

УДК 618.4:616 055.2:616 003.92:618.214:312.1

Член-корреспондент АН Республики Таджикистан М.Ф.Додхоева, М.Ф.Давлятова  
**ПОВТОРНОЕ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ КАК МЕТОД РОДОРАЗРЕШЕНИЯ  
БЕРЕМЕННЫХ С РУБЦОМ НА МАТКЕ**

На современном этапе родоразрешение беременных с рубцом на матке возможно посредством повторного кесарева сечения, либо через естественные родовые пути.

Известно, что все беременные с рубцом на матке угрожаемы по разрыву матки во время родов, и страх, возникающий по этому поводу, обуславливает преимущественное их родоразрешение оперативным методом. В результате этот контингент беременных еще больше увеличивает частоту оперативных родов, в связи с чем в последние годы в структуре показаний к кесареву сечению рубец на матке занимает одно из первых мест [1,2].

Повторное кесарево сечение является технически сложным оперативным вмешательством [1-4]. При его производстве возникают затруднения в момент вскрытия брюшной полости, при рассечении матки, при выведении головки плода или при зашивании раны матки. Они могут быть обусловлены наличием спаянного с подлежащими тканями передней стенки живота, внутрибрюшными спайками, осложняющими доступ к матке. В результате изменения нормальных анатомических взаимоотношений при повторном кесаревом сечении нередкими осложнениями являются ранения мочевого пузыря и кишечника.

В связи с повышенной кровопотерей, сниженной сократительной способностью матки, склеротическими изменениями в ней риск возникновения послеоперационных осложнений увеличивается в 2-3 раза [3,4].

Таким образом, высокая частота осложнений повторного кесарева сечения требует от акушера более осторожного отношения к этой операции [1,2].

Настоящее исследование предпринято с целью выявления частоты повторного кесарева сечения и изучения особенностей производства повторного кесарева сечения как метода родоразрешения беременных с рубцом на матке.

#### **М а т е р и а л и м е т о д ы**

С целью установления частоты повторного кесарева сечения был проведен ретроспективный анализ 447 историй родов беременных и рожениц с рубцом на матке за 9 лет (1995 – 2003 гг.) на базе городского родильного дома № 3 г. Душанбе и проспективное наблюдение за 94 беременными с рубцом на матке, 60 из которых впоследствии было произведено повторное кесарево сечение. Группу сравнения составили 31 беременная, подвергшиеся кесареву сечению впервые.

#### **Р е з у л ь т а т ы и о б с у ж д е н и е**

Как видно из рис. 1, наблюдался ежегодный рост частоты родоразрешения путем кесарева сечения. Если в 1995 г. она составляла 2,5% , то к 2003 г. возросла в 2 раза и со-

ставила 5%. Соответственно наблюдается и рост частоты повторного кесарева сечения. Если в 1995 г. она равнялась 0,6%, то к 2003 г. возросла в 3 раза и составила 1,8%.

