

быть включены препараты, действующие на указанные звенья патогенеза. Только комплексная оценка состояния плода задолго до срока родов позволит определить оптимальное время и способ родоразрешения.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Авруцкая В.В.* // Материалы VIII Всероссийского научного форума "Мать и дитя", 3–6 октября. – М., 2006. – С. 10–11.
2. *Barker D.J.* // *Am. Med.* – 1999. – Vol. 31. – P. 3–6.
3. *Loughna P.* // *Current Obst. and Gynaecol.* – 2003. – Vol. 13. – P. 205–211.
4. *Rajakumar A., Whitelock K.A., Weissfeld L.A. et al.* // *Biol. Reprod.* – 2001. – Vol. 64. – P. 499–506.
5. *Roseboom T.J., van der Meulen J.H., Osmond C. et al.* // *Heart.* – 2000. – Vol. 84. – P. 595–598.

Поступила 01.02.07.

УДК 618.5 – 089.888.61.001.8

ДИСКУССИОННЫЕ ВОПРОСЫ АБДОМИНАЛЬНОГО РОДОРАЗРЕШЕНИЯ

И.Ф. Фаткуллин

Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав. – проф. И.Ф. Фаткуллин) Казанского государственного медицинского университета

Улучшение перинатальных исходов, оптимизация техники кесарева сечения (КС) и его анестезиологического обеспечения определили стремительный рост частоты абдоминального родоразрешения. В настоящее время в мире путем КС рождается каждый второй ребенок в Латинской Америке, каждый четвертый в США, каждый пятый в Англии, Франции, Германии, Австралии, каждый шестой в России и т.д. [2, 8]. Такое положение вызывает оправданную тревогу. Отражением этой обеспокоенности является решение Департамента здоровья США о снижении частоты КС как национального показателя до 15% к общему числу родов. Актуально ограничение частоты КС и для России, где при невысокой рождаемости увлечение операцией (мотивированное улучшением перинатальных показателей) чревато как снижением акушерского профессионализма, так и, возможно, изменением качества потомства, рожденного неэволюционным путем [3].

На современном этапе развития акушерства достаточно острым стал вопрос о необходимости пересмотра подходов к абдоминальному родоразрешению – разумному расширению показаний там, где оно будет способствовать улучшению перинатальных исходов, и снижению часто-

MECHANISMS OF DEVELOPMENT OF PERINATAL PATHOLOGY AND MORBIDITY OF ADULTS

V.I. Orlov, A.V. Orlov, V.V. Avrutskaya, T.A. Zamanskaya

Summary

In order to evaluate the mechanisms of development the perinatal and delayed pathologies in adults, dynamic hormonal, biochemical, genetic, immunological, microbiological, ultrasonic and doplerometric analysis were carried out on 1005 pregnant women. It was found that in case of complicated pregnancy, unrelated to the types of pathology, expression of analyzed factors had pathological character. It is suggested that in the protocol of pregnancy course the results of the serum indexes of vasculogenesis stimulators should be included.

ты КС в тех частых клинических ситуациях, где наши современные возможности позволяют сделать выбор в пользу естественных родов.

В настоящей работе представлены на обсуждение вопросы, при которых часто возникает дилемма между родами через естественные родовые пути и КС, а именно проблема родоразрешения при аномалиях родовой деятельности у беременных с рубцом на матке после КС и при преждевременных родах.

Слабость родовой деятельности. В современном акушерстве слабость родовой деятельности (СРД) является одним из наиболее частых показаний к абдоминальному родоразрешению. Вместе с тем частота КС при этом осложнении, по нашему мнению, существенно завышена. Резервы ее снижения заключаются в проведении мероприятий по профилактике аномалий родовой деятельности и отказе от применения устаревших подходов к ее индукции и регуляции. Увлечение амниотомией, гипердиагностика переносимости беременности, неоправданная дородовая госпитализация с последующими стандартными, часто ошибочными действиями являются факторами, предрасполагающими к развитию аномалий сократительной деятельности матки.

За период с 2002 по 2005 г. в нашей клинике было достигнуто снижение частоты КС при СРД с 25,4 до 10,0% при общем снижении перинатальной смертности с 10,8 до 2,06‰.

