

Опыт родоразрешения беременных с рубцом на матке после кесарева сечения

Р. И. ГАБИДУЛЛИНА, Л. Р. ШАЙХУТДИНОВА, Ф. А. МИФТАХОВА, Л. Г. ШАМСУТДИНОВА.

Кафедра акушерства и гинекологии № 2 КГМУ (заведующий — профессор И. Ф. Фаткуллин).

Ультразвуковое направление в акушерстве приводит к увеличению числа женщин с оперированной маткой и создает проблему ведения беременности и родов у этого контингента женщин высокого риска по развитию акушерской и перинатальной патологии [1]. К сожалению, повторное кесарево сечение является ведущим методом родоразрешения у беременных с рубцом на матке [3]. Высокая частота материнской и детской заболеваемости и смертности при повторной операции, которая в 10–26 раз выше, чем при родах через естественные родовые пути, объясняет возросший интерес к естественному родоразрешению [2].

За период с 1999 по 2002 под наблюдением находились 183 беременные с рубцом на матке после кесарева сечения, из них два рубца имели 12 женщин. У 40 (21,9%) пациенток беременность завершена родами через естественные родовые пути (1-я группа). Повторные операции в связи с несостоятельностью рубца на матке выполнены у 20 (10,9%) (2-я группа). Остальным 123 пациенткам (67,2%) повторное кесарево сечение произведено по относительным показаниям (3-я группа). Средний возраст пациенток, родивших самостоятельно, достоверно отличался от возраста пациенток 2-й и 3-й групп и составил соответственно $28,1 \pm 0,9$, $29,2 \pm 1,1$ и $30,0 \pm 1,0$ лет ($p < 0,05$).

Способ родоразрешения определяли на основании детального изучения анамнеза (сведения о предшествующей операции, течении послеоперационного периода, наличии аборт), течения настоящей беременности, клинического и эхографического состояния рубца, состояния беременной и внутриутробного плода, желания и добровольного информированного согласия женщины на способ родоразрешения.

Показания к первому кесареву сечению между группами в целом не отличались: преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, аномалии родовой деятельности, не поддающиеся медикаментозной терапии, дистресс плода, гестоз тяжелой степени, тазовое предлежание в сочетании с массой тела плода более 3600 г. Вместе с тем, следует отметить, что в группе женщин, родивших через естественные родовые пути, в анамнезе показанием к кесареву сечению достоверно чаще ($p < 0,05$) являлась отслойка нормально расположенной плаценты (37,5%).

Методика первого кесарева сечения в основном включала поперечный разрез матки в нижнем сегменте по Гусакову. У 5 пациенток был произведен корпоральный разрез на матке. Для восстановления рассеченной стенки матки у большинства пациенток применялся двухрядный шов с использованием кетгута.

Интра- и послеоперационные осложнения в анамнезе достоверно чаще ($p < 0,05$) встречались во 2-й группе и составили 30%, в том числе гнойно-септические — 15%.

Период после кесарева сечения до следующих родов составил в среднем $4,7 \pm 0,3$ года. Аборты в этот период в анамнезе имели 21,3% женщин и только у женщин с несостоятельным рубцом они были выполнены в течение первого года после операции. Очевидно, выскабливание стенок полости матки неблагоприятно влияет на процесс заживления рубца.

Эти результаты подтверждают полученные нами ранее данные морфологического исследования рубцов на матке. У женщин с несостоятельными рубцами, у

которых при морфологическом исследовании интраоперационных биоптатов преобладали элементы соединительной ткани, в анамнезе имелись сведения о гнойно-септических осложнениях в раннем послеоперационном периоде и абортах в течение первого года после операции. Таким образом, женщины с оперированной маткой особенно нуждаются в профилактике послеоперационных осложнений и надежной контрацепции.

Проводился анализ частоты осложнений у беременных с рубцом на матке. Наиболее частой и опасной являлась угроза прерывания. Частота этого осложнения в 1-й группе составила 47,5%, во 2-й — 55%. Необходимо указать, что под маской угрозы прерывания беременности могут проявляться ранние признаки несостоятельности рубца на матке [4]. В дифференциальной диагностике важное значение имеет характер болей. При несостоятельности рубца локальная в проекции рубца на матке.

