

На правах рукописи

Пастарнак Андрей Юрьевич

**ОСОБЕННОСТИ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ЖЕНЩИН С
ОПЕРИРОВАННОЙ МАТКОЙ**

14.01.01 - Акушерство и гинекология

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

МОСКВА

2014

Работа выполнена на кафедре акушерства и гинекологии с курсом перинатологии ФГБОУ ВПО "Российский университет дружбы народов".

Научный руководитель:

заведующий кафедрой акушерства и гинекологии
с курсом перинатологии, доктор медицинских наук,
профессор

В.Е. Радзинский

Официальные оппоненты:

член-корреспондент РАМН, профессор кафедры акушерства
и гинекологии педиатрического факультета
ГБОУ ВПО РНИМУ им.Н.И.Пирогова
Минздрава России, доктор медицинских наук,
профессор

М.А. Курцер

заместитель директора ГБУЗ МО

"Московский областной научно-исследовательский
институт акушерства и гинекологии" по научной работе,
доктор медицинских наук,
профессор

Л.С. Логутова

Ведущая организация: ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет» МЗ РФ.

Защита диссертации состоится «20» мая 2014г. в 11 часов на заседании диссертационного совета Д.212.203.01 в ФГБОУ ВПО «Российский университет дружбы народов» по адресу: 117333, г.Москва, ул.Фотиевой, д.6.

С диссертационной работой можно ознакомиться в Научной библиотеке ФГБОУ ВПО «Российский университет дружбы народов» (117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д.6).

Автореферат разослан «18» апреля 2014г.

Ученый секретарь

диссертационного совета
доктор медицинских наук,
профессор

И.М.Ордянец

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ.

Актуальность проблемы. Кесарево сечение стало самой распространенной операцией современного акушерства. В Российской Федерации за сутки производят около 1000 кесаревых сечений, каждую минуту в мире – 50. В каждом четвертом случае кесарева сечения предпочтительнее были бы роды через естественные родовые пути. В.Е.Радзинский (2011), резюмируя современные тенденции родоразрешения в мире, констатировал, что часто оперируют «не тех, кого надо». То есть, женщинам с высоким перинатальным риском кесарево сечение сделано не было, тогда как каждая четвертая прооперированная могла бы родить сама. XVI Всемирный конгресс акушеров-гинекологов в Сантьяго в 2003 году после целого дня напряженных дебатов резюмировал: расширение показаний к кесареву сечению оправдано только тогда, когда оно ведет к снижению перинатальной заболеваемости и смертности. В современном акушерстве назрела потребность в максимальном отказе от кесарева сечения при первых родах.

Проведенные опросы свидетельствуют о том, что каждая вторая женщина с рубцом на матке планирует повторные роды, а каждая третья – эти планы реализует (Фаткуллин И.Ф., 2009). Однажды родоразрешенная путем кесарева сечения женщина, при последующей беременности стоит перед выбором: либо роды через естественные родовые пути, либо плановое повторное кесарево сечение (Declercq E., 2013).

Частота успешных родов через естественные родовые пути при локализации рубца в нижнем маточном сегменте различается не только по странам, но и по клиникам в одной и той же стране. Так, в Великобритании роды *per vias naturales* у женщин с рубцом на матке составляют 63,4% (Knight H. et al., 2013; Nooh A., 2012), в Новой Зеландии - 73% (van der Merwe A.M., 2013), в клиниках США – 0-44,6% (Rosenstein M.G. et al., 2013), Австралии - 14-24% (Toohill J., 2013).

В Российской Федерации частота влагалищных родов у женщин после кесарева сечения составляет всего 5-8% (Краснопольский В.И. и др., 2012), в

то время как, по данным О.Г.Пекарева и соавт. (2010), через естественные родовые пути может быть родоразрешено 28% женщин с рубцом на матке.

Учитывая баланс рисков и пользы, Американская коллегия акушеров-гинекологов (2013) считает, что при отсутствии показаний для повторного кесарева сечения роды через естественные родовые пути у женщин с рубцом на матке безопасны и целесообразны, и их следует рекомендовать пациентам. Кесарево сечение по материнской просьбе не рекомендуется женщинам, планирующим последующее деторождение, поскольку с каждым последующим кесаревым сечением достоверно возрастают риски предлежания и вставания плаценты, преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты (ПОНРП), гистерэктомии.

В настоящее время нет стандартизированных алгоритмов, определяющих выбор способа родоразрешения женщин с рубцом на матке (Scott J.R., 2011). Все вышеизложенное позволило определить цель настоящего исследования.

Цель исследования: разработать стратегию и тактику улучшения исходов беременности и родов у женщин с рубцом на матке после кесарева сечения.

Задачи исследования.

1. Изучить антенатальные факторы риска повторного кесарева сечения у женщин с доношенной беременностью и оперированной маткой.
2. Оценить состояние ФПС у женщин с оперированной маткой.
3. Оценить информативность различных методов исследования в диагностике состояния рубца на матке.
4. Изучить перинатальные исходы при родоразрешении женщин с оперированной маткой.
5. Обосновать и разработать оптимальный алгоритм дифференцированного выбора метода родоразрешения у женщин с рубцом на матке и доношенной беременностью.

Научная новизна. На основании проведенного исследования:

-впервые выявлены новые антенатальные факторы риска повторного кесарева сечения;

- впервые оценены перинатальные исходы у женщин с оперированной маткой в зависимости от выбора метода родоразрешения;
- научно обоснована тактика ведения беременности и родов женщин с рубцом на матке;
- разработан алгоритм дифференцированного подхода к ведению родов у женщин с рубцом на матке.

