

© Л. Е. Петрова

ОПЫТ РАБОТЫ ПО ВЕДЕНИЮ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ С РУБЦОМ НА МАТКЕ В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ №16 САНКТ-ПЕТЕРБУРГА (С 1997 ПО 2006 ГОД)

СПБ ГУЗ Родильный дом №16

УДК: 618.2+618.4+618.5-089.888.61

■ **Обобщены результаты клинического опыта ведения беременности и родов у женщин с рубцом на матке за 10 лет. Проанализированы частота и исходы оперативного родоразрешения и родов через естественные родовые пути у женщин с рубцом на матке.**

■ **Ключевые слова:** беременность; родоразрешение; роды естественные; кесарево сечение; рубец на матке; беременности осложнения.

Посвящается моим учителям Е. Э. Хрусталевой, Т. И. Попониной и светлой памяти В. Ф. Кириченко

Введение

Особенностью современного перинатального акушерства является высокая частота операций кесарева сечения по относительным показаниям, чаще в интересах плода. Увеличивается также число реконструктивно-пластических операций на органах малого таза в связи с миомой матки и аномалиями полового аппарата. Эти факторы привели к росту числа женщин фертильного возраста, имеющих оперированную матку и желающих в дальнейшем иметь детей.

С одной стороны, современные технологии выполнения кесарева сечения создают условия для формирования полноценного рубца на матке, с другой стороны, не до конца разработаны критерии состоятельности рубца. В повседневной акушерской практике из-за опасности разрыва матки по рубцу, ввиду отсутствия полной уверенности в его полноценности, а зачастую психологической установки женщины на повторные оперативные роды, единственным и решающим показанием к повторной операции является наличие рубца на матке после предыдущего кесарева сечения.

Роды с рубцом на матке через естественные родовые пути как безопасная альтернатива повторному оперативному родоразрешению до настоящего времени остаются редким явлением. Неуклонный рост частоты операций кесарева сечения за последние годы, неблагоприятные демографические показатели в стране выдвигают эту проблему на одно из первых мест.

Родильный дом №16 г. Санкт-Петербурга с 1988 года работает по профилю внешней обсервации. Является учреждением высокого риска, где концентрируются женщины с акушерской, экстрагенитальной патологией, в том числе с инфекцией мочеполового тракта, венерическими болезнями, ВИЧ-инфицированные, необследованные, страдающие наркотической и алкогольной зависимостью. Так, экстрагенитальная патология отмечается в 60–70% случаев, около 1/3 — это патология почек и мочевыводящих путей. Инфекция полового аппарата специфической и неспецифической этиологии до 20%, хронические вирусные гепатиты до 18%, необследованные — от 10 до 30%.

Факты отсутствия несостоятельного рубца на матке у пациенток, поступивших в учреждение во II периоде родов (периоде изгнания) или в раннем послеродовом периоде с высокой степенью инфекционного риска, позволили в какой-то степени преодолеть страх перед родами с рубцом на матке. За эти годы накоплен определенный коллективный опыт по

Таблица 1

Динамика частоты кесарева сечения в родильном доме №16 г. Санкт-Петербурга

Год	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Общее число родов	3047	3118	3188	3774	4140	4355	4504	4287	3886	3989
% КС	9,16	8,27	8,03	8,43	8,79	9,07	8,19	6,22	8,08	7,05

Таблица 2

Причины предыдущего рубца на матке, %

Причины	Кесарево сечение	Миомэктомия	Перфорация матки	Тубэктомия с иссеч. маточного угла	Метропластика
Консервативная роды (родоразрешение через естественные родовые пути)	96,4	1,8	1,4	0,2	0,2
Оперативная роды (кесарево сечение)	97,4	0,9	0,6	0,2	0,9

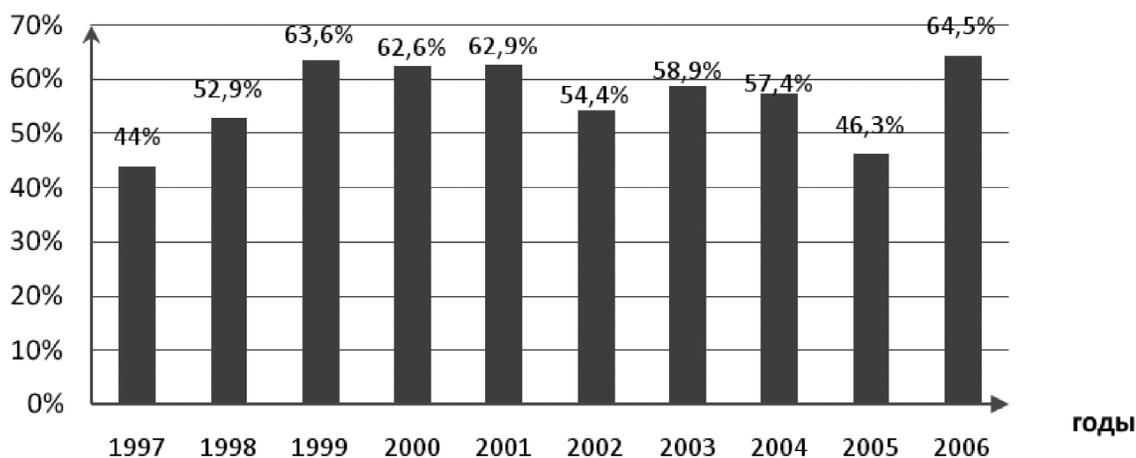


Диаграмма 1. Частота родоразрешения через естественные родовые пути при наличии рубца на матке за 10 лет в роддоме № 16 г. Санкт-Петербурга

ведению беременности и родов у женщин с рубцом на матке.

