

© Коллектив авторов, 2015

УДК: 618.33: 618.5

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ПАЦИЕНТОК С РУБЦОМ НА МАТКЕ

И.Н. Девятова¹, О.М. Малахова^{1,2}, О.Н. Харкевич^{1,2}

ГБУ РО «Областной клинический перинатальный центр», г. Рязань (1)
Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова,
г. Рязань (2)

Проведен системно-структурный анализ показаний к операции кесарево сечение в Рязанском областном клиническом перинатальном центре за период 2011–2013 годов. Удельный вес родоразрешений путём операции кесарево сечение составил 32,8%. Патология рубца на матке в структуре всех показаний к операции кесарево сечение составила 26,4%. Результаты исследования показали, что консервативное родоразрешение беременных с рубцом на матке является существенным резервом снижения числа оперативных родоразрешений. Основными условиями консервативного ведения родов у пациенток с рубцом на матке, являются: анатомическая и функциональная состоятельность рубца; клиническое соответствие размеров плода и таза женщины; отсутствие абсолютных противопоказаний к родам со стороны матери и плода.

Ключевые слова: беременность, роды с рубцом на матке, кесарево сечение.

Современное развитие инвазивных акушерских и гинекологических технологий ведет к неуклонному росту числа женщин репродуктивного возраста с оперированной маткой. Основными причинами наличия рубца на матке являются оперативные роды путём кесарева сечения (КС), консервативная миомэктомия, перфорация матки при внутриматочных операциях и другие [1, 2, 6, 8, 9, 12, 16, 18, 20].

В последние десятилетия во всех странах мира отмечается увеличение частоты КС в интересах здоровья матери и плода. В России средняя частота КС увеличилась с 14,8% до 19-20% за период 2001-2013 годов [1, 2, 9]. По данным различных авторов, рубец на матке после КС имеют 4-8% беременных, и около 35% абдоминальных родов в популяции являются повторными [1, 2, 4, 5, 8, 16, 20].

Постоянно увеличивается число беременных с рубцом на матке после мио-

мэктомии. Это связано с ростом заболеваемости миомой матки, которая составляет от 10 до 29% в структуре гинекологической патологии [2, 8, 9, 13, 14]. Практически каждая третья операция по поводу миомы матки (от 30 до 37,5%) выполняется у пациенток в возрасте до 40 лет [2, 8, 15, 19, 17]. Многочисленные исследования показали, что частота наступления беременности после миомэктомии может составлять от 33,5 до 69% [2, 6, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 19].

Ряд отечественных и зарубежных научных публикаций продемонстрировал, что от 30 до 80% женщин с оперированной маткой могут быть родоразрешены через естественные родовые пути с благоприятным исходом для матери и плода [2, 9, 11, 12, 14, 19]. Оперативное родоразрешение сопряжено с осложнениями наркоза, самой операции и послеоперационного периода. Поэтому, большое число

известных ученых акушеров-гинекологов считают, что консервативные роды при состоятельном рубце на матке более предпочтительны, чем повторная операция. [2, 9, 11, 12, 14, 15, 19].

С другой стороны, беременные с оперированной маткой составляют группу повышенного риска по невынашиванию, развитию разрыва матки, аномалий родовой деятельности и перинатальной патологии [1-3, 8, 12, 19]. Поэтому, ведение беременности и родоразрешение женщин с рубцом на матке является актуальной проблемой современного акушерства.

Опыт отечественных и зарубежных ученых-специалистов акушеров-гинекологов позволяет выделять абсолютные и относительные противопоказания, а также некоторые условия, при которых возможно консервативное родоразрешение женщин с рубцом на матке. Сокращение числа повторных операций КС является резервом снижения частоты кесаревых сечений в современном акушерстве.

Целью настоящего исследования явилось определение возможности сокращения числа повторных операций КС, на основе сравнительного анализа особенностей течения беременности и родов у женщин с рубцом на матке при наличии и отсутствии относительных противопоказаний к консервативному родоразрешению.

