

Л. С. Гуляева, Н. А. Одинцова, Е. Р. Капустина, И. В. Борис,
Л. Н. Васильева, Н. Н. Рубахова

ОПЫТ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО РОДОРАЗРЕШЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С РУБЦОМ НА МАТКЕ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
УЗ «6-я городская клиническая больница», г. Минск

В последние годы отмечается значительный рост частоты оперативного родоразрешения. Так в 2015 г. в БГКБ г. Минска 20,2% родов закончено операцией кесарева сечения, а у 46% пациенток показанием служило наличие рубца на матке. Резервом снижения количества брюшностеночных операций явилось ведение родов через естественные родовые пути у 6,3% беременных с оперированной маткой в анамнезе, что совпадает с современными мировыми тенденциями ведения родов. В статье отражены результаты вагинального родоразрешения 36 женщин с рубцом на матке; 34 — после предыдущего кесарева сечения и 2 — после консервативной миомэктоми. 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 97,2% 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 $7,26 \pm 0,4$ ч. Общая кровопотеря равнялась $318,8 \pm 25,3$ 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.

**L. S. Guliayeva, N. A. Adzintsova, E. R. Kapustina,
I. V. Boris, L. N. Vasilieva, N. N. Rubakhova**

INDEPENDENT RODORAZRESHENIYA'S EXPERIENCE PREGNANT WOMEN WITH THE HEM ON THE UTERUS

In last years there has been a significant increase in the frequency of operative delivery. So in 2015 in the 6-th municipal clinical hospital of city of Minsk 20,2% labors are completed by an operation caesar sections, and for 46% patients a testimony the presence of scar on uterus. Reserve of decline of amount of operations was a conduct of delivery through natural birth canal at 6,3% pregnant with the operated uterus in anamnesis, that coincides with the modern world tendencies of delivery. In the article the results of vaginal delivery are described 36 women with a scar on uterus; 34 — after previous caesar sections and 2 — after a conservative myomectomy. Anamnesis, clinical and laboratory dates, is studied in detail, consistency of postoperative scar on uterus from data of clinical and instrumental methods of study, particularity of flow and conduct of delivery, state of new-born, bleeding amount, flow of postpartum. It was established, that in a 97,2% has been a favourable end of vaginal delivery. For one patient the veritable rotation of placenta was diagnosed in the area of scar on an uterus. Anomalies of childbirth it is not marked. Duration of labor was $7,26 \pm 0,4$ hours. The total bleeding was $318,8 \pm 25,3$ ml. All puerperals was written home in the satisfactory state. Recommendations are given on the conduct of delivery for such patients.

Key words: cesarean section, uterine scar, adequate uterine scar, spontaneous labor.

В последние годы отмечается значительный рост родоразрешения операцией кесарева сечения, частота которой 20–30%, а в крупных перинатальных центрах достигает 40–50% [7, 8]. 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 хирургической

□ Оригинальные научные публикации

травмы матки в анамнезе [3]. Общеизвестно, что увеличение количества брюшностеночного родоразрешения неминуемо чревато серьезными осложнениями, которые могут возникнуть как во время операции, так и в послеоперационном периоде [1, 2]. Это диктует необходимость производства данной операции по строго ограниченным показаниям и стараться разумно снизить процент операции кесарева сечения.

Как правило, женщины, имеющие кесарево сечение в анамнезе, планируют в последующем беременность 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 [4]. Однако, постулат «один раз кесарево сечение – всегда кесарево сечение» подвергается сомнению современными акушерами-гинекологами [5, 8]. Расширение возможностей для родов через естественные родовые пути у женщин, имеющих хирургическую травму матки в анамнезе, укладывается в современные мировые тенденции ведения родов [6, 9].

Исход беременности и родов после абдоминального родоразрешения зависит от полноценной регенерации тканей матки после ее рассечения, что обеспечивает формирование полноценного рубца. Рубцом является плотное образование, состоящее из гиалинизированной, богатой коллагеновыми волокнами соединительной ткани, возникающее в результате регенерации при нарушении ее целостности. Заживление рассеченной стенки матки может происходить путем реституции (полноценная регенерация), так и субституции (неполноценная регенерация). В первом случае заживление раны происходит благодаря гладкомышечным клеткам, во втором – пучкам грубой соединительной ткани, что может привести к разрыву матки в последующие беременности и роды [1, 2, 10].

Полноценность заживления 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 [2, 4, 5].

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 [6].

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 [4–6].

Во время беременности наиболее достоверную информацию о состоянии рубца на матке можно получить при ультразвуковом исследовании. Оптимальным для этого является срок 28–37 недель гестации. УЗИ позволяет оценить форму, толщину нижнего маточного сегмента, эхоструктуру миометрия в этом отделе матки. Достоверность в распознавании рубца при этом составляет 56–76% [4]. Считается, что ультразвуковым признаком неполноценности рубца является его истончение до 1 мм [2]. Важное значение имеет определение локализации плаценты с помощью УЗИ, так как расположение ее в области рубца на передней стенке 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 внизу 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 [4, 10].

