

Д. И. Корольчук

ВЕДЕНИЕ РОДОВ У ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ ЧЕРЕЗ ЕСТЕСТВЕННЫЕ РОДОВЫЕ ПУТИ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Л.С. Гуляева

Кафедра акушерства и гинекологии,

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Резюме. В статье представлены результаты родоразрешения через естественные родовые пути 36 женщин с рубцом на матке в анамнезе, полученные на основании данных историй болезни и УЗ-исследований.

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

Resume. The article presents the results of labor through natural patrimonial ways 36 women with a uterine scar, obtained on the basis of medical history and ultrasound investigation.

Keywords: cesarean section, scar on the uterus, labor.

Актуальность. В последние годы отмечается значительный рост родоразрешения операцией кесарева сечения (20-30%). 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. 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.

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

Задачи:

1. Определение критериев отбора женщин с рубцом на матке в анамнезе для планирования самостоятельных родов.

2. Оценка состояния послеоперационного рубца и локализации плаценты у таких женщин.

3. Изучение результатов родоразрешения через естественные родовые пути.

Материал и методы. В 2015 году в родовых отделениях УЗ «6 ГКБ» г. Минска самостоятельно родили 36 женщин с рубцом в анамнезе, что составило 6,3% к общему числу родильниц с рубцом на матке. Был проведен ретроспективный анализ историй родов этих пациенток. В плановом порядке были госпитализированы 25 (69%), экстренно поступили 11 (31%) пациенток. Возраст беременных колебался от 24 до 38 лет и в среднем составил 30,2 года. Кесарево сечение в анамнезе имели 34 человека, консервативную миомэктомию – 2. Вторая беременность имела место у 21, третья – у 12, четвертая – у 3 женщин. Рожали самостоятельно до операции кесарева сечения 9 женщин. У всех роды протекали без осложнений, родились здоро-

вые дети. От операции кесарева сечения до наступления настоящей беременности прошло от 1 до 9 лет, в среднем – 5 лет. В плановом порядке в прошлом оперировалась 21 пациентка, в экстренном – 13 (рисунок 1).

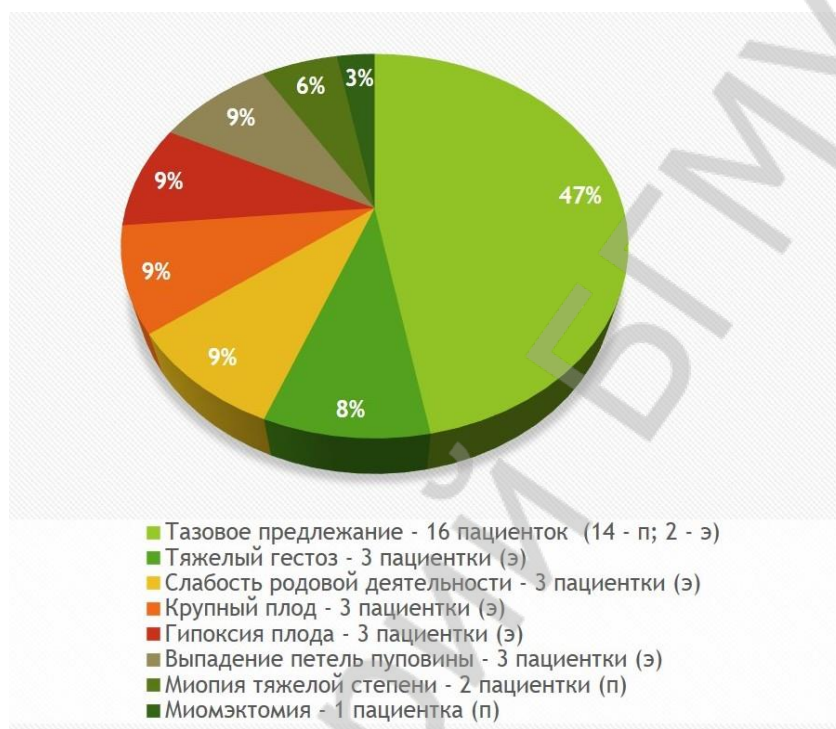


Рисунок 1 – Основные показания к кесареву сечению.

