

Краснопольский В. И.,  
 Логутова Л. С., Гаспарян Н. Д.,  
 Магилевская Е. В.

## АЛЬТЕРНАТИВНОЕ РОДОРАЗРЕШЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ С ОПЕРИРОВАННОЙ МАТКОЙ

Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии МЗ РФ, Москва

■ В статье описан 12-летний опыт родоразрешения беременных с рубцом на матке после кесарева сечения. Родоразрешены 723 женщины: у 465 произведено повторное кесарево сечение, у 258 — произошли самопроизвольные роды. Описаны показания к повторному кесареву сечению и интраоперационные осложнения а также тактика ведения самопроизвольных родов у рожениц с оперированной маткой. Сделан вывод, что роды через естественные родовые пути у беременных с рубцом на матке после кесарева сечения в нижнем маточном сегменте должны являться альтернативой повторному кесареву сечению.

■ **Ключевые слова:** оперированная матка, кесарево сечение, самопроизвольные роды

Конец XX столетия войдет в историю акушерства как период либеризации показаний к кесареву сечению и высокой частоты этой родоразрешающей операции. Цель, которую преследовали акушеры, расширяя показания к абдоминальному родоразрешению, — снижение перинатальной заболеваемости и смертности. Но сегодня мы вынуждены констатировать, что резерв этого снижения только с помощью оперативных родов исчерпан. Даже в тех родовспомогательных учреждениях, где частота кесарева сечения достигла 40 и более процентов, и можно было ожидать значительного снижения перинатальной смертности, прогнозы эти не стали реальностью.

Итогом же чрезмерного увлечения акушеров кесаревым сечением явилось нарастающее из года в год число женщин репродуктивного возраста с оперированной маткой. Ведение последующих беременностей и, особенно, родоразрешение этого контингента женщин — серьезная проблема. Поэтому в большинстве акушерских стационаров постулат «одно кесарево сечение — всегда кесарево сечение» остается непререкаемым.

В то же время прослеживается тенденция отрицательного отношения к кесареву сечению самих женщин, которые уже однажды эту операцию перенесли. Многие из них при последующей беременности неоднократно обращаются в акушерские стационары в поисках родильного дома, где им будет предоставлена возможность родов через естественные родовые пути, но в большинстве случаев поддержки в этом не находят.

Отказ акушеров от проведения консервативных родов после абдоминального родоразрешения продиктован прежде всего страхом перед разрывом матки. Хотя уже доказано исследованиями, занимающимися этой проблемой, что частота этого осложнения не превышает 3%, причем риск разрыва матки во время беременности выше, чем во время родов [1–9], и «любое родовспомогательное учреждение, готовое к оказанию экстренной помощи при тяжелой акушерской патологии, должно справляться и с задачей ведения вагинальных родов у беременных после кесарева сечения» [6].

Безусловно, акушер, занимающийся проблемой родоразрешения беременных с оперированной маткой, должен быть готов к тому, что в единичных случаях может произойти разрыв матки в процессе родов. Но даже при самом неблагоприятном исходе этих родов «лечение разрыва матки по рубцу в нижнем маточном сегменте не требует сверхординарного оборудования, а ведение родов у женщин после кесарева сечения мало чем отличается от ведения любых других родов» [6]. И искусство акушера проявляется не столько в том, чтобы не допустить разрыв, хотя это тоже важно, сколько в том, чтобы своевременно и быстро завершить роды оперативно и с благоприятным исходом для матери и плода.

Московский областной НИИ акушерства и гинекологии занимается проблемой родоразрешения беременных после кесарева сечения на протяжении 12 лет. В среднем в институте ежегодно около 40–50% беременных с рубцом на матке рожают че-

рез естественные родовые пути. За этот период в институте родоразрешены 723 женщины с рубцом на матке. У 465 произведено повторное абдоминальное родоразрешение, у 258 — произошли самопроизвольные роды.