Исследования последних лет показывают, что именно исходное состояние шейки матки (степень ее зрелости) является наиболее веским фактором риска возникновения СРД [4]. Родовызывание при недостаточно зрелой шейке матки чревато акушерскими осложнениями и высокой частотой КС при плохих перинатальных показателях. Тщательный отбор и подготовка беременных для индукции родов там, где она показана, – первое условие предупреждения ятрогенных причин развития аномалий родовой деятельности и реальный фактор снижения частоты КС при СРД. Своего уточнения и развития с позиций современных знаний и возможностей требуют также вопросы терапии СРД. Отказ от длительной родостимуляции с применением окситоцина и простагландинов и использование других методов регуляции родовой деятельности является, на наш взгляд, достаточно перспективным.

В нашей клинике проходит апробацию методика комплексной терапии СРД с использованием растворов гидрооксэтилированных крахмалов (ГЭК). Она основана на предположении о том, что патогенез данного осложнения родов связан с недостаточностью объема крови, депонируемого в сосудистых резервуарах тела и шейки матки, а также с нарушениями микроциркуляции в миометрии [6]. Методика заключается в назначении внутривенной инфузии 500 мл 6% раствора ГЭК при развитии СРД. По завершении инфузии в зависимости от характера родовой деятельности и динамики степени раскрытия шейки матки решаются вопросы о назначении родостимуляции, спазмолитических средств эпидуральной анестезии. Анализ результатов начального этапа исследования (23 роженицы со СРД) свидетельствует о перспективности его продолжения. Отмечено сокращение длительности родостимуляции и количества утеротонических средств. В 21 случае роды завершились через естественные родовые пути с хорошими перинатальными исходами при сохранении их среднестатистической продолжительности (12 ч 40 мин $\pm$ 3 ч 20 мин у первородящих и 9 ч 30 мин $\pm$ 2 ч 15 мин у повторнородящих). В 5 случаях нормализация сократительной деятельности матки произошла на фоне введения препаратов ГЭК без применения утеротонических средств.

Рубец на матке после предыдущего кесарева сечения. Свыше 30% женщин, перенесших кесарево сечение, планируют повторную беременность и роды. Сегодня признается, что само по себе наличие рубца на матке после КС, выполненного в нижнем сегменте, не является показанием к повторной операции. При наличии профессиональных знаний и возможностей роды допустимы и возможны через естественные родовые пути в 25–70% случаях. Выбор способа родоразрешения определяется с учетом следующих факторов – состояния рубца, желания женщины, наличия повторяющихся или появления новых показаний к КС.

Оценка состояния рубца на матке – ключевая и сложная задача. В нашей клинике предложены следующие методы его оценки [1]. До беременности проводятся соноконстрастная ультразвуковая гистероскопия для визуализации внутренних контуров матки, а также по показаниям диагностическая гистероскопия или трансвезикальная биопсия рубца на матке с иммуногистологическим исследованием биоптатов на предмет завершенности репаративных процессов и качества рубца (преобладание нормального миометрия или соединительной ткани). Во время беременности детально изучаются анамнез (особенности первой операции, течение послеоперационного периода, наличие абортов, в частности в первый год после операции), исследуют состояние стенки матки в проекции рубца путем УЗИ – эндовагинальной эхографии при наполненном мочевом пузыре на сроках 20–24 недели беременности в общем протоколе УЗИ и дополнительно после 36 недель (период формирования нижнего сегмента) и далее при необходимости в динамике каждые 5–7 дней. В родах наблюдают за клиническими признаками несостоятельности рубца на матке, проводят ультразвуковой контроль за его структурой по методике МОНИИАГ (отсутствие изменений толщины нижнего сегмента матки при открытии маточного зева не менее 3 см).

В нашей клинике получены положительные результаты проведения вагинальных родов у 34 беременных с рубцом на матке с использованием цервикального геля простагландина Е2 для подготовки шейки матки (см. статью Р.И. Габидулиной, И.Ф. Фаткуллина, Л.Г. Шамсутдиновой в настоящем номере журнала). Главным условием безопасности и эффективности применения данной методики является тщательный отбор беременных с учетом качества рубца на матке. Медикамен-

тозная подготовка с использованием простагландина Е2 у женщин с незрелой шейкой матки – реальная альтернатива повторному кесареву сечению.

