

В. В. Гасич

ВЕДЕНИЕ РОДОВ С РУБЦОМ НА МАТКЕ

КГКП «Областной перинатальный центр» (Караганда)

Основной задачей акушерства является снижение материнской и детской заболеваемости и смертности. Большая роль в решении этой задачи отводится своевременному и оптимальному родоразрешению. На протяжении более двух десятков лет отмечается четкая тенденция к значительному расширению показаний к кесареву сечению [3, 4]. Конец XX и начало XXI в. во всем мире ознаменовались расширением показаний к кесареву сечению в интересах плода и, соответственно, увеличением частоты абдоминального родоразрешения в популяции [4]. Совершенствование техники кесарева сечения привело к тому, что этот способ родоразрешения стал при отклонениях от нормы самым распространенным в акушерстве, заменив такие операции и пособия, как наложение акушерских щипцов, вакуум-экстрактора, пособия при тазовом предлежании плода. Отношение многих акушеров к кесареву сечению как к «безопасному» методу родоразрешения привело к тому, что сегодня эта операция выполняется не только по медицинским показаниям, но и «по заказу» или «по требованию женщины».

Рост абдоминального родоразрешения обусловлен постоянно меняющимися показаниями к операции, среди которых в последнее десятилетие приоритетными являются относительные в интересах плода. Увеличение частоты кесарева сечения до 10-12% в 80-е гг. позволило значительно уменьшить перинатальные потери при тазовом предлежании плода, его крупных размерах у возрастных первородящих. Однако, по данным многих исследователей, дальнейший рост частоты этой операции существенно не повлиял на перинатальные показатели, но увеличил материнскую заболеваемость и смертность [2].

Родоразрешение путем кесарева сечения, органосохраняющие операции на матке привели к увеличению числа женщин репродуктивного возраста с оперированной маткой. Ведение последующих беременностей и родов у этого контингента женщин представляет серьезную проблему. Одним из показаний для абдоминального родоразрешения в 30% случаев является «рубец на матке» [1]. Проведение консервативных родов у строго отобранной группы женщин с рубцом на матке является в настоящее время резервом снижения частоты повторного кесарева сечения.

Повторного кесарева сечения требует не только больших материальных затрат, но и увеличивает риск развития интра- и послеоперационных осложнений, а материнская заболеваемость и смертность значительно превышает таковую после самопроизвольных родов и первого кесарева сечения [3]. Высокой остается частота

послеоперационных осложнений, в структуре которых на первое место выходят гнойно-септические заболевания, что определяет важность проблемы абдоминального родоразрешения и в настоящее время. Повторное кесарево сечение повышает риск интраоперационных осложнений в 5 раз по сравнению с первым абдоминальным родоразрешением. Частота после родовых осложнений у этих пациенток в 2 раза выше, чем при самопроизвольных родах.

В 1916 г. Эдвин Крейгин в своем выступлении перед Нью-Йоркским медицинским обществом изрек знаменитую заповедь: после кесарева сечения – всегда только кесарево сечение («On-се а Caesarean always а Caesarean»). Эта фраза была вполне уместна в годы, когда такие операции были редкостью и осуществлялись через классический доступ. В таких случаях при последующих самостоятельных родах опасность разрыва матки с опасным для жизни кровотечением была порядка 12% [2].

В 50-е гг. XX века, когда операция в нижнем маточном сегменте стала постепенно вытеснять классическую, эту прежде незыблемую акушерскую истину можно было бы пересмотреть, поскольку одним из заявленных преимуществ новой техники была надежность послеоперационного рубца на матке. Однако врачи в большинстве своем продолжали относиться к этому вопросу с осторожностью и не спешили пересматривать устоявшиеся правила. Следствием этого закона было неписаное правило: за свою жизнь женщина может родить кесаревым сечением не более трех раз.

Отказ акушеров от консервативных родов у женщин с оперированной маткой продиктован страхом перед ее разрывом. Доказано, что частота данного осложнения не превышает 3%. Поэтому родовспомогательное учреждение, готовое к оказанию экстренной помощи при тяжелой акушерской патологии, должно справляться и с задачей ведения вагинальных родов у беременных с рубцом на матке.

Когда настала эпоха доказательной медицины, появились точные данные для ответа на этот пресловутый вопрос: «Каков шанс, что это получится?». Большинство исследований, заслуживающих доверия, показало, что шансы на успех имеют 70-80 женщин из ста [4].

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 КС 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 кесаре-

ва сечения должны быть рекомендованы роды через естественные родовые пути.

Выводы научных коллективов, которые занимаются этой проблемой в России, в принципе такие же [4]. Сам по себе рубец на матке не является показанием для повторной операции. Роды через естественные родовые пути возможны и предпочтительнее. В 50% случаев несостоятельность рубца на матке проявляет себя еще до начала родов.

