

VAXTINDAN ƏVVƏL DOĞUŞLARDA UŞAQLIQDA OLAN ÇAPIĞIN YARARSIZLIĞININ ROLU

C.F. Qurbanova, X.M. Adıgözəlova, T.H. Əlinağıyeva, A.E. Hüseynova,
T.T. Kərimova, E.Ş. Səlimova, Z.B. Abdullayeva, S.Ş. Vəliyeva

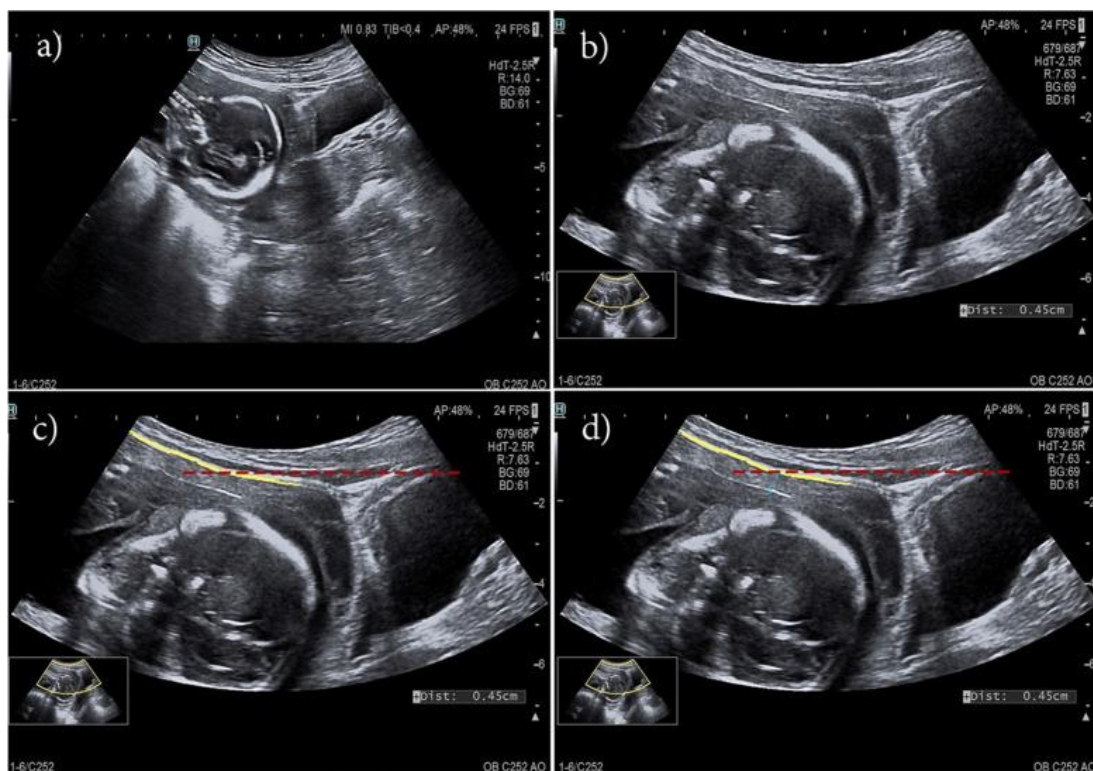
Publik hüquqi şəxs Elmi-Tədqiqat Mamalıq və Ginekologiya İnstitutu, Bakı, Azərbaycan

Açar sözlər: vaxtından əvvəl doğuş, uşaqlıqda çapıq, qeysəriyyə kəsiyi, ultrasəs, servikal kanal, uşaqlığın aşağı seqmenti

Vaxtından əvvəl doğuş (VƏD) bütün dünyada neonatal xəstəlmə və ölüm hallarının əsas səbəblərindən biridir və müasir mamalıqda hələ də həll edilməmiş ciddi problem olaraq qalır. Vaxtından əvvəl doğuşların qlobal rast gəlmə tezliyinin ümumi əhali arasında təxminən 9-11% olduğu təxmin edilir [1].

Vaxtından əvvəl doğuş hamiləliyin 22-37 həftələri arasında baş verən doğuşdur və multifaktorial etio logiyalı kompleks mamalıq sindromudur. Vaxtından əvvəl doğuşun səbəblərinə hələ də böyük maraq var. Vaxtından əvvəl doğuşun uşaqlığın həddindən artıq gərginliyi, iltihab (məsələn, infeksiya), uşaqlıq-plasentar işemiya, qan dövrəni pozulmaları və ya bir

neçə amilin birləşməsi kimi çoxsaylı mexaniki amil lərin səbəb olduğu bir sindrom olduğuna fikir geniş yayılıb [2]. Vaxtından əvvəl doğuşu proqnozlaşdırmaq üçün aşağı uşaqlıq seqmentinin <4,5 mm bərabəri olan qalınlığından istifadə edərək P. Yapan et al. [3], digər amillərə düzəliş edildikdən sonra VƏD riskinin 2,37 artdığını bildirdilər. Uşaqlığın aşağı seqmentinin qalınlığının ölçülməsi üsulu aşağıdakı kimi idi. Voluson E5 ultrasəs platformasına (General Electric, Zıpf, Avstriya) qoşulmuş iki ölçülü 8Mhz ultrasəs sensoru qasıq simfizinin üstündəki sagittal müstəviyə yerləşdirildi (şəkil 1).