Практическая значимость. Проведенное исследование позволило:

- 1 выявить новые антенатальные факторы риска повторного кесарева сечения;
- 2 оценить перинатальные исходы при различных способах родоразрешения женщин с оперированной маткой;
- 3 оценить информативность различных методов исследования в диагностике состояния рубца на матке;
- 4 разработать алгоритм дифференцированного подхода к ведению беременности и родов у женщин с рубцом на матке.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту.

1. В условиях российской службы родовспоможения роды через естественные родовые пути у женщин с рубцом на матке возможны у 30,6%.
2. Роды *per vias naturales* у женщин с рубцом на матке возможны у беременных низкого перинатального риска, состоятельном рубце на матке (полноценный кровоток в области рубца, отсутствие участков высокой акустической плотности), зрелых родовых путях (оценке по шкале Е.Н.Вishop 6 и более баллов), оценке плода по КТГ 8-10 баллов.
3. При оценке состоятельности рубца в ходе родовой деятельности данные УЗИ следует считать второстепенными. В диагностике несостоятельности рубца ведущую роль играют клинические признаки, такие как: слабость родовой деятельности, тахикардия роженицы и брадикардия плода.
4. Предложенный алгоритм ведения женщин с рубцом на матке позволяет увеличить частоту родов через естественные родовые пути с 1,6%

в 2010г до 30,6% в 2013 г. Это достоверно снижает: частоту ГСЗ – в 3,2 раза; средний койко-день пребывания в стационаре с 9,06+4,28 дней до 5,58+4,08 дней; переводы новорожденных на второй этап выхаживания с 10,1% до 4,7% - в 2,1 раза.

Внедрение результатов исследования. По материалам диссертации опубликовано 5 научных работ, все в изданиях, рекомендуемых ВАК РФ. По материалам диссертации читаются лекции и проводятся практические занятия со студентами и клиническими ординаторами кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии и с курсантами кафедры акушерства и гинекологии факультета повышения квалификации медицинских работников ФГБОУ ВПО «РУДН». Основные положения работы доложены на научных конференциях ФГБОУ ВПО «РУДН» (Москва, 2011, 2012, 2013), на VI Общероссийском научно-практическом семинаре «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии» (Сочи, 2013). Результаты исследований внедрены в практическую работу родильного дома №15 Департамента здравоохранения г. Москвы (с 05.02.2014 акушерский филиал №1 ГБУЗ ГКБ №13).

Апробация диссертации состоялась на объединенной конференции сотрудников кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии ФГБОУ ВПО «РУДН» и сотрудников родильных домов №25 (с 01.02.2014 акушерский филиал ГБУЗ ГКБ №1), № 15 (с 05.02.2014 акушерский филиал №1 ГБУЗ ГКБ №13) г. Москвы, родильного отделения при ГКБ №29 Департамента здравоохранения г. Москвы.

Объем и структура диссертации. Диссертация состоит из введения, обзора литературы, четырех глав по результатам собственных исследований, обсуждения полученных результатов, выводов, практических рекомендаций, указателя литературы (125 страниц). Диссертация иллюстрирована 41 таблицей, 5 рисунками, одним приложением. Указатель литературы включает 112 источников, из них 35 - на русском, 77 – на иностранных языках.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ.

Контингент, материалы и методы исследования. Для выполнения задач исследования был проведен ретроспективный анализ 498 историй родов женщин с рубцом на матке. Все они были разделены на следующие группы:

I - 152 женщины с рубцом на матке после кесарева сечения, родоразрешенные через естественные родовые пути;

II - 314 женщин с рубцом на матке после кесарева сечения, вновь родоразрешенные оперативно (кесарево сечение);

III - 32 женщины с естественными родами и последующим абдоминальным родоразрешением в анамнезе, родившие через естественные родовые пути.

Критериями включения в клинические группы явились:

- 1) информированное согласие пациентки на роды через естественные родовые пути;
- 2) одноплодная беременность;
- 3) один рубец на матке;
- 4) поперечное направление рубца;
- 5) головное предлежание.

Все беременные обследованы в соответствии с приказом № 572н Минздрава РФ «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)». Клиническую оценку состояния здоровья беременных проводили с помощью специально разработанной статистической карты. Программа исследования предусматривала клинико-статистическую характеристику состояния соматического и репродуктивного здоровья женщин и их новорожденных. В основе инструментальных методов было ультразвуковое исследование, включающее фетометрию плода, оценку состояния плаценты, околоплодных вод, маточно-плацентарного кровотока, состояния рубца на матке при помощи аппарата «Voluson 730» (User Manual, Austria), частота 3,5МГц.

Для диагностики функционального состояния плода и сократительной деятельности матки проводили кардиотокографическое наблюдение. Кардиотокографию проводили на аппарате COROMETRICS (General Electric Company). Интерпретация данных КТГ осуществлялась по шкале Фишера в модификации Кребса (1976, 1978).

Оценку степени "зрелости" шейки матки беременным проводили по шкале Е.Н.Вishop (1964). При значении 0-5 баллов шейку матки расценивали как "незрелую", 6-8 баллов - "созревающую" и 9-13 баллов – как "зрелую".

Оценка состояния новорожденного в раннем неонатальном периоде осуществлялась совместно с неонатологом.

Для создания базы данных и обработки статистического материала использовался персональный компьютер на базе процессора Intel Core i7-2600S. В качестве основного выбран пакет программного обеспечения для статистической обработки данных STATISTICA 6.0 компании Stat Soft Inc.

Критическое значение уровня значимости (p) равнялось 5%.