Нами проведен ретроспективный анализ ведения беременности и родов у женщин с рубцом на матке, родоразрешенных в родильном доме № 16 г. Санкт-Петербурга за 10 лет с 1997 по 2006 год. Клинический материал распределен на две группы: I (первая) — родоразрешенные через естественные родовые пути (615 женщин), II (вторая) — родоразрешенные повторно оперативным путем (466 женщин).

Полученные результаты и обсуждение

За 10 лет (1997–2006 гг.) проведены 1081 роды с рубцом на матке после оперативных вмешательств. Роды через естественные родовые пути проведены у 615 пациенток (56,9%), а посредством операции кесарева сечения закончились у 466 женщин (43,1%) (диагр. 1, табл. 1).

За исследуемый период частота родоразрешения через естественные родовые пути у женщин с рубцом на матке колебалась от 40 до 60%. Свыше 60% в 1999–2001 гг., а в 2006 г.

составил максимум 64,5%, в 2007 г. — 61,8%, в 2008 г. — 50%.

В 96,4% в группе женщин, родоразрешенных через естественные родовые пути, и в 97,4% случаев в группе оперативных родов рубец на матке был после предыдущего кесарева сечения. Причем у 169 пациенток (28,5%) консервативной группы и у 61 пациентки (13,4%) оперативной группы имело место кесарево сечение на малом сроке беременности по медицинским или социальным показаниям (табл. 2).

В каждой из этих групп были случаи, когда при предыдущей операции кесарева сечения производилась миомэктомия.

Миомэктомия как причина рубца на матке в группе консервативных родов в 2 случаях сочеталась с тубэктомией.

Тубэктомия с резекцией маточного угла проводилась в связи с эктопической беременностью, расположенной в интерстициальном отделе маточной трубы.

Метропластика заключалась в операции Штрассмана при двурогой матке либо в удалении рудиментарного рога матки.

Таблица 3

Основные показания к предыдущей операции кесарева сечения

Показания	Консервативные роды		Оперативные роды	
	Абс.	%	Абс.	%
Экстрагенитальная патология	26	4,2	42	9,0
Прерывание беременности по соц. и мед. показаниям	169	27,5	61	13,1
Слабость родовой деятельности	93	15,1	126	27,0
Тазовое предлежание плода	57	9,3	28	6,0
ПОНРП и предлежание плаценты	57	9,3	37	8,0
Гипоксия плода	54	8,8	46	9,9
Клинически узкий таз	21	3,4	26	5,6
Гестоз	26	4,3	33	7,1
Рубец на матке	17	1,1	64	13,7
Нет информации	70	11,4	51	11,0

Средний возраст женщин в группе консервативных родов с рубцом на матке составил 28,9 года, а в группе оперативных родов 29 лет, т. е. примерно одинаковый за счет того, что почти в равном значении преобладали женщины оптимального детородного возраста в консервативной группе родов по отношению к оперативной, где преобладали женщины старше 30 лет.

В группе консервативных родов в экстренном порядке поступило 387 женщин (62,9%), что почти в 2 раза превышало экстренную госпитализацию в оперативной группе. В то время как в группе оперативных родов преобладала плановая госпитализация у 310 пациенток (66,5%).

Ведение беременности у женщин с рубцом на матке и отбор женщин на роды через естественные родовые пути определялись оценкой обычных клинических критериев сформировавшегося рубца при отсутствии других показаний к кесареву сечению. К сожалению, ретроспективный анализ скудных анамнестических данных не позволил в полной мере оценить влияние множественных факторов, влияющих на качество заживления и формирования полноценного рубца.

Известно, что рубец после поперечного разреза в нижнем сегменте матки окончательно формируется в течение 1–2 лет. У большинства женщин как в консервативной группе, так и в оперативной группе интервал времени между предыдущим рубцом на матке и настоящими родами колеблется от 1 года до 10 лет. Пик наступления последующей беременности и родов в обеих группах приходится спустя 2–5 лет после перенесенной операции на матке. Ретроспективный анализ показал, что в этом же временном интервале больше всего было родов в оперативной группе с несостоятельностью рубца на матке. А из 5 случаев разрыва матки по рубцу в 3 случаях срок давности рубца составил 1 год.

Существуют разноречивые мнения о наличии или отсутствии зависимости между временем, которое прошло с момента операции, и состоятельностью рубца. По данным А. С. Слепых [10], с течением времени прогрессируют дегенеративные процессы в эластических волокнах и склеротические изменения в рубце и вокруг него, что приводит его к морфофункциональной неполноценности.

Немаловажное значение для суждения о состоятельности рубца на матке имеют показания к предыдущему кесареву сечению. Известно, что такие показания, как гестоз, аномалия родовой деятельности увеличивают частоту формирования несостоятельного рубца на матке [3]. Из таблицы 3 видно, что слабость родовой деятельности, клинически узкий таз, гестоз в 2 раза чаще встречались в группе женщин, повторно разрешенных оперативным путем. Лучшие результаты формирования состоятельного рубца на матке отмечались после предыдущего кесарева сечения, выполненного на малом сроке беременности.

Известно, что полноценная репарация тканей матки после предыдущего оперативного вмешательства зависела также от течения послеоперационного периода.