Şəkil 1. Uşaqlığın aşağı seqmentinin qalınlığının ölçülməsi. a) Ultrasəs sensoru sidik kisəsini, görünən servikal kanal və uşaqlığın ön divarını görmək üçün qasıq simfizinin üstündəki sagittal müstəviyə yerləşdirilir; b) Uşaqlığın ön divarı və sidik kisəsi ekranın çox hissəsini tutana qədər görüntü böyüdüldür; c) Üfüqi müstəvidə, ölçü nöqtəsini qeyd etmək üçün sidik kisəsi günbəzi ilə uşaqlığın ön divarı arasında virtual qırmızı nöqtəli xətt çəkilir. Sarı xətt uşaqlığın aşağı seqmentinin əhatə edən peritonu təmsil edir; d) Uşaqlığın aşağı ön divarının qalınlığını ölçmək üçün kalibrələr içəriyə yerləşdirilir.

Kiçik bir düzəlişdən sonra, sidik kisəsinin görünüşü, az miqdarda qalın sidik və orta sagittal müstəvidə servikal kanal aydın şəkildə görüntülənəcəkdir. Uşaqlığın aşağı ön divarı və sidik kisəsi ekranın çox hissəsini tutana qədər görüntü böyüdüldü. Sidik kisəsinin günbəzi ilə uşaqlığın aşağı ön divarını birləşdirən virtual üfüqi xətt quruldu [3]. Birinci kalibr birbaşa peritonun altına, ikincisi isə uşaqlıq-amniotik maye interfeysinə (daxili) yerləşdirildi.

Tədqiqat nəticələri servikal vəziyyətin qiymətləndirilməsinin, məsələn, servikal kanalın uzunluğunun VƏD-nu proqnozlaşdırma biləcəyini göstərir. Son zamanlarda servikal kanalın uzunluğunun transvaginal sonografiyası hamiləliyin həm ikinci, həm də üçüncü trimestrlərində VƏD təhlükəsini qiymətləndirmək üçün əsas üsuldur. Servikal kanal uzunluğunun transvaginal sonografiyası VƏD proqnozlaşdırılması üçün ən çox yayılmış markerlərdən biridir [4, 5]. Təkrarlanan Qeysəriyyə kəsiyi (QK) olan

qadınlarda uşaqlığın aşağı segmentinin qalınlığının və servikal kanalın uzunluğunun qiymətləndirilməsi, çox güman ki, ardıcıl olaraq VƏD-i proqnozlaşdırır.

Uşaqlıqda olan çapıq VƏD riskini artırır. Uşaqlıqda olan çapıqlar çox vaxt anamnezdəki əməliyyatı ilə əlaqələndirilir və ən çox QK əməliyyatından sonra baş verir (şəkil 2-5). Uşaqlıqdakı çapıqların digər səbəbləri arasında miomektomiya, uşaqlıqdaxili müdaxilələr nəticəsində uşaqlıq perforasiyası və uşaqlıq qüsurlarının korreksiyası daxildir [2].

Qeysəriyyə kəsiyi əməliyyatı distosiya və doğuşdan sonrakı mənfi reaksiyaların tezliyini əhəmiyyətli dərəcədə azalda bilsə də, uşaqlıqda çapıq olan hamilə qadınların sayını əhəmiyyətli dərəcədə artırır və anaların və uşaqların sağlamlığı üçün müəyyən bir təhlükə yaradan çapıq hamiləliyi, plasenta implantasiyası, plasentanın gəlişi və digər hadisələr riskini artırır [6].