Результаты исследований и их обсуждение. Проведенный клинико-статистический анализ женщин с оперированной маткой показал, что основными факторами риска повторного оперативного родоразрешения являются: бесплодие в анамнезе (9,8%); беременность после ВРТ (86,8%); ожирение (35,3%); отягощенный соматический анамнез – 0,96 экстрагенитальных заболеваний на одну пациентку; осложненное течение беременности - анемия (61,1%), ЗРП (18,8%), преэклампсия (гестоз I-II степени) (21,3%); осложненное течение родов – преждевременное излитие околоплодных вод (32,2%), аномалии родовой деятельности (23,6%); крупный плод (29,3%); несостоятельность рубца на матке – 26,7%.

Женщины с рубцом на матке после предыдущего кесарева сечения, родившие через естественные родовые пути, имеют следующие отличительные особенности: возраст до 40 лет (100%); подавляющее большинство социально занятые (92,8%); низкий индекс сопутствующих

экстрагенитальных заболеваний, в том числе и ожирения (11,1%), во всех случаях I степени; низкий показатель ранних репродуктивных потерь в анамнезе; оптимальный интергенетический интервал (4,48+2,4 года); низкая частота осложненного течения настоящей беременности: ЗРП – 2,6%; нефропатия I-II степени - 5,9%; угроза преждевременных родов (17,7% и преждевременные роды у 6,6%); низкая частота осложнения настоящих родов (аномалии родовой деятельности - 3,3%; преждевременное излитие околоплодных вод - 16,4%).

Женщины, родившие естественным путем и впоследствии абдоминально родоразрешенные, родившие *per vias naturales*, имеют следующие отличительные характеристики: достоверно старший возраст (33,1+4,2 года) по сравнению с остальными женщинами (30,7+4,3 года и 31,7+6,5 лет соответственно); подавляющее большинство социально занятых (93,7%); низкий индекс сопутствующих экстрагенитальных заболеваний – 0,75, в том числе и ожирения (12,5%), во всех случаях I степени, низкую частоту заболеваний щитовидной железы (6,25%); отсутствие бесплодия в анамнезе и низкую гинекологическую заболеваемость в анамнезе; достоверно более низкий показатель ранних репродуктивных потерь в анамнезе в сравнении с женщинами с повторным кесаревым сечением и женщинами с оперированной маткой, родившими через естественные родовые пути, (9,4% искусственных абортов в анамнезе против 14,9% и 15,8% соответственно). Иная картина прослеживалась в отношении искусственных абортов. Обращает внимание их низкая частота среди всех обследованных (14,8%), а у женщин, родивших естественным путем и впоследствии абдоминально родоразрешенных, родивших *per vias naturales* этот показатель был достоверно меньше по сравнению с остальными группами – 9,4%, что в 1,6 раза реже, несмотря на достоверно большее число беременностей в анамнезе. Для них же был характерен оптимальный интергенетический интервал (3,08+1,56 года); низкая частота осложненного течения настоящей беременности: ранний токсикоз – 9,4%; анемия – 25%;

ЗРП – 12,5%; гестоз I-II степени - 6,3%; угрожающие преждевременные роды (18,8%) и преждевременные роды (9,4%); низкая частота осложнений настоящих родов (преждевременное излитие околоплодных вод - 15,6%).

Пациентки с естественными родами и кесаревым сечением в анамнезе, родоразрешившиеся самопроизвольно, составляли наиболее старшую возрастную группу, их средний возраст – 33,1±4,2 лет, что достоверно выше ($p<0,05$) по сравнению с остальными группами. Анализ распределения пациенток по возрастным диапазонам установил, что во всех исследуемых группах достоверно преобладали женщины в возрасте 31-40 лет – более чем каждая вторая. Ни в одной из изучаемых групп не было женщин в возрасте до 20 лет. В возрастном диапазоне 21-30 лет была практически каждая третья с повторным кесаревым сечением и более чем каждая четвертая с естественными родами и кесаревым сечением в анамнезе, родоразрешившаяся самопроизвольно, что достоверно реже ($p<0,05$) при сравнении с женщинами с рубцом на матке после предыдущего кесарева сечения, родившими через естественные родовые пути.

Анализ структуры сопутствующих хронических экстрагенитальных заболеваний показал, что на одну беременную с оперированной маткой и родами *per vias naturales* приходилось 0,85 заболеваний; у пациенток с повторным кесаревым сечением – 0,96; у женщин с естественными родами и кесаревым сечением в анамнезе, родоразрешившихся самопроизвольно – достоверно меньше, по сравнению с пациентками с повторным кесаревым сечением, - 0,75 заболеваний. В целом полученные данные показали, что женщины с рубцом на матке и естественными родами являются соматически здоровыми и относятся к группе низкого перинатального риска. В ходе исследования выявлено, что каждая восьмая-девятая женщина с родами через естественные родовые пути страдала ожирением I степени (11,1%). У женщин с повторным кесаревым сечением достоверно чаще диагностировано ожирение – более чем у каждой третьей (35,3%), причем преобладало ожирение I степени - практически у каждой четвертой (24,2%), ожирение II

степени - у каждой девятой (11,1%). Ожирение III степени не встречалось ни в одной из изучаемых групп. Полученные результаты сопоставимы с результатами исследователей, считающих ожирение одним из весомых факторов повторного кесарева сечения (Carlson N.S., Lowe N.K., 2014; Callegari L.S., 2013).

