

МРНТИ 76.29.48
УДК 618.5

ЕСТЕСТВЕННЫЕ РОДЫ У ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ

¹Г.Н.Балмагамбетова, ²Н.С.Найман, ²А.М.Абдраева, ²М.М.Гайнулаев

¹«Центр перинатологии и детской кардиохирургии»
²«Казахстанско-Российский Медицинский Университет»
Казахстан, Алматы

АННОТАЦИЯ

В данной статье представлен литературный обзор научных работ, опубликованных в отечественной и зарубежной литературе посвящённых проблеме родов через влагалище у женщин с рубцом на матке.

Также приведен анализ родов через влагалище с рубцом на матке в ЦПиДКХ за период 2017-2019гг.

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

Рост частоты операции кесарева сечения вызывает оправданную тревогу. В настоящее время в мире путем кесарева сечения рождается: каждый второй ребенок в Латинской Америке, каждый четвертый в США, каждый пятый в Англии, Франции, Германии, Австралии, России.

Расширение показаний к оперативному родоразрешению обосновывается стремлением улучшить исходы беременности для плода. [4]

Родоразрешение беременных с рубцом на матке через естественные родовые пути представляет собой стратегически важную задачу, обеспечивающую снижение частоты кесарева сечения и связанных с ним осложнений. Современное развитие инвазивных акушерских и гинекологических технологий ведет к неуклонному росту числа женщин репродуктивного возраста с оперированной маткой.

Каждая же последующая операция – это вмешательство высокой сложности и значительного риска, увеличивающая частоту материнской заболеваемости и смертности. [10]

Первое сообщение об успешных вагинальных родах после кесарева сечения сделано J. T. Schell и соавт. в 1923 г: было описано удачное рождение детей у 23 женщин с рубцом на матке. В дальнейшем проводились исследования по оценке возможности самостоятельных родов после предыдущего кесарева сечения и выделению достоверных факторов риска разрыва матки у данной категории пациенток. [2]

Данные мета-анализа, проведенного E. L. Mozurkewich и соавт 1997 г, выявили повышенный риск материнской смертности (1,71%) при вагинальных родах после предыдущего кесарева сечения, который был связан прежде всего с разрывом матки как наиболее вероятным осложнением самостоятельных родов. Риск развития септических состояний также был выше у женщин с самостоятельными родами (4,8%), но преимуще-

ственно за счет неудачных родов и выполнения экстренной повторной операции кесарево сечение. [2]

Так, J. C. Rageth и соавт. 1999г оценили исходы 17 613 естественных родов после операции кесарево сечение и 11 433 плановых повторных кесарево сечение. Частота гистерэктомии 0,36%, случаев воспалительных заболеваний в послеродовом периоде 0,65% и тромбоэмболических осложнений 0,52% была ниже в группе самостоятельных родов. Также в группе успешных родов через естественные родовые пути была меньше кровопотеря 0,50% и отмечено более быстрое восстановление полноценной активности женщины в послеродовом периоде. Влияние операции кесарева сечения на последующие беременности было оценено на 16 938 случаях и показано увеличение частоты предлежания и отслойки плаценты. [2]

В 2001 году M. Lydon-Rochelle и соавт. представил анализ исходов 20 095 родов у беременных с рубцом на матке после единственного кесарева сечения, и не имевших в анамнезе родов через естественные родовые пути. Так, 6980 женщин были родоразрешены в плановом порядке путем повторной операции кесарева сечения, без попытки проведения родов через естественные родовые пути. Частота разрывов матки, выявленных во время повторной операции, среди исследуемой группы составила 0,16%. Этот показатель в 12 раз превышает частоту разрывов матки без имеющегося рубца (0,012%), который является отправной точкой в сравнительных исследованиях. 10 789 женщин с одноплодной беременностью, неотягощенных макросомией или многоводием, вступили в роды спонтанно. К родам допускались женщины с невыявленными признаками неполноценности рубца, с неотягощенным анамнезом, у которых послеоперационный период протекал без осложнений. Частота разрывов матки в этом случае составили 0,52%. [2]