Гнойно-септические осложнения матки и передней брюшной стенки в группе оперативных родов встречались в 1,5–2 раза чаще после предыдущего кесарева сечения. Такие осложнения, как эндометрит, в случае адекватной терапии не являлись противопоказанием к самопроизвольным родам у женщин с рубцом на матке, так как приводят к быстрой ликвидации воспалительного процесса и не оказывают существенного влияния на объем и степень выраженности соединительной ткани в зоне рубца по мнению В. И. Краснопольского, Л. С. Логутовой [6, 8] (табл. 4).

Таблица 4

Операционные осложнения после предыдущего кесарева сечения

Осложнения	Консервативные роды		Оперативные роды	
	Абс.	%	Абс.	%
Анемия	20	3,3	16	3,4
Лихорадящее состояние	4	0,7	6	1,3
Воспалительная реакция крови	2	0,3	—	—
Осложнения со стороны передней брюшной стенки:	11	1,7	25	5,4
нагноение	8		11	
инфильтрат, серома	—		3	
расхождение швов	3		11	
Подапоневротическая гематома	—	—	1	0,2
Осложнения со стороны половых органов:	15	2,4	16	3,4
метроэндометрит	6		10	
субинвалюция матки	4		3	
гематома параметрия	—		1	
маточное кровотечение	4		1	
остатки плацентарной ткани	1		1	
Осложнения со стороны брюшной полости:	1	0,2	1	0,2
кишечная непроходимость	1		—	
эвентрация кишечника	—		1	
Перитонит, перфорация язвы 12 п/кишки	1	0,2	—	—
Ранение мочевого пузыря	2	0,3	—	—
Не знают	1	0,2	4	0,9
Итого	57	9,3	69	14,8

На морфофункциональное состояние миоэтриа и течение репаративных процессов оказывает также сопутствующая экстрагенитальная патология и осложнения беременности. Заболевания сердечно-сосудистой системы, ожирение, заболевания желудочно-кишечного тракта и бронхолегочного аппарата в 4 раза чаще отмечались в группе женщин, родоразрешенных абдоминальным путем. В этой же группе в 1,5 раза чаще встречались такие гестационные осложнения, как угроза прерывания беременности, анемия, гестоз. У 32,8% женщин консервативной группы и у 35,6% пациенток оперативной группы после предыдущего рубца на матке были искусственные аборты и выкидыши. У 9 женщин консервативной группы были 5-е по счету роды. Безусловно, выполнение операций на таком неблагоприятном фоне в условиях иммунодефицита, свойственного беременности, приводит к нарушению и обменных процессов и регенерации в области рубца [7].

Следует отметить, что прогноз родоразрешения через естественные родовые пути повышается в случае, когда предыдущее кесарево сечение проводилось в родах [4]. В группе консервативных родов в анамнезе до предыдущего рубца у 121 женщины (19,7%) были самопроизвольные роды, а в группе оперативных родов в 2,5 раза меньше — 3,9%. Также следует отметить, что

после предыдущего рубца в группе консервативных родов у 98 женщин (15,9%) следующие роды были через естественные родовые пути, в группе оперативных — лишь у 2 женщин.

Помимо анамнестических данных в определении состоятельности рубца на матке мы оценивали общего статуса, жалобы, также проводили пальпацию в области послеоперационного рубца через переднюю брюшную стенку с использованием метода Л. С. Персианинова, а при влагалищном исследовании пальпацию рубца через передний свод и тракцию за шейку матки, в родах — применение способа Н. Muller: исследующим пальцем, введенным за область внутреннего зева.

Одним из критериев оценки состоятельности рубца на матке и возможности родоразрешения через естественные родовые пути является степень зрелости шейки матки. Именно этот критерий в определении состоятельности рубца на матке считается важным в нашем учреждении и используется в практике, что подтверждается прямой корреляционной зависимостью между состоянием рубца на матке и степенью зрелости шейки матки [4, 10].

Оценка мягких родовых путей проводилась по классификации Г. Г. Хечинашвили: «незрелая», «созревающая», «не полностью созревшая» и «зрелая» [1, 2]. Ретроспективный анализ показал, что в 72,0–76,6% случаев в группах оперативных родов

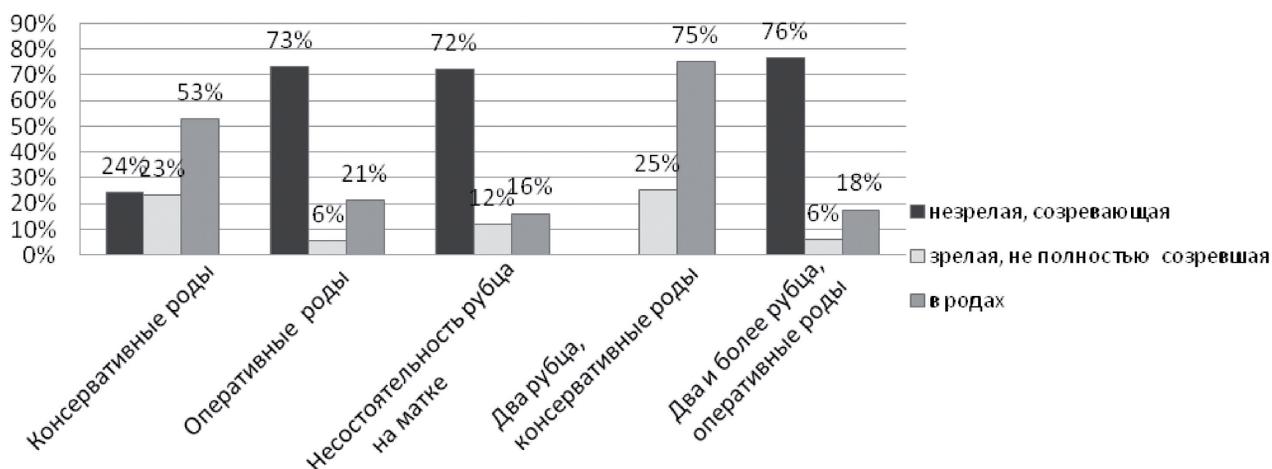


Диаграмма 2. Состояние мягких родовых путей

встречались «незрелая» и «созревающая» шейка матки. Наличие «зрелой» шейки у пациентки с оперированной маткой с большой вероятностью указывало на состоятельность рубца и реальную перспективу естественных родов (диагр. 2).

