

# АКУШЕРСТВО

## ПРОГРАММИРОВАННЫЕ РОДЫ У ЖЕНЩИН С ОПЕРИРОВАННОЙ МАТКОЙ

**В.Е. Радзинский, О.А. Кузнецова, В.А. Любешкина**

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии  
Медицинский факультет  
Российский университет дружбы народов  
*ул. Миклухо-Макляя, 8, Москва, Россия, 117198*

**М.А. Оленева, Л.Н. Есипова**

Родильный дом № 25, г. Москва  
*ул. Фотиевой, 6, Москва, Россия, 117333*

Статья посвящена проблемам программированных родов у женщин с «рубцом на матке». В исследовании участвовали 144 беременных с оперированной маткой, начавших рожать *per vias naturales*. Проведена оценка условий для родовозбуждения, проанализирована клиническая эффективность различных методов индукции родов. Успешно проведены влагалищные роды у 134 пациенток, у 84 — программированные роды. В группе программированных родов произошел один разрыв матки.

**Ключевые слова:** программированные роды, рубец на матке, амниотомия, родовозбуждение.

В настоящее время активно дискутируется вопрос родов у женщин с оперированной маткой. Актуальность темы обусловлена либерализацией показаний к кесареву сечению (КС) и неуклонным ростом частоты этой операции [7], а также органосохраняющих операций у женщин репродуктивного возраста. Одним из самых частых показаний к КС оказывается просто «рубец на матке», а повторная операция несет ряд угроз для матери и плода. Материнская заболеваемость при повторном абдоминальном родоразрешении в 3—4 раза выше, чем при родах *per vias naturals*, а интраоперационные осложнения — в 5 раз выше и достигают 20% [2]. В основном это трудности технического характера, связанные с рубцовыми изменениями тканей, спаечным процессом в малом тазу. Нередки затруднения и увеличение времени извлечения плода, как следствие у 73% детей уже в раннем неонатальном периоде выявляются симптомы поражения ЦНС [1]. Чаще возникают осложнения пуэрперия (гематомы передней брюшной стенки, субинволюция матки, метрэндометрит, послеродовые кровотечения). Несмотря на то, что многочисленные зарубежные исследования убедительно продемонстрировали

преимущества успешных влагалищных родов с «рубцом на матке» перед повторным КС, в РФ их частота составляет всего 5—8% [4]. С другой стороны, неуклонно растет число беременных с оперированной маткой, их число достигает 8—10% [8]. Это информация к размышлению, посыл к серьезному изучению проблемы родоразрешения такого контингента беременных.

Успех влагалищных родов при наличии «рубца на матке» предполагает тщательный отбор беременных, основанный на качестве рубца, показаниях к первому КС, особенностях оперативной техники, течении послеоперационного периода и настоящей беременности [5].

**Целью исследования** стало изучение клинической эффективности программированных родов у женщин с оперированной маткой.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось в 2011 году на базе родильного дома № 25 Москвы. Нами было обследовано 367 женщин с «рубцом на матке», родивших через естественные родовые пути. Основным принципом отбора пациенток в исследование явилось: желание самой беременной рожать самостоятельно, отсутствие клинических и УЗ-признаков несостоятельности рубца и причин, приведших к первому КС. Состояние рубца на матке оценивалось при эхографическом исследовании анте- и интранатально. Наблюдение за состоянием плода осуществлялось антенатально, на основании УЗ-доплерометрии, и интранатально при кардиомониторировании. Клиническая эффективность программированных родов оценивалась на основании отсутствия серьезных осложнений в родах у матери (разрыв матки по рубцу) и новорожденного.

**Результаты исследования и обсуждение.** Из 367 пациенток с «рубцом на матке», обратившихся в родильный дом, мы отобрали для родов через влагалище 144 (39,2%) беременных, руководствуясь стратегией риска. В оценочную шкалу были включены дополнительные факторы риска, специфичные для женщин с «рубцом». Неблагоприятными факторами риска при данной беременности являются:

- рецидивирующая угроза прерывания беременности;
- УЗ-признаки несостоятельности рубца;
- локализация плаценты по передней стенке в зоне рубца, ее вращение;
- хроническая плацентарная недостаточность;
- ранние признаки нарушения гемодинамики в фетоплацентарной системе.

Безусловным приоритетом при выборе тактики было желание или нежелание беременной рожать самостоятельно, так как успешность родов, вне всякого сомнения, определяется и настроением женщины.

В этой группе (144) было 3 пациентки с высокой степенью перинатального риска (сумма баллов 27—30). Им было предложено плановое КС, от которого они отказались.