M. B. Landon и соавт. (2004) провел многофакторный сравнительный анализ исходов 17 898 родов с рубцом на матке. Изучались следующие показатели: послеродовый эндометрит, разрыв матки, гистерэктомия, тромбоэм-

болии, перинатальная и материнская смертность, гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорожденного. Полученные результаты распределились следующим образом: у женщин, рожавших через естественные родовые пути, полный разрыв матки отмечался в 0,7% случаев, неполный — в 0,7% и 0% и 0,5% соответственно у женщин, подвергшихся запланированному кесареву сечению.[7]

В Великобритании роды per vias naturals у женщин с рубцом на матке составляют 63,4% (Knight H.et,2013г), в клиниках США -44,6% (Rosentstein M.G. et al 2013г). В Российской Федерации частота влагалищных родов у женщин после кесарева сечения составляет всего 5-8% (Логутова Л. С.и др 2012г). [5]

В Америке задача снизить частоту кесарева сечения поставлена как национальная. Зная, что более 30% кесаревых сечений являются повторной операцией, Американское общество акушеров-гинекологов (ACOG) приняло рекомендации по ведению вагинальных родов после кесарева сечения. Эта позиция нашла отражение в современном переводном издании книги «Акушерство и гинекология» Алана ДеЧерни и Лорена Натана из Калифорнии. Американские коллеги полагают, что в большинстве случаев влагалищное родоразрешение является успешным. Вероятность нарушения целостности рубца на матке после поперечного кесарева сечение в нижнем сегменте в форме расхождения или разрыва крайне низка (0,2-1,5%). Последствия такого разрыва не столь катастрофичны, как обычного разрыва матки или разрыва матки по корпоральному рубцу. Главный вывод — 75-80% женщин с рубцом на матке после кесарева сечения должны быть рекомендованы роды через естественные родовые пути. [7]

Следует согласиться с требованием крупнейшего акушера-гинеколога страны академика Г. М. Савельевой в том, что врач женкой консультации не должен определять способ родоразрешения и настраивать пациенток только на повторное чревосечение. Решение этого вопроса является прерогативой врача стационара. Профессиональная убежденность врача женской консультации в преимуществах естественных родов, доверие к коллегам, которые совместно с будущей мамой делают выбор, должны вселить женщине оптимизм и оградить от неоправданно завышенных страхов перед разрывом матки по рубцу.[6]

Роды через естественные родовые пути с рубцом на матке должны проводиться в стационарах, имеющих возможность постоянного мониторинга за состоянием роженицы и плода в родах, возможность проведения экстренного кесарева сечения круглосуточно, время от появления показаний к кесареву сечению до начала операции не должно превышать 15 минут (2 и 3 уровень регионализации перинатальной помощи).

Согласно протоколу МЗРК №65 от «03» мая 2019 года «Родоразрешение через влагалище после предыдущего кесарева сечения» у женщин со спонтанной родовой деятельностью в доношенном сроке благоприятный исход вагинальных родов после предыдущего кесарева

сечения составляет до 75%, при наличии в анамнезе вагинальных родов после предыдущего кесарева сечения — до 90%.

Факторы, положительно влияющие на успех естественного родоразрешения после предыдущего кесарева сечения:

- предыдущие вагинальные роды;
- предыдущие вагинальные роды после кесарева сечения;
- спонтанное начало родовой деятельности;
- неосложненная беременность.

Факторы, снижающие успех естественного родоразрешения после предыдущего кесарева сечения:

- предыдущее кесарево сечение в связи с аномалией родовой деятельности;
- индукция текущих родов;
- одновременное сочетание рисков с стороны плода, плаценты и матери;
- индекс массы тела беременной больше 30 кг/м²;
- макросомия плода 4 000 грамм и более;
- материнский возраст 40 лет и более;
- антенатальная гибель плода в анамнезе;
- многоплодная беременность;
- рост женщины менее 150 см;
- более одного предшествующего кесарева сечения;
- факторы, связанные с повышением риска разрыва матки по рубцу.