Одним из методов определения состоятельности рубца на матке является УЗ-исследование. Известно, что характер ангиогенеза в области рубца играет ведущую роль в течении репаративных процессов в миометрии. Отсутствие выраженной деформации в области рубца на матке, его равномерность, наличие локусов кровотока и отсутствие плаценты в области нижнего сегмента матки являются основными эхографическими критериями для выбора метода родоразрешения [1, 5, 9].

Ретроспективный анализ показывает, что в практике учреждения использование эхографии в диагностике состоятельности рубца на матке является дополнительным методом исследования. В группе консервативных родов УЗИ проводилось у 324 пациенток во время беременности и у 54 рожениц в родах (всего 378 случаев — 61,5%). Однако лишь в 229 случаях (37,2%) эти исследования носили информацию о состоянии нижнего сегмента матки. Толщина нижнего сегмента матки варьировала от 0,2 см (1 случай) до 0,8 см. В 7 случаях отмечались «ложноположительные» результаты: неровность контура нижнего сегмента, наличие гиперэхогенных включений, участки истончения.

В группе оперативных родов УЗИ проводилось у 385 беременных и у 21 роженицы — всего 406 исследований (87,1%), только в 266 случаях (57,1%) — имелась информация о состоянии нижнего сегмента матки. Толщина нижнего сегмента матки составляла от 0,3 см до 0,9 см, при-

знаки несостоятельности рубца были выявлены в 23 случаях (8,6%): резкое истончение на всем протяжении, наличие «ниш», экзогенных включений, неровность контура, утолщение.

Среди 25 случаев несостоятельности рубца на матке в оперативной группе родов УЗИ проводилось в 16 случаях, эхографические признаки несостоятельности рубца выявлены в 9 случаях (56,3%).

Невизуализируемый маточный рубец и рубец с преобладанием мышечной ткани считается признаком его анатомической и морфологической полноценности [1, 5, 6, 10]. Интраоперационно при ручном обследовании послеродовой матки в группе консервативных родов у 206 родильниц (33,5%) рубец не определялся, что свидетельствовало о полной мускуляризации рубца, у 245 родильниц (39,8%) — рубец прослеживался без особенностей. Т. е. в 73,3% случаев рубец был полностью состоятелен, и лишь в 111 случаях (18%) — определялся в виде «ниши», вогнутого валика, что свидетельствовало о его частичной мускуляризации.

В группе оперативных родов интраоперационно в 97 случаях (20,8%) каких-либо изменений выявлено не было. Только в 84 случаях (18%) были отмечены изменения следующего характера: соединительнотканый рубец с резким истончением, грубая рубцовая ткань, втянутый звездчатый рубец, наличие спаечного процесса в области нижнего сегмента матки, выраженное расширение вен нижнего сегмента матки.

Известно, что локализация плаценты по задней стенке и в области дна матки является благоприятным для формирования полноценного рубца на матке [11, 12]. Ретроспективный анализ не выявил существенной закономерности (табл. 5).

Таблица 5

Частота и нозологическая структура родов с рубцом на матке

Нозологическая форма	Консервативные роды		Оперативные роды	
	Абс.	%	Абс.	%
Срочные роды	526	85,6	410	88,0
Преждевременные роды	82	13,3	50	10,7
Запоздалые роды	7	1,1	6	1,3
Роды вне лечебного учреждения	12	2,0	1	0,2
Не обследованные	150	24,4	51	10,9
Первородящие	85	13,8	38	8,2
Первородящие старше 30 лет	9	1,5	10	2,2
Быстрые роды	42	6,8	—	—
Стремительные роды	5	0,8	—	—
Мертворождение	4	0,7	3	0,6
Аномалии полового аппарата	2	0,3	10	2,1
Двойня	2	0,3	2	0,4
Тазовое предлежание плода	9	1,5	31	6,7
Задний вид затылочного предлежания	17	2,8	19	4,1
Неправильное положение плода (поперечное, косое)	—	—	7	1,5
Неблагоприятное вставление (лицевое, задний ассинклитизм)	—	—	3	0,6
Крупный плод	51	8,3	29	6,2
Гигантский плод	1	0,2	4	0,9
Хроническая гипоксия плода	79	12,8	87	18,7
ЗВУР, гипотрофия плода, в т.ч. в сочетании с хр. гипоксией	43 12	7,0	31 11	6,7
Многоводие	37	6,0	32	6,9
Преждевременное излитие вод	144	23,4	97	20,8
Безводный промежуток >12 час.	19	3,1	10	2,1
Длительный б. п. > 18 часов	16	2,6	8	1,7
Хориоамнионит	6	1,0	2	0,4

В консервативной группе родов локализация плаценты по передней стенке матки отмечалась в 48,6% случаев, по задней — в 45,7%, а в оперативной группе с одинаковой частотой — 48,3%. Из 5 случаев разрыва матки по рубцу в 3 случаях плацента располагалась по задней стенке матки, а в 2 случаях имело место предлежание плаценты к рубцу. Низкое расположение плаценты с участками отслойки ее и резким истончением в области рубца на матке отмечалось в 2 случаях оперативных родов с несостоятельностью рубца. Расположение плаценты в области рубца является неблагоприятным фактором формирования несостоятельного рубца, причиной разрыва матки вследствие ферментативной активности ворсин хориона, разрушающих мышечную и соединительную ткани стенки матки.