Показания к повторному кесареву сечению были в основном сочетанными и лишь в 24% основным показанием к операции явился рубец на матке.

К абсолютным показаниям к кесареву сечению, с нашей точки зрения, следует относить:

- корпоральный рубец на матке;
- два и более рубцов на матке после кесаревых сечений в нижнем маточном сегменте;
- несостоятельный рубец на матке по клиническим и экоскопическим признакам;
- предлежание плаценты к рубцу на матке;
- категорический отказ беременной от самопроизвольных родов.

Интраоперационно несостоятельность поперечного рубца на матке, включая и разрывы, была диагностирована только у 8,3% беременных, что подтверждает мнение, что риск разрыва матки после кесарева сечения в нижнем маточном сегменте невысок.

Для оценки состояния рубца на матке необходимо анализировать клинические и экоскопические признаки его несостоятельности.

К клиническим симптомам несостоятельности рубца мы относим локальную болезненность в области нижнего маточного сегмента. На этот симптом указывали сами беременные, и он был выявлен при пальпации матки в области предполагаемого рубца.

К экоскопическим признакам несостоятельности рубца на матке, расположенного в нижнем маточном сегменте, следует относить не только и не столько общую толщину рубца, сколько ее равномерность. Мнение о том, что рубцы, имеющие толщину менее 5 мм, — не полноценны, нашими данными не подтверждается.

Мы располагаем случаями самопроизвольных родов при равномерной толщине рубца 3–4 мм (рис. 1) с хорошей его васкуляризацией. Кстати, такова толщина и интактного нижнего сегмента матки в конце беременности и в родах. Рубец же, где имеются локальные истончения, независимо от его общей толщины (рис. 2), по нашему мнению, является неполноценным.

Как показали наши исследования, несостоятельными являются и так называемые «толстые» рубцы. При анатомической полноценности (толщина их была не менее 5–7 мм) в них преобладали элементы соединительной ткани (морфологическая неполноценность), и роды у этих женщин в связи с функциональной неполноценностью рубца чаще всего заканчивались повторной операцией (рис. 4).

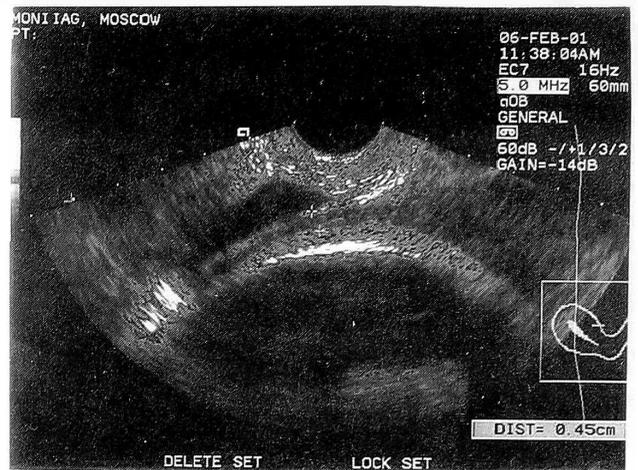


Рис. 1. Состоятельный (преимущественно мышечный, равномерной толщины) рубец на матке

При совпадении клинических и экоскопических симптомов несостоятельности рубца на матке беременности была завершена плановым повторным кесаревым сечением.

Анализ интра- и послеоперационных осложнений повторных кесаревых сечений показал, что эта операция не может быть отнесена к разряду технически простых и безопасных оперативных вмешательств как для матери, так и для плода. И показания к нему должны быть еще более аргументированы, чем к первому.

У 54,3% оперированных женщин по вскрытию брюшной полости обнаружен спаечный процесс, в 18,3% он был выраженным, что у 7 больных явилось причиной ранения кишечника и у 5 — мочевого пузыря, а у 6 — потребовало резекции большого сальника. В связи с этим у 22,7% детей извлечение было затрудненным, извлечены в состоянии «наркотической депрессии». У 36,6% новорожденных ранний неонатальный период осложнился энцефалопатией гипоксически-ишемического генеза.