Абсолютные противопоказания к родам через влагалище после предыдущего кесарева сечения:

- предыдущее корпоральное кесарево сечение;
- предыдущий разрез матки, перевернутый «Т» или «J»;
- предыдущий низкий вертикальный разрез матки;
- предшествующий разрыв матки;
- расположение плаценты в области рубца на матке;
- любое другое противопоказание для родов через естественные родовые пути

Относительные противопоказания к родам через влагалище после предыдущего кесарева сечения:

- предполагаемый вес плода $\geq 4\ 000$ грамм;
- неизвестный тип разреза на матке;
- более чем один рубец на матке после кесарева сечения;
- тазовое предлежание плода;
- многоплодная беременность;
- отказ пациентки от естественных родов.

Противопоказания к индукции родов с рубцом на матке:

- предшествующий классический (корпоральный) и/или «Т» или «J»-образный разрез на матке;
- разрыв матки в анамнезе;
- предыдущий низкий вертикальный разрез матки;
- расположение плаценты в области рубца на матке;

Ведение родов проводится опытным, наиболее квалифицированным акушер-гинекологом. Рожени-

ца должна наблюдаться в родовом блоке с началом родовой деятельности.

Обязательный алгоритм в I периоде родов:

- установить внутривенный доступ (оставить внутривенную канюлю G 14 или G 16) для возможного последующего проведения инфузии;
- проверить и обеспечить наличие в стационаре препаратов крови (эритроцитарная масса, свежезамороженная плазма);
- роженица должна соблюдать легкую диету до окончания родов. Исключить молочные напитки;
- проводить непрерывный электронный мониторинг плода, смотрите протокол диагностики и лечения «Оценка плода»;
- обязательное ведение партограммы;
- проводить регулярный мониторинг состояния роженицы: АД, пульс, ЧД, температура тела.
- оценка динамики раскрытия шейки матки путем вагинального осмотра:
 - в латентной фазе – через каждые 4 часа; при раскрытии шейки матки 7 см – через каждый час 2 раза;
 - нет противопоказаний к проведению эпидуральной анестезии. Любые опасения, что эпидуральная анестезия может маскировать симптомы разрыва матки не имеют доказательств;
- при аномалии родовой деятельности и нарушении сердечного ритма плода согласовать последующие действия с консультантом;
- родостимуляция окситоцином должна назначаться после тщательного обсуждения акушерской ситуации с консультантом и учета всех акушерских факторов риска

Таблица 1-

Показатель	2017г	%	2018г	%	2019г	%
Всего родов	8347сл		7922сл		8023сл (11 месяц)	
Из них:						
Роды через естественные родовые пути	5337сл	64%	4979сл	63%	5214сл	65%
Кесарево сечение	3010сл	36%	2943сл	37%	2809сл	35%
Роды через влагалище после предыдущего кесарево сечения	52сл	0,9%	51сл	1,0%	57сл	1,0%

согласие роженицы на применение окситоцина и возможных осложнениях:

- наличие рубца на матке является обязательным показанием для непрерывного проведения электронного мониторинга плода;
- роженица должна быть письменно предупреждена о возможных рисках при перерывах постоянного электронного мониторинга плода (угрожаемое состояние плода, интранатальная гибель плода, разрыв матки) в следующих ситуациях:
 - с момента установления регулярной родовой деятельности;
 - с момента начала введения окситоцина

II период родов:

Влагалищные родоразрешающие операции (акушерские щипцы, вакуум-экстракция плода) проводятся при наличии акушерских показаний.

III период родов:

Последовый период ведется активно. Ручное обследование полости матки проводится по показаниям. При проведении ручного обследования полости матки обязательно - мануальное обследование рубца на матке с целью исключения разрыва. Рутинно ручное обследование полости матки не проводится.

Результаты исследования: Нами проведен ретроспективный анализ 160 историй родов, где имели место роды через естественные родовые пути у женщин с рубцом на матке за период 2017-2019гг в ЦПиДКХ г. Алматы (2017г- 52сл, 2018г- 51сл, 2019г-57 сл).

У исследуемых 160 женщин предыдущее кесарево сечение было выполнено: в плановом порядке в - 60 сл, в экстренном порядке в -100 сл.