Во всех 12 случаях родов вне лечебного учреждения проводилась операция ручного обследования полости матки. В 1 случае оперативных ро-

дов в учреждении гинекологического профиля операция кесарева сечения была проведена во II периоде родов при полном раскрытии маточного зева. Показанием к операции послужил рубец на матке, при осмотре нижнего сегмента изменений не было выявлено.

При родоразрешении через естественные родовые пути отмечались 4 случая мертворождения — антенатальной гибели плода вне лечебного учреждения, из них в 2 случаях роды были домашними. В группе оперативных родов — 3 случая мертворождения: в 2 случаях — антенатальная гибель плода вне лечебного учреждения и 1 случай — в лечебном учреждении. Показаниями к кесареву сечению на мертвом плоде послужили: при антенатальной гибели плода вне лечебного учреждения — 2 рубца на матке и гигантский плод в одном случае и поперечное положение плода во втором; а в случае антенатальной гибели плода в лечебном учреждении — отсутствие

эффекта от подготовки мягких родовых путей и обострение бронхиальной астмы.

В консервативной группе родов было 2 преждевременных родов двойней: масса детей составляла 2180 и 1980 г в одном случае и 990 и 1710 г в другом и тазовое предлежание второго плода.

Вес детей от 2500 до 4000 г в консервативной группе родов был в 78,3% случаев, в оперативной — 81,8% случаев. Крупные дети от 4000 г и более родились в 8,4% в консервативной группе (в 1 случае были роды гигантским плодом — 5040 г), в оперативной группе рождение крупных детей отмечалось в 6,2% случаев.

Принято, что крупный плод при наличии рубца на матке является показанием к повторной операции. Однако ретроспективный анализ показал, что при отсутствии признаков диспропорции между размерами таза матери и головкой плода при состоятельном рубце на матке роды проходят без осложнений.

Каждые 5-е роды с рубцом на матке в обеих группах осложнялись преждевременным излитием околоплодных вод. Длительный безводный промежуток от 18 часов до 4 суток чаще встречался в группе консервативных родов и в каждом третьем случае сочетался с клиническими проявлениями хориоамнионита. Роды с хронической внутриматочной гипоксией плода в оперативной группе встречались в 1,5 раза чаще, чем в консервативной, и в каждом третьем случае сочетались с задержкой внутриутробного развития плода.

Из 615 пациенток с оперированной маткой 312 женщин (50,7%) поступили в учреждение с родовой деятельностью, причем большая часть из них 35,9% — в активной фазе родов; в 12 случаях в раннем послеродовом периоде после родов вне лечебного учреждения. «Незрелая» и «созревающая» шейка матки была в 24,4% случаев, «зрелая» и «не полностью созревшая» — в 23,1%. Средний койко-день рододовой госпитализации составил 4,8 к/д. С целью подготовки мягких родовых путей к родам использовались спазмолитики, эстрогены-синестрол (с 2000 г. от отказались в связи с политикой учреждения на грудное вскармливание), лазер на шейку матки, ламинарные палочки в цервикальный канал. В регуляции сократительной деятельности матки в случаях патологического прелиминарного периода применялись и в настоящее время широко используются токолитические средства: бета-миметики, а при гипертензивных состояниях сернокислая магнезия. На фоне проводимой подготовки отмечалось созревание шейки матки и развивалась спонтанная родовая деятельность. Срок гестации к моменту родов до 37 нед. беременности — 13,3%, 37–40 нед. в 66,8% случаев, 40–41 нед. в 16,6% случаев, более 41 нед. — в 3,4%.

В 23 случаях проводилась индукция родов. В этой группе средний койко-день рододовой госпитализации несколько больше — 6,7 к/д. С целью родовозбуждения проводилась амниотомия, а в 7 случаях применялась инфузия простагландина F2A. Показаниями к родовозбуждающей терапии были: программированные роды, тенденция к перенашиванию, предвестники родов, вялотекущий гестоз, преждевременное излитие вод с длительностью безводного промежутка от 2 и до 4 суток. В группе индуцированных родов были 1 роды двойней, 1 роды с двумя рубцами на матке по настойчивому желанию женщины и в 1 случае роды гигантским плодом.

В нашей практике при полноценном рубце на матке и отсутствии признаков диспропорции между тазом матери и головкой плода при необходимости осторожно использовались утеротонические средства (простагландины, окситоцин) с индивидуальным подбором дозы препарата под кардиомониторным наблюдением за состоянием плода и сократительной деятельностью матки и общим состоянием роженицы.

При ведении консервативных родов с рубцом на матке не использовались многие виды обезболивания, чтобы не затруднять диагностику разрыва матки. В основном применялись ненаркотические анальгетики, спазмолитические средства, единичные случаи эпидуральной аналгезии, ингаляции закиси азота, предоставление медикаментозного сна-отдыха.