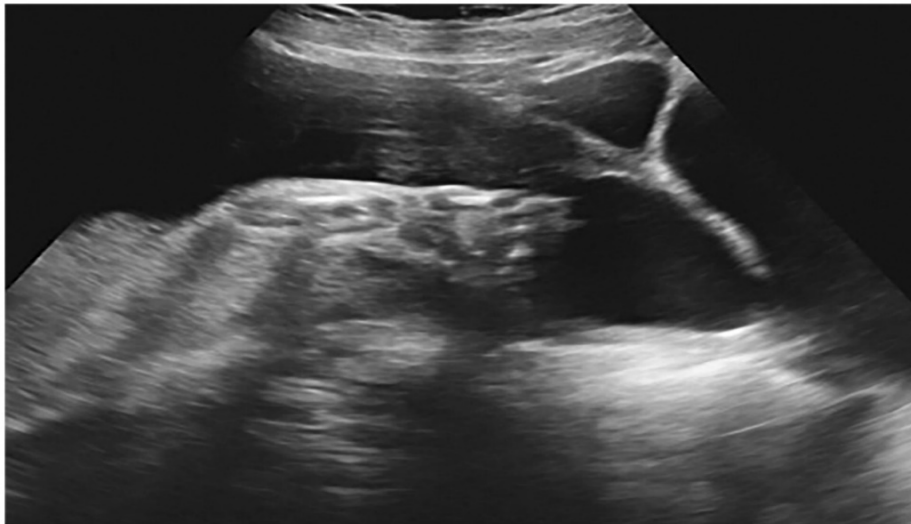
Şəkil 2. Normal uşaqlıq



Şəkil 3. Uşaqlıqda tam yararlı çapıq (ox işarədi)



Şəkil 4. Uşaqlıqda natam çapıq (ox işarəsi)



Şəkil 5. Qeysər kəsiyindən sonra uşaqlığın aşağı segmenti bölgəsində anoxogen sahə - çapıqın yararsızlığı

Dünyada QK tezliyinin davamlı artması və reproduktiv yaşda olan qadınlarda laparoskopik miomektomiyanın geniş istifadəsi ilə çapıqlı uşaqlıqda sonrakı hamiləlik problemi qaçılmazdır [7].

Uşaqlıqda çapıq bir cərrahi müdaxilə, terapevtik və diaqnostik manipulyasiyalar və nüfuz edən xəsarətlər zamanı bütövlüyünün pozulması nəticəsində uşaqlıq divarının dəyişdirilmiş bir hissəsidir. Hamilə uşaqlığın böyüməsi zamanı klinik olaraq özünü göstərir və hamiləliyin planlaşdırılması və sonrakı doğuş üçün ilkin müayinəyə ehtiyacı var. Uşaqlıqda çapıq uşaqlıq divarındakı qüsurun sağalmış zonasıdır. Bu sahəyə əzələ, ya da birləşdirici toxuma elementləri ilə əvəz edilə bilər ki, bu da onun tamlıq dərəcəsini əks etdirir (şəkil 2-5).

Qeysər kəsiyi əməliyyatlarının sayının tədricən artması ilə uşaqlıqda çapıqlar çoxlu şəkildə görünür. Bu gün uşaqlıqda çapığı olan hamilə qadınların

doğuş məsələsi, daha çox təkrarlanan QK və sonradan ortaya çıxan ağırlaşmalar səbəbindən getdikcə aktuallaşır.

Sonrakı hamiləliklərdə, QK və vaginal doğuş da daxil olmaqla, uşaqlıqda çapıqların olması zamanı doğuşunun iki üsulu var. Təkrarlanan QK bəzi ana və körpə ağırlaşmalarını və neonatal ölümləri azalda bilər, lakin təkrarlanan QK xəstələrdə ağır, çanaq bitişmələri və cərrahi travmaların tezliyini də artırır.

Uşaqlıqda çapıqla hamiləlik mənfi nəticələrlə sıx bağlıdır [2]. Lakin uşaqlıqda çapıq olan hamilə qadınların doğuşunun optimal yolu barədə fikir birliyi yoxdur.

Bununla belə, uşaqlıqda çapığı olan hamilə qadınlar üçün optimal doğuş üsulunun nə olduğuna dair konsensus yoxdur. Tibb ictimaiyyətinin bir hissəsi bu cür hamilə qadınların vaqinal yolla doğuşun

vacibliyi barədə fikirdədir, digərləri isə, doğuşda bir çapıqla uşaqlığın cırılması ehtimalı ilə ağırlaşan çapıqın intranatal tutarlılığı üçün ümumi qəbul edilmiş meyarların olmaması səbəbindən QK-yə ehtiyac olduğunu iddia edirlər [8, 9].