Показаниями к плановой операции кесарево сечение явились: тазовое предлежание плода- 45сл; расхождение лонного сочленения 2 степени-7сл; поперечное положение плода-6сл; консервативная миомэктомия-2сл.

Показаниями к экстренной операции кесарево сечение явились: угрожающее состояние плода-35 сл; слабость родовой деятельности —32 сл; преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты -25сл; клинически узкий таз -6сл; эклампсия-2сл.

В 4 случаях из 160 после первого предыдущего кесарева сечения послеоперационный период осложнился

ранним атоническим кровотечением.

Во всех 160 (100%) случаях беременные были госпитализированы в экстренном порядке в I и II периоде родов.

Средней возраст пациенток составил – 27,9 лет. Минимальный возраст составил-24 года, Максимальный возраст составил- 40лет.

Кесарево сечение в анамнезе имели 158 женщин, консервативную миомэктомию – 2. Большую часть женщин составили повторнородящие -158сл, первородящие – 2сл (с рубцом после консервативной миомэктомии)

В двух случаях самопроизвольные роды были запланированы и произошли у пациенток, которые в анамнезе имели консервативную миомэктомию, при этом одну из

них ранее 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 составило в 1 сл -1 год, во 2 сл-2 года.

Беременность наступила на фоне вспомогательных репродуктивных технологий в 2 случаях из 160. В остальных случаях беременность наступила самостоятельно после предыдущего кесарева сечения.

При изучении анамнеза в исследуемой группе выявлено: отягощенный гинекологический анамнез отмечался в 20 сл(внематочная беременность тубэктомия-15сл, туботомия-5сл); отягощенный акушерский анамнез -18сл (неразвивающаяся беременность 8сл, самопроизвольный выкидыш в раннем сроке-10сл); Акушерский анамнез не был отягощен у 122 пациенток.

Сопутствующие экстрагенитальные заболевания отмечались в 86 сл: анемия легкой степени- 25сл, хронический пиелонефрит в стадии ремиссии в - 21сл, варикозное расширение вен нижних конечностей-14сл, анемия средней степени-6 сл, хронический гастрит в стадии ремиссии-5сл, хронический гайморит в стадии ремиссии-4сл, анемия тяжелой степени-3 сл, гипотиреоз-3сл, недостаточность митрального клапана-3сл, тромбофилия -2сл.

Течение беременности было осложнено в 89 сл: артериальная гипертензия вызванная беременностью-23сл, отеки вызванные беременностью-19сл, варикозное расширение вен нижних конечностей-14сл, варикозное расширение вен нижних конечностей-14сл, варикозное расширение вен нижних конечностей-14сл, ранний токсикоз беременных-14 сл, варикозное расширение вен нижних конечностей-14сл, ОРВИ во время беременности перенесли 13 пациенток.

Во всех 160 случаях (100%) отмечалась одноплодная беременность, головное предлежание. Все женщины поступили с регулярной родовой деятельностью, с открытием маточного зева: 2см- 96 сл, 2см более-57сл, полное открытие-7сл.

В I периоде родов велся тщательный мониторинг за состоянием матери и плода.

Второй период родов велся с иглой в вене для возможности своевременного оказания необходимой неотложной помощи. Постоянно проводилась КТГ плода.

Все дети родились в удовлетворительном состоянии с оценкой по шкале Аpgar 7/8 и 8/9 баллов.

Во всех случаях применялась активная тактика ведения III периода родов. Случаев аномалии прикрепления

плаценты не отмечалось. Во всех случаях роды закончились самостоятельно без применения влагалищных акушерских операций (акушерские щипцы, вакуум экстракция плода).

Средняя продолжительность родов составила $7ч \pm 2ч$. Безводный период составил в среднем 2,5ч.

Масса новорожденных составила в среднем 3470,0 г, крупный плод имел место в 36сл случаях (min-4000.0г/ max-4500,0 г).

За 3 года(2017-2019гг) из поступивших 212 пациенток, желавших рожать через естественные родовые пути- у 160 роды закончились самостоятельно, а 52 пациентки были прооперированы в экстренном порядке в I периоде родов.