В родах нарушение целостности рубца, как правило, диагностируется и не сопровождается серьезными последствиями для матери и плода. Основная тактика на органосохраняющую операцию (ушивание разрыва) оправдана и возможна. Но все это справедливо и должно быть там, где к этому готовы и умеют. В качестве дополнительной мотивации к применению такого подхода можно привести слова профессора В. И. Краснопольского: «Проведение родов через естественные родовые пути у женщин с рубцом на матке есть свидетельство высокого профессионального мастерства врача» [4].

Ключевыми вопросами врачебной тактики являются отбор беременных с рубцом на матке. Критериями отбора пациенток для влагалищного родоразрешения являются: согласие пациентки, поперечный рубец на матке в нижнем сегменте, отсутствие прежних показаний (узкий таз, миопия и некоторые другие), отсутствие противопоказаний для влагалищного родоразрешения. Роды через естественные родовые пути противопоказаны при следующих состояниях: два и более рубца на матке, рубец после классического (корпорального) кесарева сечения, рубец по задней стенке матки, многоплодие, тазовое предлежание, поперечное положение плода, наличие другой серьезной акушерской и экстрагенитальной патологии.

К факторам, определяющим успешный исход родов через естественные родовые пути относятся: настрой пациентки и ее желание рожать самостоятельно, наличие зрелой шейки матки перед родами, готовность и умение персонала вести роды и наличие соответствующего обеспечения родов. К факторам, благоприятствующим успешному родоразрешению, следует отнести следующие: молодой возраст женщины, влагалищные роды в анамнезе. К сожалению, до сих пор нет четких критериев оценки состояния послеоперационного рубца на матке. Такая оценка в настоящее время основывается на анализе данных, полученных при изучении анамнеза, объективного обследования и ультразвукового исследования. Клинико-анамнестические данные учитывают время, прошедшее после первой операции, показания и технику первой операции, наличие послеоперационных осложнений, выскабливаний полости матки и аборт, особенно в первый год после операции [2].

Достаточно высока информативность ультразвукового исследования состояния стенки

матки в проекции рубца и характеристика нижнего сегмента матки, если у женщины начинаются роды. Результаты такого исследования могут определяющим образом повлиять на принятие решений акушерами и, следовательно, должны выполняться квалифицированным специалистом и на хорошем сканере.

Следует в первую очередь подробно описать толщину и равномерность (или неравномерность) структуры нижнего сегмента матки, наличие включений. Полагают, что признаком полноценного рубца является его толщина не меньше 3 мм и не больше 5 мм. Вместе с тем, только совместный клинический опыт врача-акушера и врача лучевой диагностики могут максимально увеличить достоверность УЗИ и свести к минимуму число ложноположительных и ложноотрицательных результатов.

Время родоразрешения определяется исходя из состояния рубца на матке, готовности организма к родам и желания женщины. В случае принятия решения на отказ от родов через естественные родовые пути следует выбрать время для повторной операции. При отсутствии признаков неполноценности рубца с выполнением операции желательно подождать до начала родовой деятельности.

Преимущества такого подхода следующие: во-первых, возможно развитие эффективности родовой деятельности и появление возможности изменить план и завершить роды через естественные родовые пути; во-вторых, эта отсрочка позволяет плоду достичь максимального созревания. Рождение незрелого ребенка — наиболее частая неприятность планового кесарева сечения.

Сегодня клиницисты в состоянии достаточно определенно оценить индивидуальную степень риска. Недавно проведенные исследования авторитетных ученых показывают, что вероятность разрыва матки во время родов (с рубцом на матке) составляет порядка 0,5% при условии, что роды не возбуждались искусственно. Главный фактор риска разрыва матки — это именно искусственное родовозбуждение. Выводы крупномасштабного исследования показали, что опасность разрыва возрастает в 15,6 раза (!) после родовозбуждения простагландинами и в 4,9 раза — если они не применялись. То, что искусственное родовозбуждение (в особенности с использованием препаратов простагландинов) повышает опасность разрыва матки, подтверждено недавним исследованием более чем 35 тыс. женщин в Шотландии, прежде рожавших кесаревым сечением (одни рожали вагинальным путем, другие — кесаревым сечением в процессе схваток) [5].

Если роды проходят без проблем — можно рожать вагинальным путем, если же нет — следует делать повторное кесарево сечение. Большинство женщин может родить самостоятельно, если отнестись с пониманием к их потребности быть в уединении и покое.

При состоятельном рубце на матке, отсут-

ствии противопоказаний и согласия беременной роды ведутся через естественные родовые пути.