Материалы и методы

Для достижения поставленной цели проведен системно-структурный анализ показаний к операции КС в Рязанском областном клиническом перинатальном центре (РОКПЦ) за период 2011-2013 годов. Определена доля несостоятельности и неполноценности рубца на матке в структуре показаний к оперативному родоразрешению. Также проведен сравнительный анализ течения и исходов беременности и родов через естественные родовые пути у всех женщин с рубцом на матке, которые были родоразрешены в РОКПЦ в 2013 году. В числе абсолютных противопоказаний рассматривались следующие [1, 2, 9, 12, 13, 16, 18, 19]: рубец на матке после корпорального КС или якорный разрез на матке; разрыв матки в

анамнезе; несостоятельный рубец на матке по клиническим и УЗ признакам; предлежание плаценты; другие акушерские и экстрагенитальные противопоказания для консервативного родоразрешения; категорический отказ женщины от родов через естественные родовые пути.

Всего было обследовано и родоразрешено через естественные родовые пути 17 беременных женщин с рубцом на матке. Критерием распределения обследованных женщин по группам являлось наличие или отсутствие у них относительных противопоказаний к консервативному ведению родов. Основную группу составили 9 беременных, которые имели относительные противопоказания к консервативному родоразрешению (группа I). Остальные 8 пациенток, у которых такие противопоказания отсутствовали, составили группу сравнения (группа II). В числе относительных противопоказаний к консервативному родоразрешению рассматривались следующие [1, 2, 7, 9, 12, 13, 16-19]: более одного рубца на матке после КС; предшествующее КС менее 2 лет назад; рубец на матке после миомэктомии, проведенной во время беременности; предполагаемый вес плода 4000 г и более; тазовое предлежание плода; многоплодная беременность.

По возрастному составу группы обследованных между собой существенно не отличались. Все женщины находились в возрасте от 23 до 42 лет. Средний возраст беременных в основной группе составил $32,0 \pm 1,77$ лет, в группе сравнения – $30,9 \pm 1,38$ лет ($p > 0,05$). Размеры костного таза были нормальными у всех пациенток. Патологии костно-суставно-мышечной системы не было выявлено. Рост женщин существенно не отличался и составлял в основной группе от 153 до 172 см ($162,1 \pm 2,21$ см), в группе сравнения – от 160 до 176 см ($165,5 \pm 2,25$ см, $p > 0,05$).

Зарегистрировано достоверное различие средней массы тела пациенток в группах. Так, в группе I она составила от 49,9 до 84,5 кг, в среднем – $67,9 \pm 3,58$ кг. Масса тела у пациенток группы II была достоверно больше и составила от 62,8 до 132,9 кг, в

среднем – $87,9 \pm 7,96$ кг ($p < 0,05$). Избыточную массу тела имели 3 пациентки основной группы и 5 пациенток группы сравнения. Дефицит массы тела был у двух пациенток основной группы.

Количество беременностей в анамнезе в основной группе составляло от 1 до

6, в группе сравнения – от 2 до 5. Паритет беременностей у пациенток I и II групп не имел достоверных различий и составил соответственно – $3,78 \pm 0,41$ и $3,38 \pm 0,27$ ($p > 0,05$). Результаты анализа паритета в группах обследованных женщин представлены в таблице 1.

Таблица 1

Характеристика паритета в группах беременных женщин

Характеристика паритета	Группы беременных женщин			
	группа I (основная)		группа II (сравнения)	
	n	%	n	%
Роды в анамнезе, из них	9	100	8	100
– через естественные родовые пути	5	55,6	1	12,5
– путём операции КС	5	55,6	8	100
Медицинские аборт	5	55,6	7	87,5
Самопроизвольные выкидыши	4	44,4	1	12,5
Замершая беременность	1	11,1	–	–
Внематочная беременность	1	11,1	–	–

Примечание: n – абсолютное количество женщин; % – их удельный вес в группах.

Все женщины в обеих группах были повторно беременными. Роды через естественные родовые пути в анамнезе имели 5 (55,6%) пациенток основной группы и 1 (12,5%) пациентка группы сравнения. Роды путём операции КС в анамнезе регистрировались у 5 (55,6%) женщин основной группы и у всех 8 (100%) женщин группы сравнения. Медицинские аборты и самопроизвольные выкидыши при предыдущих беременностях были соответственно у 5 (55,6%) и 4 (44,4%) женщин основной группы, у 7 (87,5%) и 1 (12,5%) женщины группы сравнения. Внематочная беременность в анамнезе была отмечена у 1 (11,1%) пациентки основной группы. В обеих группах не было женщины с индуцированной беременностью и после применения вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпоральное оплодотворение, искусственная инсеминация, имплантация эмбриона, редукция плодов при многоплодной беременности и др.).