Итак, для составления плана родоразрешения у женщин с оперированной маткой в анамнезе не-

обходимо 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 разрыве 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 [2, 4, 5].

Целью исследования явилось изучение результатов родоразрешения через естественные родовые пути женщин, имевших хирургическую травму матки в анамнезе.

Материал и методы

В 2015 году 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. Это заставляет задуматься еще больше о необходимости тщательного определения показаний для оперативного родоразрешения, что является, бесспорно, резервом снижения частоты кесарева сечения.

Параллельно в клинике увеличилось количество женщин с наличием рубца на матке, роды у которых были проведены через естественные родовые пути. 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, мониторинга состояния матери и плода, наркозного обеспечения, готовности операционной и др. Самостоятельно родили 36 женщин, что составило 6,3% к общему числу родильниц с рубцом на матке. Нами проведен ретроспективный анализ историй родов этих пациенток. У всех женщин было взято информированное согласие на роды через естественные родовые пути, на чем некоторые настаивали сами.

В плановом порядке были госпитализированы 27 (75%), экстренно поступили 9 (25%) пациенток. Возраст беременных колебался от 24 до 35 лет и в среднем составил 29,6 лет. Кесарево сечение в анамнезе имели 34 человека, консервативную миомэктомию – 2. Вторая беременность имела место у 20, третья – у 12, четвертая – у 4 человек. Рожали самостоятельно до операции кесарева се-

чения 9 женщин. У всех роды протекали без осложнений, родились здоровые дети. У 2 женщин до кесарева сечения имела место неразвивающаяся беременность, у 3 – прерывание беременности в ранние сроки методом вакуум-аспирации и у 2 – путем выскабливания слизистой полости матки. У 1 пациентки, которой производилось кесарево сечение в 2010 году, уже имели место роды через естественные родовые пути в 2013 году. После операции внутриматочных вмешательств не отмечено ни у одной беременной, что послужило одним из существенным моментов прогнозирования самостоятельного родоразрешения.

Экстрагенитальные заболевания отмечены у 23 беременных, что составило 63,9%. Миопия имела место у 7, нарушение жирового обмена 1–3 степени – у 6, варикозное расширение вен ног – у 4, хронический холецистит – у 3, хронический гастродуоденит – у 3, гипотиреоз – у 2, пролапс митрального клапана 1 ст. – у 1, мочекаменная болезнь – у 1, вертеброгенная люмбагия – у 1 пациентки. Настоящая беременность осложнилась гестозом легкой степени у 9, угрозой прерывания – у 5, хронической фетоплацентарной недостаточностью – у 3, анемией – у 2, гиперкоагуляционным синдромом – у 1 и холестазом – у 1 женщины. ОРВИ во время беременности перенесли 5 пациенток; у 9 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 – 4,2 года. В плановом порядке в прошлом оперировалась 21 пациентка, в экстренном – 13. Показанием к операции почти у половины (16 человек, что составило 47,1%) служило тазовое предлежание плода; у 14 она была произведена в плановом порядке. Другими показаниями к плановому оперативному родоразрешению были: миопия высокой степени у 2, заболевания позвоночника – у 2, ХФПН и СЗРП – у 2 и перенесенная беременность – у 1 женщины. В родах кесарево сечение ранее производилось по поводу внутриматочной гипоксии плода у 7, тяжелым гестозом – у 2, преждевременными родами – у 2, слабостью родовой деятельности при наличии крупного плода – у 1 и лобным вставлением головки плода – у 1 пациентки. При сборе анамнеза выявлено, что у всех женщин послеродовой послеоперационный период протекал без осложнений.

В двух случаях самопроизвольные роды были запланированы и произошли у пациенток, которые в анамнезе имели консервативную миомэктомию, при этом одну из них оперировали лапароскопически, а вторую – лапаротомным доступом. В обоих

□ Оригинальные научные публикации

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 и 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 34 человек, имевших в прошлом кесарево сечение, лапаротомия по Джоэл-Кохену произведена 22, по Пфаненштилю – 12 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 $2,5 \pm 0,1$ мм. Плацента располагалась на задней стенке матки у 17, боковой – у 11, передней – у 8 женщин. Предполагаемая масса плода варьировала от 2600,0 до 3950,0 и составила в среднем $3365,9 \pm 12,3$ г.

Из 27 человек, госпитализированных планово в отделение патологии беременности в сроки 37–39 недель, в среднем через 4,2 дня самостоятельно развилась родовая деятельность у 25 женщин; у 2 имело место преждевременное излитие околоплодных вод. В родах раннее излитие вод отмечено еще у 11 рожениц, а 9 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 267 до 285 дней и составили в среднем 275 дней. Аномалий родовой деятельности не выявлено ни у одной пациентки. Средняя продолжительность родов составила $7,26 \pm 0,4$ ч и варьировала в пределах от 3,4 до 10,8 ч. Безводный период равнялся в среднем 4,7 ч. Роды проводились при готовности операционной под постоянным мониторным наблюдением за состоянием рожениц и плодов. Медикаментозное обезболивание родов потребовалось 28 (77,8%) пациенткам. Использовались спазмолитики в сочетании с седативными и десенсибилизирующими средствами, а у 22 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 Аpgar 8/8 и 8/9 баллов. Масса новорожденных составила в среднем 3492,5 г, крупный плод имел место в 5 случаях.

