

Международный научно-практический журнал

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ

2017, том 7, № 2

Восточная
Европа

Reproductive health. Eastern Europe

International scientific journal

2017, volume 7, № 2

Любовь - восхитительный цветок,
но требуется отвага, чтобы подойти
к краю пропасти и сорвать его.
Стендаль

ПАРТНЕР НОМЕРА



Включает материалы 1-го Международного междисциплинарного конгресса
«ПРОБЛЕМЫ РЕПРОДУКЦИИ», 27-28 апреля 2017 г., Минск

ISSN 2226-3276 (print)
ISSN 2414-3634 (online)



ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ
ИЗДАНИЯ

Гуляева Л.С.¹, Капустина Е.Р.², Лобачевская О.С.¹, Никитина Е.В.¹

¹ Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

² 6-я городская клиническая больница, Минск, Беларусь

Gulyayeva L.¹, Kapustina A.², Labachevskaya V.¹, Nikitsina A.¹

¹ Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

² 6th Minsk City Clinical Hospital, Minsk, Belarus

Ведение родов у женщин с оперированной маткой в анамнезе через естественные родовые пути

Vaginal delivery in patients with a history of uterine surgery

Резюме

В последние годы отмечается значительный рост частоты оперативного родоразрешения. Резервом снижения количества брюшностеночных операций явилось ведение родов через естественные родовые пути у 5,4% беременных с оперированной маткой в анамнезе, что совпадает с современными мировыми тенденциями ведения родов. В статье отражены результаты вагинального родоразрешения 57 женщин с рубцом на матке; 54 – после предыдущего кесарева сечения и 3 – после консервативной миомэктомии. Подробно изучены анамнез, клиничко-лабораторные данные, состоятельность послеоперационного рубца на матке по данным клинических и инструментальных методов исследования, особенности течения и ведения родов, состояние новорожденных, количество кровопотери, течение послеродового периода. Выявлено, что в 98,2% имел место благоприятный исход вагинальных родов. У одной пациентки диагностировано истинное вращение плаценты в область рубца на матке. Аномалий родовой деятельности не отмечено. Продолжительность родов составила $7,34 \pm 0,3$ ч. Общая кровопотеря равнялась $295,6 \pm 23,3$ мл. Все родильницы выписаны домой в удовлетворительном состоянии. Даны рекомендации по ведению родов у таких пациенток.

Ключевые слова: кесарево сечение, рубец на матке, полноценный рубец на матке, самопроизвольные роды.

Abstract

In recent years, there has been a significant increase of the frequency of operative delivery. The reserve of reduction of the amount of operations was management of delivery through the natural birth canal in 5.4% of pregnant women with the operated uterus in anamnesis, which coincides with the modern world tendencies of delivery. In the article, there are presented the results of vaginal delivery in 57 women with a scar on uterus; 54 women with previous caesarean sections, and 3 women after conservative myomectomy. There were studied the anamnesis, clinical and laboratory data, consistency of postoperative scar on uterus, according to the data of clinical and instrumental methods of research, features of the course and management of delivery, the state of newborn, amount of bleeding, and the course of postpartum period. It was revealed that in a 98.2% there has been a favorable outcome of vaginal delivery. One patient had the veritable rotation of placenta in the area of the scar on uterus. The anomalies of childbirth were not observed. The duration of labor was

7.34±0.3 hours. The total bleeding was 295.6±23.3 ml. All women were discharged in a satisfactory condition. There are given the recommendations on management of delivery in such patients.

Keywords: cesarean section, uterine scar, adequate uterine scar, spontaneous labor.

■ ВВЕДЕНИЕ

В последние годы отмечается значительный рост родоразрешения операцией кесарева сечения, частота которой 20–30%, а в крупных перинатальных центрах достигает 40–50% [1, 2]. Рост операции кесарева сечения связан с применением новых вспомогательных репродуктивных технологий, новых методов диагностики состояния плода, ростом количества возрастных первородящих, а также количеством беременных, имеющих хирургическую травму матки в анамнезе. Следует отметить, что в более чем в 25% случаев показанием к операции кесарева сечения является наличие рубца на матке [3]. Общеизвестно, что увеличение количества брюшностеночного родоразрешения неминуемо чревато серьезными осложнениями, которые могут возникнуть как во время операции, так и в послеоперационном периоде [4]. Это диктует необходимость разумного снижения процента кесарева сечения и производства данной операции по строго ограниченным показаниям.