Пациентки обеих групп были сопоставимы по наличию гинекологической патологии ($p > 0,05$). Гинекологические заболевания регистрировались в анамнезе у 7 (77,8%) женщин основной группы. Из них, эрозия шейки матки была у 4, хронические неспецифические воспалительные

заболевания придатков матки – у 2, миома матки – у 5. По одному случаю составили – седловидная матка, нарушение функции яичников, первичное бесплодие и эндометриоидная киста яичника. Операция на придатках матки в анамнезе была у 1 пациентки. В группе сравнения гинекологическую патологию в анамнезе имели 5 (62,5%) женщин. Из них острые и хронические неспецифические воспалительные заболевания придатков матки регистрировались у 2, эрозия шейки матки – у 3, седловидная матка – у 1, и нарушение функции яичников – у 2 пациенток.

Не имелось достоверных различий в группах по наличию экстрагенитальной патологии ($p > 0,05$). Так, сопутствующая экстрагенитальная патология была у 7 (77,8%) беременных основной группы, из них заболевания двух и более органов регистрировались у 3 (33,3%) пациенток. Анемия беременных лёгкой и средней степени была диагностирована у 5 женщин, пиелонефрит – у 2, дефицит массы тела, диффузный зоб, атопический дерматит и хроническая алкогольная интоксикация – по одному случаю.

В группе сравнения экстрагенитальная патология была выявлена у 6 (75%) женщин, из них заболевания двух и более

органов регистрировались у 2 (25%) пациенток. Избыточная масса тела I, II и III степени была диагностирована у 3 женщин (по одному случаю каждой степени тяжести соответственно), хроническая артериальная гипертензия I-II степени – у 2, анемия беременных и хронический гепатит С – по одному случаю каждый.

Все беременные были обследованы лабораторно, инструментально и клинически. В работе использованы клинические методы оценки внутриутробного состояния плода (оценка шевелений, аускультация сердцебиений, измерение высоты стояния дна матки, визуальное исследование околоплодных вод), инструментальные методы (непрямая кардиотокография с нестрессовым тестом, УЗ фетометрия, плацентометрия, амниометрия, определение биофизического профиля плода, доплерометрия маточно-плодово-плацентарной гемодинамики), морфологическое исследование плацент и лабораторные методы.

Оценку состояния рубца на матке проводили комплексно с помощью клинических методов исследования (жалобы пациентки, пальпация, влагалищное исследование) и инструментальных (результаты УЗИ). К УЗ признакам неполноценности рубца на матке относили следующие: неровный контур по задней стенке наполненного мочевого пузыря, истончение миометрия, прерывистость контуров рубца, значительное количество гиперэхогенных включений. Несостоятельность рубца на матке рассматривали при наличии следующих УЗ критериев: истончение рубца или отдельных его участков менее 3 мм, или явный дефект. УЗИ выполняли с помощью аппаратов Philips HD 9 и Aloka SSD 3500.

Анализ течения родов проводили по данным партограмм, и результатам клинического динамического наблюдения за состоянием роженицы и плода.

Статистический анализ полученных результатов выполнен при помощи компьютерного пакета программ STATISTICA (версия 7,0).

Результаты и их обсуждение

В РОКПЦ за период 2011-2013 гг. было родоразрешено 7273 беременных

женщины. Из них, путём операции КС были родоразрешены 2388 пациенток, что составило 32,8%. Доля экстренных и плановых операций была соответственно – 58% (1385 случаев) и 42% (1003 случая). Несостоятельность и неполноценность рубца на матке, как основное показание к оперативному родоразрешению, выставлялось в 630 случаях, что в структуре показаний к оперативному родоразрешению составило 26,4%.

Из 2345 женщин родоразрешенных в 2013 году, у 270 (11,5%) был рубец на матке после перенесенных ранее операций КС, миомэктомии и перфорации матки. При наличии абсолютных противопоказаний к консервативному ведению родов по причине несостоятельности или не полноценности рубца на матке пациентки родоразрешались путём КС в 253 (93,7%) случаях. Через естественные родовые пути было родоразрешено 17 (6,3%) беременных с рубцом на матке. Количество рубцов на матке и их связь с перенесенными ранее операциями у пациенток I и II групп представлены в таблице 2.