Вагинальные роды у женщин с рубцом на матке должен вести опытный акушер-гинеколог под кардиомониторным контролем за состоянием плода и гистерографическим контролем за характером сократительной деятельности матки. Наличие рубца на матке не является противопоказанием для применения утеротоников и любых видов обезболивания. Следует заметить, что ручное обследование полости матки для диагностики целостности стенок матки производится строго по показаниям и не применяется в рутинной практике.

В Областном перинатальном центре в 2010 г. произошло 3 937 родов. Операция кесарева сечения выполнена в 1 031 случае, что составило 26,2%. Наиболее частой причиной кесарева сечения было наличие рубца на матке – 287 случая (27,8%) (рис. 1), из них с 2 рубцами 66, с 3 рубцами – 3.

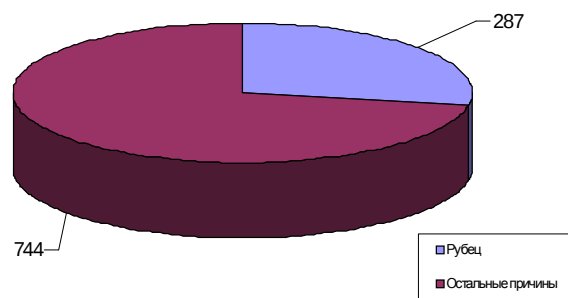


Рис. 1. Показания к оперативному родоразрешению

Анализ историй родов с рубцом на матке показал, что основной причиной повторной операции является наличие 2 рубцов (66 случаев) и наличие рубца с отягощенным акушерским анамнезом и перинатальными потерями в анамнезе (69 случаев), в 16 случаях – сочетание с неправильным положением плода, в 7 случаях – с предлежанием плаценты. Рубцы с экстрагениальной патологией, которым противопоказано консервативное родоразрешение, были у 30 женщин. У 27 беременных с рубцом на матке предполагался крупный плод. В 35 случаях родильницы отказались от предложенных самостоятельных родов.

В 45 случаях (15,6%) у беременных с рубцом на матке роды велись через естественные родовые пути, из них в 3 случаях консервативно-

Таблица 1.
Оперативная деятельность Областного перинатального центра

Показатель	2009 г.	2010 г.
Количество беременных с рубцом на матке	353 (9,3%)	396 (10%)
Вагинальные роды с рубцом на матке	10 (2,8%)	38 (9,6%)

го ведения родов с рубцом на матке возникли осложнения в виде угрожающего состояния плода, в 4 случаях – слабость родовой деятельности, в связи с чем роды закончили оперативным путем. Всего родоразрешены консервативным путем 38 (9,6%) женщин, в 2009 г. – 10 (2,8%).

Опыт профессиональных коллективов нашей страны и зарубежья свидетельствует о том, что роды у женщин с рубцом на матке после кесарева сечения возможны и предпочтительны. Им должен предшествовать серьезный отбор пациенток (роды через естественные родовые пути, плановое кесарево сечение, кесарево сечение с началом родовой деятельности). Определяющим является настрой женщины на естественные роды. Все зависит от того, как ведут беременность в женской консультации. В роддоме прогноз зависит от состояния родовых путей. Разумеется, родоразрешение пациенток с оперированной маткой должно происходить в акушерском стационаре III уровня.

ЛИТЕРАТУРА

1. Густоварова Т. А. Консервативное родоразрешение беременных с оперированной маткой // Матер. VI Рос. форума «Мать и дитя». – М., 2004 – С. 64.
2. Густоварова Т. А. Ведение беременности и родов у пациенток с рубцом на матке после кесарева сечения // Рос. вестн. акушера-гинеколога. – 2007. – Т. 7. – №4. – С. 45–49.
3. Краснопольский В. И. Альтернативное родоразрешение беременных с оперированной маткой // Журн. акушерства и женских болезней – 2003. – Т. II. – Вып. 1. – С. 20 – 25.
4. Краснопольский В. И. Родоразрешение беременных с рубцом на матке после кесарева сечения (15-летний опыт) // Акушерство и гинекология. – 2007. – №5. – С. 33 – 37.
5. Оден М. Кесарево сечение: Безопасный выход или угроза будущему. – М.: Междунар. шк. традиц. акушерства, 2006. – 188 с.

Поступила 27.01.11

V. V. Gasich

MANAGEMENT OF LABOR WITH A UTERINE SCAR

Experience of professional groups in our country and abroad suggests that birth in women with uterine scar after cesarean section possible and preferably. They should be preceded by a serious selection of patients (birth vaginally, elective Caesarean section, Caesarean section with the beginning of labor).