Как правило, женщины, имеющие кесарево сечение в анамнезе, планируют в последующем беременности и роды. Каждая же последующая операция – это вмешательство высокой сложности и значительного риска, увеличивающая частоту материнской заболеваемости и смертности [5]. Рост пластических операций по поводу миомы и пороков развития матки также приводит к увеличению количества женщин, планирующих беременность и роды с рубцом на матке. Таким образом, ведение родов через естественные родовые пути у женщин с оперированной маткой рассматривается как реальный путь снижения частоты кесарева сечения.

До недавнего времени самопроизвольные роды у женщин с рубцом на матке были редким явлением в повседневной акушерской практике [6]. Однако постулат «один раз кесарево сечение – всегда кесарево сечение» подвергается сомнению современными акушерами-гинекологами [2, 5]. Расширение возможностей для родов через естественные родовые пути у женщин, имеющих хирургическую травму матки в анамнезе, укладывается в современные мировые тенденции ведения родов [7, 8].

Исход беременности и родов после абдоминального родоразрешения зависит от полноценной регенерации тканей матки после ее рассечения, что обеспечивает формирование полноценного рубца. Полное заживление стенки матки является основой для определения тактики родоразрешения при последующих беременностях и родах. Заподозрить неполноценную регенерацию тканей при предыдущих операциях на матке возможно при тщательном сборе анамнеза.

Важное значение имеют показания для первого кесарева сечения и наличие экстрагенитальной патологии. Неполюценный рубец

формируется при наличии тяжелого гестоза, предлежании и преждевременной отслойке плаценты, ожирении, анемии, хронических инфекционных заболеваниях. Неблагоприятно имевшее место перерастяжение нижнего маточного сегмента при клиническом несоответствии, неправильных вставлениях головки плода, дискоординация родовой деятельности, кесарево сечение, выполненное при полном раскрытии маточного зева. Необходимо знать, выполнялось ли кесарево сечение в плановом (когда женщина полностью обследована и подготовлена к операции) либо экстренном порядке, долго ли роженица находилась в родах (инфицирование при увеличении безводного промежутка и повторных вагинальных исследованиях). Важно знать, что неполноценный рубец формируется при малом кесаревом сечении и при корпоральном разрезе на матке [4–6].

О состоятельности рубца на матке косвенным образом может свидетельствовать состояние рубца на передней брюшной стенке. Наличие рубца с включениями, неоднородного, особенно при указании на осложненное воспалительными заболеваниями течение послеоперационного периода, с нагноением передней брюшной стенки говорит о возможности несостоятельного рубца на матке. Неблагоприятны внутриматочные вмешательства в период после операции, что предполагает возможность травмирования нервно-мышечного аппарата матки [7].

Очень важным фактором и порою определяющим является промежуток времени, прошедший после операции. Оптимально наступление беременности через 2–5 лет после предыдущей операции. На характер заживления рассеченной ткани и формирование полноценного рубца на матке влияют также техника выполнения и продолжительность операции, качество шовного материала, величина кровопотери [5–7].

Во время беременности наиболее достоверную информацию о состоянии рубца на матке можно получить при ультразвуковом исследовании (УЗИ). Оптимальным для этого является срок 28–37 недель гестации. УЗИ позволяет оценить форму, толщину нижнего маточного сегмента, экоструктуру миометрия в этом отделе матки. Достоверность в распознавании рубца при этом составляет 56–76% [6]. Считается, что ультразвуковым признаком неполноценности рубца является его истончение до 1 мм [4]. Важное значение имеет определение локализации плаценты с помощью УЗИ, так как расположение ее в области рубца на передней стенке матки делают его потенциально неполноценным.