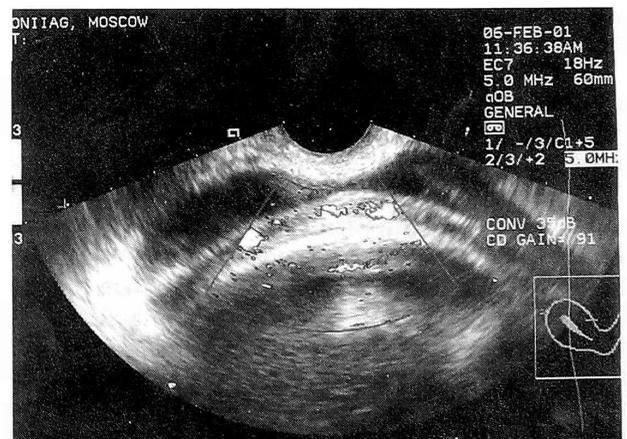


Рис. 2. Васкуляризация состоятельного рубца на матке

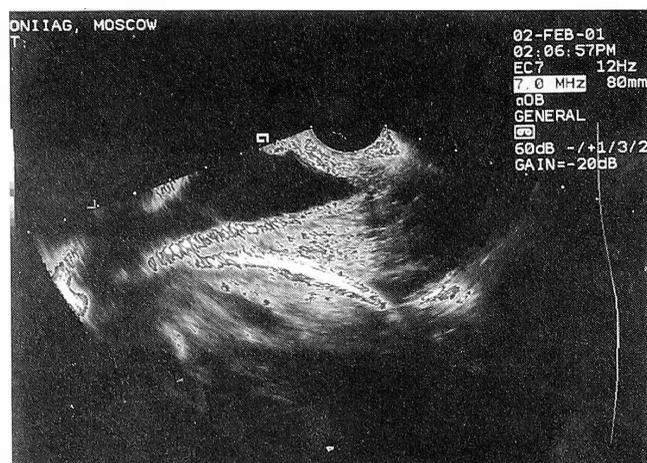


Рис. 3. Анатомически неполноценный (неравномерной толщины) рубец на матке

Средняя продолжительность операции была почти в 1,5 раза больше, чем первого кесарева сечения.

Гипотоническое кровотечение осложнило операцию в 12,3% случаев, и она закончилась у 22 (4,7%) больных экстирпацией матки. В 18 случаях разрез на матке при извлечении головки плода перешел в продольный разрыв нижнего сегмента, что сопровождалось кровотечением и потребовало дополнительного гемостаза.

В послеоперационном периоде почти всем роженицам с профилактической целью были назначены антибиотики широкого спектра действия. И тем не менее частота осложнений после повторного кесарева сечения была довольно высокой и составила 16,5%.

Менее чем у половины (42,5%) детей, извлеченных при повторном кесаревом сечении, состояние было расценено как удовлетворительное (8–9 баллов по шкале Апгар).

Таким образом, в современных условиях только наличие рубца на матке не может являться показанием к повторной операции.

Но с другой стороны, мы не разделяем мнение некоторых акушеров, которые считают, что всем женщинам с оперированной маткой нужно проводить «пробные роды». По нашему мнению, необходим тщательный отбор этого контингента беременных на самопроизвольные роды.

После тщательного обследования из 723 беременных с оперированной маткой, поступивших в институт за истекшие 12 лет, 298-ми были запланированы самопроизвольные роды. Роды *per vias naturales* произошли у 258. Что составило 87%, у 40 рожениц они закончились экстренным кесаревым сечением при возникших акушерских осложнениях, которые не могли быть прогнозированы до начала родовой деятельности.