Исследование показало статистически значимое увеличение частоты встречаемости бесплодия в анамнезе среди женщин с повторным кесаревым сечением - у каждой десятой (9,8%), что достоверно чаще при сравнении с остальными пациентками (в 2,1 раза чаще по сравнению с обследованными с оперированной маткой и родами *per vias naturales*). У женщин с естественными родами и кесаревым сечением в анамнезе, родоразрешившихся самопроизвольно, указания на бесплодие в анамнезе не встречались вовсе. Из 38 пациенток с бесплодием у 33 (86,8%; 6,6% из всех обследованных) данная беременность наступила благодаря вспомогательным репродуктивным технологиям (ВРТ). Полученные данные отражают современное состояние проблемы преодоления бесплодия с помощью ВРТ. Г.М.Савельева и соавт. (2010) отмечают, что такой высокий процент кесаревых сечений определяется не только акушерской ситуацией, но и многими другими факторами – длительность бесплодия, возраст, число попыток ЭКО, неблагоприятные исходы предыдущих беременностей и родов и т.п. Авторы отмечают, что в этой связи необходимо индивидуально определять метод родоразрешения и помнить о необходимости сохранения здоровья ребенка, который достался матери с большим трудом.

Средний интервал между предыдущей и настоящей беременностями составил $3,9 \pm 2,08$ года. У женщин с оперированной маткой интервал между беременностями был достоверно выше при сравнении с женщинами с естественными родами и кесаревым сечением в анамнезе, родоразрешившихся самопроизвольно. При повторном оперативном родоразрешении у 34 (10,8%) обследованных - у каждой девятой-десятой,

интервал между предыдущими и настоящими родами был 1 год, в остальных группах таких пациенток не было.

Оценка причин абдоминального родоразрешения путем кесарева сечения при предыдущих родах показала, что лидирующие позиции среди показаний занимали тазовое предлежание (более чем у каждой четвертой (28,7%) и аномалии родовой деятельности (практически у каждой пятой – 19,7%). Мнения отдельных исследователей касательно ведения родов при тазовом предлежании настолько разноречивы, что четко сформулировать подход к этому вопросу трудно. Так, М. Schmidt et al. (2009) отмечали, что наружный поворот на головку дает возможность уменьшить частоту кесарева сечения при тазовом предлежании. С другой стороны, оказание пособий при родовспоможении может привести к травмированию новорожденного, прежде всего, это касается выведения головки при чисто ягодичном предлежании, когда возможно повреждение позвоночных артерий. Плановое кесарево сечение позволяет избежать таких ситуаций. Так или иначе, тазовое предлежание явилось причиной рубца на матке более чем у каждой четвертой женщины.

По мнению В.Е.Радзинского (2011), аномалии родовой деятельности никак не должны быть основным, доминирующим показанием к операции кесарева сечения (такой высокий процент обусловлен неумением или нежеланием их лечить). В целом, аномалии родовой деятельности явились причиной абдоминального родоразрешения у каждой пятой.

Третье ранговое место среди показаний к кесареву сечению занимала острая гипоксия плода - в среднем у 15,3% женщин, причем у женщин с кесаревым сечением в анамнезе и впоследствии родами через естественные родовые пути гипоксия плода встречалась достоверно чаще - у каждой четвертой (24,3%), по сравнению с остальными группами.

Клинически узкий таз, как показание к кесареву сечению, наблюдался у каждой седьмой женщины с оперированной маткой, а у женщин с естественными родами и кесаревым сечением в анамнезе,

родоразрешившихся самопроизвольно, данное показание не встречалось вовсе. ПОНРП и прогрессирование гестоза стали причиной кесарева сечения практически у каждой десятой (9,6% и 9,4% соответственно). Не было выявлено достоверных межгрупповых различий в частоте ПОНРП. Однако, прогрессирование гестоза достоверно чаще диагностировано у женщин с повторным кесаревым сечением и естественными родами и кесаревым сечением в анамнезе, родоразрешившихся самопроизвольно (12,7% и 15,6% соответственно), в то время как у женщин с оперированной маткой и родами через естественные родовые пути утяжеление гестоза имело место в единичных случаях – у 1,3%.

В целом, так или иначе, но у всех женщин, вошедших в исследование, по тем или иным показаниям в анамнезе было абдоминальное родоразрешение путем операции кесарева сечения. У 239 (76,1%) беременных с рубцом на матке абдоминальное родоразрешение выполнено в плановом порядке, у остальных 75 (23,8%) - в экстренном порядке. Была предпринята попытка родоразрешения 75 беременных с рубцом на матке, однако из-за развившихся осложнений (аномалия родовой деятельности, несостоятельность рубца на матке, подозрение на разрыв матки, ПОНРП), все они были родоразрешены операцией кесарева сечения в экстренном порядке.

В настоящих родах лидирующие позиции среди показаний к повторному оперативному родоразрешению у беременных занимали крупный плод и клинически узкий таз (более чем у каждой четвертой (29,3%) и несостоятельность рубца на матке (у каждой четвертой – 26,7%). Отмечено, что такое показание к кесареву сечению как «клинически узкий таз» при предыдущих родах диагностировано достоверно реже - в 2,0 раза (для сравнения - у 14,3% рожениц). Третье место занимали аномалии родовой деятельности – у каждой шестой (16,6%), что не имело статистически значимых различий при сравнении с предыдущими оперативными родами (19,4%). Несостоятельность рубца на матке явилась показанием к оперативному родоразрешению 26,7% беременных.

Нами проанализирована информативность динамического УЗИ для выявления угрозы риска разрыва матки по рубцу. У большинства пациенток толщина стенки матки при доношенном сроке беременности (37—40 недель) в области рубца в среднем составляла от 3 до 5 мм, что расценивалось как признак состоятельности рубца на матке. У 38 (12,1%) беременных с повторным кесаревым сечением толщина стенки матки в проекции рубца превышала 6 мм, что достоверно больше при сравнении с родоразрешенными через естественные родовые пути. Согласно исследованиям Р.И. Габидуллиной (2004), толщина нижнего сегмента матки более 6 мм соответствует грубым соединительнотканым рубцам. Из 38 пациенток, у которых имелась УЗ картина так называемых «толстых рубцов», только у 14 (36,8%) – более чем у каждой третьей - они подтвердились при выполнении повторного кесарева сечения. В остальных наблюдениях имели место варикозное расширение вен, спаечный процесс в области нижнего сегмента матки.