При определении полноценности рубца первостепенное значение имеют клинические признаки его несостоятельности: локальные боли при пальпации нижнего сегмента, появление кровянистых выделений из половых путей, ухудшение состояния плода. Необходимо серьезно относиться к болевому синдрому во время беременности. Боли в низу живота, пояснице, по всему животу, в области рубца на передней брюшной стенке, неясной локализации, должны трактоваться как несостоятельность рубца на матке и угроза ее разрыва [6, 9].

Итак, для составления плана родоразрешения у женщин с оперированной маткой в анамнезе необходимо знать причины выполнения первой операции, срок беременности, при котором она производилась, течение послеоперационного периода, состояние менструальной функции после операции, промежуток времени, прошедший после

операции до наступления беременности, операции на матке в период после операции и иметь данные клинических и инструментальных методов исследования, подтверждающих полноценность рубца на матке.

Противопоказано ведение родов через естественные родовые пути после кесарева сечения при предыдущем рассечении матки корпорально либо якорным разрезом, предшествующем разрыву матки, локализации плаценты в области рубца на матке, более чем один рубец на матке, крупные размеры плода, тазовое предлежание плода, многоплодная беременность, несостоятельность рубца по УЗИ, любое другое противопоказание для родов через естественные родовые пути, отказ пациентки [4–6].

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение результатов родоразрешения через естественные родовые пути женщин, имевших хирургическую травму матки в анамнезе.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В 2015 г. в родовых отделениях УЗ 6 ГКБ г. Минска проведено 5750 родов; операцией кесарева сечения родоразрешено 1159 пациенток, что составило 20,2%. Из них у 533 (46%) женщин кесарево сечение производилось в связи с наличием оперированной матки в анамнезе. Прошедший 2016 г. ознаменовался некоторым снижением количества родов (5117), при этом процент родоразрешения операцией кесарева сечения увеличился до 21,7%. В то же время среди показаний к операции по-прежнему лидирует наличие оперированной матки в анамнезе (42,2%). Таким образом, тщательное определение показаний для оперативного родоразрешения первый раз будет, бесспорно, резервом снижения частоты кесарева сечения.

Одновременно можно предположить, что ведение родов через естественные родовые пути у женщин с оперированной маткой в анамнезе также может стать резервом снижения количества случаев родоразрешения операцией кесарева сечения. Бесспорно, это требует очень тщательного подбора данного контингента, скрупулезного сбора анамнеза, полного клинико-лабораторного обследования, определения полноценности рубца на матке, наблюдения таких пациенток в родах опытным персоналом, мониторингования состояния матери и плода, наркозного обеспечения, готовности операционной и др. Самостоятельно родили при наличии оперированной матки в анамнезе 36 пациенток в 2015 г. и 21 – в 2016 г., что составило 6,3% и 4,3% соответственно, по отношению к общему числу родильниц с рубцом на матке. Снижение количества случаев родоразрешения через естественные родовые пути можно объяснить более тщательным подходом к определению показаний ввиду наличия одного неблагоприятного исхода родов в 2015 г.

Нами проанализировано течение родов и послеродового периода у 57 пациенток, имевших хирургическую травму матки в анамнезе и родоразрешенных самостоятельно в течение двух последних лет в нашем стационаре. Это составило 5,4% к общему числу родильниц с рубцом на матке. У всех женщин было взято информированное согласие на роды через естественные родовые пути, на чем некоторые настаивали сами.

В плановом порядке были госпитализированы 46 (80,7%), экстренно поступили 11 (19,3%) пациенток. Возраст беременных колебался от 23 до 37 лет и в среднем составил 30,1 лет. Кесарево сечение в анамнезе имели 54 человека, консервативную миомэктомию – 3. Вторая беременность имела место у 35, третья – у 17, четвертая – у 5 человек. Рожали самостоятельно до операции кесарева сечения 14 женщин. У всех роды протекали без осложнений, родились здоровые дети. У 3 женщин до кесарева сечения имела место неразвивающаяся беременность, у 4 – прерывание беременности в ранние сроки методом вакуум-аспирации и у 3 – путем выскабливания слизистой полости матки. У 3 пациенток, которым ранее производилось кесарево сечение, уже имели место роды через естественные родовые пути. После операции внутриматочных вмешательств не отмечено ни у одной беременной, что послужило одним из существенных моментов прогнозирования самостоятельного родоразрешения.