Один рубец на матке имели в анамнезе 6 (66,7%) беременных основной группы и все пациентки группы сравнения. Два рубца на матке после операции кесарева сечения в сочетании с миомэктомией в анамнезе было у одной беременной основной группы. Три и более рубца на матке имели в анамнезе 2 женщины основной группы. Одна из них – после трёх операций кесарева сечения (6 лет, 5 лет и 3 года назад), вторая – после лапароскопической миомэктомии множества узлов 3 года назад. У одной пациентки основной группы выполнялась миомэктомия во время настоящей беременности в связи с некрозом узла в сроке 18 недель. Перфорацию матки во время медицинского аборта перенесла одна пациентка основной группы 4 года назад. Ей были выполнены лапаротомия, ревизия органов малого таза и брюшной полости, зашивание перфорационного отверстия.

Осложнения беременности были диагностированы у 8 (88,9%) пациенток I группы и у 6 (75%) пациенток II группы (табл. 3).

Таблица 2

Количество рубцов на матке и их связь с перенесенными ранее операциями у пациенток I и II групп

Количество рубцов на матке и перенесенные ранее операции	Группы беременных женщин			
	группа I (основная)		группа II (сравнения)	
	n	%	n	%
Количество рубцов на матке:				
-1	6	66,7	8	100
-2	1	11,1	–	
-3 и более	2	22,2	–	
Перенесенные ранее операции:				
- только кесарево сечение	4	44,4	8	100
- кесарево сечение + миомэктомия	1	11,1	–	
- миомэктомия при настоящей беременности	1	11,1	–	
- миомэктомия до беременности	2	22,1	–	
- перфорация матки + лапаротомия	1	11,1	–	

Примечание: n – абсолютное количество женщин; % – их удельный вес в группах.

Таблица 3

Осложнения беременности у пациенток в группах

Осложнения беременности	Число осложнений беременности	
	группа I (основная)	группа II (сравнения)
Полигидрамнион	1	1
Олигогидрамнион	1	–
Преждевременное излитие околоплодных вод	2	2
Тазовое предлежание плода	1	–
Двойня и ВПР 2-го плода	1	–
Анемия беременных	5	1
Аntenатальная смерть плода	1	–
Ранний гестоз беременных	4	4
Поздний гестоз беременных	–	3
Низкая плацентация	–	1
Угроза прерывания беременности	3	4

Среднее количество осложнений беременности у пациенток I и II групп существенно не отличалось и составило – $2,1 \pm 0,56$ и $2,0 \pm 0,56$, соответственно. Наиболее частыми осложнениями у пациенток основной группы были анемия беременных – 5 (55,6%) случаев, ранний гестоз беременных – 4 (44,4%) случая и угроза прерывания беременности в I и во II триместрах – 3 (33,3%) случая. В отдельных случаях регистрировались полигидрамнион, олигогидрамнион, тазовое предлежание плода, двойня с ВПР 2-го плода и антенатальная смерть плода. У пациенток группы сравнения наиболее частыми осложнениями беременности были ранний гестоз и угроза прерывания

беременности – по 4 (50%) случая каждый, а также поздний гестоз беременных – 3 (37,5%) случая. В отдельных случаях регистрировались полигидрамнион, анемия беременных и низкая плацентация – по одному случаю каждый. Преждевременное излитие околоплодных вод наблюдалось у 2 (22,2%) пациенток в основной группе и у 2 (25%) пациенток в группе сравнения.

При планировании метода родоразрешения у каждой беременной были изучены стаж рубца на матке, а также его толщина и предполагаемая масса плода, по данным УЗИ. Сравнительная характеристика результатов исследования в группах представлена в таблице 4.