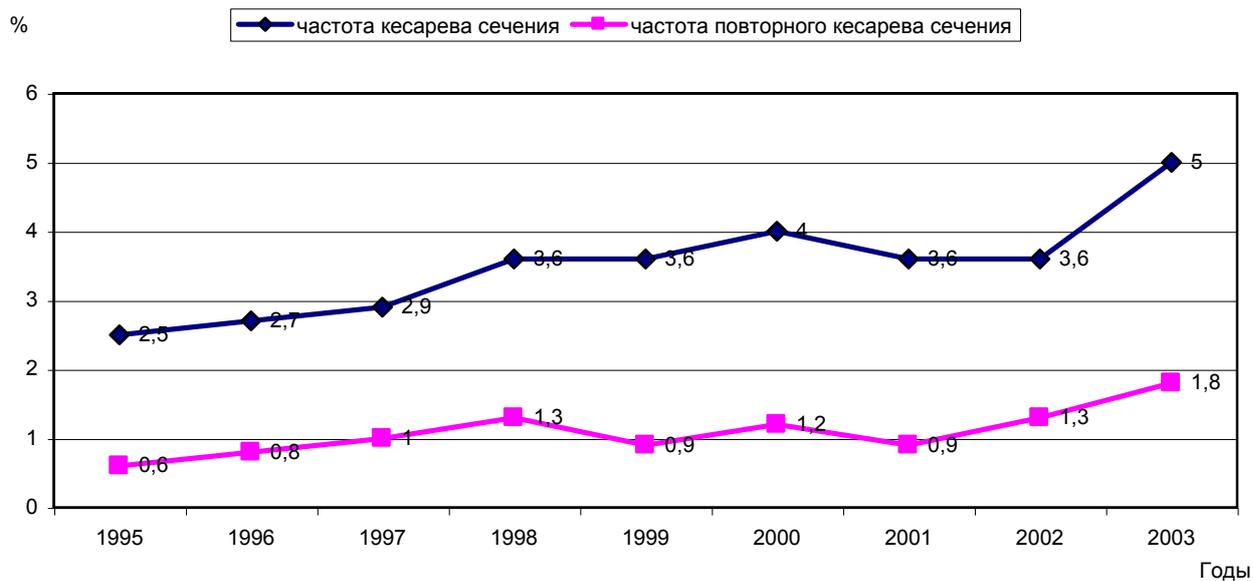


Рис. 1 Частота кесарева сечения и повторного кесарева сечения.

Соотношение удельного веса повторного кесарева сечения и самопроизвольных родов в группе женщин с рубцом на матке показано на рис. 2. При этом повторное кесарево сечение как метод родоразрешения явно превалирует над консервативным и с каждым годом постепенно его вытесняет.

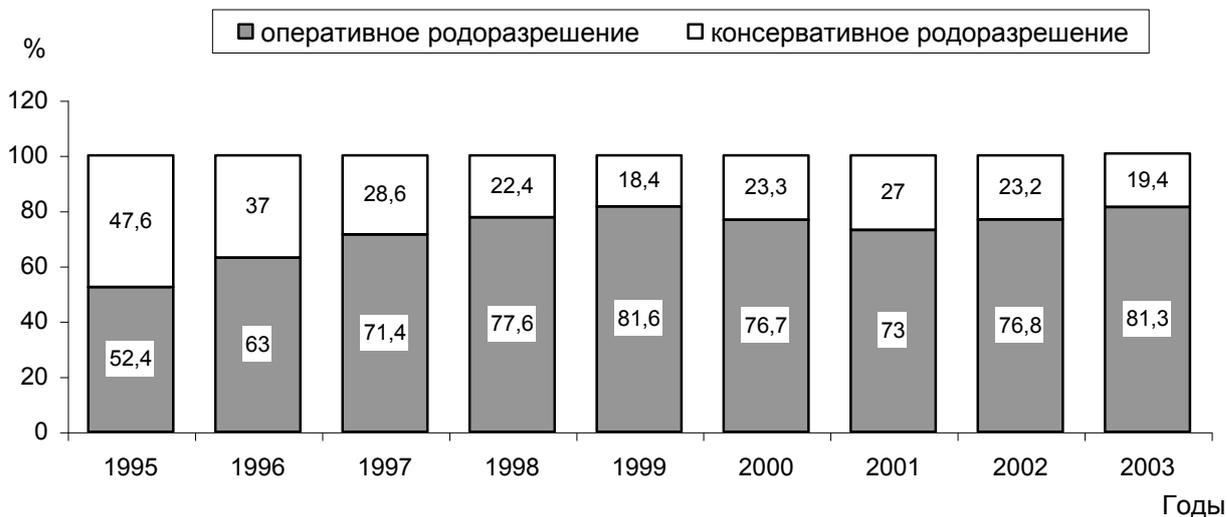


Рис. 2. Соотношение оперативного и консервативного методов родоразрешения у женщин с рубцом на матке.

Из общего числа обследованных женщин (94) у 60 было проведено повторное кесарево сечение.

Преобладающим среди всех показаний к производству повторного кесарева сечения явилось наличие рубца на матке в совокупности с различными относительными показаниями (43,3%): узкий таз (8,3%), возрастная первородящая (8,3%), несостоятельность послеоперационного рубца (6,6%), предлежание плаценты (5%). У каждой третьей беременной повторное кесарево сечение было обусловлено наличием двух и более кесаревых сечений в анамнезе (33,3%). Несколько реже оно производилось лишь по поводу рубца на матке (23,3%).