Экстрагенитальные заболевания имели место у 36 беременных, что составило 63,2%. Миопия диагностирована у 12, нарушение жирового обмена 1–3-й степени – у 8, варикозное расширение вен ног – 6, хронический холецистит – 4, хронический гастродуоденит – 3, гипотиреоз – у 4, пролапс митрального клапана 1-й ст. – 1, мочекаменная болезнь – 2, вертеброгенная люмбалгия – 1 пациентки. Настоящая беременность осложнилась преэклампсией умеренной степени у 11, угрозой прерывания – у 7, хронической фетоплацентарной недостаточностью – 4, анемией – 3, гиперкоагуляционным синдромом – 1 и холестаазом – 3 женщин. ОРВИ во время беременности перенесли 12 пациенток, у 13 имели место кольпиты, которые были своевременно санированы.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При поступлении все женщины осматривались консилиумом независимо от того поступали они в плановом порядке или в родах. Роды проводились только в дневное время. Подробное изучение анамнеза выявило, что от операции кесарева сечения до наступления настоящей беременности прошло от 2 до 8 лет, в среднем – 3,7 лет. В плановом порядке в прошлом оперировалась 36 пациенток, в экстренном – 18. Показанием к операции у 25 (46,3%) человек служило тазовое предлежание плода, у 21 – она была произведена в плановом порядке. Другими показаниями к плановому оперативному родоразрешению были: переношенная беременность в сочетании с другими факторами – у 5, миопия высокой степени – 4, хроническая фетоплацентарная недостаточность и синдром задержки роста плода – 4, патология позвоночника – 2 женщины. В родах кесарево сечение ранее производилось по поводу внутриматочной гипоксии плода у 11, тяжелым гестозом – 2, преждевременными родами – 3, слабостью родовой деятельности при наличии крупного плода – 1 и лобным вставлением головки плода – 1 пациентки. При сборе анамнеза выявлено, что у всех женщин послеродовой послеоперационный период протекал без осложнений.

В трех случаях самопроизвольные роды были запланированы и произошли у пациенток, которые в анамнезе имели консервативную миомэктомию, при этом одну из них оперировали лапароскопически, а двоих – лапаротомным доступом. Во всех случаях узлы располагались

на передней стенке матки, имели интрамурально-субсерозную локализацию, размерами от 3 до 5 см. Время от момента операции до наступления беременности исчислялось 1–2 годами.

Все женщины при поступлении прошли клинико-лабораторное обследование, необходимое для оперативного вмешательства. У всех выявлены нормальные размеры таза. При осмотре установлено, что из 54 человек, имевших в прошлом кесарево сечение, лапаротомия по Джоэл-Кохену произведена 39, по Пфанненштилю – 15 пациенткам. Пальпация послеоперационного рубца была абсолютно безболезненна. При производстве УЗИ у всех кандидатов на самостоятельное родоразрешение выявлен полноценный однородный рубец, локализованный в нижнем маточном сегменте. Толщина его колебалась от 1,8 до 5 мм и составила в среднем $2,6 \pm 0,1$ мм. Плацента располагалась на задней стенке матки у 32, боковой – у 17, передней – у 8 женщин. Предполагаемая масса плода варьировала от 2600,0 до 3950,0 и составила в среднем $3383,9 \pm 12,3$ г.

Из 46 человек, госпитализированных планово в отделение патологии беременности в сроки 37–39 недель, самостоятельно развилась родовая деятельность у 43 женщин; у 3 имело место преждевременное излитие околоплодных вод. В родах раннее излитие вод отмечено еще у 15 рожениц, а у 11 произведена ранняя амниотомия при раскрытии шейки матки менее чем на 6 см в связи с наличием плоского плодного пузыря и 1 случая многоводия. Сроки родов колебались от 264 до 285 дней и составили в среднем 273 дня. Аномалий родовой деятельности не выявлено ни у одной пациентки. Средняя продолжительность родов составила $7,34 \pm 0,3$ ч и варьировала в пределах от 3,3 до 10,8 ч. Безводный период равнялся в среднем 4,8 ч. Роды проводились при готовности операционной под постоянным мониторным наблюдением за состоянием рожениц и плодов. Медикаментозное обезболивание родов потребовалось 45 (78,9%) пациенткам. Использовались спазмолитики в сочетании с седативными и десенсибилизирующими средствами, а у 28 человек назначались наркотические обезболивающие препараты. Второй период родов велся с иглой в вене для возможности своевременного оказания необходимой неотложной помощи. Все дети родились в удовлетворительном состоянии с оценкой по Апгар 8/8 и 8/9 баллов. Масса новорожденных составила в среднем 3356,5 г, крупный плод имел место в 5 случаях.