Согласие беременной – непереносимое условие для самопроизвольных родов. Необходимо признать правоту Г.М. Савельевой [5] в том, что врачи амбулаторного звена не должны определять способ родоразрешения и настраивать пациенток только на повторное чревосечение. Решение этого вопроса является прерогативой врача стационара. Профессиональная убежденность врача женской консультации в преимуществах естественных родов, доверие к коллегам, которые совместно с будущей матерью должны выбрать тактику родоразрешения, позволяют вселить женщине оптимизм и уверенность в благополучном исходе родов, оградить от лишнего и неоправданно завышенных страхов перед разрывом матки по рубцу.

Данные нашей клиники показывают, что *роды через естественные родовые пути могут быть рекомендованы каждой второй беременной. С учетом желания женщины они планируются у каждой третьей и у 75% из них завершаются самопроизвольными родами с благоприятным исходом.*

Преждевременные роды. Актуальна проблема выбора способа родоразрешения при преждевременных родах и методики операции кесарева сечения применительно к сроку гестации и массе плода. На кафедре акушерства и гинекологии №2 Казанского государственного медицинского университета совместно с кафедрой акушерства и гинекологии Российского государственного университета Дружбы народов внедрена методика кесарева сечения с извлечением маловесного плода в целом плодном пузыре [7]. Цель исследования – улучшение исходов беременности и родов для маловесных новорожденных и младенцев, рожденных путем кесарева сечения. Методика операции заключается в следующем. Матку вскрывают разрезом по Дерфлэру не нарушая целостности плодного пузыря. Далее хирург вводит руку в разрез на матке и отслаивает плодный пузырь от ее стенок с учетом расположения плаценты, затем подводит головку плода к ране и выводит его из полости матки. Плодный пузырь надрезают, и новорожденного укладывают на акушерский поднос. Следует отметить, что новорожденного необходимо выводить в целом плодном пузыре только до плечевого пояса, чтобы не вызвать отслойку плаценты. *Суть данного метода заключается в*

предупреждении травматизации шейного отдела позвоночника плода при извлечении его из полости матки благодаря созданию гидравлической защиты околоплодными водами.

По данной методике выполнено 11 операций кесарева сечения на сроках гестации 28–30 недель у 4 женщин, от 31 до 34 – у 5, от 35 до 37 – у 2. Показаниями к операции служили гестоз тяжелой и средней степени, прогрессирующая отслойка плаценты, несостоятельность рубца на матке, хроническая прогрессирующая внутриутробная гипоксия плода. Было проанализировано 30 историй родов и историй развития новорожденного при традиционных разрезах на матке и установлено, что длительность пребывания новорожденного в стационаре как на первом этапе выхаживания, так и на втором этапе меньше у детей, извлеченных из полости матки в целом плодном пузыре. Отдаленные результаты изучаются.

Разумеется, перечисленными вопросами круг дискуссии не ограничивается. В настоящее время пересматриваются те представления и подходы, которые удачно квалифицируются термином "акушерская агрессия". Разработка вечной проблемы кесарева сечения – неотъемлемая часть дальнейшей нашей работы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Габидуллина Р.И. Рубец на матке после кесарева сечения: хирургические и диагностические аспекты: Дисс. ... д-ра мед. наук. – Казань, 2004.
2. Густоварова Т.А., Иванян А.Н., Самедова Н.С. и др. // Росс. вестн. акуш.-гин. – 2006. – № 6. – С. 18–21.
3. Мишель Оден. Кесарево сечение: безопасный выход или угроза будущему? / Пер. с англ. – М., 2006.
4. Радзинский В.Е., Кузнецова О.А., Алиев И.А., Сохова З.М. // Акуш. и гин. – 2006. – №2. – С. 59–62.
5. Савельева Г.М., Караганова Е.Я., Курцер М.А. и др. // Акуш. и гин. – 2006. – №3. – С.3–7.
6. Савицкий Г.А., Савицкий А.Г. Биомеханика физиологической и патологической родовой схватки. – СПб, 2003.
7. Стрижаков А.Н., Лебедев В.А. Кесарево сечение в современном акушерстве. – М., 1998.
8. Чернуха Е.А. // Акуш. и гин. – 2005. – №5. – С. 8–12.

Поступила 23.01.07.

DEBATABLE ISSUES OF ABDOMINAL DELIVERY I.F. Fatkullin

Summary

The problem of making choice between physiological delivery and cesarian section was discussed. The role of labor abnormalities, uterine scar and premature birth risk on such choice was evaluated.