Срочных родов было 20, преждевременных — 4. На учете в женской консультации не состояло 10 женщин. С родовой деятельностью поступило 18 рожениц: 2 в латентной фазе родов, 16 рожениц в активной фазе родов, причем у 6 из них было полное раскрытие шейки матки. Эхографический скрининг проводился лишь в 7 случаях либо во время беременности, либо во время родов. Эхографических признаков несостоятельности рубца на матке не было выявлено. Локализация плаценты по задней стенке матки преобладала и отмечалась в 45,8% случаев. В 23 случаях родовая деятельность развивалась спонтанно, в 1 случае проводилось родовозбуждение с амниотомией. Во всех случаях родов с двумя и более рубцами на матке проводилась операция контрольного обследования полости матки: в 17 случаях (70,8%) рубец не определялся, в 6 случаях в виде «ниши», а в 1 — в виде двух параллельных «ниш». Вес детей составил в 3 случаях до 2500 г, в 15 случаях — в пределах 2500–3500 г, в 6 случаях — от 3500 до 3990 г.

Наличие двух и более рубцов на матке является абсолютным показанием к оперативному родоразрешению. Среди них встречаются сочетания

Таблица 6

Частота родов с двумя и более рубцами на матке

Число рубцов	Годы										Всего	
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006		
Конс. группа	2	3	3	4	3	–	2	3	2	2	1	23
	> 2	–	–	–	–	1	–	–	–	–	–	1
	Всего	3	3	4	3	1	2	3	2	2	2	24
Опер. группа	2	5	5	7	5	4	16	13	12	9	3	79
	> 2	–	–	1	1	2	–	–	3	–	–	7
	Всего	5	5	8	6	6	16	13	15	9	3	86

Таблица 7

Осложнения и оперативные вмешательства при ведении родов через естественные родовые пути с оперированной маткой

Название	Абс	%
Ручное обследование полости матки	562	91,4
Ручное отделение плаценты и выделение последа	14	2,5
Инструментальное обследование полости матки	1	0,2
Акушерские выходные щипцы	1	0,2
Амниотомия: с целью родовозбуждения	203	33,1
ранняя	16	
своевременная	111	
Перинеотомия	76	
Перинеотомия	319	51,9
Разрывы шейки матки: Первой степени	76	12,4
Второй степени	65	
Разрывы промежности: Первой степени	11	
Второй степени	4	0,7
Диагностическая лапаротомия (подозрение на разрыв матки)	2	0,3
Лапаротомия, ушивание разрыва матки по рубцу	2	0,3
Лапаротомия, надвлагалищная ампутация матки	1	0,2

рубцов — рубец после миомэктомии и кесарева сечения, после метропластики и кесарева сечения. В 23 случаях при наличии 2 рубцов на матке и в 1 случае при наличии 3 рубцов на матке роды произошли через естественные родовые пути. Во всех случаях это роды после предыдущих операций кесарева сечения, был ли это один рубец после двух (трех) кесаревых сечений, или два (три) рубца после кесарева сечения, не представляется возможным (табл. 6).

Роды с 3 рубцами на матке через естественные родовые пути — крайне редкое явление. Мы наблюдали их в 3 случаях. Давность рубцов — 12, 10 и 3 года. Первые 2 рубца после кесарева сечения крупными плодами, последний рубец после малого кесарева сечения. Не обследована. Поступила в активной фазе родов с раскрытием маточного зева 6 см. Вес ребенка 3990 г, оценка по шкале Апгар 8–9 бал-

лов, интраоперационно рубец определялся как состоятельный.

Роды с двумя и более рубцами на матке в группе оперативных родов (86 случаев) встречались более чем в 3 раза чаще по сравнению с группой консервативных родов. У 15 женщин абдоминальное родоразрешение проводилось в родах (в 12 случаях в латентной и в 3 случаях в активной фазе родов). УЗ-исследование проводилось в 52,3% случаев. Эхографические признаки несостоятельности рубца на матке были выявлены лишь в 5 случаях, а интраоперационно в 21 случае (24,4%) отмечались выраженные изменения в области нижнего сегмента матки. В 13 случаях (15%) отсутствовали какие-либо изменения в области нижнего сегмента матки, что говорит о полноценности рубца.

Операция ручного обследования полости матки проводилась у 562 пациенток (91,4%). В 14 случа-

Таблица 8

Показания к абдоминальному родоразрешению в группе оперативных родов

Показания	Плановые операции		Экстренные операции	
	Абс.	%	Абс.	%
Гипоксия плода	–	–	53	18,7
Прелиминарный период, «незрелая» шейка матки	–	–	18	6,3
Слабость родовой деятельности	–	–	31	10,9
Преждевременное излитие вод, «незрелая» шейка матки	–	–	50	17,6
«Незрелая» шейка матки к сроку родов, тенденция к перенашиванию	57	31,3	–	–
Экстрагенитальная патология	24	13,2	9	3,2
Два и более рубца на матке	36	19,8	37	13,0
Несостоятельность рубца на матке	–	–	25	8,8
Гестоз	11	6,4	10	3,5
Анатомически узкий таз	10	5,5	4	1,4
Тазовое предлежание плода	9	4,9	14	4,9
Первородящая старше 30 лет	6	3,3	4	1,4
Крупный плод	6	3,3	3	1,1
Мертворождение в анамнезе	7	3,8	4	1,4
Тяжелая соматическая и АГ-патология	8	4,4	6	2,1
Отслойка плаценты	–	–	2	0,7
Предлежание плаценты	1	0,5	–	–
Выпадение петель пуповины	1	0,5	4	1,4
Неправильные положения плода, неблагоприятные вставления головки	2	1,0	7	2,5
Острый живот	–	–	2	0,7
Рубцовая деформация шейки матки	3	1,6	1	0,4
Ректовагинальный свищ	1	0,5	–	–
Итого	182	100,0	284	100,0

яч имело место плотное прикрепление плаценты, в 1 случае — истинное приращение плаценты в области рубца. В 44 случаях (7,2%) операция ручного обследования не проводилась, так как с 2003 года в учреждении принята тактика не проводить операцию ручного обследования полости матки в случаях, когда после предыдущего оперативного родоразрешения были влагалищные роды, имея ввиду, что рубец при этом состоятельный. Все случаи разрывов промежности были среди родов вне лечебного учреждения. Операция наложения выходных акушерских щипцов была в одном случае по заключению окулиста.