Наиболее благоприятным контингентом

среди беременных с рубцом на матке являются женщины, у которых в анамнезе до первого кесарева сечения были самопроизвольные роды, либо операция произведена в процессе родов при полном или почти полном открытии маточного зева. И тем не менее у 38% родоразрешенных первая операция была плановой, то есть предстояли первые роды через естественные родовые пути. Показания к первому кесареву сечению у 75% беременных были преходящими.

У 12 женщин в анамнезе было два кесаревых сечения. Показанием ко второй операции было наличие рубца на матке. Во время повторной операции рубец был иссечен. Акушерские операции «два рубца на матке после двух кесаревых сечений» и рубец на матке после двух кесаревых сечений принципиально разные. Если в первом случае показано плановое кесарево сечение, то во втором — возможны самопроизвольные роды.

Заслуживает внимания тот факт, что у 32% женщин первое кесарево сечение произведено в родах по поводу аномалий родовой деятельности, не поддающихся медикаментозной коррекции. Возраст всех этих рожениц перед первой операцией был менее 25 лет. В наших же условиях, имея рубец на матке и еще больший риск аномалий, все они были родоразрешены через естественные родовые пути. Поэтому адекватность корригирующей терапии в процессе первых родов у нас всегда вызывала сомнения.

У 18 женщин единственным показанием к первой операции была миопия средней и высокой степени. После заключения окулиста о возможности самопроизвольных родов при настоящей беременности все они также были родоразрешены через естественные родовые пути. Эти факты свидетельствуют о том, что показания к первому кесареву сечению действительно не всегда бывают достаточно обоснованными.

У 37% женщин в анамнезе были перинатальные потери как после самопроизвольного родоразрешения, так и после кесарева сечения. К моменту настоящего родоразрешения 52 пациентки не имели детей. Этот факт играл большую роль в настрое женщин на повторную операцию. Однако длительная методическая работа на протяжении всей беременности (женщины наблюдались в НКО института с ранних сроков), доверие и взаимопонимание между акушером и пациенткой позволили родоразрешить их через естественные родовые пути.

Методика зашивания разреза на матке была различной. В качестве шовного материала при зашивании матки в 75% случаев использован кетгут, в остальных — синтетические нити. Таким образом, мнение большинства акушеров о

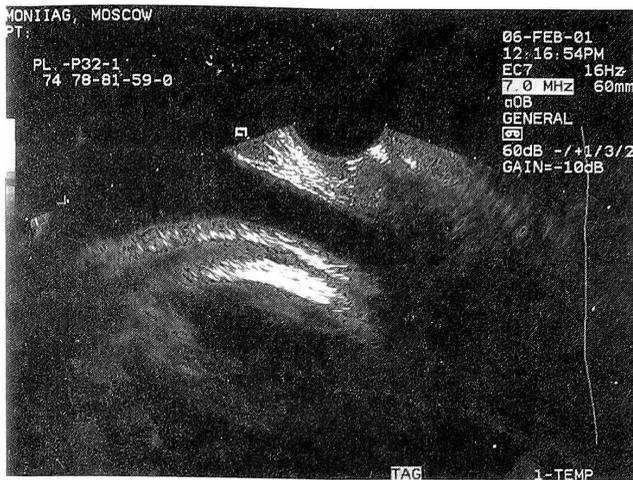


Рис. 4. Морфологически неполноценный (соединительно-тканый) рубец на матке

том, что применение кетгута создает наиболее благоприятные условия для разрыва матки при последующих родах, наши данные не подтверждают.

Интервал между кесаревым сечением и настоящими родами был от одного года до 12 лет. Причем у 38% пациенток беременность наступила раньше, чем через три года после предыдущей операции, а у некоторых через 2–3 месяца.

Формирование рубца на матке происходит в течение 6–8 месяцев после операции. И если он сформировался как полноценный, то есть произошла так называемая мускуляризация рубца, риск его разрыва минимален даже через 1,5–2 года после кесарева сечения. При неполноценном рубце на матке ее разрыв может произойти и через 5, и через 10 лет.