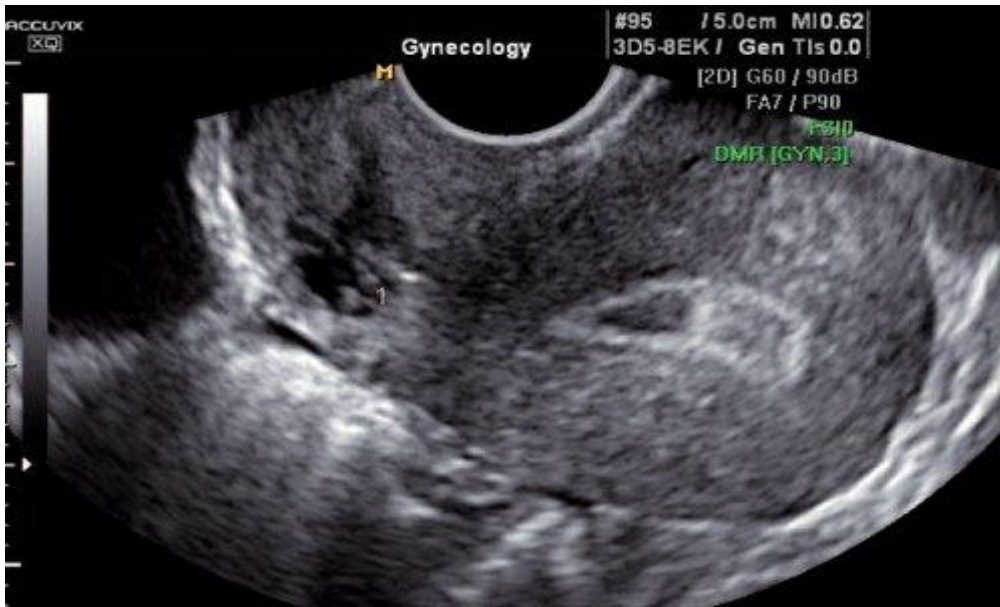
Son illərdə mama-ginekologlar QK-dən sonra uşaqlıqda çapıq olduqda sonrakı hamiləlik üçün vaginal sınaq doğuş konsepsiyasını qəbul etdilər. Bəzi elmi tədqiqatlara əsasən, əvvəlki QK-dən sonra

uşaqlıqda çapıqla vaginal doğuşun müvəffəqiyyət nisbətinin 82,61% qədər yüksək ola biləcəyini təqdim edilib [6].

Miometrial toxumanın bir hissəsinin işemik nekrozu QK qüsurunun və onu müşayiət edən çapıqların və yapışmaların əmələ gəlməsini ən yaxşı şəkildə izah edir [10] (şəkil 6-8).



Şəkil 6. Çapıqda qismən yararsızlıq. Miometriumun nazıqlaşması, çapıq sahəsində birləşdirici toxuma əlavələri



Şəkil 7. Uşaqlığın retrodeviasiyası. Çapıq bölgəsində toxuma qüsuru



Şəkil 8. "Müflis" çapıq, çapıq sahəsindəki miometriyum müəyyən edilmir, sidik kisəsinin endometriozu.

Qeysər kəsiyi əməliyyatından sonra uşaqlıqda çapıqla olan hamiləliklərdə, məsələn, cift gəlişi, qeyri-normal ciftin yerləşməsi və sonrakı hamiləliklərdə ciftin vaxtında əvvəl ayrılması kimi ağırlaşmaların riskini artırır [11]. Uşaqlıqdakı çapıq da maye

və ya qan durğunluğu ilə çapıq qüsuru ("rəf", istmosele) yarada bilər (şəkil 9). Bunun sonrakı hamiləlikdə VƏD riski ilə əlaqəli olub olmadığı aydın deyil [11].



Şəkil 9. Natamam uşaqlıqda çapıq. Çapıq sahəsində dərin bir "rəf". Miometriyum müəyyən edilmir.

Hamiləlik zamanı uşaqlıqda çapıq müəyyən təhlükələr yaradır. Lakin, mümkün ağırlaşmaları proqnozlaşdırmaq üçün əməliyyatdan sonrakı dövrün gedişatı və uşaqlıqda yaraların sağalmasının xüsusiyyətləri mühüm rol oynayır.

Logistik reqressiya təhlili göstərdi ki, anamnezdə vaginal doğuş yoxdur, prenatal bədən kütləsi indeksi (BKİ) ≥ 30 kq/m², paritet ≥ 2 dəfə, QK < 2 dəfə interval, daxil olma zamanı servikal dilatasiya ≥ 1 sm, dölün baş hündürlüyü ≥ -3 santimetr, dğl qişaların vaxtından əvvəl cırılması və uşaqlığın aşağı seqmentində

qalınlığının 3,0-3,9 sm olması uşaqlıqda çapıq hamiləliyin vaginal müayinəsi zamanı fəsadların yaranması üçün yüksək risk faktorlarıdır ($p < 0,05$). Hamiləlik dövründə artan BKİ hamiləlik dövründə hipertenziya və diabet kimi mənfi hamiləlik nəticələrinin riskini artırır. Bəzi tədqiqatçılar, yüksək prenatal BKİ dəyərləri olan hamilə qadınlarda, vaginal doğuş zamanı uşaqlıq boynunun nisbətən yavaş açıldığını və vaginal müayinənin uğursuz olma riskini artırdığını qeyd edir [12]. Dölün başına ilk təsir, dölün ilk dəfə çanaq orqanlarına daxil olan hissəsinə aiddir. İlk