Структура показаний к плановому и экстренному кесареву сечению была примерно одинакова. Вместе с тем, при плановом кесаревом сечении преобладающим показанием являлось наличие двух и более кесаревых сечений в анамнезе. Следующим показателем по частоте был рубец на матке (22,9%). В остальных же случаях кесарево сечение проводилось в совокупности с другими относительными показаниями (42,9%).

При экстренном кесаревом сечении структура показаний была схожа со структурой показаний к плановому кесареву сечению, однако в этом случае чаще экстренное кесарево сечение производилось в связи с развитием осложнений со стороны послеоперационного рубца на матке. Так, сочетание двух кесаревых сечений в анамнезе и несостоятельности послеоперационного рубца на матке встречалась в 12% , а сочетание одного кесарева сечения в анамнезе с несостоятельностью в 16%. Вместе с тем, в этой группе определенное значение имели место показания, связанные с родовым актом, а именно сочетание рубца на матке с аномалией родовой деятельности – 12%. Необходимо отметить, что каждой третьей беременной женщине с рубцом на матке (36%) повторное кесарево сечение было произведено в экстренном порядке, при наличии плановых показаний в связи с поздней госпитализацией их в стационар.

С целью выяснения оправданности производства повторного кесарева сечения был проведен тщательный анализ показаний, послуживших причиной выполнения этой операции. В современных условиях повторное кесарево сечение является весьма серьезным оперативным вмешательством, и поэтому показания к нему должны быть еще более обоснованными, чем к первому. Только наличие рубца на матке не может являться абсолютным показанием к повторной операции. В нашей ситуации рубец на матке как показание к повторному кесареву сечению отмечался в 23,3%. Однако сравнительный анализ данных пальпации, эхографии, данных анамнеза и интраоперационного осмотра нижнематочного сегмента показали, что в 15% случаев (при наличии удовлетворительных результатов эхографии, пальпации, анамнестических данных и интраоперационного осмотра) выполнение повторного кесарева сечения было недостаточно обоснованным. общепризнанным считается разделять показания к повторному кесареву сечению на абсолютные и относительные [1,2]. К абсолютным показаниям относят:

- несостоятельность рубца на матке,
- рубец на матке после корпорального кесарева сечения,
- два и более рубцов,
- расположение плаценты в области рубца.

Во всех остальных случаях рубец на матке после кесарева сечения является относительным показанием к производству повторного кесарева сечения и должен учитываться как в зависимости от своего состояния, так и в сочетании с другими (экстрагенитальной патологией и осложнениями гестационного процесса).

У преимущественного большинства повторное кесарево сечение проводилось второе по счету – 66,7%, а у каждой пятой оно было третьим – 26,7%, а у 6,6% беременных оно было четвертым по счету.

По мнению большинства авторов, выполнение повторного кесарева сечения всегда сопряжено с определенными трудностями, обусловленными, прежде всего, наличием спаечного процесса, затрудняющего доступ в брюшную полость, а также дистрофическими процессами в стенке матки, приводящим к целому ряду осложнений.

Анализ длительности повторного кесарева сечения показал (табл. 1), что в среднем продолжительность операции в этой группе составила  $74,2 \pm 1,4$  мин с индивидуальными колебаниями от 55 до 140 мин. При этом, между длительностью первого и второго кесарева сечения наблюдались достоверные различия ( $p < 0,001$ ).

Важно отметить, что на длительность операции значительное влияние оказывала кратность производства повторного кесарева сечения.

Таблица 1

Продолжительность кесарева сечения в зависимости от кратности ее производства

Кратность производства кесарева сечения	Общая продолжительность операции, мин
1-ое по счету кесарево сечение	$57,1 \pm 1,4$
Повторное кесарево сечение, в том числе:	$74,2 \pm 1,4^{***}$
2-ое по счету кесарево сечение	$68,5 \pm 1,8^{***}$
3-е по счету кесарево сечение	$84,3 \pm 3,0^{***}$
4-ое по счету кесарево сечение	$88,8 \pm 4,8^{***}$

Примечание: различия достоверны относительно группы сравнения \*\*\* -  $p < 0,001$ .