Плацента отделилась самостоятельно у 35 (97,2%) 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 гемотрансфузия, массивная инфузионная и антибактериальная терапия, получала гемостимулирующие и антикоагулянтные препараты. Больная выписана с ребенком на 8 сутки в удовлетворительном состоянии, гистологический ответ – истинное приращение плаценты в области рубца на матке, что, к сожалению, не выявлено на УЗИ.

Всем родильницам сразу после выделения последа под внутривенным наркозом производилось контрольное ручное обследование полости матки. У 34 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 сутки в удовлетворительном состоянии.

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% метилэргобревина и антибиотик (гентамицин 240 мг, или цефотаксим 2,0, либо амоксициллин/клавуланат 1,2); 15 женщинам дополнительно внутривенно введено 100,0 метронидазола. При осмотре родовых путей обнаружены разрывы боковых стенок влагалища у 8 человек и у 1 – разрыв шейки матки 1 степени. В связи с угрозой разрыва промежности 9 роженицам произведена перинеотомия и 4 – эпизиотомия с последующим восстановлением рассеченных тканей. Общая кровопотеря в родах колебалась от 250 до 950 мл и составила в среднем $318,8 \pm 25,3$ мл.

В послеродовом периоде 35 родильницам проводилась антибактериальная терапия цефотаксимом либо амоксициллином/клавуланатом в вену или внутрь; одной пациентке с поливалентной аллергией антибиотиков не назначались. На 3 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 сутки 29, на 4 – 3, на 5 – 1 пациентка; одна 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.

Литература

Таким образом, в результате проведенного нами исследования можно сделать следующие **выводы**:

1. Показанием к операции кесарева сечения у 46% женщин, родоразрешенных в 2015 году в УЗ «6 ГКБ» явилось наличие оперированной матки в анамнезе. Резервом снижения брюшностеночного родоразрешения может быть ведение родов у женщин с рубцом на матке через естественные родовые пути.

2. Роды через естественные родовые пути произошли у 6,3% пациенток, имевших оперированную матку в анамнезе.

3. По нашим данным самостоятельное родоразрешение успешно в 97,2% случаев у таких беременных.

4. Тщательно собранный анамнез, полное клинико-лабораторное обследование, определение полноценности 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.

5. 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.

6. Показанием к операции при предыдущем кесаревом сечении служило в 47,1% 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.

7. 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.

1. *Акушерство: национальное руководство* / под ред. Э. К. Айламазяна, В. И. Кулакова, В. Е. Радзинского, Г. М. Савельевой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – С. 1025–1035.

2. *Кан, Н. Е. Выбор способа родоразрешения после операции кесарева сечения* / Н. Е. Кан, В. Л. Тютюник, М. И. Кесова, А. А. Балущкина // *Акушерство и гинекология*. – 2014. – № 6. – С. 20–26.

3. *Краснопольский, В. И. Место абдоминального и влагалищного оперативного родоразрешения в современном акушерстве. Реальность и перспективы* / В. И. Краснопольский [и др.] // *Акушерство и гинекология*. – 2012. – № 1. – С. 4–8.

4. *Михалевич, С. И. Особенности обследования и ведения беременности и родов у женщин с оперированной маткой: учебно-метод. пособие* / С. И. Михалевич, Т. В. Марковская, В. М. Русецкая. – Минск, 2011. – 16 с.

5. *Оперативное акушерство Манро Керра* / под общ. ред. М. А. Курцера; пер. с англ. П. И. Медведевой. – М.: Рид Элсивер, 2015. – С. 181–189.

6. *Пескарев, О. Г. Прогноз и перспектива самопроизвольного родоразрешения у женщин с рубцом на матке после кесарева сечения* / О. Г. Пескарев, И. В. Майбородина, И. М. Поздняков, Ю. П. Моторина, В. А. Альхимович // *Акушерство и гинекология*. – 2007. – № 3. – С. 33–37.

7. *Савельева, Г. М. Кесарево сечение в современном акушерстве* / Г. М. Савельева [и др.] // *Акушерство и гинекология*. – 2007. – № 2. – С. 3–8.

8. *Стрижаков, А. Н. Возможно ли снизить частоту кесарева сечения?* / А. Н. Стрижаков, Т. Ф. Тимохина, В. С. Белоусова // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. – 2013. – № 12(3). – С. 5–11.

9. *Kostzeva, T., Walczak S., Wieckowska K. Vaginal birth after cesarean delivery*. *Ginekol. Pol.* – 2010. – № 81(4). – P. 287–291.

10. *Skott, T. R. Intrapartum management of trial of labour after caesarean delivery: evidence and experience* / Br. T. *Obstet Gynaecol.* – 2014. – № 12 (21). – P. 157–62.