Плацента отделилась самостоятельно у 56 (98,2%) рожениц, у 1 имело место частичное истинное приращение плаценты, которое было заподозрено при производстве операции ручного отделения плаценты ввиду отсутствия признаков ее отделения и начавшемся кровотечении. При кровопотере, достигшей 950 мл, произведена экстирпация матки без придатков. Общая кровопотеря составила 1750 мл, по поводу чего производилась гемотранфузия, массивная инфузионная и антибактериальная терапия, получала гемостимулирующие и антикоагулянтные препараты. Пациентка выписана с ребенком на 8-е сутки в удовлетворительном состоянии, гистологический ответ – истинное приращение плаценты в области рубца на матке, что, к сожалению, не было выявлено на УЗИ.

Всем родильницам сразу после выделения последа под внутривенным наркозом производилось контрольное ручное обследование

полости матки. У 55 пациенток стенки матки были гладкие, несостоятельности послеоперационного рубца не обнаружено. Однако у 1 из родильниц при производстве данной операции появились сомнения в целостности тканей рубца, в связи с чем была выполнена диагностическая мини-лапаротомия. К счастью, рубец на матке оказался состоятельным, имелось лишь его втяжение, крови в брюшной полости обнаружено не было, общая кровопотеря составила 400 мл, интраоперационная – 50 мл. Родильница выписана на 5-е сутки в удовлетворительном состоянии. Оба описанных случая имели место в 2015 г., что и привело к необходимости более тщательного обследования пациенток с рубцом на матке при планировании родоразрешения через естественные родовые пути.

По уже отработанной в клинике схеме с целью профилактики гипотонического кровотечения и послеродовых гнойно-септических осложнений сразу после ручного обследования полости матки внутривенно начиналась инфузия окситоцина (10 ЕД на 200–400 мл физиологического раствора), струйно в вену вводился 1 мл 0,02%-го метилэргобревина и антибиотик (гентамицин 240 мг или цефотаксим 2,0, либо амоксициллин/клавуланат 1,2); 19 женщинам дополнительно внутривенно введено 100,0 метронидазола. При осмотре родовых путей обнаружены разрывы боковых стенок влагалища у 11 человек и у 1 – разрыв шейки матки 1-й степени. В связи с угрозой разрыва промежности 13 роженицам произведена перинеотомия и 7 – эпизиотомия с последующим восстановлением рассеченных тканей. Общая кровопотеря в родах колебалась от 200,0 до 950 мл и составила в среднем $295,6 \pm 23,3$ мл.

В послеродовом периоде 56 родильницам проводилась антибактериальная терапия цефотаксимом либо амоксициллином/клавуланатом в вену или внутрь, одной пациентке с поливалентной аллергией антибиотиков не назначались. На 3-и сутки после родов всем родильницам произведено УЗИ, где не обнаружено патологии ни в области рубца на матке, ни в полости матки, ни в области культи после экстирпации матки. После вагинального исследования и контроля анализа крови в удовлетворительном состоянии с детьми выписаны на 3-и сутки 45 пациенток, на 4-е – 7, на 5-е – 3; одна пациентка выписана на седьмые сутки в связи с наличием неонатальной желтухи у ребенка и одна – на восьмые после экстирпации матки. Один ребенок с большим риском манифестации ВУИ от матери группы риска по инфицированию (в бакпосеве из влагалища обнаружен *Streptococcus agalactiae*) был переведен на второй этап выхаживания.

