

ВЛАГАЛИЩНЫЕ РОДЫ У ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ ПРИ НЕПОДГОТОВЛЕННЫХ РОДОВЫХ ПУТЯХ

Р.И. Габидуллина, И.Ф. Фаткуллин, Л.Г. Шамсутдинова

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

Ведение родов через естественные родовые пути у женщин после кесарева сечения становится все более распространенным в России, поскольку это позволяет избежать осложнений, связанных с повторной операцией [1,2]. Вместе с тем серьезным препятствием для влагалищных родов является незрелость шейки матки. В последние годы появились публикации о возможности медикаментозной подготовки шейки матки у беременных с послеоперационным рубцом [3, 4, 5].

Целью исследования являлось сравнительное изучение исходов родов для матери и плода у женщин с рубцом на матке при использовании интрацервикального геля простагландина Е₂ и в ситуации спонтанно развившейся родовой деятельности.

Исследование проводилось на базе клинического роддома № 1 г. Казани. Основную группу составили 34 беременные с рубцом на матке, которым проводилась подготовка шейки матки путем интрацервикального введения простагландина Е₂. Зрелость шейки матки оценивали по шкале Бишоп: у 25 (73,5%) женщин она была незрелой и у 9 (26,5%) – недостаточно зрелой. Контрольная группа состояла из 35 пациенток с рубцом на матке, у которых родовая деятельность началась спонтанно. Из них 15 (42,9%) рожениц госпитализировали в роды, причем 3 (8,6%) – в конце I периода родов. 20 (57,1%) беременных поступили в отделение патологии беременных на доношенных сроках со зрелой шейкой матки.

Критериями отбора на роды через естественные родовые пути являлись кесарево сечение в нижнем сегменте поперечным разрезом, благоприятное течение послеоперационного периода, отсутствие выскабливаний слизистой полости матки в течение года после операции, состоятельность рубца по клиническим и ультразву-

ковым данным. Большое значение имели психологический настрой и желание беременной на естественное родоразрешение.

Возраст женщин в основной группе составлял $28,8 \pm 3,8$ года (от 22 до 36), в контрольной – $28,6 \pm 4,2$ (от 20 до 36). Интервал после абдоминального родоразрешения в основной группе варьировал от одного года до 10 лет (в среднем $4,06 \pm 2,3$ года) и в контрольной – соответственно от одного года до 14 лет ($3,8 \pm 3,0$). Показания к предыдущему кесареву сечению представлены в таблице. Основными показаниями в обеих группах являлись слабость родовой деятельности, не поддающаяся медикаментозной терапии, и пре-
ждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

**Показания к предшествовавшему
кесареву сечению (абс./%)**

Показания	Основная группа (n=34)	Контрольная группа (n=35)
Слабость родовой деятельности, не поддающаяся медикаментозной терапии	12/35,3	10/28,6
Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты	12/35,3	9/25,7
Тазовое предлежание плода при массе тела > 3600 г	3/8,8	5/14,3
Крупный плод	4/11,8	2/5,7
Острая гипоксия плода	2/5,9	1/2,85
Гестоз тяжелой степени при отсутствии эффекта от терапии	1/2,9	1/2,85
Поперечное положение плода		1/2,85
Двойня в сочетании с экстрагенитальными заболеваниями матери		3/8,6
Клинически узкий таз		2/5,7
Выпадение петель пуповины при неподготовленных родовых путях		1/2,9

ждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. В основной группе у 8 (23,5%) беременных в анамнезе были роды через естественные родовые пути, в контрольной группе – у 11 (31,4%).

В основной группе акушерский анамнез был отягощен у 19 (55,9%) женщин за счет медицинских и самопроизвольных аборт, неразвивающейся беременности, в контрольной группе – у 14 (40%). Миомы тела матки небольших размеров имелись у 3 (8,8 %) беременных основной группы (в контрольной – у 2,9%). Беременность осложнилась угрозой прерывания на разных сроках у 13 (38,2%) женщин основной группы и у 10 (28,6%) в контрольной, ранним токсикозом – соответственно у 6 (17,6%) и у 4 (11,4%), анемией – у 22 (64,7%) и у 20 (57,1%). Сопутствующие экстрагенитальные заболевания имелись у 20 (58,8 %) пациенток основной группы и у 24 (68,6%) из контрольной.