məruz qaldıqda dölün başına yüksək təsir göstərən hamilə qadınlarda distosiya daha tez-tez inkişaf edir [13]. Döl qışaların vaxtından əvvəl cırılması, doğuşdan əvvəl qışaların təbii cırılmasına aid olan yayılmış perinatal fəsaddır və bu, perinatal ölümün artmasına səbəb ola bilər. Müvafiq məlumatlar [14] göstərir ki, döl başının yüksək hündürlüyü və döl qışalarının vaxtından əvvəl cırılması olan hamilə qadınlarda QK əməliyyatından sonra yenidə doğulmuş asfiksiyanın tezliyi xeyli artmışdır. Uşaqlığın aşağı seqmentinin qalınlığı uşaqlığın cırılması təhlükəsinin proqnozlaşdırıcı göstəricisidir. Uşaqlığın aşağı seqmentinin qalınlığı az olduqda, doğuş zamanı çapıqın dartılmasını artırma bilər və uşaqlığın cırılması kimi ağırlaşmalara səbəb ola bilər [15].

Əvvəlki QK əməliyyatı olan qadınlarda çapıqın yararsızlığı 3,2% olduğu və VƏD ilə əlaqəli olduğu bildirilmişdir [16]. Ümumiyyətlə, spontan VƏD nisbəti aşağı idi, lakin uşaqlıqda çapıq olan qadınlar arasında əhəmiyyətli dərəcədə artmışdır.

Vaxtından əvvəl doğuşun nisbi riski, çapıqları olmayan qadınlara müqayisədə servikal uzunluğu

azaldıqca, artır. Uşaqlıqda çapıq olan qadınlarda ikinci hamiləlik zamanı hamiləlik itkisi uşaqlıq çapıqları olmayan qadınlara nisbətən 14% daha çox olmuşdur [17, 18].

Bununla belə, nəticədə VƏD inkişaf edə biləcək qadınları müəyyənləşdirmək üçün dəqiq bir test yoxdur. Uşaqlığın aşağı seqmentinin qalınlığının və servikal uzunluğunun ultrasəs (US) qiymətləndirilməsi VƏD-u ən yaxşı şəkildə müəyyən edir (şəkil 10).

Qeysəriyyə kəsiyi əməliyyatından sonra uşaqlıqda çapıq olan qadınlarda VƏD-in etiologiyası hələ də bilinmir. Küretaj və ya aspirasiya yolu ilə hamiləliyin cərrahi yolla kəsilməsinə məruz qalan qadınlarda VƏD riskinin artdığı bildirilir. Bu müşahidənin bioloji izahı tamamilə aydın deyil. Bəzi tədqiqatlar, uşaqlığın cərrahi yolla çıxarılmasından sonra infeksiyaların VƏD riskinin artmasından məsul ola biləcəyini irəli sürdü [1]. Qeysəriyyə kəsikdən sonra əvvəlki uşaqlıq çapıqı olan qadınlarda VƏD un etiologiyasının uşaqlıq çapıqının müalicəsi üçün alınan müalicə ilə əlaqəli ola biləcəyini güman edilir [1].



Şəkil 10. Üç qeysəriyyə əməliyyatından sonra uşaqlıqda çapıq defekti - istmozele. Aşağı seqmentdə maye əlavələr. Miometrium müəyyən edilmir.

E. Khalifa et al. [19] araşdırmasında servikal kanalın uzunluğundan və çapıq qalınlığından əvvəlki QK olan xəstələrdə VƏD-in proqnozlaşdırıcıları (prediktor) kimi istifadə etmişdir. Tədqiqatda cəmi 260 qadın iştirak etmişdir; bunlardan 120 qadın əvvəllər QK keçirməmiş, qalan 140 qadın isə əvvəllər QK keçirmişdir. Əsas və nəzarət qrupları arasında ilkin və mamalıq məlumatlarında əhəmiyyətli fərqlər yox idi (yaş, BKİ, yaşayış yeri, təhsil, məşğulluq,

paritet, abort anamnezində və sonuncu hamiləliyin müddəti). Hər iki qrupda servikal kanalın uzunluğu ilə bağlı kiçik fərqlər var idi. Bununla belə, əsas qrupdakı qadınlarda, ikinci ziyarət zamanı uşaqlığın aşağı seqmentinin qalınlığı əhəmiyyətli dərəcədə nazik idi.

R.C. Boelig et al. [5] nəticələrinə görə, bir döllü hamiləlik və orta trimestrdə servikal uzunluğu 26-29 mm olan aşağı riskli qadınların təxminən 15%-də 24

həftəlik hamiləlikdən əvvəl uşaqlıq boynun ≤ 25 mm qısalması müşahidə olunur. Anamnezində VƏD olmayan birdövlü hamiləliyi olan qadınlarla müqayisədə, serviksin ilkin uzunluğu 26 mm-dən 29 mm-ə qədər olan və serviksin ≤ 25 mm-ə qədər qısalması olan qadınlarda VƏD-in tezliyi (16%) xeyli yüksəkdir.