Возрастающая длительность повторного кесарева сечения, прежде всего, связана с длительным вхождением в брюшную полость. Эта особенность обычно обусловлена наличием спаечного процесса, который значительно затрудняет доступ.

Анализ продолжительности операции до извлечения плода показал, что при повторном кесаревом сечении этот этап операции был более длительным по сравнению с первым кесаревым сечением. Кроме того, на продолжительность этого этапа активно влияла кратность производства повторного кесарева сечения. Как представлено в табл. 2, с возрастанием кратности производства повторного кесарева сечения пропорционально ей возрастает длительность этапа операции до извлечения плода.

При производстве повторного кесарева сечения предварительно проводили интраоперационный осмотр нижнего маточного сегмента. При этом осуществляли визу-

альную оценку состояния зоны послеоперационного рубца, определяли его состоятельность, истончение, либо несостоятельность. При этом в 5 (8,3%) случаях рубец на матке не визуализировался вообще, в 42 (70%) он был представлен соединительно-тканым тяжом, а в 2 случаях в связи с плотным сращением нижнего сегмента матки с мочевым пузырем состояние рубца оценить не удалось. В 11 (18,3%) случаях отмечалось его истончение. В одном случае наблюдалось расхождение краев послеоперационного рубца с наличием гематомы по верхнему краю и пролабированием плодных оболочек. В другом случае, при общей состоятельности рубца по периферии, в центре его на протяжении 1 см отмечалось расхождение рубца.

Таблица 2

Продолжительность этапа операции до извлечения плода в зависимости от кратности производимой операции

Кратность производства кесарева сечения	Время операции до извлечения плода, мин
1-ое по счету кесарево сечение	9,11±0,3
повторное кесарево сечение, в том числе:	15,3±0,5***
2-ое по счету кесарево сечение	13,1±0,6
3-е по счету кесарево сечение	19,4±1,3***
4-ое по счету кесарево сечение	21,3±1,3***

Примечание: различия достоверны относительно группы сравнения \*\*\* -  $p < 0,001$

Основными трудностями в производстве повторного кесарева сечения явились наличие спаечного процесса и варикозного расширения вен нижнего маточного сегмента. Необходимо отметить, что спаечный процесс в полости малого таза наблюдался в 71,7% случаев. При этом в 18,3% случаев этот процесс был выражен значительно, в остальных же он был выражен умеренно, либо был представлен рыхлыми единичными спайками. Важно отметить, что наличие спаечного процесса не только затрудняет все этапы операции, но является причиной увеличения длительности операции и повышенной интраоперационной кровопотери, а также может привести к ранению соседних органов. В нашем исследовании в двух случаях из-за вышеизложенных обстоятельств в результате отсутствия доступа к нижнематочному сегменту было произведено корпоральное кесарево сечение, и в связи с плотным сращением большого сальника с нижним сегментом матки по ходу операции была произведена его частичная резекция. Варикозное расширение вен нижнего маточного сегмента встречалось в 16,7%.

Наиболее грозными интраоперационными осложнениями при повторном кесаревом сечении явились гипотонические кровотечения (5%) и истинное приращение плаценты (1,7%), которые стали причиной расширения объема хирургического вмешательства до надвлагалищной ампутации матки.

Анализ величины интраоперационной кровопотери при повторном кесаревом сечении показал, что, в общем, объем ее превышал по сравнению с таковой при первом кесаревом сечении. И эти различия носили достоверный характер. Вместе с тем, кратность производства повторного кесарева сечения, как видно из табл. 3, активно влияет на эту величину. С кратностью возрастает величина интраоперационной кровопотери, и эта особенность, по-видимому, обусловлена возрастающей длительностью оперативного вмешательства.

Таблица 3

Объем интраоперационной кровопотери в зависимости от кратности производства кесарева сечения

Кратность	Объем кровопотери, мл
1-ое по счету кесарево сечение	500,6±15,1
Повторное кесарево сечение, в том числе:	600±12,9***
Второе по счету	585,1±13,6
Третье по счету	617,9±35,0***
Четвертое по счету	675±23,4***

Примечание: различия достоверны относительно группы сравнения \*\*\* -  $p < 0,001$

Анализ течения послеоперационного периода обнаружил, что у большинства женщин он протекал с теми или иными осложнениями. Так, наиболее частыми осложнениями считались раневая инфекция (8,3%) и субинволюция матки (8,3%). Несколько реже встречались послеоперационные эндометриты (6,7%) и инфекционные осложнения со стороны органов дыхательной системы (6,7%).