В литературе дискутируется вопрос о том, что предпочтительнее при ведении родов у женщин с рубцом на матке: их индукция или самопроизвольное начало. Наши данные свидетельствуют о том, что при самопроизвольном начале родовой деятельности продолжительность родов достоверно ниже, чем при индукции (7 ч 50 мин  $\pm$  1 ч 25 мин и 9 ч 35 мин  $\pm$  1 ч 33 мин соответственно). Частота осложнений в процессе родов также была значительно меньше.

Большое значение в родоразрешении беременных с рубцом на матке имеет адекватное обезболивание — важное мероприятие, направленное на снятие родового стресса, и позволяющее акушеру объективно оценить реакцию роженицы на схватки.

Выбор метода анестезии у рожениц с состоятельным рубцом на матке должен быть индивидуальным и определяться в первую очередь характером акушерской или экстрагенитальной патологии. Рубец на матке не является проти-

вопоказанием ни к одному из методов обезболивания. У наших рожениц в 46,9% использованы наркотические анальгетики, в 34,0% — ДПА, в 16,0% — внутривенное капельное введение калипсола, у 5 рожениц быстрые роды были обезболены закистью азота с кислородом, произведена пудендальная анестезия и трем роженицам обезболивание не проведено (поступили в институт во II периоде родов).

В 17 случаях с целью лечения патологического прелиминарного периода либо предоставления медикаментозного сна-отдыха в процессе осложненных родов был использован ГОМК.

Большую дискуссию у акушеров вызывает возможность использования утеротоников в процессе самопроизвольных родов у рожениц с рубцом на матке.

У наших пациенток необходимость в применении окситоцина возникла в 20,9% случаев (у 32 женщин с целью родовозбуждения и у 22 — при слабости родовой деятельности). При самопроизвольном начале родовой деятельности окситоцин был использован только у 12 рожениц, при программных родах тономоторные препараты мы использовали значительно чаще.

Все роды закончились через естественные родовые пути с благополучным исходом для матери и плода. Опасность родостимуляции окситоцином у беременных с рубцом на матке необоснованно преувеличивается. Индивидуально подобранная доза сокращающих матку средств лишь восполняет дефицит эндогенного гормона в организме роженицы.

Все роды у рожениц с рубцом на матке проведены под тщательным мониторингом контролем за состоянием плода и сократительной деятельностью матки, клинической оценкой состояния нижнего маточного сегмента. У 44% пациенток в процессе родов использовано ультразвуковое сканирование. Значение этого исследования в родах трудно переоценить: оно позволяет не только оценить статическое состояние рубца на матке, но и проследить за его изменениями во время схваток и в промежутках между ними. Увеличение толщины нижнего маточного сегмента во время схватки на 2–3 мм в результате сокращения мышечных волокон в период открытия маточного зева свидетельствует о состоятельности рубца.

Ультразвуковая цервикометрия позволила сократить число влагалищных исследований у рожениц с высоким риском оперативного родоразрешения. При эхографии во втором периоде родов мы также получили весьма ценные сведения: при полном открытии маточного зева и расположении головки в полости малого таза было обнаружено увеличение толщины нижнего маточного сегмента на 4–5 мм, что

было расценено как низкий риск разрыва матки во время потуг. Это позволило отказаться от операции наложения акушерских щипцов с целью выключения потуг, которую большинство исследователей считают обязательной у рожениц с рубцом на матке после кесарева сечения. В наших наблюдениях роды лишь в четырех случаях закончились этой операцией, показанием к которой явилась острая гипоксия плода.

В послеродовом периоде эхография использовалась нами в целях профилактики патологических кровопотерь, позволяя контролировать процесс отделения плаценты.

После выделения последа состояние стенок полости матки также изучалось с помощью эхоскопии, что позволило отказаться от ее контрольного ручного обследования. В сомнительных случаях или при отсутствии ультразвукового контроля данное обследование мы считаем обязательным.