Показаниями были:

1. Слабость родовой деятельности-22сл
2. Угрожающее состояние плода-16
3. Угроза разрыва матки по рубцу-14

Родостимуляция окситоцином для коррекции родовой деятельности не проводилась ни в одном случае.

Из 160 родивших через естественные родовые пути с женщин с рубцом на матке антибактериальная терапия в послеродовом периоде проведена у 12.

Антибиотикотерапия была проведена в основном цефозалином.

Родильницы после контроля анализа крови, УЗИ матки в удовлетворительном состоянии с детьми были выписаны: на 4 сутки 87 пациентки, на 5 сутки – 54, на 11 сутки-19.

Выбор тактики ведения родов определялся самой беременной.

В нашей стране роды с рубцом на матке остаются не очень популярными.

Проблема в том, что у врача совершенно отсутствуют побудительные мотивы к этому достаточно трудоемкому, требующему повышенного внимания процессу; а также отсутствие активной поддержки такой тактики акушерами большинства женских консультаций и родильных домов; отсутствие надежной юридической и профессиональной защиты врача в случае возникновения осложнений и тем более неблагоприятных исходов.

Проведение родов через естественные родовые пути у женщин с рубцом на матке есть свидетельство высокопрофессионального мастерства врача.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Клинический протокол МЗРК № 65 от «03» мая 2019 года «Роды через влагалище после предшествовавшего кесарева сечения».
2. Тютюнник В.Л., Балущкина А.А // Возможность родоразрешения через естественные родовые пути после операции кесарева сечения//1 ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» МР, Москва, Россия 2016.
3. Князев С.А., Оразмурадов А.А, Кириенко А.Ф.//Ведение родов у женщин с оперированной маткой в аспектах страховой медицины// Москва, Россия 2012г.

4. Фаткуллин И.Ф.//Роды после кесарева сечения// Казанский государственный медицинский университет, Москва 2009.
5. Краснополский В.И., Логутова Л.С., Буянова С.Н. Репродуктивные проблемы оперированной матки. М.: Миклош, 2008.
6. Акушерство: Национальное руководство / Под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.
7. В. В. Гасич //Ведение родов с рубцом на матке// «Областной перинатальный центр» (Караганда) 2017.
8. Густоварова Т. А. Консервативное родоразрешение беременных с оперированной маткой //Матер. VI Рос. форума «Мать и дитя». – М., 2004.
9. Оден М. Кесарево сечение: Безопасный выход или угроза будущему. – М.: Междунар. Шк.традиц. акушерства, 2006.
10. Мудров В.А., Мочалова М.Н., Мудров А.А. Особенности родоразрешения беременных с рубцом на матке через естественные родовые пути на современном этапе // Журнал акушерства и женских болезней. - 2018.
11. Айламазян Э.К., Кузьминых Т.У., Поленов Н.И., Шелаева Е.В., Колобов А.В. Подготовка беременных с рубцом на матке после кесарева сечения к родоразрешению. Журнал акушерства и женских болезней. 2008.
12. Густоварова Т.А., Иवानян А.Н. Беременность и роды у женщин с рубцом на матке после кесарева сечения. — Смоленск, 2007.
13. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Кузьмина Т.Е. Беременность и роды после операции кесарева сечения. — М.: МИА, 2003.
14. N. Shaheen, S. Khalil, P. Iftikhar. Prediction of successful of labour in patients with a previous caesarean section. Journal of Pacistan Medicine association. Vol. 64, No 5, 2014.