Истончение рубца было выявлено у каждой четвертой (79 (25,1%) пациентки при повторном кесаревом сечении, что достоверно чаще при сравнении с родоразрешенными через естественные родовые пути (6,5%) (в 3,9 раза чаще). В ходе кесарева сечения признаки резкого истончения подтвердились у 21 (26,5%) – только у каждой четвертой. То есть такой параметр как «толщина рубца», а именно «тонкий рубец» имеет диагностическое значение лишь у каждой четвертой пациентки с рубцом на матке. У 12 пациенток родивших через естественные родовые пути, толщина рубца была 2 мм, но рубец был равномерно истончен на всем протяжении, отсутствовала деформация, что и позволило родить им через естественные родовые пути. При ручном обследовании стенок матки во всех случаях рубец был состоятельным. Полученные эхоскопические данные о толщине нижнего сегмента не позволяют считать этот критерий достаточно объективным в оценке состояния рубца.

Определение равномерности и однородности рубца во всех отделах показало, что у 42,3% женщин, впоследствии родоразрешенных путем операции кесарева сечения, рубец на матке был однородной структуры. У женщин, родивших через естественные родовые пути, рубец был однородным и равномерным у подавляющего большинства (94,7% и 93,7% соответственно). У большинства пациенток с кесаревым сечением и эхоскопически диагностированным неоднородным рубцом (57,6%) его несостоятельность интраоперационно была подтверждена у 127 (70,2%) из 181 пациентки.

У всех родоразрешенных через естественные родовые пути не было выявлено эхоструктур высокой акустической плотности, в то время как при повторном кесаревом сечении более чем у каждой пятой (21,3%) беременной они диагностированы. У 14 (20,8%) беременных из 67 диагностированы выраженные дефекты в виде «ниш». Во всех случаях, когда при УЗИ определялись участки высокой акустической плотности, интраоперационно были выявлены лигатуры или соединительнотканые капсулы, окружающие шовный материал в области рубца.

Цветовое доплеровское картирование позволило оценить степень васкуляризации зоны вокруг рубца. Были выявлены три варианта расположения сосудов в миометрии, окружающем рубец: равномерное расположение локусов кровотока на всем протяжении зоны рубца; частичная васкуляризация, когда сосуды определялись чаще всего в дистальных отделах рубца при наличии минимального кровоснабжения в средней трети; отсутствие или единичные локусы кровотока. У родоразрешенных повторным кесаревым сечением встречались все три варианта кровотока в области рубца. Более чем у каждой второй диагностирована частичная васкуляризация, у каждой пятой – равномерный кровоток и у каждой четвертой – отсутствие или единичные локусы кровотока. У всех женщин с отсутствием или единичными локусами кровотока интраоперационно диагностирована несостоятельность рубца. Иная картина выявлялась у

беременных, родивших через естественные родовые пути. Практически у трёх четвертей женщин имелась полная равномерная васкуляризация рубца (67,2% и 75% соответственно), что достоверно чаще при сравнении с повторным оперативным родоразрешением. У каждой третьей беременной (32,8%) с единственными оперативными родами и каждой четвертой (25%) обследованной с оперативными и самопроизвольными родами в анамнезе, родивших впоследствии через естественные родовые пути, диагностирована частичная васкуляризация, что достоверно реже при сравнении с родоразрешенными оперативным путем. Вариант отсутствия или единичных локусов кровотока в области рубца не был диагностирован.

Проведенное исследование показало, что наиболее информативными критериями состояния рубца являются: васкуляризация рубца, однородная структура миометрия, наличие участков высокой акустической плотности. Результаты эхоскопии совпали с интраоперационными данными у 70,2% женщин. Допплерометрия рубца дает достоверную информацию, позволяющую судить о состоянии тканей и дальнейшей тактике ведения беременной с рубцом на матке. Мы согласны с мнением О.Г.Пекарева и соавт. (2010), считающих, что для распознавания угрозы разрыва матки по рубцу ультразвук основным методом считать нельзя, нужно ориентироваться на клинические признаки его несостоятельности. Данные УЗИ следует считать второстепенными.

У 155 женщин (84,2%) из 184, родивших через естественные родовые пути, роды были обезболены эпидуральной анестезией при раскрытии маточного зева в среднем $4,0 \pm 0,5$ см. Эпидуральная анальгезия продолжает играть важную роль в принятии решения в выборе метода родоразрешения пациенткой с рубцом на матке. Наше исследование показало, что эпидуральную анестезию необходимо рекомендовать и следует поощрять при родах *per vias naturales* у женщин с рубцом на матке. По мнению P. Deruelle et al. (2012), эпидуральная анальгезия не влияет на вероятность успеха вагинальных родов после кесарева сечения и может быть

диагностическим инструментом при возникновении разрыва матки. Клиническое подозрение на разрыв матки должно быть у женщин, которые требуют частого введения анестетика при эпидуральной анестезии (Cahill A.G. et al., 2010).

Оценка осложнений родов у обследованных показала, что достоверно чаще они диагностированы у женщин с рубцом на матке после кесарева сечения, родоразрешенных через естественные родовые пути. Эпизиотомия была выполнена у каждой пятой (21,05%) роженицы с рубцом на матке после кесарева сечения, родоразрешенной через естественные родовые пути, и у каждой шестой-седьмой – роженицы с естественными родами и кесаревым сечением в анамнезе, родоразрешившихся самопроизвольно, достоверных различий не выявлено. Перинеотомия была выполнена у каждой десятой (9,8%) роженицы с рубцом на матке после кесарева сечения, родоразрешенной через естественные родовые пути, что достоверно чаще (в 1,57 раза) при сравнении с роженицами с естественными родами и кесаревым сечением в анамнезе, родоразрешившихся самопроизвольно.

