

Dzemdības plīsums dzemdībās – riska faktoru identifikācija

*Anna Miskova, Santa Smilga, Ināra Miltiņa,
Dace Rezeberga*

*Rīgas Stradiņa universitāte, Dzemdniecības un
ginekoloģijas katedra, Latvija*

Ievads. Viens no biežākajiem mātes un jaundzimušā saslimšanas un mirstības cēloņiem ir dzemdes plīsums. Izšķir simptomātisku dzemdes plīsumu un asimptomātisku dzemdes plīsumu jeb dzemdes rētas nepietiekamību (*dehiscence*). Dzemdes plīsuma gadījumā tiek bojāti visi dzemdes slāņi un klīniskā aina ir kā hipovolēmiska šoka, akūta vēdera gadījumā, novērots tiek akūts augļa distress. Dzemdes rētas nepietiekamības gadījumā serozā vēderplēve paliek intakta un galvenokārt tiek diagnosticēta ķeizargrieziena laikā. Vaginālas dzemdības pēc ķeizargrieziena ir drošas tikai tad, ja iepriekšējā ķeizargrieziena gadījumā ir veikts grieziens apakšējā dzemdes segmentā.

Darba mērķis, materiāls un metodes. Darba mērķis ir identificēt dzemdes plīsuma un dzemdes rētas nepietiekamības riska faktorus un izvērtēt, vai šie stāvokļi ir bijuši novēršami.

Tika veikts retrospektīvs pētījums, kurā tika iekļauti dati, kas iegūti Rīgas Dzemdību namā no 2010. līdz 2016. gadam. Tika izveidots riska faktoru protokols, kurš tika aizpildīts, un dati tika apstrādāti, lietojot *Microsoft Excel* programmu.

Rezultāti. Pētījumā tika iekļautas 39 pacientes, viena no viņām tika iekļauta divreiz ($n = 40$). Tika izveidotas divas grupas (G): G1 – pacientes ar dzemdes plīsumu ($n = 7$), G2 – pacientes ar dzemdes rētas nepietiekamību ($n = 33$).

Kopējais (dzemdes plīsuma un dzemdes rētas nepietiekamības) biežums ir 8,7 / 10 000 dzemdību. G1 biežums bija 1,5 / 10 000, 2016. gadā tas sasniedza 5,69 / 10 000 ($n = 4$).

G1 raksturojums: vecums $35 \pm 3,7$ (SD) gadi, grūtniecības 3 ± 2 (SD), dzemdības $2,6 \pm 1,1$ (SD); priekšlaicīgas dzemdības ($n = 3$), laicīgas dzemdības ($n = 3$), prolongēta grūtniecība ($n = 1$).

G1 riska faktori: dzemdes rēta – 100% ($n = 7$) gadījumu, trijos no tiem rēta saistīta ar priekšlaicīgām dzemdībām vai placentas priekšguļu, > 30 gadu – 86% ($n = 6$), multiparitāte – 86% ($n = 6$), dzemdību stimulēšana ar oksitocīnu – 14% ($n = 1$), iedzimta dzemdes anomālija – 14% ($n = 1$), dzemdes pārstiepums – 29% ($n = 2$), abnormāla placentācija – 14% ($n = 1$), dzemdes plīsums anamnēzē – 14% ($n = 1$) gadījumu. Viens dzemdes plīsums saistīts ar 4. pakāpes dzemdes kakla plīsumu.

G2 raksturojums: vecums $33,5 \pm 5,4$ (SD) gadi, grūtniecības $3,6 \pm 1,5$ (SD), dzemdības $2,82 \pm 0,9$ (SD); priekšlaicīgas dzemdības ($n = 8$), laicīgas dzemdības ($n = 24$), prolongēta grūtniecība ($n = 1$).

G2 riska faktori: dzemdes rēta – 100% ($n = 33$) gadījumu, multiparitāte – 97% ($n = 32$), > 30 gadu – 78% ($n = 26$), īss interģenētiskais intervāls – 21% ($n = 7$), dzemdību stimulācija ar oksitocīnu – 3% ($n = 1$), dzemdību obstrukcija – 3% ($n = 1$), dzemdes pārstiepums – 18% ($n = 6$), abnormāla placentācija – 12% ($n = 4$) gadījumu.

Iznākums: 1) dzemdes rētas nepietiekamība – labs iznākums gan mātei, gan jaundzimušajam (Apgares skalas vērtējums 1. un 5. minūtē > 7 bija 100% gadījumu); 2) dzemdes plīsums: 29% ($n = 2$) gadījumu – dzemdes defekts sašūts, 71% ($n = 5$) gadījumu – histerektomija; 3) jaundzimušā stāvoklis: 37,5% ($n = 3$) gadījumu – intrauterīna augļa bojāeja, 12,5% ($n = 1$) gadījumu – vēlīna neonatāla mirstība, 50% ($n = 4$) gadījumu – dzīvi bērni.

Secinājumi. Galvenais dzemdes plīsuma un dzemdes rētas nepietiekamības riska faktors ir dzemdes rēta. Svarīgi ir zināt dzemdes rētas veidu, lai plānotu drošas vaginālas dzemdības. Konstatēts, ka trūkst informācijas par iepriekšējo dzemdes rētu, t. sk. novērojama nekorekta ultrasonogrāfijas atrade par dzemdes apakšējā segmenta biezumu, lai plānotu drošas vaginālas dzemdības pēc ķeizargrieziena.