Физиологическая кровопотеря была у 97% родильниц.

После самопроизвольных родов родилось 259 детей (одна двойня — масса новорожденных 2800 и 3000 г).

Роды были срочными у 233 рожениц, преждевременными — у 20 и запоздалыми — у 5.

Состояние новорожденных по шкале Апгар у 80% детей было расценено как удовлетворительное.

Послеродовый период у 97% рожениц и 95% новорожденных был неосложненным.

Анализ всех случаев разрыва матки показал, что они практически с одинаковой частотой происходят как во время беременности, так и в процессе родов (1,8 и 1,5 соответственно).

Известно, что в развитии родовой деятельности большую роль играет соотношение уровней эстрогенов и прогестерона в организме беременных накануне родов. Но гормоны осуществляют свое влияние на миометрий через систему рецепторов, в том числе стероидных, которые расположены в цитозоле и ядре миоцитов.

Логично предположить, что при наличии рубца на матке должен изменяться ее рецепторный аппарат. Поэтому с целью оценки анатомо-функционального состояния рубца мы изучили содержание стероидных гормонов (эстрадиола и прогестерона) в плазме крови и их рецепторов в миометрии у беременных и рожениц с оперированной маткой.

Рецепторы исследовались в биоптатах миометрии, полученных интраоперационно при повторном кесаревом сечении, а также из шейки матки с помощью конхотома в 37–38 недель беременности, а также в процессе самопроизвольных родов у рожениц с рубцом на матке.

Контрольную группу составили беременные

с интактной маткой, часть из которых была родоразрешена через естественные родовые пути, часть путем кесарева сечения.

Анализ результатов показал, что достоверных различий в уровне эстрадиола у беременных накануне родов не получено.

Уровень же прогестерона у беременных с несостоятельным рубцом на матке был достоверно ниже, чем в контрольной группе и при наличии состоятельного рубца.

Соотношение концентрации прогестерона и эстрадиола, то есть прогестерон-эстрогеновый индекс ( $P/E_2$ ) у этих беременных также был достоверно ниже, чем в группах сравнения.

Уровень рецепторов эстрадиола (RE) в миометрии менялся незначительно, в то время как содержание рецепторов прогестерона (RP) при несостоятельном рубце было на 32% выше, чем у беременных с интактной маткой и на 13% выше при наличии состоятельного рубца.

Соотношение RP к RE у пациенток с неполноценным рубцом на матке свидетельствовало о дисбалансе стероидных гормонов. Все беременные с несостоятельным рубцом на матке были родоразрешены абдоминальным путем. Интраоперационно диагноз был подтвержден.

При наличии состоятельного рубца на матке беременность была завершена самопроизвольными родами.

Исследование уровня стероидных гормонов в процессе самопроизвольных родов у беременных с интактной и оперированной маткой констатировало идентичные тенденции, то есть некоторое увеличение концентрации эстрадиола в латентную фазу и его снижение в активную фазу родов по сравнению с концом беременности и обратная тенденция в содержании прогестерона.

В активную фазу родов у рожениц с рубцом на матке зарегистрировано двухкратное увеличение в миоцитах концентрации рецепторов как эстрадиола, так и прогестерона по сравнению с латентной фазой. При нормальном течении родов у беременных с интактной маткой содержание рецепторов эстрадиола в миометрии прогрессивно снижается, а прогестерона — увеличивается.

Сказанное свидетельствует о том, что у рожениц с рубцом на матке высок риск развития слабости родовой деятельности. Вот почему у 20,9% этого контингента беременных женщин в процессе родов были использованы утеротонины.

Безусловно, эти фундаментальные исследования были проведены ретроспективно, но они позволили нам убедиться в информативности клинических и эхоскопических признаков состоятельности или несостоятельности рубца на матке.