Разрыв промежности диагностирован у каждой пятой (21,05%), обследованной с кесаревым сечением в анамнезе, родоразрешившейся самопроизвольно, что достоверно меньше при сравнении с родившими через естественные родовые пути с естественными родами и кесаревым сечением в анамнезе, где такие разрывы не встречались вовсе. Разрыв шейки матки не был выявлен ни в одном из наблюдений у женщин с естественными родами и кесаревым сечением в анамнезе, родоразрешившихся самопроизвольно, в то же время у рожениц с рубцом на матке после кесарева сечения, родоразрешенных через естественные родовые пути, разрыв шейки матки выявлен у 5 женщин (3,3%), что достоверно чаще. Полученные данные сопоставимы с результатами М.С.Селиховой и соавт. (2010), показавшими, что частота родового травматизма в 4 раза выше у первородящих по сравнению с повторнородящими.

Контрольное ручное обследование стенок матки было выполнено у всех рожениц с рубцом на матке. Частота разрыва матки, по данным разных авторов, составляет 0,3% -6% (Ophir E. et al., 2012; Olagbujì B.N., 2012). В нашем исследовании разрыв матки диагностирован и подтвержден у трех (1,9%) женщин с рубцом на матке - все они принадлежали к роженицам с рубцом на матке после кесарева сечения, родоразрешенных через естественные родовые пути. После контрольного ручного обследования стенок матки и обнаружения разрыва матки всем женщинам выполнена лапаротомия по Пфанненштилю с иссечением старого рубца и ревизия органов брюшной полости, во всех случаях проведено ушивание дефекта стенки матки. Кровопотеря в среднем составила 400 ± 50 мл.

При поступлении на родоразрешение у большинства беременных, родивших впоследствии через естественные родовые пути, диагностирована «созревающая» (6-8 баллов) шейка матки: с единственными оперативными родами – у 78,9% и с естественными родами и кесаревым сечением в анамнезе, родоразрешившихся самопроизвольно, – у 62,5%, что достоверно чаще при сравнении с родоразрешенными оперативным путем («созревающая» шейка матки лишь у каждой шестой). «Зрелая» шейка матки достоверно чаще выявлялась у женщин с естественными родами и кесаревым сечением в анамнезе, родоразрешившихся самопроизвольно – более чем у каждой третьей, что в 2,7 раза чаще при сравнении с беременными с единственными оперативными родами и в 5,8 раза чаще по сравнению с повторным кесаревым сечением. В целом, у женщин с оперированной маткой (предыдущее кесарево сечение) готовность родовых путей к родам была диагностирована у всех, рожавших *per vias naturales* (100%); у 92,8% женщин с рубцом на матке после единственных родов путем кесарева сечения, родоразрешенных при настоящей беременности через естественные родовые пути. У 75,8% беременных с рубцом на матке и доношенной беременностью, родоразрешившихся впоследствии повторной операцией кесарева сечения, родовые пути были не готовы к родам.

Существенным, фактически доминирующим фактором успешного родоразрешения через естественные родовые пути следует считать зрелость шейки матки. Оценка по E.H.Bishop 6 и более баллов - практически абсолютный прогностический признак самопроизвольного родоразрешения при оперированной матке. Мы согласны с V.V. Bangal et al. (2013), что раскрытие маточного зева более чем на 3 см при поступлении в его исследовании имели 85% женщин с последующими успешными самопроизвольными родами.

Кардиомониторный контроль у всех обследованных беременных с рубцом на матке установил, что состояние плода во время родов существенно не менялось, за исключением трех рожениц (1,9%), у которых средняя оценка составила 5-6 баллов. Снижение реактивности сердечно-сосудистой системы во всех случаях проявлялось брадикардией плода. В последующем у всех трех родильниц диагностирован разрыв матки. Такие классические признаки разрыва матки как: жалобы роженицы на резкую боль в надлобковой области, гематурия, болезненность при пальпации над лоном, «припухлость» в надлобковой области, затрудненное мочеиспускание, яркие кровяные выделения из половых путей, изменение формы матки не имели столь выраженной диагностической значимости. Во многом это может быть обусловлено применением эпидуральной анестезии и в этой связи на первый план в диагностике разрыва матки выходят такие критерии как: слабость родовой деятельности; потребность в учащенной дозации анестетика, тахикардия роженицы и урежение сердцебиения плода. Аналогичное мнение высказывают V. Revicky et al. (2012), считающие брадикардию плода наиболее ранним индикатором разрыва матки. КТГ плода позволило исключить из группы 13,7% женщин, планирующих роды через естественные родовые пути, из-за неблагоприятных признаков, указывающих на нарушения состояния плода: тахикардия (11 (25,6%); брадикардия (20 (46,5%); урежение или отсутствие акцелераций (9 (20,9%); синусоидальный тип ритма (15 (34,9%).

Оценка гнойно-септических заболеваний (ГСЗ) у родильниц показала, что в их структуре лидирующие позиции занимает послеродовой эндомиометрит. Достоверно чаще он диагностирован у родильниц после кесарева сечения: 5,1% , это в 2,7 раза чаще, при сравнении с родившими через естественные родовые пути (1,9%) с единственными оперативными родами в анамнезе. У родильниц с естественными родами и кесаревым сечением в анамнезе, родоразрешившихся самопроизвольно, ГСЗ не были диагностированы ни у одной из наблюдаемых. Перитонит диагностирован у одной родильницы (0,3%) после повторного кесарева сечения по поводу ПОНРП.