Таблица 4

Сравнительная характеристика стажа и толщины рубца на матке и предполагаемой массы плода у пациенток I и II групп (M±m), t-test

Исследуемый показатель	Группы пациенток		Достоверность различий меж-ду группами
	I группа	II группа	
Стаж рубца на матке, лет	3,3±0,62	7,3±1,36	p<0,05
Толщина рубца на матке, мм	9,6±2,74	6,1±0,96	–
Предполагаемая масса плода, г	2724±369,1	3053±233,0	–

Стаж рубца на матке у пациенток основной группы составил от 21 недели (после миомэктомии, проведённой во время настоящей беременности) до 7 лет, в среднем – 3,3±0,62 лет, что было достоверно меньше, чем в группе сравнения – от 3 до 15 лет, в среднем – 7,3±1,36 лет (p<0,05). Толщина рубца на матке и предполагаемая масса плода у беременных обеих групп существенно не отличались.

Пациентки основной группы имели следующие относительные противопоказания к консервативному родоразрешению:

– более одного рубца на матке – 3 (33,3%) случая;

– предшествующая операция на матке менее 2 лет назад – 3 (33,3%) случая, из которых 1 – рубец на матке после миомэктомии, проведённой во время настоящей беременности;

– по 1 (11,1%) случаю составили перфорация матки во время медицинского аборта, тазовое предлежание и многоплодная беременность.

Все пациентки основной группы и группы сравнения были родоразрешены через естественные родовые пути. Результаты анализа исходов беременности и родов у женщин основной группы и группы сравнения представлены в таблице 5.

Таблица 5

Исходы беременности и родов у обследованных женщин

Оцениваемый показатель	Группы обследованных	
	группа I (основная)	группа II (сравнения)
Срок гестации при родоразрешении, M±m, дней	250±8,7	255±5,9
Срочные роды, n (%)	5 (55,6%)	5 (62,5%)
Преждевременные роды, n (%)	4 (44,4%)	3 (37,5%)
Продолжительность родов (M±m, мин):		
Общая	463±42,5	462±47,5
I период	423±44,0	418±49,1
II период	30,6±4,31	32,5±5,92
III период	9,4±2,62	11,9±6,29
Длительность безводного периода, M±m, мин	218±81,8	318±114,9
Величина кровопотери в родах	263±16,4	281±20,7
Оценка состояния новорожденных:		
Рост, M±m, см	48,2±1,99	50,5±1,15
Масса тела, M±m, г	2656±257,5	2963±233,8
Оценка по шкале Апгар:		
– в конце 1 минуты жизни	6,6±0,40	7,3±0,16
– в конце 5 минуты жизни	7,9±0,28	8,1±0,27

Примечание 1: n – число обследованных женщин;

Примечание 2: различия между группами во всех случаях не достоверны, p>0,05

Срок гестации при родоразрешении у пациенток I и II групп существенно не отличался и составил в среднем – 250±8,7

дней и 255±5,9 дней, соответственно (p>0,05). Срочные роды были у 5 (55,6%) пациенток I группы и у 5 (62,5%) пациен-

ток II группы. Преждевременные роды в I и во II группах составили – 4 (44,4%) и 3 (37,5%) случая, соответственно. Общая продолжительность родов и их периодов не имели достоверных различий между группами. Быстрые роды регистрировались у 1 (1,11%) пациентки в основной группе и у 2 (25%) пациенток в группе сравнения. Стремительных и затяжных родов не было. Средняя продолжительность безводного периода в основной группе была несколько меньше ($218 \pm 81,8$ мин), чем в группе сравнения ($318 \pm 114,9$

мин, $p > 0,05$). Величина кровопотери в родах не имела достоверных различий между I и II группами и составила в среднем – $263 \pm 16,4$ мл и $281 \pm 20,7$ мл, соответственно. Рост и масса тела новорождённых в группах существенно не отличались. Результаты оценки состояния новорожденных по шкале Апгар в конце первой и пятой минут жизни также не имели достоверных различий между группами.

Информация о развитии родовых осложнений и малых акушерских операциях при родоразрешении показана в таблице 6.