В группе оперативных родов (466 женщин с рубцом на матке) в плановом порядке путем операции кесарева сечения поперечным разрезом в нижнем сегменте матки было родоразрешено 182 пациентки (39,1%), в экстренном порядке 284 женщины (60,9%). Интраперитонияльное кесарево сечение было выполнено в 72,2% случаев, а экстраперитонияльное кесарево сечение в 29,8%. Высокий % экстраперитонияльного кесарева се-

чения за исследованный период объясняется активным внедрением и освоением этой методики.

Ретроспективный анализ показал, что абдоминальное родоразрешение как в плановом, так и в экстренном порядке было выполнено в большей части по относительным акушерским показаниям со стороны матери или плода (гипоксия плода, тазовое предлежание, гестоз, крупный плод, слабость родовой деятельности) (табл. 8).

Рубец на матке послужил показанием к операции кесарева сечения лишь в случае двух и более рубцов на матке и несостоятельности рубца.

В учреждении практикуется госпитализация женщин с рубцом на матке (если нет дополнительных показаний) в 38–39 нед. беременности. При наличии показаний к абдоминальному родоразрешению кесарево сечение планировалось ближе к сроку родов. В других случаях после комплексной оценки анамнестических, клинических, эхографических признаков состоятельности рубца, а также оценки общего и акушерского статуса проводится отбор женщин на роды через естественные родо-

вые пути. В 72,3% случаев в оперативной группе родов при поступлении отмечалась «незрелая» и «созревающая» шейка матки. Срок гестации к моменту родов в этой группе составлял до 37 нед. беременности 10,7%, 37–40 нед. — 75,8%, 40–41 нед. — 11,6%, более 41 нед. — 1,9%. Если на фоне проводимой подготовки организма к родам к 39–40 нед. беременности (в некоторых случаях в 40–41 нед.) не происходило созревание шейки матки, это служило показанием к оперативному родоразрешению в плановом порядке.

У 108 (23,2%) пациенток оперативной группы начавшиеся роды через естественные родовые пути были закончены путем операции кесарева сечения в экстренном порядке. Спонтанное развитие родовой деятельности отмечалось в 85,2% случаев. Более половины из них поступили на роды в экстренном порядке, у 15 женщин было 2 рубца на матке. Индуцированные роды проводились 16 женщинам (амниотомия, инфузия простагландина F2a). Показания к экстренному кесареву сечению возникали при изменении акушерской ситуации: гипоксии плода, появлении примеси мекония в околоплодных водах, первичной или вторичной слабости родовой деятельности, отсутствия эффекта от родовозбуждения, абсолютным и относительным показаниям.

Ретроспективный анализ клинического материала показал, что разрыв матки по рубцу в общем количестве родов с оперированной маткой составил 0,5% (5 случаев), что сопоставимо с зарубежными данными.

В одном случае (0,1%) полный разрыв матки по рубцу произошел во время беременности. Давность рубца — 1 год после эктопической беременности в интерстициальном отделе маточной трубы. При этом имело место предлежание плаценты к рубцу. Беременная поступила в учреждение с клиникой внутрибрюшного кровотечения. Ребенок извлечен путем операции кесарева сечения весом 3022 г, оценка по шкале Апгар 7–8 баллов, объем операции — ушивание раны в области маточного угла, объем кровопотери 1600 мл.

В 4 случаях (0,4%) разрыв матки произошел во время родов.

Случай 1. Давность рубца — 6 лет после реконструктивно-пластической операции по Штрассману. Поступала в экстренном порядке во II периоде родов с полным раскрытием шейки матки. Вес плода — 3370 г. Оценка по шкале Апгар 8–9 баллов. Последовый период осложнился последовым кровотечением. На операции ручного обследования полости матки выявлено предлежание плаценты к рубцу и истинное ее вращение с дефектом по ходу рубца. Производилась лапаротомия, надвлагалищная

ампутация матки без придатков, объем кровопотери 1600 мл.

Случай 2. Давность рубца 1 год после кесарева сечения по поводу тазового предлежания плода. Поступала с «созревающей» шейкой матки, через 2 дня самостоятельно вступила в роды. В периоде изгнания применяли метод Кристеллера. Вес ребенка 2980 г, оценка по шкале Апгар 8–9 баллов. Диагностика полного разрыва матки по старому рубцу на операции ручного обследования полости матки. Производилась лапаротомия, ушивание линейного разрыва матки по старому рубцу, объем кровопотери 600 мл.