Причинами рубца на матке были:

- операция КС — 132 (91,7%);
- миомэктомия — 11 (7,6%);
- перфорация матки во время аборта — 1 (0,7%).

Таким образом, в нашем исследовании примерно каждая третья женщина с «рубцом на матке» предпочла влагалищные роды повторному КС.

Из 144 женщин *спонтанная родовая деятельность* началась у 60 (41,7%) беременных на 38—39 неделе беременности. Из них 20 (33%) пациенток поступили в родильный дом в активной фазе родов, а 40 (67%) беременных находились в ОПБ. Программированные роды у них были запланированы на 40-й неделе беременности, однако спонтанная родовая деятельность развилась ранее намеченного срока.

*Программированные роды* провели 84 (58,3%) беременным, причем 5 (6%) женщин обратились в родильный дом только в 41—42 недели беременности. В некоторых исследованиях показано уменьшение количества успешных родов при сроке беременности более 40 недель [9]. В других исследованиях отмечено, что исключительно гестационный срок более 40 недель не должен препятствовать влагалищным родам, хотя шансы на успех могут быть ниже [11]. Все беременные были информированы о том, что при индукции родов, по сравнению со спонтанными, примерно в 2—3 раза возрастает риск «расползания» рубца и примерно в 1,5 раза — риск повторного КС (уровень доказательности В) [11]. Примерно половине (39) беременных со «зрелой» шейкой матки была произведена амниотомия для индукции родовой деятельности; в дальнейшем, у 5 (12,8%) из них индукция родов была продолжена окситоцином. При «созревающей» шейке матки у 45 (53,6%) амниотомии предшествовало введение катетера Фолея. У всех женщин созревание, «дозревание» шейки матки произошло за сутки или чуть менее при использовании современного метрейринтера с дальнейшей инициацией родовой деятельности у 9 (20%) беременных. Остальным 36 (80%) беременным в дальнейшем была проведена амниотомия, а еще 10 (12% от всех программированных родов) — потребовалось родовозбуждение окситоцином. Таким образом, 12% пациенток пришлось пройти все три этапа индукции родов. Однако у двух беременных (2,4%) ожидаемый эффект от родовозбуждения не был достигнут, им было произведено экстренное кесарево сечение. Мы категорически отказались от индукции родов интрацервикальным введением простагландинов, так как считаем этот метод агрессивным и неуправляемым. В двух европейских исследованиях показана разница между методами подготовки к родам простагландинами и без них (с катетером Фолея). В этих анализах родовозбуждение простагландинами было ассоциировано со статистически более значимым риском разрыва матки (87 против 29 / 10 000) и высоким риском интранатальной гибели плода (11,5 против 4,5 / 10 000) [10; 12].

При «незрелой» шейке матки и доношенной беременности мы предпочитали плановое КС. В итоге, из 144 пациенток, начавших рожать *per vias naturales* — 7 (5%) было произведено экстренное КС в связи с возникшими осложнениями. По данным отечественных исследований, экстренным КС приходится завершать около 30% родов, начатых *per vias naturales* [6]. Показаниями к экстренному КС явились:

- слабость родовой деятельности у 4 рожениц;
- несостоятельность рубца, острая гипоксия плода у 1 роженицы;
- отсутствие эффекта от родовозбуждения у 2 беременных.

Оценив показания к первому КС у этих женщин, мы обнаружили совпадение повторения только у одной беременной, это была слабость родовой деятельности. От стимуляции родовой деятельности у этих 4 пациенток мы отказались, так как

интранатальный прирост факторов риска вывел их на максимально высокий уровень вероятности перинатальных осложнений.

Таким образом, роды *per vias naturales* были завершены у 82 женщин из группы программированных родов.

Нами не было зафиксировано не только перинатальной смертности, но и перинатальной заболеваемости. А вот материнского травматизма избежать не удалось. Американские коллеги утверждают, что самопроизвольные роды у женщин с рубцом чаще всего оказываются успешными. Вероятность осложнений (нарушение целостности рубца на матке) очень невысока — всего 0,2—1,5% [3]. В 2011 году в родильном доме № 25 в группе программированных родов (84) произошел разрыв матки по типу «расползания» рубца после предшествующего КС у одной (0,8%) пациентки. Индукция родов у нее проведена путем амниотомии, в родах — эпидуральная аналгезия (ЭДА). Родился живой мальчик с оценкой по Апгар 7/9 баллов и массой 3500,0. При контрольном ручном обследовании стенок полости матки обнаружен неполный разрыв по рубцу (по типу «расползания»). Кровотечения не было. Пациентке произведена лапаротомия с ушиванием дефекта нижнего сегмента матки. Совокупная кровопотеря (с учетом интраоперационной) не превысила 1000 мл. Родильница выписана на 6-е сутки в удовлетворительном состоянии.