Таблица 6

Родовые осложнения и малые акушерские операции в родах

Родовые осложнения и малые акушерские операции в родах	Количество в группах	
	группа I (основная)	группа II (сравнения)
Родовые осложнения:		
- ножное предлежание плода	1	-
- обвитие пуповины вокруг шеи	2	-
- дефект последа	1	1
- угроза разрыва промежности	2	1
- разрывы мягких тканей родовых путей	2	2
- раннее излитие околоплодных вод	-	1
Малые акушерские операции:		
- амниотомия	2	1
- эпизиотомия	2	1
- зашивание мягких тканей родовых путей	4	3
- ручное обследование полости матки	9 (100%)	8 (100%)

Частота и перечень родовых осложнений и малых акушерских операций при родоразрешении в обеих группах обследованных были сопоставимы с таковыми в основной популяции акушерских пациенток. Однако, осложнения у рожениц в I группе встречались несколько чаще, чем во второй. Из малых акушерских операций в обеих группах выполнялись амниотомия, эпизиотомия, восстановление целостности родовых путей. Ручное обследование полости матки было выполнено всем родильницам обеих групп (100 % случаев) сразу после родоразрешения, патологии не было выявлено.

Выводы

Результаты проведенного исследования позволяют сделать следующие выводы:

1. Удельный вес родоразрешений путём операции кесарева сечения в РОКПЦ за период 2011–2013 гг. составил

32,8%. Доля экстренных и плановых операций была соответственно – 58% и 42%, что указывает на необходимость поиска резервов снижения числа urgentных оперативных родоразрешений.

2. Рубец на матке после перенесенных ранее операций кесарева сечения, миомэктомии и перфорации матки имели 11,5 % женщин из числа всех родоразрешенных.

3. Абсолютные противопоказания к консервативному ведению родов имели 93,7% беременных с рубцом на матке, относительные противопоказания – 3,3%, у 3% пациенток противопоказаний не было.

4. Доля несостоятельности и неполноценности рубца на матке в структуре всех показаний к кесареву сечению была высокой и составила 26,4%.

5. Отсутствие существенных различий между исследуемыми группами по ряду критериев оценки течения беремен-

ности и родов позволяет утверждать, что беременные с оперированной маткой могут быть родоразрешены с благополучным исходом через естественные родовые пути при наличии относительных противопоказаний к консервативной тактике.

6. Основными условиями, определяющими безопасность консервативного родоразрешения у пациенток с рубцом на матке, являются следующие: анатомическая и функциональная состоятельность рубца; клиническое соответствие размеров плода и таза женщины; отсутствие абсолютных противопоказаний к родам со стороны матери и плода.

7. При соблюдении основных условий, определяющих безопасность консервативного родоразрешения, могут нивелироваться такие относительные противопоказания, как: наличие более одного рубца на матке; предшествующая операция менее 2 лет назад; рубец после миомэктомии при настоящей беременности; перфорация матки в анамнезе (при своевременной и качественно оказанной помощи); тазовое и ножное предлежание плода; многоплодная беременность.

8. Консервативное родоразрешение беременных с рубцом на матке при наличии относительных противопоказаний является существенным резервом снижения оперативных родоразрешений.

Литература

1. Акушерство / Э.К. Айламазян [и др.]. – 7-е изд., испр. и доп. – СПб.: СпецЛит, 2010. – 552 с.
2. Акушерство и гинекология / Рос. о-во акушеров-гинекологов; гл. ред.: Г.М. Савельева, В.Н. Серов, Г.Т. Сухих. – 3-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 868 с.
3. Беременность и роды при высоком риске тромбоемболических и геморрагических осложнений : акушер. семинар / О.Н. Харкевич [и др.]. – Минск : Изд. центр БГУ, 2008. – 231 с.
4. Зиядинов А.А. Причины кесарева сечения при преждевременных родах / А.А. Зиядинов, А.Н. Сулима, А.Н. Рыбалка // Таврический медико-биол. вестн. – 2015. – Т. 18, № 1 (69). – С. 44-47.
5. Кесарево сечение: показания, методы обезболивания, хирургическая техника: клинические рекомендации / под ред. Л.В. Адамян, В.Н. Серова. – М., 2013. – 29 с.
6. Клинические лекции по акушерству и гинекологии / под ред. Ю.Э. Доброхотовой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 308 с.
7. Место абдоминального и влагалищного оперативного родоразрешения в современном акушерстве. Реальность и перспективы / В.И. Краснополянский [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2012. – № 1. – С. 4-8.
8. Краснополянский, В.И. Репродуктивные проблемы оперированной матки / В.И. Краснополянский, Л.С. Логутова, С.Н. Буянова. – М.: Миклош, 2006. – 157 с.
9. Кулаков В.И. Миомэктомия и беременность / В.И. Кулаков, Г.С. Шмаков. – М.: МЕДпресс-информ, 2001. – 344 с.
10. Методическое письмо Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 13 марта 2008 г. № 1813-ВС "Кесарево сечение в современном акушерстве". – М., 2008.
11. Хоконова Л.Т. Течение беременности и родов после лапароскопической миомэктомии / Л.Т. Хоконова, Л.В. Адамян, Г.С. Шмаков // Проблемы беременности. – 2001. – №3. – С. 76-77.
12. Эканем Эванс. Оптимизация ведения беременности и родов у женщин с рубцом на матке: автореф. дис. канд. мед. наук / Э. Эканем. – Алматы, 2004. – 25 с.
13. Burbank F. Childbirth and myoma treatment by uterine artery occlusion: do they share a common biology? / F. Burbank // J. Am. Assoc. Gynecol Laparosc. – 2004. – Vol. 11, № 2. – P. 138-152.
14. Restitutio ad integrum of myometrium after myomectomy. Different results in pregnant and non-pregnant patients / G.