Сравнительный анализ частоты развития осложнений в двух представленных группах показал, что удельный вес осложнений послеоперационного периода у женщин, перенесших повторное кесарево сечение, был значительно больше по сравнению с теми, кто перенес эту операцию впервые.

### З а к л ю ч е н и е

Таким образом, полученные результаты убедительно свидетельствуют о том, что при возрастающем количестве женщин с рубцом на матке преобладающим методом родоразрешения у них остается повторное кесарево сечение. Более того, сложившаяся тенденция способствует тому, что повторное кесарево сечение вытесняет самопроизвольные роды как альтернативный метод родоразрешения у этого контингента, несмотря на то, что именно этот метод является резервом возможного снижения частоты этих операций.

Длительность повторного кесарева сечения, продолжительность этапа до извлечения плода и величина интраоперационной кровопотери превышают таковые показатели контрольной группы. Вместе с тем, на эти показатели влияет кратность производ-

ства повторного кесарева сечения. Высокая частота осложнений как во время операции, так в послеоперационном периоде у изучаемого контингента обусловлена наличием рубца на матке, приводящего к увеличению длительности оперативного вмешательства и интраоперационной кровопотери.

Беременные с рубцом на матке относятся к группе высокого риска по осложненному течению беременности и особенно процесса родоразрешения, что диктует необходимость разработки и усовершенствования лечебно-профилактической помощи данному контингенту на всех этапах родовспоможения.

*Таджикский государственный  
медицинский университет им. Абуали ибн Сино*

*Поступило 31.03.2006 г.*

#### Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Краснопольский В.И. Кесарево сечение. М.:ОО Техлит. Медицина 1997, 285 с.
2. Краснопольский В.И. – Кесарево сечение. Киев: Здоровье, 1993, с. 7-23.
3. Гаврилова Е.С. Повторное кесарево сечение. Автореф. дисс.... канд. мед. наук. Омск, 1984, 19 с.
4. Фомичева Л.В. Повторное кесарево сечение. Омск, 1995, 15с.

**М.Ф.Додхоева, М.Ф.Давлатова**

#### **АМАЛИЁТИ ТАКРОРИИ ЧОКИ КАЙСАРИЙ – ЯКЕ АЗ УСУЛҲОИ ТАВАЛЛУДКУНИИ ЗАНҲОИ ҲОМИЛА, КИ ДАР БАЧАДОШАОН ИЗ ДОРАНД**

Муаллифон пас аз таҳлилу баррасии 447 таърихи таваллуди ҳомилагоне, ки дар бачадонашон из доранд, дар мӯҳлати 9 сол (1995-2003) дар зоишгоҳи шаҳрии №3, ба хулоса омадаанд, ки басомади амалиёти такрорӣ кайсари сол аз сол меафзояд. Дар баробари ин, таҳқиқоти нишондодҳои асосии ҷарроҳии такрорӣ кайсарӣ ҳамчунин давомнокии он, давомнокии давраи то гирифтани насл аз ковокии бачадон ва андозаи хунравии интраоперационӣ аз намунаҳои зерини гурӯҳи контролӣ зиёдтар мебошанд ва вобастагиро аз зиёдшавии ҷарроҳии буриши кайсарӣ нишон додааст.

**M.F.Dodhoeva, M.F.Davlatova**

#### **REPEATED CESAREAN SECTION – AS A METHOD OF BIRTH COMING PREGNANT WOMEN WITH SCAR ON A UTERUS**

The carried out retrospective analysis of 447 histories of women with scar on a uterus for last 9 years (1995-2003) in the basis of a city maternity hospital № 3 has shown annual increase of frequency repeated cesarean section. At the same time, the analysis of such parameters repeated operative delivery as its duration, duration of a stage before extraction of a fetus and size of intraoperative bleeding considerably was exceeded with parameters of control group, growing with increase of frequency rate of manufacture this operation.