■ ВЫВОДЫ

1. По данным нашего стационара родоразрешение операцией кесарева сечения составляет 20–22%.
2. Среди показаний к операции лидирующее место занимает наличие оперированной матки в анамнезе (42,2–46,0%).
3. Резервом снижения процента кесарева сечения является тщательное определение показаний для первой операции и ведение родов у пациенток с рубцом на матке через естественные родовые пути.
4. По нашим данным, самостоятельное родоразрешение успешно в 98,2% случаев у таких беременных.

5. Тщательно собранный анамнез, полное клинико-лабораторное обследование, определение полноты послеоперационного рубца на матке, локализации плаценты, предполагаемой массы плода, информированное согласие пациентки являются необходимыми при планировании самостоятельных родов у беременных с хирургической травмой матки в анамнезе.
6. Ведение родов у данного контингента требует особого внимания, знаний и искусства, умения правильно оценить акушерскую ситуацию, решительности для своевременного оказания необходимой помощи в экстренно сложившихся обстоятельствах.
7. Показанием к операции при предыдущем кесаревом сечении служило в 46,3% случаев тазовое предлежание плода. Это диктует необходимость более тщательного определения показаний к кесаревому сечению при тазовых предлежаниях плода, что неминуемо должно привести к снижению процента оперативного родоразрешения.
8. Недопустимо планировать роды через естественные родовые пути у беременных с рубцом на матке при локализации плаценты на передней стенке матки, доходящей до области рубца, что не исключает врастания ее в рубцовую ткань.

■ ЛИТЕРАТУРА

1. Savelyeva G., Karaganova E., Kurtser M., Kutakova Yu., Panina O., Trofimova O. (2007) Kesarevo sechenie v sovremennom akusherstve [Caesarean section in modern obstetrics]. *Akusherstvo i ginekologiya*, no 2, pp. 3–8.
2. Strizhakov A., Timohina T., Belousova V. (2013) Vozmozhno li snizit chastotu kesareva secheniya? [Is it possible to reduce the rates caesarean section?] *Voprosyi ginekologii, akushtrstva i perinatologii*, vol. 12, no 3, pp. 5–11.
3. Krasnopol'skiy V., Logutova L., Petruhin V., Buyanova S., Popov A., Chechneva M. (2012) Mesto abdominalnogo i vlagalisch'nogo operativnogo rodorazresheniya v sovremennom akusherstve. Realnost i perspektiviyi [Place of abdominal and vaginal surgical delivery in modern obstetrics. Reality and prospects]. *Akusherstvo i ginekologiya*, no 1, pp. 4–8.
4. Kan N., Tyutyunnik V., Kesova M., Balushkina A. (2014) Vibor sposoba rodorazresheniya posle operazii kesareva secheniya [Choice of a delivery route after cesarean section]. *Akusherstvo i ginekologiya*, no 6, pp. 20–26.
5. Thomas F. Baskett, Andrew A. Calder, S. Arulkumaran (2014) Vaginal Birth after Caesarean section. Munro Kerrs Operative Obstetrics. London: El Sevier Health Sciences, 12 th ed., pp. 145–151.
6. Mihalevich S., Markovskaya T., Ruseckaya V. (2011) Osobennosti obsledovaniya i vedeniya beremennosti i rodov u zhenshchin s operirovannoy matkoiy [Features of patients survey and management of pregnancy and delivery in women with uterine scar]. Minsk: Belarus. (in Russian).
7. Pekarev O., Mayiborodina I., Pozdnyakov I., Motorina Yu., Alkhimovich V. (2007) Prognoz i perspektiva samoproizvol'nogo rodorazresheniya u zhenshchin s rubcom na matke posle kesareva secheniya [Spontaneous delivery in females with caesarean section: prognosis and prospects]. *Akusherstvo i ginekologiya*, no 3, pp. 33–37.
8. Kostzeva T., Walczak J., Wieckowska K. (2010) Vaginal birth after cesarean delivery. *Ginekol. Pol.*, vol. 81, no 4, pp. 287–291.
9. Skott J.R. (2014) Intrapartum management of trial of labour after caesarean delivery: evidence and experience. *Br. J. Obstet. Gynaecol.*, vol. 12, no 2, pp. 157–162.