- Cobellis [et al.] // *Minerva Ginecol.* – 2002. – Vol. 54, № 5. – P. 393-395.
15. Reproductive outcome after laparoscopic myomectomy in infertile women / J.-B. Dubuisson [et al.] // *J Reprod Med.* – 2000. – Vol. 45, № 1. – P. 23-30.
16. Flamm B.L. Vaginal birth after caesarean / B.L. Flamm // *Best Practice a. Resarch Clin Obstet. Gynecol.* – 2001. – Vol. 15, №1. – P. 81-92.
17. Vaginal birth after cesarean: new insights / J.M. Guise [et al.] // *Evid. Rep. Technol. Assess.* – 2010. – Vol. 191, № 1. – P. 397.
18. Complications of cesarean deliveries: rates and risk factors / R.M. Hager [et al.] // *Am J Obstet Gynecol.* – 2004. – Vol. 190, № 2. – P. 428-434.
19. Reproductive performance before and after abdominal myomectomy: a retrospective analysis / M. Marchionni [et al.] // *Fertil Steril.* – 2004. – Vol. 82, №1. – P. 154-159, quiz 265.
20. Systematic review of cesarean scar assessment in the nonpregnant state: imaging techniques and uterine scar defect / S. Roberge [et al.] // *Am. J. Perinatol.* – 2012. – Vol. 29, № 6. – P. 465-471. doi: 10.1055/s-0032-1304829.

COMPARATIVE CHARACTERISTIC OF THE PREGNANCY AND DELIVERY AT THE PATIENTS AFTER PREVIOUS SURGERIES ON A UTERUS

I.N. Devyatova, O.M. Malakhova, O.N. Kharkevich

The complex analysis of indications to cesarean delivery in the Ryazan Regional Clinical Perinatal Center during 2011-2013 is carried out. Frequency of cesarean delivery was 32.8%. Earlier undergone surgeries on a uterus made 26,4% in structure of all indications to cesarean delivery. Results of research showed that conservative conducting childbirth at pregnant women after the undergone surgeries on a uterus is an essential reserve of decrease in number of cesarean delivery. The main conditions of conservative conducting childbirth: anatomic and functional quality of a uterus; clinical compliance of the sizes of a fetus and woman's pelvis; absence of absolute contraindications to childbirth from mother and fetus.

Keywords: *pregnancy, delivery after the previous surgeries on a uterus, cesarean delivery.*

Девятова И.Н. – врач акушер-гинеколог ГБУ РО «ОКПЦ». 390039, г. Рязань, ул. Интернациональная, д. 1И.
E-mail: i_devyatova@mail.ru

Малахова О.М. – врач акушер-гинеколог ГБУ РО «ОКПЦ», ассист. кафедры акушерства и гинекологии ФДПО ГБОУ ВПО Рязгму Минздрава России. 390039, г. Рязань, ул. Интернациональная, д. 1И.
E-mail: oksik005@mail.ru

Харкевич О.Н. – д.м.н., проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии ФДПО ГБОУ ВПО Рязгму Минздрава России, врач акушер-гинеколог родильного отделения ГБУ РО «ОКПЦ». 390039, г. Рязань, ул. Интернациональная, д. 1И.
E-mail: kharkevich.olga@mail.ru