Случай 3. Давность рубца 1 год после кесарева сечения по заключению окулиста. Поступала в связи с длительным безводным промежутком, при сроке беременности 32 недели. Шейка матки «зрелая». Самостоятельно вступила в роды, вес ребенка 1750 г, оценка по шкале Апгар 5–7 баллов. Во время операции ручного обследования полости матки выявлена «глубокая ниша». Производилась диагностическая лапаротомия, имелась ретровезикальная гематома небольших размеров, накладывались гемостатические швы. Объем кровопотери 400 мл.

Случай 4. Давность рубца 6 лет после кесарева сечения по поводу клинически узкого таза. Поступала с «созревающей» шейкой матки. Самостоятельно вступила в роды, с целью усиления родовой деятельности получала внутривенное введение энзапроста. Вес ребенка 3740 г, оценка по шкале Апгар 8–9 баллов. Диагностика во время операции ручного обследования полости матки, «глубокая ниша». Диагностическая лапаротомия, небольших размеров ретровезикальная гематома, наложены гемостатические швы. Кровопотеря 450 мл.

Ни в одном из этих случаев не было эхографических данных о состоянии нижнего сегмента матки.

Важное значение имеет состояние новорожденных после естественных родов у женщин с рубцом на матке. Большая часть новорожденных (94,8%) родились в удовлетворительном состоянии. 3,7% родились в состоянии асфиксии средней степени тяжести. В этой группе новорожденных преобладали недоношенные дети. В 1,5% случаев родились дети в состоянии тяжелой асфиксии как среди доношенных, так и недоношенных детей.

Выводы

1. Отбор женщин с рубцом на матке для естественного родоразрешения должен проводиться строго индивидуально с оценкой всех факторов риска формирования неполноценного рубца: анамне-

- стических, клинко-эхографических, с оценкой общего и акушерского статуса. Заключение о методе родоразрешения должно быть обязательно согласовано с пациенткой.
2. Предлежание плаценты к рубцу на матке является неблагоприятным фактором, свидетельствует о несостоятельности рубца и требует родоразрешения пациентки оперативным путем.
 3. Степень зрелости шейки матки с большой степенью вероятности указывает на состоятельность рубца на матке.
 4. Ретроспективный анализ клинического материала показал, что в 53,5% случаев родов у женщин с рубцом на матке отмечалась полная состоятельность рубца, а практически значимая степень состоятельности рубца достигала 70%.
 5. Полученные результаты достоверно показывают, что риск разрыва матки по рубцу несколько преувеличен, роды через естественные родовые пути с рубцом на матке не только возможны, но и являются относительно безопасной альтернативой повторной операции кесарева сечения.
6. *Краснопольский В. И., Логутова Л. С., Булаева С. Н.* Репродуктивные проблемы оперированной матки. — М.: Миклош, 2005.
 7. *Левашова И. Н., Мареева Л. С.* Проблемы кесарева сечения в современном акушерстве // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. — 1995. — Т. 1, № 3. — С. 23–30.
 8. *Логутова Л. С.* Оптимизация кесарева сечения (медицинские и социальные аспекты): автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М.: 1996. — 48 с.
 9. Морфофункциональная оценка нижнего сегмента матки в конце физиологической беременности и у беременных с рубцом / Айламазян Э. К. [и др.] // Журнал акушерства и женских болезней. — 2006. — Т. LV, вып. 4. — С. 11–17.
 10. *Слепых А. С.* Абдоминальное родоразрешение. — Л.: Медицина, 1986. — 190 с.
 11. *Фомичева Л. В.* Беременность и роды после кесарева сечения: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Омск, 1996.
 12. *Чернуха Е. А.* Родовой блок: руководство для врачей. — 3-е изд. — М.: Триада-Х, 2005. — 712 с.

Статья представлена Т. У. Кузминых,
НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта СЗО РАМН,
Санкт-Петербург

Литература

1. Акушерство: национальное руководство / ред. Э. К. Айламазян [и др.]. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 1200 с.
2. Акушерство: учебник для медицинских вузов / Э. К. Айламазян [и др.]. — СПб.: Спец. Лит., 2007. — 528 с.
3. *Боровкова Л. В.* Рациональная тактика ведения беременности и выбор метода родоразрешения у женщин, перенесших операцию кесарева сечения: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Иваново, 1994.
4. *Гайдуков С. Н., Атласов В. О.* Кесарево сечение: прошлое и настоящее. — СПб.: Изд-во Европейский дом, 2007. — 80 с.
5. *Густарова В. А., Иванян А. Н.* Беременность и роды у женщин с рубцом на матке после кесарева сечения. — Смоленск, 2007.

CLINICAL EXPERIENCE IN MANAGEMENT OF PREGNANCY AND LABOR IN WOMEN WITH UTERINE CICATRICES IN MATERNITY HOSPITAL №16 ST.-PETERSBURG (WITH 1997 FOR 2006)

Petrova L. E.

■ **Summary:** There are given generalized results of ten years' clinical experience in management of pregnancy and labor in women with uterine cicatrices after cesarean section. The rate and outcomes of operative delivery and vaginal birth in women with uterine scar are analyzed.

■ **Key words:** pregnancy; delivery; childbirth natural; Cesarean section; cicatrix uterus; pregnancy of complication.

■ Адреса авторов для переписки

Петрова Людмила Евгеньевна — заведующая родильным отделением, врач акушер-гинеколог.
СПБ ГУЗ Родильный дом № 16.
192283, Санкт-Петербург, М. Балканская ул., 54.
E-mail: roddom16zdrav.spb.ru.

Petrova Lyudmila Evgenjevna — head delivery room.
Maternity hospital № 16.
192283, St.-Petersburg, M. Balkanskaja st. 54
E-mail: roddom16zdrav.spb.ru.