Экстрагенитальные заболевания отмечены у 24 беременных, что составило 66,7% (рисунок 2).

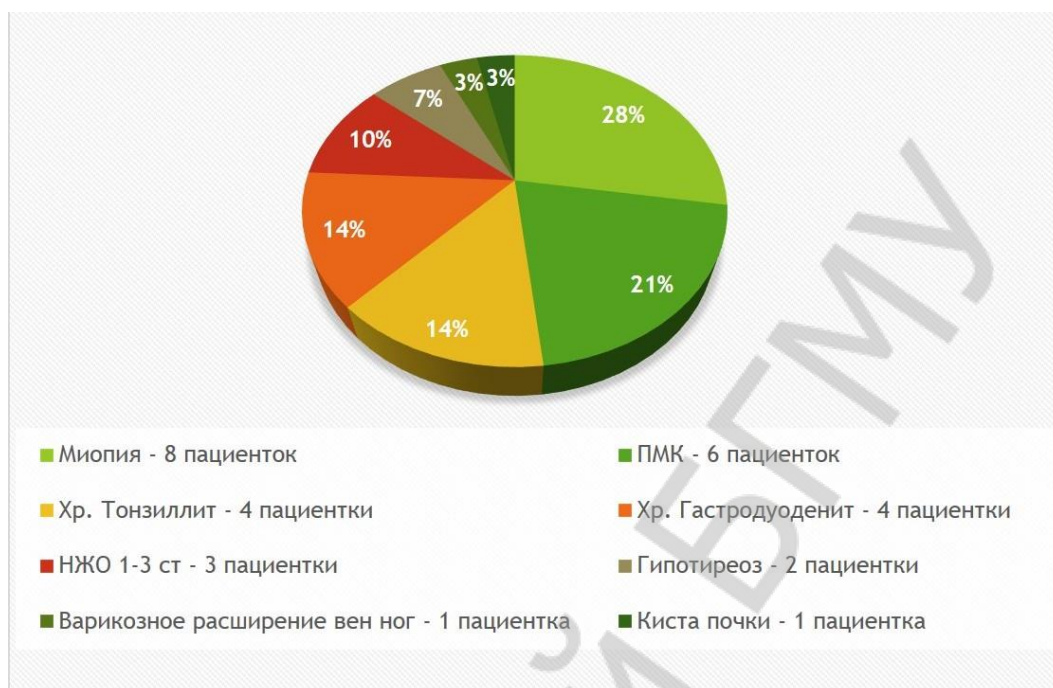


Рисунок 2 – Экстрагенитальная патология беременных.

Настоящая беременность осложнилась у 29 пациенток, что составило 80,6% (рисунок 3).