После комплексного исследования состояния рубца, включавшего клинические и ультразвуковые методы, определяли способ родоразрешения. УЗИ проводилось эндовагинальным датчиком при наполненном мочевом пузыре на сканере HDI 1000 (ALT, США). В задачи УЗИ входило определение состояния рубца (равномерность, однородность, наличие дефектов в виде ниш), толщины нижнего сегмента матки. Внутриутробное состояние плода оценивали доплерометрическим исследованием кровотока в системе *мать-плацента-плод* и КТГ на аппарате «Oxford» (Великобритания). Условиями для подготовки шейки матки простагландином Е2 являлись доношенный срок при одноплодной беременности, удовлетворительное состояние плода, головное предлежание, целый плодный пузырь и информированное согласие беременных на введение препарата. При помощи одноразового шприца в цервикальный канал вводили 3,0 г препарата, содержащего 0,5 мг динопростона. Клинический эффект оценивали через 3, 6, 12 и 24 часа.

В основной группе введение препарата с целью подготовки шейки матки к родам оказалось эффективным в 100% случаев. Родовая деятельность развивалась у 33 (97,1%) беременных. После введения препарата у беременных с незрелой шейкой матки родовая деятельность началась в течение 3 часов у 15 (44,1%), 6 – у 2 (5,8%), 12 – у 5 (14,7%), через 19 часов – у одной. Одной беременной потребовалось повторное введение препарата, в результате ко-

торого родовая деятельность началась через 20 часов.

У беременных с недостаточно зрелой шейкой матки родовая деятельность развивалась в среднем через 28 ± 15 минут, из них 5 (14,7%) женщин имели в анамнезе роды через естественные родовые пути.

От момента введения препарата до завершения родов у пациенток с незрелой шейкой матки прошло в среднем $12 \text{ ч } 21 \text{ мин} \pm 5 \text{ ч } 51 \text{ мин}$, у пациенток с недостаточно зрелой шейкой матки – $5 \text{ ч } 40 \text{ мин} \pm 1 \text{ ч } 30 \text{ мин}$.

Анализ длительности родов показал, что первый период составил в среднем $6 \text{ ч } 51 \text{ мин} \pm 2 \text{ ч } 37 \text{ мин}$ в основной группе и $7 \text{ ч } 30 \text{ мин} \pm 3 \text{ ч } 42 \text{ мин}$ в контрольной, второй – соответственно 24 ± 6 мин и 26 ± 4 мин, третий – 6 ± 2 мин и 7 ± 4 мин. Общая продолжительность родов составила в среднем $7 \text{ ч } 22 \text{ мин} \pm 2 \text{ ч } 42 \text{ мин}$ в основной группе и $8 \text{ ч } 03 \text{ мин} \pm 3 \text{ ч } 44 \text{ мин}$ в контрольной. Различий в продолжительности родов и периодов выявлено не было ($p > 0,05$). Кровопотеря в родах в основной группе составила 250 ± 50 мл, в контрольной – 248 ± 62 мл ($p > 0,05$).

У 3 (8,8%) пациенток основной группы произошли быстрые роды. Исходное состояние шейки матки у 4 (11,8%) из них было оценено как недостаточно зрелое, у 2 в анамнезе были роды через естественные родовые пути. В контрольной группе быстрые роды отмечены у 5 (14,3%) и стремительные роды у 2 (5,7%) женщин, в анамнезе влагалищные роды были у 3 пациенток.

Амниотомия в родах производилась у 14 (41,1%) женщин основной группы и у 16 (45,7%) из контрольной. Раннее излитие околоплодных вод наблюдалось у 10 (29,4%) рожениц основной группы и у 10 (28,6%) из контрольной.

Первичная слабость родовой деятельности отмечалась у 10 (29,4%) рожениц основной группы: у 6 родостимуляция проводилась окситоцином в индивидуально подобранной дозе, у 4 – энзапростом и окситоцином. Лечение утеротониками оказалось неэффективным у 3 (8,8%) рожениц, что потребовало оперативного родоразрешения. Признаков несостоятельности рубца в ходе операции обнаружено не было. В контрольной группе родостиму-

ляцию утеротониками проводили 9 (25,7%) роженицам, из них 7 по поводу первичной слабости родовой деятельности и 2 из-за слабости потуг. Применение утеротоников в этой группе позволило избежать повторного кесарева сечения. У 5 пациенток основной группы и у 5 из контрольной со слабостью родовой деятельности предыдущее кесарево сечение также производилось по поводу слабости родовой деятельности.