#### **Выводы**

1. При отсутствии противопоказаний, наличии состоятельного рубца на матке и желания женщины ей должна быть предоставлена попытка родов через естественные родовые пути.

2. Программированные роды являются целесообразным методом родоразрешения женщин с оперированной маткой. В группе программированных родов разрыв матки по рубцу зафиксирован у одной родильницы (0,8%).

3. Успех программированных родов определяется готовностью родовых путей. При «зрелой» шейке матки родовая деятельность развивается после амниотомии у 87% (34) беременных, дальнейшая индукция окситоцином требуется только 13% (5) пациенток. При недостаточно «зрелой» шейке матки после введения катетера Фолея родовая деятельность развивается нечасто — примерно у каждой пятой. Как правило, требуется последующая амниотомия, эффективность которой составляет 80%, однако каждой десятой беременной требуется третий этап индукции родов — родовозбуждение окситоцином. При недостаточно «зрелой» шейке индукция родовой деятельности не эффективна в среднем у 2,5% пациенток.

4. Гестационный срок от 40 до 41,5 недель не должен препятствовать родам через естественные родовые пути. Обращение в родильный дом в сроке 41—42 недели беременности не является противопоказанием для проведения программированных родов, при условии немедленного родовозбуждения, метод которого определяется состоянием шейки матки.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

- [1] Болотова О.В. Современные возможности оценки состояния рубца на матке после кесарева сечения // Акушерство и гинекология. — 2009. — № 5. — С. 7—9.
- [2] Горбачева А.В. Ближайшие и отдаленные результаты повторного кесарева сечения: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — М., 2008.

- [3] *Де Черни А.Х., Натан Л.* Акушерство и гинекология: Учеб. пособие в 2 т. — М.: МЕД-пресс-информ, 2008.
- [4] *Краснопольский В.И. и соавт.* Место абдоминального и влагалищного оперативного родоразрешения в современном акушерстве. Реальность и перспективы // Акушерство и гинекология. — 2012. — № 1. — С. 4—8.
- [5] *Краснопольский В.И. и соавт.* Хирургическое лечение несостоятельного рубца на матке после кесарева сечения. Материалы VI международного конгресса по репродуктивной медицине. — М., 2012.
- [6] *Пекарев О.Г. и соавт.* Самопроизвольное родоразрешение у женщин с рубцом на матке после кесарева сечения: миф или реальность? // Status Praesens. — 2 [4] — 05.2010 — С. 67—71.
- [7] *Радзинский В.Е.* Акушерская агрессия. — М., 2011.
- [8] *Щербаков А.Ю., Гладкова Т.А., Щербаков В.Ю.* Особенности повторного родоразрешения у женщин после абдоминального кесарева сечения» // Международный медицинский журнал. — 2012. — № 1.
- [9] American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Vaginal birth after previous caesarean delivery. — Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 2010 Aug. 14 p. (ACOG practice bulletin; no. 115). [136 references]
- [10] *Landon M.B., Hauth J.C., Leveno K.J., Spong C.Y., Leindecker S., Varner M.W. et al.* Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery // N Engl J Med 2004; 351:2581—9.
- [11] Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG). Birth after previous caesarean birth. London (UK): Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG); 2007 Feb. 17 p. (Green-top guideline; no. 45). [116 references]
- [12] *Smith G.C., Pell J.P., Pasupathy D., Dobbie R.* Factors predisposing to perinatal death related to uterine rupture during attempted vaginal birth after caesarean section: retrospective cohort study // BMJ 2004;329:375.

## **PROGRAMMED LABOR IN WOMEN WITH A OPERATED UTERUS**

**V.E. Radzinsky, O.A. Kuznetsova, V.A. Luybeshkina**

Department of Obstetrics and Gynecology with a Course of Perinatology  
People's Friendship University of Russia, Moscow  
*Miklukho-Maklaya str., 8, Moscow, Russia, 117198*

**M.A. Oleneva, L.N. Esipova**

Maternity hospital twenty-five, Moscow

The paper deals with the problems of programmed delivery in women with a uterine scar. The study included 144 pregnant women with a uterus operated who started to give birth vaginally (per vias naturales). The conditions for induction, analyze the clinical efficacy of different methods of induction were assessed. 134 women given birth successfully, programmed delivery were conducted in 84 patients. There were 3 ruptures of the uterus.

**Key words:** programmed delivery, uterine scar, amniotomy, labor induction.