В комплекс обследования включали эндовагинальную эхографию матки в проекции рубца при наполненном мочевом пузыре. Толщина стенки матки в области рубца во втором триместре составила $6,1 \pm 0,6$, $4,5 \pm 0,9$ и $8,5 \pm 2,2$ мм в 1-й, 2-й и 3-й группах соответственно. Ультразвуковой контроль проводили в динамике через 5–7 дней. Также диагностическим критерием являлось исчезновение болей при эффективной терапии, направленной на сохранение беременности. Наблюдение за беременной и лечение угрозы прерывания проводили в условиях стационара. При эффективности терапии беременных выписывали под наблюдение врача женской консультации. При наличии признаков несостоятельности рубца беременные оставлялись в клинике до родоразрешения. Это позволило доносить беременность 55% женщин, остальные были родоразрешены на сроках 28–37 недель.

При неосложненном течении беременности плановая госпитализация проводилась на сроке 37–38 недель беременности. После комплексного обследования консилиум определял способ родоразрешения. Критериями для родов через естественные родовые пути являлись клиническая и эхографическая состоятельность рубца на матке, подготовленность родовых путей, желание и добровольное информированное согласие женщины. К клиническим критериям состоятельности рубца относились отсутствие жалоб на боли внизу живота, а при наличии родовой деятельности — вне схватки, отсутствие локальной болезненности нижнего сегмента матки в проекции рубца, отсутствие ниш и истончений. Пальпация нижнего сегмента проводилась как через переднюю брюшную стенку, так и при влагалищном исследовании. Возможность пальпации швов и родничков плода через передний свод влагалища свидетельствовала об истончении рубца и расценивалась как его несостоятельность, что было подтверждено интраоперационно.

Эндовагинальное ультразвуковое исследование являлось обязательным компонентом обследования беременных с рубцом на матке. В задачи УЗИ входило определение состояния рубца (равномерность, однородность, наличие дефектов виде «ниш»), толщины нижнего сегмента матки и наличие обвития пуповины вокруг шеи плода. При двукратном и более обви-

Опыт родоразрешения беременных с рубцом на матке после кесарева сечения

Продолжение. Начало на 33-й стр.

тии пуповины выбор был в пользу оперативного родоразрешения.

Результаты эхоскопии совпали с интраоперационными данными в 85,1% случаев. Ложноположительные результаты, когда при неудовлетворительных эхографических данных нижний сегмент на операции был без особенностей — в 7,1%. И ложноотрицательные, когда несостоятельный рубец на операции явился случайной находкой, — в 7,8% случаев.

К эхографическим признакам несостоятельности рубца относились: толщина нижнего сегмента матки менее 3 мм («тонкий рубец») или более 8 мм («толстый рубец»), неравномерность толщины нижнего сегмента, неоднородность миометрия в области рубца, истончение рубца при динамическом УЗ наблюдении.

По данным Л. С. Логутовой и соавт. [3], наиболее достоверные сведения о рубце на матке можно получить в 37-38 недель беременности. В наших исследованиях также проводилось исследование после 36 недель, когда формировался нижний сегмент на матке. Толщина нижнего сегмента в проекции рубца на 36-40-й неделях беременности составила в среднем в 1-й группе $5,5 \pm 0,5$ мм, во 2-й — $4,5 \pm 1,1$ мм и в 3-й группе — $6,4 \pm 0,8$ мм ($p > 0,05$). В родах эхографическую состоятельность рубца определяли по методике МОНИИАГ (отсутствие изменения толщины нижнего сегмента матки или его утолщение на схватке при открытии маточного зева не менее 3 см).

Из 183 беременных с рубцом на матке после всестороннего обследования на роды через естественные родовые пути были запланированы 68 пациенток, из них родили 40 (58,8%). Остальные были оперированы по акушерским показаниям, предвидеть которые до родов было трудно. В связи начавшимся разрывом рубца экстренное родоразрешение было проведено 1 пациентке.

Предпочтение отдавалось самопроизвольным родам. По данным литературы, продолжительность родов и частота осложнений при самопроизвольных родах ниже, чем при программированных [3].

Роды у женщин с рубцом на матке проводили при постоянном присутствии опытного акушера-гинеколога и 15-минутной готовности к развертыванию операционной. Ультразвуковой контроль состояния рубца проводился как минимум дважды.