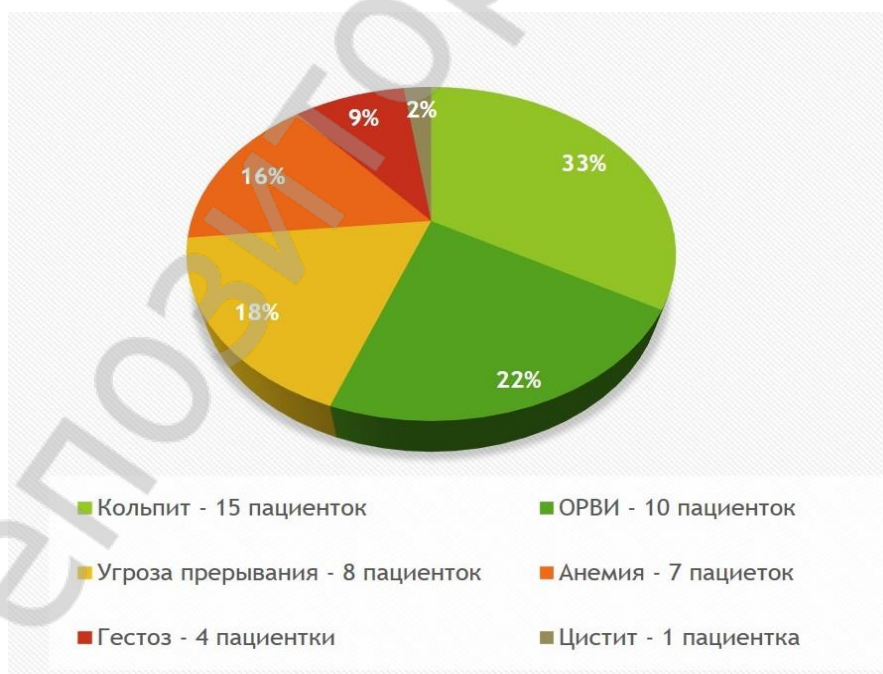


Рисунок 3 – Осложнения настоящей беременности.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что у всех женщин, имевших в

прошлом кесарево сечение, операция проводилась в нижнем маточном сегменте, 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 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. У всех женщин выявлен полноценный однородный рубец, локализованный в нижнем маточном сегменте. Толщина его колебалась от 1,7 до 5 мм и составила в среднем $2,3 \pm 0,1$ мм.

Плацента располагалась на задней стенке матки у 17, боковой – у 7, передней – у 12 женщин. Предполагаемая масса плода варьировала от 2528,0 до 4490,0 и составила в среднем $3500,0 \pm 12,3$ г. Из 25 женщин, госпитализированных планово в отделение патологии беременности в сроки 37-39 недель, в среднем через 4 дня самостоятельно развилась родовая деятельность у 18. Сроки родов составили в среднем 273,5 дня. Аномалий родовой деятельности не выявлено ни у одной пациентки. Средняя продолжительность родов составила $7,07 \pm 0,4$ ч. Безводный период равнялся в среднем 5 ч 47 мин. Медикаментозное обезболивание родов потребовалось 24 (66,7%) пациенткам. Использовались спазмолитики в сочетании с седативными и десенсибилизирующими средствами, а у 15 человек назначались наркотические обезболивающие препараты. Все дети родились в удовлетворительном состоянии с оценкой по Apgar 8/8 и 8/9 баллов. Плацента отделилась самостоятельно у 35 (97,2%) рожениц. Всем родильницам производилось контрольное ручное обследование полости матки. У 34 пациенток стенки матки были гладкие, несостоятельности послеоперационного рубца не обнаружено. Общая кровопотеря в родах составила в среднем 350 мл.

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. Самостоятельное родоразрешение успешно в 97,2 % случаев у таких беременных.

4. Тщательно собранный анамнез, полное клинико-лабораторное обследование, определение полноценности послеоперационного рубца, локализации плаценты, 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% 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.

D. I. Korolchuk

**MANAGEMENT OF LABOR IN WOMEN WITH A UTERINE SCAR
THROUGH NATURAL PATRIMONIAL WAYS**

Tutor PhD, associate professor L. S. Guliyeva.

*Department of Obstetrics and Gynecology,
Belarusian State Medical University, Minsk*

Литература

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. Оперативное акушерство Манро Керра / под общ. ред. М.А. Курцера. Пер. с англ.П. И. Медведевой - М.: Рид Элсивер, 2015. С. 181-189.
5. 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.
6. Савельева Г.М. Кесарево сечение в современном акушерстве / Г.М. Савельева [и др.] // Акушерство и гинекология. 2007. №2. С.3-8.
7. Стрижаков А.Н. Возможно ли снизить частоту кесарева сечения? / А.Н. Стрижаков, Т.Ф.Тимохина, В.С.Белюсова // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2013. №12(3). С. 5-11.
8. Kostzeva T., Walczak S., Wieckowska K. Vaginal birth after cesarean delivery. Ginekol. Pol. 2010, № 81(4) P. 287-291