Низкие (< 800 нмоль) же концентрации прогестерона в периферической крови за 7–10 дней до родов, а также соотношение P/E<sub>2</sub> ниже 7,7–7,8 у беременных с рубцом на матке могут быть использованы как дополнительный проспективный диагностический признак несостоятельности рубца на матке после кесарева сечения.

Перинатальная смертность при родоразрешении беременных с рубцом на матке через естественные родовые пути составила 7,7‰ (при повторном кесаревом сечении — 38,6‰). Материнской смертности не было.

Таким образом, наш опыт родоразрешения беременных с рубцом на матке после кесарева сечения показал, что при тщательном отборе этого контингента женщин для повторных операций и самопроизвольных родов с учетом всех показаний и противопоказаний к тому или иному методу родоразрешения не менее чем у 40% беременных возможны роды через естественные родовые пути. Самопроизвольные роды при состоятельном рубце на матке, расположенном в нижнем маточном сегменте, не увеличивают ни материнский, ни перинатальный риск.

И даже в тех экстремальных ситуациях, когда происходит разрыв матки при беременности, так и в родах в крупных акушерских стационарах беременным должна быть оказана квалифицированная медицинская помощь, обеспечивающая жизнь и матери и ребенку.

#### Литература

1. Алипов В. И., Абрамченко В. В., Морозов В. В. Консервативное ведение беременности и родов у женщин с рубцом на матке // Оптимизация тактики ведения родов и кесарева сечения в современном акушерстве (тезисы к пленуму). — М.; Барнаул, 1988. — С. 76–81.
2. Афанасьев А. А. Ведение беременности и родов у женщин с рубцом на матке / Дис. канд. мед. наук. — Уфа, 1986. — 126 с.

3. Введенский Д. В. Ведение беременности и родов у женщин, перенесших кесарево сечение с поперечным разрезом матки / Автореф. дис. кан. мед. наук. — Минск, 1990. — 22 с.
4. Кулавский В. А., Афанасьев А. А. Консервативное родоразрешение женщин, перенесших ранее операцию кесарева сечения // Акуш. и гинекол. — 1987. — № 2. — С. 17–19.
5. Погорелова А. Б. Беременность и роды у женщин, перенесших кесарево сечение в регионе высокого паритета / Дис. д-ра мед. наук. — Ташкент, 1990. — 326 с.
6. Enkin M., Keirse M., Renfrew M., Neilson J. A. Guide to effective care in pregnancy and childbirth // Sweden, 1999.
7. Tramm B. L. Vaginal birth after cesarean section: controversies old and new // Clin. Obstet. Gynecol. — 1985 — Vol. 28. — N 4. — P. 735–744.
8. Jansen F. W., van Roosmalen J., Keirse M. J., Bennbroek-Graverhorst J. Vaginal delivery following cesarean section // Ned. Tijdschr. Geneesk. — 1989. — Vol. 133 — N 13. — P. 666–669.
9. Veridiano N. P., Thorne N. S., Ducey J. Vaginal delivery after cesarean section // Int. J. Gynaecol. Obstet. — 1989. — Vol. 29 — N 4. — P. 307–311.

#### ALTERNATIVE DELIVERY OF PREGNANT WOMEN WITH OPERATED WOMB

Krasnopolsky V. I.,  
Logutova L. S.,  
Gasparian N. D.,  
Magilevskaia E. V.

■ **The summary:** In this article, 12-year delivery experience described of pregnant women with hem on womb after cesarean. Labored 723 women: in 465 the repeated cesarean were made, in 258 spontaneous delivery were happened. Depositions for repeated cesarean and intra-operational complications are given. Management tactics of spontaneous delivery in women in childbirth with hem on womb is described. It was decided, that delivery through natural delivery ways in women with hem on womb after cesarean in low uterine segment must be the alternative to repeated cesarean.

■ **Key words:** operated womb, cesarean, spontaneous delivery