

ОПТИМИЗАЦИЯ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ЖЕНЩИН С НАЛИЧИЕМ ОПЕРИРОВАННОЙ МАТКИ В АНАМНЕЗЕ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Представлены данные о возможности диагностики состоятельности рубца на матке и прогнозе родоразрешения женщин с наличием оперированной матки в анамнезе.

Ключевые слова: диагностика, оперированная матка.

L. S. Gulyaeva, I. M. Rusan

OPTIMIZATION OF DELIVERY IN WOMEN WITH A HISTORY OF CESAREAN SECTION IN ANAMNESIS

The article represents the data of the opportunity of diagnosis of uterine scar consistency and prognosis of delivery in women with a history of cesarian section.

Key words: diagnosis, uterine scar.

Отбор беременных с рубцом на матке для родов через естественные родовые пути представляет собой серьезную проблему в акушерстве, связанную с оценкой состояния рубца на матке. Для комплексной оценки состояния рубца на матке учитывают данные анамнеза, клинических и эхоскопических данных. Это зависит от объема перенесенной операции (лапаротомия, лапароскопия, кесарево сечение, консервативная миомэктомия, ушивание матки после перфорации).

Материал и методы

Исследования проводились на базе БГКБ г.Минска.

В ходе исследования проведен ретроспективный анализ историй родов 158 женщин за период 2009 года, имеющих в анамнезе рубец после перенесенной операции кесарева сечения.

Среди них 148 беременных были родоразрешены путем операции кесарева сечения, 10 – через естественные родовые пути.

Результаты и обсуждение

Возраст исследуемых беременных колебался от 19 до 42 лет. Средний возраст составил $31 \pm 4,24$ года.

Анализ результатов 148 УЗИ, проводимых в конце III-го триместра беременности, и сопоставление данных результатов с интраоперационным определением состояния рубца представлены в таблице 1. На основании полученных данных беременные, повторно родоразрешенные оперативным путем, распределены в 2 группы: I - беременные с **состоятельным** рубцом (СР) – 75 человек ; II - беременные с **несостоятельным** рубцом (НР) – 73 человека.

Таблица 1 – Сопоставление данных УЗИ о состоятельности рубца на матке с результатами, полученными во время операции. Распределение беременных в группы

№	Толщина миометрия в области рубца по данным УЗИ (мм)	Истончение рубца интраоперационно	Число беременных	В какую группу отнесены
1	3-5	-	75	I (СР)
2	<3 и >5	11	47	II (НР)
3	Неоднородная структура рубца	2	5	II (НР)
4	Нет данных	10	10	II (НР)
5	3-5	11	11	II (НР)

Состоятельность послеоперационного рубца, определяемая с помощью УЗИ, не соответствовала действительности в 11 случаях (во время операции кесарева сечения обнаружено истончение рубца). Информативность данного метода исследования составила 92,6%. Т.о., УЗИ является основ-

Таблица 2 – Расположение плаценты у беременных с оперированной маткой в анамнезе

Стенка матки	I CP Абс(%)	II HP Абс(%)
Задняя	21 (28%)	25(34,2%)
Задняя, больше справа (правая боковая)	10 (13,3%)	4 (5,5%)
Задняя, больше слева (левая боковая)	1 (1,3%)	1 (1,4%)
Задняя, в области дна	2 (2,7%)	1 (1,4%)
Задняя, правая боковая, в области дна	-	2 (2,7%)
Передняя	35 (46,7%)	32(43,8%)
Передняя с переходом на дно	-	1 (1,4%)
Передняя, больше справа (правая боковая)	2 (2,7%)	5 (6,8%)
Правая боковая	2 (2,7%)	1 (1,4%)
Левая боковая	2 (2,7%)	1 (1,4%)

Таблица 3 – Оценка состояния новорожденных

Состояние новорожденных по шкале Апгар	Рождены путем операции кесарева сечения		Рождены через естественные родовые пути
	I (CP) Абс.(%)	II (HP) Абс.(%)	Число новорожденных Абс.(%)
8/9	63 (~84%)	56(~75,7%)	8 (80%)
8/8	11 (~14,7%)	17 (~23%)	2 (20%)
7/8		1 (~1,3%)	-
5/7	1 (~1,3%)		-

ным методом диагностики состоятельности рубца, но в дополнение необходимо учитывать клинические и анамнестические данные (грубый и неоднородный рубец на передней брюшной стенке, болезненность при пальпации нижнего маточного сегмента в области рубца, плохое заживление раны, длительное повышение температуры, эндометрит, выскабливания полости матки в послеоперационном периоде после предыдущей операции).