В раннем послеродовом периоде с целью оценки состояния рубца применяли по возможности УЗИ рубца или при отсутствии такового ручное обследование полости матки. В последнее время мы заменили ручное обследование на пальцевое исследование зоны рубца, что достаточно информативно и менее инвазивно.

Послеродовый период осложнился у 2 (5,9%) родильниц основной группы лохиометрией. В контрольной группе осложнений не было. Проведенные койко-дни в стационаре в послеродовом периоде составили $5,6 \pm 0,9$ у родильниц из основной группы и $5,5 \pm 0,9$ у родильниц из контрольной ($p > 0,05$).

По данным КТГ и УЗ доплерометрии, внутриутробное состояние плода не страдало. Средняя масса тела новорожденных составляла 3508 ± 401 г в основной группе и 3408 ± 358 г в контрольной. Масса тела более 4000 г была у 5 новорожденных основной группы и у одного из контрольной. Различий в значениях массы тела детей при рождении не отмечалось ($p > 0,05$). Новорожденные основной группы были оценены по шкале Апгар на первой минуте на $7,9 \pm 0,6$ балла, на пятой – на $8,7 \pm 0,6$ балла, при этом один ребенок родился в состоянии средней асфиксии, в контрольной группе – соответственно на $7,9 \pm 0,6$ и на $8,7 \pm 0,6$ балла ($p > 0,05$). У 2 детей основной группы в раннем неонатальном периоде была диагностирована конъюгационная желтуха, у одного – перинатальное поражение ЦНС. В контрольной группе конъюгационная желтуха наблюдалась в 2 случаях, перинатальное поражение ЦНС – в одном. У одного ребенка были выявлены множественные стигмы дисэмбриогенеза.

Таким образом, сравнение исходов родов у женщин с рубцом на матке, у кото-

рых применялся простагландин E2 в виде интрацервикального геля, с теми, у кого родовая деятельность началась спонтанно, показало, что в первом случае отмечалась несколько большая частота развития аномалий родовой деятельности. Первичная слабость родовой деятельности отмечалась у 29,4% женщин основной группы и у 25,7% из контрольной. Неэффективность медикаментозной терапии у 3 (8,6%) рожениц основной группы явилась показанием к повторной операции кесарева сечения, в то время как в контрольной группе все роды были завершены через естественные родовые пути. Случаев несостоятельности рубца, благодаря тщательному отбору пациенток для влагалищных родов, не было.

Медикаментозная подготовка у женщин с незрелой шейкой матки является реальной альтернативой повторному оперативному родоразрешению.

ЛИТЕРАТУРА

1. Габидуллина Р.И., Шайхутдинова Л.Р., Мифтахова Ф.А. // Практич. мед. – 2003. – № 3 – С. 33–34.
2. Краснополянский В.И., Логутова Л.С. // Акуш. и гин. – 2000. – № 5. – С. 18 – 22.
3. Кузьминых Т. У., Поленов Н.Н. Материалы VII Российского Форума "Мать и дитя": Тез. докл. – М., 2005. – С. 120.
4. Поздняков И. М., Пекарев О. Г., Стариков Н. В. Материалы VII Российского Форума "Мать и дитя": Тез. докл. – М., 2005. – С. 206.
5. Sanchez-Ramos L., Gaudier F.L., Kaunitz A.M. // Clin. Obstet. Gynecol. – 2000. – Vol. 43. – P. 513–523.

Поступила 23.01.07.

VAGINAL DELIVERY IN PATIENTS WITH UTERINE SCAR AND UNPREPARED MATERNAL PASSAGES

R.I. Gabidullina, I.F. Fatkullin,
L.G. Shamsutdinova

Summary

The delivery outcomes for baby and mother were studied in women with uterine scar who was given prostaglandin E2 containing gel intracervically and in women with spontaneous delivery. Administration of the drug with the aim to prepare cervix for delivery was successful in 100% of the cases. The natural delivery was induced in 97% of women. Estimation of delivery outcomes revealed the absence of differences between study groups.