Реалии современности таковы, что на настоящий момент не существует более действенных способов по борьбе с инфекционно-воспалительными заболеваниями родильниц и новорожденных, чем наискорейшее прекращение любых контактов с внутрибольничными инфектами, равно как и с возможными носителями, то есть ранняя выписка. Максимально ранняя выписка родильницы вместе с новорожденным из стационара - самый действенный способ борьбы с госпитальными инфекциями и их последствиями. Реалии современности таковы: мы далеки от ранней выписки. Необоснованная дородовая госпитализация женщин с рубцом на матке в отделение патологии беременных и является тем камнем преткновения, обойти который не всегда удается.

Анализ такого параметра как «средний койко-день пребывания в стационаре» у родильниц с рубцом на матке показал, что достоверно дольше в стационаре находились пациентки с повторным кесаревым сечением - средний койко-день составил 9,06+4,28 дней. Достоверно меньше в стационаре находились пациентки с родами через естественные родовые пути - 5,58+4,08 дней. Именно роды через естественные родовые пути у женщин с рубцом на матке максимально обеспечивают профилактику ГСЗ (15,2% родильниц, родивших *per vias naturales*, были выписаны на вторые сутки).

Оценка физического развития новорожденных на первом году жизни показала, что на первом месяце жизни прибавке в весе укладывалась в рамки нормативных показателей. В среднем, у рожденных через естественные родовые пути прибавка составила 911г и 981г в I и III группах соответственно, что достоверно больше при сравнении с прибавкой в весе у детей, рожденных путем кесарева сечения, – 522г. По показателям роста статистически значимых отставаний не выявлено.

К 6 месяцу жизни сохранялось статистически значимое отставание в динамике прибавки веса у рожденных путем повторного кесарева сечения при сравнении с рожденными через естественные родовые пути: прибавка массы тела была меньше у детей после кесарева сечения (3527 г и 3461 г – у детей, рожденных через естественные родовые пути, против 3289,2г – рожденных путем повторного кесарева сечения). К первому году жизни дети по весовым показателям не отличались друг от друга. Обращает на себя внимание тот факт, что темпы прибавки массы тела детей, рожденных путем кесарева сечения, после 6 месяцев опережали таковые, по сравнению с рожденными *per vias naturales*.

подавляющее большинство детей, рожденных через естественные родовые пути, находились на грудном вскармливании с первых дней жизни и в первые три месяца (85,2% и 90,6%). Достоверно реже (в 1,5 раза) эксклюзивное грудное вскармливание было у детей после кесарева сечения (55,0%). На смешанное вскармливание переходили, как правило, со 2 месяца жизни и на нем находился каждый шестой ребенок (16,6%) после кесарева сечения, что достоверно чаще, при сравнении с рожденными через естественные родовые пути (в среднем 8,7% детей). На искусственном вскармливании был более чем каждый четвертый ребенок (28,3%) после кесарева сечения, что достоверно больше при сравнении с родившими через естественные родовые пути, с единственными оперативными родами в анамнезе (в 4,2 раза), и с естественными родами и кесаревым сечением в

анамнезе, родоразрешившихся самопроизвольно, где детей на искусственном вскармливании не было вовсе.

В целом, показатель перинатальной смертности в I и II группах не имел статистически значимых различий (19,7‰ и 19,1‰ соответственно), достоверно значимые различия прослеживались в частоте мертворождений (достоверно чаще после кесарева сечения) и ранней неонатальной смертности (после самопроизвольных преждевременных родов).

Дети, рожденные через естественные родовые пути, в отличие от рожденных путем операции кесарева сечения, достоверно реже: рождаются мертворожденными (0‰ против 9,5‰); имеют синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости, гипертензионно-гидроцефальный синдром и синдром вегето-висцеральной дисфункции (в целом в 1,9 раза реже – у 20,1 против 37,7%); переводятся на второй этап выхаживания (4,7% против 10,1%).

Дети, рожденные путем операции кесарева сечения, достоверно чаще: не соответствуют основным параметрам физического развития – прибавка в весе и росте на первом году жизни (достоверно отставали в массе тела в 1 месяц и к 6 месяцам жизни); находятся на искусственном вскармливании (на эксклюзивном грудном вскармливании 86,2% против 55,0%).

Полученные результаты исследования позволили нам разработать алгоритм ведения беременных с рубцом на матке. Частота родов через естественные родовые пути женщин с оперированной маткой, на примере родильного дома № 15 г.Москвы, в 2012 году составила 30,3%, в 2013 году - 30,6%. Полученные показатели сопоставим с данными О.Г.Пекарева и соавт. (2010), показавших, что на базе перинатального центра через естественные родовые пути может быть родоразрешена почти треть женщин с рубцом на матке – 28%. Предложенный алгоритм позволил не только увеличить частоту родов через естественные родовые пути с 1,6% в 2010г до 30,6% в 2013 г, но и достоверно снизить: частоту ГСЗ – в 3,2 раза; средний койко-день пребывания в стационаре с 9,06+4,28 дней до 5,58+4,08 дней; число

новорожденных, переведенных на второй этап выхаживания, с 10,1% до 4,7%
- в 2,1 раза.



Рис.1. Алгоритм ведения беременности женщин с рубцом на матке.

ВЫВОДЫ.