При выявлении факторов риска, влияющих на несостоятельность рубца, наиболее информативными оказались данные акушерско-гинекологического анамнеза: каждые последующие роды являются фактором риска развития несостоятельного рубца; матка, оперированная более одного раза, в 2,5 раза чаще встречалась у женщин с несостоятельным рубцом; у беременных с несостоятельным рубцом в 2,5 раза чаще встречался медицинский аборт в анамнезе, в 7 раз чаще – неразвивающаяся беременность, в 4 раза чаще – самопроизвольный выкидыш, в 3,3 раза чаще – хронический аднексит.

По экстрагенитальной патологии особенных различий между исследуемыми группами выявлено не было.

При анализе влияния локализации плаценты на состояние рубца существенных различий в двух исследуемых группах не было (Таблица 2), что соответствует литературным данным.

При анализе возникших осложнений настоящей беременностью выявлено, что у беременных с несостоятельным рубцом в 3,2 раза чаще встречался гестационный пиелонефрит, в 1,7 раза чаще беременность сопровождалась развитием крупного плода, в 1,6 раз чаще имело место преждевременное излитие околоплодных вод, в 1,5 раза чаще наблюдалась угроза выкидыша. Достоверных различий в возникших осложнениях со стороны

плода не наблюдалось.

Наличие спаечного процесса в малом тазу по ходу операции кесарева сечения обнаружено у 16 (10,8%) женщин из 148. Среди них с состоятельным рубцом – у 6 (8,0%), с несостоятельным – у 10 (13,7%), т.е., у женщин с несостоятельным рубцом спаечный процесс в брюшной полости встречался в 1,7 раз чаще.

Толщина миометрия в области рубца у беременных, родоразрешенных через естественные родовые пути, находилась в пределах от 1,2 до 3,5 мм; у троих беременных данных о толщине миометрия в области рубца не было, и у одной беременной область рубца не визуализировалась. По нашим данным, оптимальным является родоразрешение через естественные родовые пути при толщине рубца от 3,5 до 2,5 мм.

Средняя общая продолжительность родов составила 7 ч.15 мин. Средняя кровопотеря в родах – 300 мл. У всех женщин при контрольном ручном обследовании полости матки после родов изменений со стороны контуров рубца, целостности стенок матки не было.

Состояние новорожденных по шкале Апгар отражено в таблице 3.

Выводы

1. При выявлении факторов риска, влияющих на несостоятельность послеоперационного рубца на матке, наиболее информативными оказались данные акушерско-гинекологического анамнеза.

2. Имеется риск развития несостоятельного рубца при развитии таких осложнений беременности как: крупный плод, угроза выкидыша, преждевременное излитие околоплодных вод, гестационный пиелонефрит.

3. По нашим данным, локализация плаценты не влияет на состояние послеоперационного рубца.

4. При планировании тактики ведения родов у женщин с оперированной маткой должен иметь место дифференцированный подход в каждом конкретном случае, учитывая данные анамнеза, УЗИ и клинических исследований.

Литература

1. *Дополнительные критерии несостоятельности рубца на матке* / Н. Д. Гаспарян // Российский вестник акушера-гинеколога. 2001. № 2. С. 4 – 6.

2. *Клинико-инструментальная оценка состояния шва на матке и выбор лечебной тактики при гнойно-септических осложнениях после кесарева сечения* / А. Н. Стрижаков, О. Р. Баев // Российский вестник акушера-гинеколога. 1999. № 6. С. 21 – 27.

3. *Основные факторы риска развития неполноценного рубца на матке после кесарева сечения* / В. А. Крамарский, Л. И. Машакевич, В. Н. Дудакова // Российский вестник акушера-гинеколога. 2003. № 2. С. 37 – 39.

4. *Русан, И. М. Возможности родоразрешения женщин с наличием оперированной матки в анамнезе* / И. М. Русан // Актуальные проблемы современной медицины 2010: материалы 64-й Междунар. конф. студентов и молодых учёных, посвящая 65-летию Победы в Великой Отечественной войне. Минск: БГМУ, 2010. Часть 2. С. 359.

5. *Ведение беременности и родов у женщин с рубцом на матке после кесарева сечения: сб. науч. работ VI съезда акушеров-гинекологов и неонатологов Беларуси 27 – 29 мая 1997 г. г. Гомель / Т. И. Крылова [и др.]. Минск, 1997. Т. I. С. 275 – 278.*

Поступила 28.06.2011 г.