Uşaqlığın aşağı seqmenti 2,0 mm-dən az nazikləşəndə doğuş zamanı uşaqlığın cırılması və ya uşaqlıqda çapıqın yararsızlığı riski artır. Miometriumun qalıq qalınlığını təyin edərək hamiləliyin birinci trimestrində QK-dən sonra uşaqlıqda çapıqın ultrasəs müayinəsi, uşaqlığın cırılması da daxil olmaqla, sonrakı perinatal ağırlaşmalar riski olan xəstələrin erkən aşkarlanması üçün yaxşı bir vasitə ola bilər. Döl və ana nəticələrinə gəldikdə, E. Khalifa et al. [19] əsas qrupun doğum ağırlığının əhəmiyyətli dərəcədə aşağı olduğu və QK və VƏD inkişafının əhəmiyyətli dərəcədə yüksək olduğu bildirdi. Lakin hər iki qrupda da neonatal ölüm və intensiv terapiya şəbəsində qəbulu ilə bağlı əhəmiyyətsiz fərqlər var idi.

Uşaqlıqda çapıq olan qadınların əksəriyyətinə ilk növbədə təbii vaginal yolla doğuş tövsiyə edilməlidir. Bununla belə, konservativ doğuşa mütləq əks göstərişlərin mövcudluğunu diqqətlə müəyyən etmək lazımdır. Bu cür əks göstərişlərə əvvəlki QK zamanı uşaqlıqdakı kəsiklərin xüsusiyyətləri daxildir. Belə ki, uşaqlığın korporal kəsilməsi olan qadınlar üçün planlaşdırıldığı kimi təkrar QK göstərilir. Aşağı seqmentdə uşaqlığın eninə kəsiyi ilə, çapıqın yararlılığının təyini nəzərə alınmaqla vaginal doğuşa cəhd etmək tövsiyə olunur. Uşaqlıqda çapıq olan qadınlarda vaginal doğuşun ən qorxunc ağırlaşması, uşaqlığın çapıq boyunca cırılmasıdır. Buna görə, uşaqlığın cırılmasından ən kiçik bir şübhə olduqda, vaginal doğuş dərhal dayandırılmalıdır.

Uşaqlıqda çapıq olan qadınlarda doğuşun aparılmasının müasir taktikası əsasən çapıqın tamlığının diaqnozu üçün instrumental metodlardan asılıdır. Tədqiqatçıların böyük əksəriyyətinin fikrincə, çapıq yararlılığının diaqnozu üçün ən məlumatlı üsullar ultrasəs (qarın və vaginal sensorlar) və dopplerometriyadır. Tədqiqatlar miometriumun quruluşunu, çapıq qalınlığının vahidliyini, yüksək akustik sıxlıq sahələrinin mövcudluğunu və aşağı uşaqlıq seqmentinin vaskulyarizasiya dərəcəsini qiymətləndirir. Ultrasəs və dopplerometriyanın yanlış müsbət və yanlış mənfəi nəticələrinin tezliyi müvafiq olaraq 12,1 və 7,6% təşkil edir [20]. Uşaqlıqda çapıqın tamlığının akustik meyarları bunlardır: ən azı 4-5 mm qalınlığında çapıqın Y şəkilli forması; uşaqlığın digər hissələrində olduğu kimi aşağı seqmentin normal

exojenliyi; normal akustik sıxlıq fonunda azalmış səs keçiriciliyinin kiçik sahələri.

Qeyri yararlı çapıqın exoqrafik əlamətlərinə aşağıdakılar daxildir: uşaqlığın aşağı seqmentinin balon və ya konus şəklində forması; aşağı seqmentin qalınlığı 3 mm-dən az; normal qalınlığın (4-5 mm) fonunda aşağı seqmentin 3 mm-dən az yerli nazikləşmələri; uşaqlıqdakı keçmiş kəsik sahəsi boyunca akustik sıxlıq. Uşaqlığın aşağı seqmentinin çapıq vəziyyətinin ultrasəslə qiymətləndirilməsinin ümumi dəqiqliyi 81,8%, həssaslıq - 85,2%, spesifiklik - 80,0%, müsbət nəticənin proqnoz dəyəri - 69,7%, mənfəi - 90,9% təşkil edir [9].

Əksər müəlliflər çapıq səbəbiylə uşaqlığın cırılması riskinin az olduğunu və vaginal doğuşun təkrar cərrahi doğuşa təhlükəsiz alternativ olduğunu göstərir [9]. Həm anamnestik, həm də klinik-instrumental məlumatların təfərrüatlı təhlili daxil olmaqla inteqrasiya olunmuş yanaşma, uşaqlıq yolunda çapıq olan xəstələrdə hamiləliyin və doğuşun idarə edilməsi üçün rəasional taktika seçməyə imkan verəcəkdir.