Длительность родов составила в среднем 7 часов 40 минут. У 17% рожениц при слабости родовой деятельности был применен окситоцин в индивидуально подобранной дозе. Лишь 1 пациентка была оперирована в родах при неэффективности медикаментозной терапии.

В раннем послеродовом периоде в оценке состояния рубца отдавали предпочтение ультразвуковому исследованию, чем контрольному ручному обследованию полости матки. Величина кровопотери в среднем составила $233 \pm 3,6$ мл.

Послеродовый период протекал без осложнений у 92,5% родильниц, средний койко-день составил $4,9 \pm 0,5$ суток.

Показания к повторному кесареву сечению были разделены на 3 группы. К стабильным были отнесены те показания, по которым была выполнена и первая операция (экстрагенитальные заболевания, анатомически узкий таз II степени, опухоли и деформации таза, диатермоконизация шейки матки и т.д.). Вторая группа была связана с акушерскими показаниями, возникшими при беременности (предлежание плаценты, ги-

потрофия, гипоксия плода, предлежание петли пуповины, крупный плод, тазовое предлежание плода и т.д.). 26,8% беременных были оперированы в связи отказом от родов через естественные родовые пути. Абсолютными показаниями к повторной операции, связанными с наличием рубца, явились 2 рубца на матке после кесарева сечения, корпоральный рубец, несостоятельность рубца.

Анализ интра- и послеоперационных осложнений показал, что у 21,7% пациенток был выраженный спазмичный процесс в малом тазу. Вследствие расслоения и разрывов нижнего сегмента у 5 пациенток потребовались дополнительные швы на матке. Послеоперационный период протекал с осложнениями у 27,9% родильниц. Выписка проводилась в среднем через $8,8 \pm 0,6$ суток после операции.

Проводился сравнительный анализ состояния новорожденных. По шкале Апгар новорожденные от матерей, родивших через естественные родовые (пути), были оценены на первой минуте в среднем на $7,7 \pm 0,4$ балла, что достоверно превышает показатели детей, родившихся путем кесарева сечения — $6,7 \pm 0,8$ и $6,9 \pm 0,7$ баллов во второй и третьей группе соответственно. На пятой минуте состояние новорожденных по шкале Апгар в группах достоверно не отличалось и составило $8,4 \pm 0,3$ балла. В процессе самопроизвольных родов ни один новорожденный не погиб, у 1 была выявлена врожденная дисплазия тазобедренного сустава, у 1 ребенка развилась ГБН легкой степени вследствие изоиммунизации по ABO-системе. В группе детей, рожденных оперативным путем, родовая травма ЦНС была диагностирована у 4 новорожденных, асфиксия различной степени тяжести — у 4, ЗВУР — у 3, пневмопатия — у 4 и везикулоступул — у 2, пороки развития — у 2 детей. Частота заболеваний новорожденных в этой группе составила 13,3%.

Таким образом, при состоятельном рубце на матке, удовлетворительном состоянии матери и внутриутробного плода, роды через естественные родовые пути у беременных с рубцом на матке не только возможны, но и предпочтительны. Повторное кесарево сечение ведет к возникновению интра- и послеоперационных осложнений, увеличивает детскую заболеваемость. Вместе с тем, родоразрешение беременных с рубцом на матке через естественные родовые пути должно проводиться под постоянным наблюдением опытного акушера-гинеколога в специализированных акушерских стационарах.

Литература

1. Краснопольский В. И., Логутова Л. С. Альтернативное родоразрешение при наличии относительных показаний к кесареву сечению // Журнал акушерства и женских болезней. — 2000. — № 1. — С. 88-91.
2. Краснопольский В. И., Мареева Л. С., Шалаев О. Н. и др. Опыт родоразрешения беременных с оперированной маткой // Акушерство и гинекология. — 1994. — № 6. — С. 41-45.
3. Логутова Л. С., Левашова И. И., Гурьева В. М. Родоразрешение беременных с рубцом на матке после кесарева сечения // Российский медицинский журнал. — 1997. — № 5. — С. 24-28.
4. Стрижаков А. Н., Лебедев В. А. Современные подходы к выбору рациональной тактики ведения беременности и родов у женщин с рубцом на матке // Акушерство и гинекология. — 1991. — № 2. — С. 8-45.