В. В. Гасич**ЖАТЫР ТЫРТЫҒЫМЕН БОСАНДЫРУ**

Біздің еліміздің және шет мемлекеттердің кәсіби ұжымдарының тәжірибесі кесарева кесуінен кейін жатыр тыртығымен жүкті әйелдерді босандыру мүмкін және қалыпты екендігін көрсеткен. Оған пациент-каларды үлкен жауапкершілікпен іріктеу жол ашады (табиғи босану жолы арқылы босандыру, жоспарлы кесарево кесуі, босану қызметі басталуымен кесарево кесуі).

В. В. Гасич**ПРИМЕНЕНИЕ КОМПРЕССИОННОГО ШВА ПО B-LINCH ДЛЯ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ**

КГКП «Областной Перинатальный Центр» (Караганда)

Несмотря на существенный прогресс акушерско-гинекологической помощи за последнее столетие, ряд проблем остаются нерешенными до сих пор. Одной из ведущих причин материнской смертности являются акушерские кровотечения, составляя в чистом виде 20-25%, как конкурирующая причина – 42%, как фоновая – до 78%. В мире от причин, связанных с беременностью и родами, в среднем умирает одна женщина в минуту, по причине акушерских кровотечений умирает одна женщина каждые три минуты. Из них 50% случаев вызваны гипо- или атонией матки в послеродовой период. Ежегодно от послеродовых кровотечений в мире погибает до 125 тыс. женщин, и тенденции к снижению частоты этого осложнения не наблюдается. Частота акушерских кровотечений колеблется от 2,7 до 8% по отношению к общему числу родов. При этом 2-4% кровотечений связаны с гипотонией матки в послеродовой и в послеродовой периоды, а в 0,8-0,9% они возникают при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты и ее предлежании [2].

Кровотечения входят в «большую пятерку» причин материнской смертности, состоящую из: сепсиса, эклампсии, клинически узкого таза и «опасного» аборта (Всемирная организация здравоохранения). Из тех женщин, которым удается сохранить жизнь, многие лишаются дальнейшей репродуктивной функции вследствие радикальных операций (удаление матки). Таким образом, высокая частота акушерских кровотечений, приводящих к смерти пациенток или утрате репродуктивной функции у молодых женщин, побуждает продолжать исследования в направлении разработки более эффективных способов их лечения [1, 3]. В связи с этим проблема рационального хирургического лечения акушерских кровотечений является в настоящее время актуальной.

Основными причинами летальности при кровотечениях являются несвоевременный гемостаз, неправильная оценка кровопотери; неадекватная инфузионно-трансфузионная терапия, несоблюдение этапности мероприятий по остановке кровотечений. Действия с целью остано-

ки гипотонического кровотечения в послеродовой период имеют определенную последовательность и при безуспешности, как правило, заканчиваются удалением матки.

При неэффективности консервативных мероприятий показана лапаротомия. Хирургический этап остановки кровотечения имеет четкий алгоритм. В последнем десятилетии наряду с лигированием маточных тазовых сосудов стали применять гемостатические компрессионные швы на матку. Впервые эту технику описал Кристофер Б-Линч (B-Lynch) в 1997 г. совместно с соавторами. Эта поистине революционная операция предусматривает деваскуляризацию и компрессионное сдавление матки. Предложенная операция рассматривается как альтернатива гистерэктомии. Операция позволяет не только спасти жизнь женщин, но и сохранять матку, фертильность и иметь последующие беременности [4]. Эффект операции может вызвать немедленный и надежный гемостаз. Операция по B-Lynch способствует сохранению матки, может быть принята во внимание как первоочередная хирургическая помощь.

Наложение шва по B-Lynch осуществляется по следующей методике. В том случае если гипотоническое кровотечение возникает после самопроизвольных родов, после лапаротомии делается поперечный разрез в нижнем маточном сегменте и дополнительно осуществляется контрольное исследование полости матки. Затем на 3 см вниз от разреза и от латерального края матки в нижнем сегменте выполняется вкол в полость матки с выколом на 3 см выше верхнего края разреза и на 4 см медиальной от латерального края матки. Далее шовная нить (монокрил или другой рассасывающийся шовный материал) перекидывается над дном матки. На задней стенке на уровне крестцовых связок осуществляется вкол в полость матки и выкол из нее на противоположной стороне. Затем нитки огибают матку сзади наперед; вкол осуществляется на передней стенке на 3 см выше, а выкол на 3 см ниже поперечного разреза. Затем нити натягивают, завязывают узел и ушивают разрез в нижнем маточном сегменте. При перерастяжении нижнего сегмента на него накладываются стягивающие швы (рис. 1).

Наложение компрессионных швов на матку приводит к временному сдавлению миометрия в трех плоскостях, что также приводит к улучшению тромбообразования в сосудах плацентарной площадки.

Практика наложения компрессионных швов по B-Linch в Областном перинатальном центре начата с октября 2009 г.