L. Zhang et al. araşdırmasında [20] (Çin, 2020) uşaqlıqda çapıq olan hamilə qadınlarda yatrogen VƏD-un ümumi riskini qiymətləndirmək üçün altı parametr seçilmişdir: ananın qısa boyu, hamiləliklər arasında son dərəcə qısa və ya progressiv interval, hamiləlik zamanı vaginal qanaxma, yüksək paritet, hamiləlik zamanı arterial hipertenziya və ciftin gəlişi. Bu amilləri birləşdirməklə, yatrogen VƏD riskini dəqiq proqnozlaşdırmaq olar. Ana və döl tərəfindən göstəriciləri mama-ginekoloqların xəstəni yatrogen VƏD üçün yüksək riskli hesab etmələrinin və ya hamiləliyi sonlandırmağa meylli olmasının səbəbləridir. Müəlliflər hesab edirlər ki, bu model xəstələrin yatrogen VƏD riskini qiymətləndirərək ana və uşaq nəticələrini yaxşılaşdırır və bununla da müraciətlərin qəbul edilməsinə və tibbi resursların rəasional bölüşdürülməsinə kömək edir. Düzgün proqnozla xəstələrə daha yaxşı tibbi xidmət göstərə bilər və bununla da ana və döl üçün proqnozu yaxşılaşdırır bilər. Yanlış proqnoz isə yerli tibbi resursları israf edəcək və ya xəstələri müalicə etmək qabiliyyətini gecikdirəcək [20].

Qeysəriyyə kəsiyi əməliyyatından sonra uşaqlıqda çapıq olan qadınların sonrakı hamiləlik ehtimalı hələ də yüksəkdir və onların əksəriyyətinin hamiləliyi ağırlaşmamış olaraq, vaxtında diri doğuşla nəticələnir. Uşaqlıqda çapıq olan hamilə qadınlarda vaginal doğuş ola bilər. Bununla belə, QK əməliyyatından sonra vaginal doğuş mübahisəli mövzu olaraq qalır, çünki həkimlərə və zahılara sonrakı

hamiləliklər üçün ən yaxşı doğuş variantını təyin etməyə kömək etmək üçün kifayət qədər etibarlı məlumat yoxdur. Doğuşun qeyri-mümkünlüyünə

təsir edən bir çox amillər var, müayinənin bütün aspektlərinə daha çox diqqət yetirilməli və göstərişlərə uyğun olaraq istifadə üsulu seçilməlidir.

РЕЗЮМЕ

Роль непригодности рубца на матке при преждевременных родах

*Дж.Ф. Курбанова, Х.М. Адыгезалова,
Т.Г. Алиагиева, А.Е. Гусейнова,
Т.Т. Керимова, Е.Ш. Салимова,
З.Б. Абдуллаева, С.Ш. Велиева*

*Народное юридическое лицо
Научно-Исследовательский институт
Акушерства и гинекологии*

Ключевые слова: преждевременные роды, рубец на матке, кесарево сечение, сонография, цервикальный канал, нижняя стенка матки

Преждевременные роды остаются серьезной нерешенной проблемой в современном акушерстве. У женщин с рубцом на матке после перенесенного КС, по-прежнему, высока вероятность последующей беременности, при этом у большинства из них беременность протекает неосложненно, что приводит к рождению живого плода в срок. Беременным женщинам с рубцом на матке возможно проведение вагинальных родов. Однако, вагинальные роды после КС остаются спорной темой: недостаточно достоверных данных, которые могли бы помочь врачам и роженицам определить наилучший вариант родоразрешения при последующей беременности. Существует множество факторов, влияющих на невозможность родоразрешения, следует уделять больше внимания всем аспектам обследования и выбирать способ применения строго в соответствии с показаниями.

SUMMARY

The role of the uselessness of the scar in the uterus in premature births

*J.F. Gurbanova, Kh.M. Adigozalova,
T.H. Alinaghiyeva, A.E. Huseynova,
T.T. Kerimova, E.S. Salimova,
Z.B. Abdullayeva, S.S. Veliyeva*

*Public legal entity Scientific Research Institute of
Obstetrics and Gynecology,
Baku, Azerbaijan*

Keywords: premature birth, uterine scar, cesarean section, sonography, cervical canal, lower uterine wall

Premature birth remains a serious unresolved problem in modern obstetrics. Women with a scarred uterus after undergoing CS are still highly likely to have a subsequent pregnancy, while most of them have uncomplicated pregnancies, which leads to live births on time. Pregnant women with uterine scars may undergo vaginal delivery. However, vaginal delivery after CS remains a controversial topic: there is insufficient reliable data that could help doctors and women in labor determine the best option for delivery during subsequent pregnancy. There are many factors that affect the impossibility of delivery, more attention should be paid to all aspects of the examination and the method of application should be chosen strictly in accordance with the indications.

