуральной анестезиив сочетании с дипривану детей	190	**Khaidarov M.B., Satvaldieva E.A., Mamatkulov I.B., Beknazarov A.B.** The state of blood circulation and metabolism during combined epidural anesthesia in combination with diprivan in children
Маматкулов И.А.Низкопоточная ингаляционная анестезия при хирургическом лечении катаракты у детей	198	**Mamatkulov I.A.**Low-flow inhalation anesthesia for surgical treatment of cataracts in children
Сатвалдиева Э.А., Маматкулов И.Б., Хайдаров М.Б., Бекназаров А.Б. Общая анестезия с применением пропофола при малотравматичных хирургических операциях у детей	203	**Satvaldieva E.A., Mamatkulov I.B., Haidarov M.B., Beknazarov A.B.** General anesthesia with the use of propofol in low-traumatic surgical operations in children
Юсупов А.С. Обезболивание детей после операции торакопластики	210	**Yusupov A.S.** Pain relief after thoracoplastic operation in children
Махмудов М.У.,Иноятова Ф.И., Наджимутдинова Н.Ш., Маджитова Д.Ш. Некоторые аспекты настройки речевого процессора кохлеарныхимплантов «sonnet 2» у детей	216	**Makhmudov M.U., Inoyatova F.I., NadzhimutdinovaN.Sh.,MadzhitovaD.Sh.** Some aspects of setting up the speech processor of cochlear implants “sonnet 2” in children
Нуров У.И., Икрамова Ф.С., Тоиров М. Влияние фито- и фотодинамическойтерапии на динамику цитологических и бактериологических показателей глоточной миндалины у детей при хроническом аденоидите	223	***Nurov U.I., Ikramova F.S., Тоиров М.***The effect of phyto- and photodynamic therapy on the dynamics of cytological and bacteriological parameters of the pharyngeal tonsil in children with chronic adenoiditis
Нуров У.И., Икрамова Ф.С., ТоировМ. Лечение хронического аденоидита методами консервативной терапии	227	**Nurov U.I., Ikramova F.S., Toirov M.** Treatment of chronic adenoiditis with conservative therapy methods
Умарова М.Э. Факторы риска в развитии тугоухости у детей с поражением центральной нервной системы	232	**Umarova M.E.** Risk factors for the development of hearing loss in children with damage to the central nervous system
Ярашев Т.Я. Эпиметафизарный перелом локтевой кости в Сочетании с вывихом головки луча (повреждение Типа брехта) у детей	237	**YarashevT.Ya.** Epimetaphysical ultra fracture b Combined with radial head dislocation (damage brecht's type) in children
Sattarov X.A. Bolalarda buyrak solitarkistalarining punksionskleroterapiyasiniqiyosiy baholash	243	**Sattarov K.A.** Comparative assessment of puncture sclerotherapy for renal solitarchs in children
Убайдуллаев Э.А., Кариев Г.М.,Норов А.У., Заремба А.Е., Рахимов И.И. Сравнительная оценка хирургического лечения периферического пареза лицевого нерва различной этиологии	251	**Ubaidullaev E.A., Kariev G.M.,Norov A.U Zaremba A.E.,Rakhimov I.I.** Comparative evaluati of surgical treatment of peripheral facial nerve palsy various etiology