REFERENCES

1. Klinicheskiy protokol MZRK # 65 ot «03» maya 2019 goda «Rodyi cherez vlagalische posle predshestvovavshego kesareva secheniya».
2. Tyutyunnik V.L., Balushkina A.A // Vozmozhnost rodorazresheniya cherez estestvennyie rodovyye puti posle operatsii kesareva secheniya//1 FGBU «NMITs AGP im. V.I. Kulakova» MR, Moskva, Rossiya 2016.
3. Knyazev S.A., Orazmuradov A.A, Kirienko A.F.//Vedenie rodov u zhenschin s operirovannoy matkoy v aspektah strahovoy meditsiny// Moskva, Rossiya 2012g.
4. Fatkullin I.F.//Rodyi posle kesareva secheniya// Kazanskiy gosudarstvenniy meditsinskiy universitet, Moskva 2009.
5. Krasnopolskiy V.I., Logutova L.S., Buyanova S.N. Reprodukivnyie problemyi operirovannoy matki. M.: Miklosh, 2008.
6. Akusherstvo: Natsionalnoe rukovodstvo / Pod red. E.K. Aylamazyana, V.I. Kulakova, V.E. Radzinskogo, G.M. Savelevoy. — M.: GEOTAR-Media, 2007.
7. V. V. Gasich //Vedenie rodov s rubtsom na matke// «Oblastnoy perinatalnyiy tsentr» (Karaganda) 2017.
8. Gustovarova T. A. Konservativnoe rodorazreshenie beremennyih s operirovannoy matkoy //Mater. VI Ros. foruma «Mat i ditya». – М., 2004.
9. Oden M. Kesarevo sechenie: Bezopasnyiy vyihod ili ugroza buduschemu. – М.: Mezhdunar. Shk.tradits. akusherstva, 2006.
10. Mudrov V.A., Mochalova M.N., Mudrov A.A. Osobennosti rodorazresheniya beremennyih s rubtsom na matke cherez estestvennyie rodovyye puti na sovremennom etape // Zhurnal akusherstva i zhenskih bolezney. - 2018.
11. Aylamazyan E.K., Kuzminyih T.U., Polenov N.I., Shelaeva E.V., Kolobov A.V. Podgotovka beremennyih s rubtsom na matke posle kesareva secheniya k rodorazresheniyu. Zhurnal akusherstva i zhenskih bolezney. 2008.
12. Gustovarova T.A., Ivanyan A.N. Beremennost i rodyi u zhenschin s rubtsom na matke posle kesareva secheniya. — Smolensk, 2007.
13. Strizhakov A.N., Davyidov A.I., Kuzmina T.E. Beremennost i rodyi posle operatsii kesareva secheniya. — М.: МИА, 2003.
14. N. Shaheen, S. Khalil, P. Iftikhar. Prediction of successful of labour in patients with a previous caesarean section. Journal of Pacistan Medicine association. Vol. 64, No 5, 2014.

SUMMARY

NATURAL BIRTH IN WOMEN WITH A SCAR ON THE UTERUS

¹G.N.Balmagambetova, ²N.S. Naiman, ²A.M.Abdrayeva, ² M.M.Gainulaev¹«Center of Perinatology and Pediatric Cardiac Surgery»²«Kazakh- Russian Medical University»

Kazakhstan, Almaty

This article presents a literature review of scientific works published in national and foreign literature devoted to the problem of childbirth in women with a scar on the uterus.

The analysis of childbirth with a scar on the uterus in the Center of Perinatology and Pediatric Cardiac Surgery for the period 2017-2019 is also presented.

Key words: scar on the uterus, childbirth, caesarian section.

ТҮЙІНДЕМЕ

ЖАТЫРДА ТЫРТЫҒЫ БАР ӘЙЕЛДІҢ ТАБИҒИ БОСАНУЫ

¹Г.Н.Балмагамбетова, ²Н.С.Найман, ²А.М.Абдраева, ²М.М.Гайнулаев¹«Перинатология және балалар кардиохирургиясы орталығы»²«Қазақстан - Ресей Медицина Университеті»

Қазақстан, Алматы

Мақалада жатыр тыртығы бар әйелдердің қынап арқылы босануы туралы отандық және шетелдік әдебиеттерде жарияланған ғылыми еңбектерге әдеби шолу ұсынылған.

Сондай-ақ, Перинатология және балалар кардиохирургия орталығында 2017-2019 жж аралығында жүргізілген жатыр тыртығымен босанудандың анализі ұсынылған.

Түйін сөздер: жатыр тыртығы, босану, кесарь тілігі.