ƏDƏBİYYAT

1. Morlando M, Conte A, Schiattarella A. Reproductive outcome after cesarean scar pregnancy. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. 2023; 91: 102362. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2023.102362
2. Wang S, Hu Q, Liao H, Wang K, Yu H. Perinatal Outcomes of Pregnancy in Women with Scarred Uteri. Int J Womens Health. 2023;15:1453-1465. doi: 10.2147/IJWH.S422187.

3. Yapan P, Wanitpongpan P, Sripang N. Association between lower uterine wall thickness measured at 18-22 weeks of gestation and risk of Preterm Birth: a prospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022;22(1):618. doi: 10.1186/s12884-022-04902-w.
4. Berghella V, Palacio M, Ness A, Alfirevic Z, Nicolaides KH, Saccone G. Cervical length screening for prevention of preterm birth in singleton pregnancy with threatened preterm labor: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials using individual patient-level data. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2017 Mar;49(3):322-329. doi: 10.1002/uog.17388.
5. Boelig RC, Kripalu V, Chen SL, Cruz Y, Amanda R, Berghella V. Utility of follow-up cervical length screening in low-risk women with a cervical length of 26 to 29 mm. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2021; 225(2): 179.e1-179.e6. doi: 10.1016/j.ajog.2021.02.027.
6. Ye R, Wang W, Li J. Analysis of high risk factors for complications in the trial of vaginal delivery due to uterine scarring in a subsequent pregnancy to a cesarean section. *Invest Clin* 2022; 63 (3): 235–242. doi: 10.54817/IC.v63n3a03
7. Haq C. Remembrances and Reflections: global health, local needs, and one very special patient. *Fam Med*. 2016; 48(1):64-65.
8. Николаева Е.И., Сулима А.Н. Особенности родоразрешения беременных с рубцом на матке. *Сибирский научный медицинский журнал*. 2023;43(2):54–60. doi: 10.18699/SSMJ20230205
9. Мудров В.А., Мочалова М.Н., Мудров А.А. Особенности родоразрешения беременных с рубцом на матке через естественные родовые пути на современном этапе. *Журнал акушерства и женских болезней*. 2018;67(1):126–37. doi: 10.17816/JOWD67126-37
10. Sholapurkar SL. Etiology of Cesarean Uterine Scar Defect (Niche): Detailed Critical Analysis of Hypotheses and Prevention Strategies and Peritoneal Closure Debate. *Journal of Clinical Medicine Research*. 2018; 10(3):166-173. doi: 10.14740/jocmr3271w
11. Visser L, Slaager C, Kazemier BM, Rietveld AL, Oudijk MA, de Groot CJM, et al. Risk of preterm birth after prior term cesarean. *BJOG*. 2020;127(5):610-617. doi: 10.1111/1471-0528.16083
12. Zafman KB, Stone JL, Factor SH. Trends in characteristics of women choosing contraindicated home births. *J Perinat Med* 2018; 46(6):573-577. doi: 10.1515/jpm-2018-0029.
13. Németh G, Molnár A. Vaginal birth after cesarean section in light of international opinions. *Orv Hetil* 2017; 158(30):1168-1174. doi: 10.1556/650.2017.30810.
14. Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. Practice Bulletin No. 184: Vaginal Birth After Cesarean Delivery. *Obstet Gynecol* 2017; 130(5):e217-e233. doi: 10.1097/AOG.0000000000002398.
15. Morton M, Fredericks Ch, Yon R, Nagy K, Bokhari Faran. Damage control laparotomy for uterine rupture following attempted vaginal birth after cesarean. *Am Surg* 2016; 82(7): 140-141.
16. Silva B, Pinto PV, Costa MA. Cesarean Scar Pregnancy: A systematic review on expectant management. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2023; 288: 36-43. doi: 10.1016/j.ejogrb.2023.06.030
17. Reicher L, Fouks Y, Yogev Y. Cervical Assessment for Predicting Preterm Birth-Cervical Length and Beyond. *J Clin Med*. 2021;10(4):627. doi: 10.3390/jcm10040627.
18. Creswell L, Rolnik DL, Lindow SW, O'Gorman N. Preterm Birth: Screening and Prediction. *Int J Womens Health*. 2023;15:1981-1997. doi: 10.2147/IJWH.S436624.
19. Khalifa E, Basset AA, Khairy M, Hussein R, Faraghaly T, Mohamed AA. The Assessment of Cervical Length and Thickness of Cesarean Section Scar as Predictors for Preterm Labor in Patients with Previous Cesarean Section: A Prospective Cohort Study. *Evidence Based Women's Health Journal*. 2024;6(2):178-184. doi: 10.21608/ebwhj.2023.245122.1276
20. Zhang L, Li H, Li J, Hou Y, Xu B, Li N, et al. Prediction of iatrogenic preterm birth in patients with scarred uterus: a retrospective cohort study in Northeast China. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020;20:490. doi: 10.1186/s12884-020-03165-7