1. Резервом снижения частоты кесарева сечения является родоразрешение женщин с рубцом на матке через естественные родовые пути. В условиях российской службы родовспоможения роды через естественные родовые пути женщин с оперированной маткой возможны у 30,6%.
2. Основными факторами риска повторного оперативного родоразрешения являются: беременность после ВРТ (86,8%); ожирение (35,3%); отягощенный соматический анамнез – 0,96 экстрагенитальных заболеваний на одну пациентку; осложненное течение беременности - анемия (61,1%), ЗРП (18,8%), гестоз I-II степени (21,3%); осложненное течение родов – ПОНРП (8,9%), преждевременное излитие околоплодных вод (32,2%), крупный плод (29,3%); аномалии родовой деятельности (23,6%); несостоятельность рубца на матке (26,7%).
3. Плацентарная недостаточность, лежащая в основе большинства перинатальных и ряда акушерских осложнений, имеет место у 13,4% беременных с рубцом на матке, то есть не чаще, чем в популяции.
4. Чувствительность ультразвукового метода определения состояния рубца на матке составляет 57,6%, а специфичность - 87,5%. Наиболее информативным методом диагностики состоятельности рубца на матке является доплерометрия. Достоверно значимыми диагностическими критериями состоятельности рубца являются: васкуляризация маточного сегмента рубца, структура миометрия, наличие участков высокой акустической плотности.
5. Перинатальная смертность не имеет статистически значимых различий в зависимости от метода родоразрешения женщин с оперированной маткой (19,7‰ при родах через естественные родовые пути и 19,1‰ при повторном кесаревом сечении).
6. Неонатальная заболеваемость имеет достоверные различия. Дети, рожденные через естественные родовые пути, в отличие от рожденных путем операции кесарева сечения, достоверно реже: страдают повышенной нервно-

рефлекторной возбудимостью, гипертензионно-гидроцефальным синдромом и вегето-висцеральной дисфункцией (в целом в 1,9 раза реже – у 20,1 против 37,7%); переводятся на второй этап выхаживания (4,7% против 10,1%); отстают по основным параметрам физического развития – прибавка в весе и росте на первом году жизни (отстают в массе тела в 1 месяц и к 6 месяцам жизни после кесарева сечения); находятся на искусственном вскармливании.

7. Разработанный алгоритм ведения женщин с рубцом на матке позволяет увеличить частоту родов через естественные родовые пути с 1,6% в 2010г до 30,6% в 2013 г, достоверно снижая: частоту ГСЗ – в 3,2 раза; средний койко-день пребывания в стационаре с 9,06+4,28 дней до 5,58+4,08 дней; переводы новорожденных на второй этап выхаживания с 10,1% до 4,7% - в 2,1 раза.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.

1. Женщинам с оперированной маткой и низким перинатальным риском необходимо предоставлять информацию о возможности родоразрешения через естественные родовые пути. Роды *per vias naturales* рекомендованы:

- 1) только при информированном согласии пациентки;
- 2) при соответствующих возможностях акушерского стационара (готовность ко всем объемам ургентной помощи);
- 3) состоятельности поперечного рубца на матке;
- 4) отсутствии экстрагенитальных заболеваний и/или акушерских осложнений;

- роды через естественные родовые пути возможны при:

- 1) согласии пациентки на роды;
- 2) одноплодной беременности;
- 3) готовых родовых путях;
- 4) состоянии плода по КТГ 8-10 баллов;
- 5) состоятельном рубце;
- 6) адекватном обезболивании;

2. Роды через естественные родовые пути вести под динамическим контролем гемодинамического гомеостаза роженицы и фето-плацентарной системы.

Список работ, опубликованных по теме диссертации.

1. Подтетенев К.С., Оразмурадов А.А., Шишкин Е.А., Пастарнак А.Ю., Лукаев А.А. Антибактериальная терапия при недонашивании и дородовом излитии околоплодных вод // **Вестник РУДН. Серия Медицина. Акушерство и гинекология.** – 2011. - №5. – С.290-295.
2. Тулупова М.С., Хамошина М.Б., Календжян А.С., Чотчаева А.И., Пастарнак А.Ю. Гинекологическая заболеваемость и репродуктивные потери в России в первой декаде XXI в. // **Вестник РУДН. Серия Медицина. Акушерство и гинекология.** – 2011. - №5. – С.280-283.
3. Трифонова О.С., Пастарнак А.Ю., Шишкин Е.А., Тажетдинов Е.Х., Лукаев А.А., Болибок Н.В. Интранатальный токолиз при преждевременных родах: версии и контраверсии // **Вестник РУДН. Серия Медицина. Акушерство и гинекология.** – 2012. - №5. – С.450-457.
4. Пастарнак А.Ю. Современные тенденции в родоразрешении женщин с оперированной маткой // **Современные проблемы науки и образования.** – 2014. – №2. (Электронный журнал); URL: www.science-education.ru/116-12294.
5. Лукаев А.А., Пастарнак А.Ю., Билибок Н.А., Оразмурадов А.А. Родоразрешение женщин с преждевременными родами // **Современные проблемы науки и образования.** – 2014. – №2. (Электронный журнал); URL: www.science-education.ru/116-12302.

Особенности родоразрешения женщин с оперированной маткой

Пастарнак Андрей Юрьевич

(Россия)

В работе разработана концептуальная акушерская тактика родоразрешения женщин с рубцом на матке после кесарева сечения. Проведена оценка современных показаний к оперативному родоразрешению. Оценены различные методы исследования, позволяющие определить состоятельность рубца на матке; показана их информативность. Разработанный алгоритм ведения женщин с рубцом на матке позволит увеличить частоту родов через естественные родовые пути, достоверно снизить частоту гнойно-септических заболеваний, средний койко-день пребывания в стационаре. Перинатальные исходы подтвердили эффективность предложенной тактики: одинаковые показатели перинатальной смертности и достоверно более низкая неонатальная заболеваемость детей, родившихся через естественные родовые пути.