

(254,6±17,5 мл) ($p>0,05$). При операции кесарево сечение общая кровопотеря также существенно не различалась – 681,4±83,6 мл, и 656,1±52,7 мл, соответственно ($p>0,05$). Однако характерно то, что уровень гемоглобина в послеродовом периоде был достоверно ниже у рожениц основной группы.

В послеродовом периоде у 15,8% пациенток основной группы выявлена субинволюция матки, в контрольной группе – у 3,3% ($p<0,05$).

При рождении оценивалось функциональное состояние новорожденных, физическое развитие и зрелость относительно срока гестации. При сравнении перинатальных исходов для обеих исследуемых групп установлено, что в основной группе в удовлетворительном состоянии родились 55 новорожденных (72,4%) и 21 (27,6%) родился в состоянии средней степени тяжести. В контрольной группе сравнения данные показатели составляли 25 (83,3%) и 5 (16,7%), соответственно. Состояние средней степени тяжести у младенцев было обусловлено: неврологической симптоматикой в виде синдрома умеренного угнетения ЦНС (13,2 и 6,7%), синдромом дыхательных расстройств (7,9 и 6,7%) и перенесенной хронической внутриутробной гипоксией (6,6 и 3,3%).

В основной группе с крупной массой родилось достоверно больше мальчиков (60,5%), чем девочек (39,5%), что объясняется более выраженным анаболическим действием андрогенов на плод.

Выводы:

1. По данным анализа работы акушерско-гинекологической службы Гродненской области за последние 3 года отмечена тенденция к увеличению частоты рождения новорожденных с макросомией с 9,6 до 10,6%.

2. Макросомия чаще наблюдается среди повторнородящих с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом (самопроизвольными выкидышами, преждевременными родами, внематочной беременностью, медицинским абортom), страдающих ожирением.

3. У пациенток с макросомией чаще беременность осложняется анемией, отеками, гипертензией.

4. Пациентки с макросомией составляют группу риска по оперативному родоразрешению, отягощенному течению послеродового периода.

5. С крупной массой рождаются достоверно больше мальчиков, чем девочек.

РОДЫ ЧЕРЕЗ ЕСТЕСТВЕННЫЕ РОДОВЫЕ ПУТИ У ПАЦИЕНТОК С РУБЦОМ НА МАТКЕ В АНАМНЕЗЕ

Полховская М. В., Волковыцкая Т. А.

УЗ «Брестский областной родильный дом», г. Брест, Беларусь

Актуальность. Показанием к операции кесарева сечения в более чем в 30% случаев признано наличие в анамнезе хирургической травмы матки. Каждая последующая операция связана с определенными сложностями и

риском, повышающим вероятность неблагоприятных исходов. Новый подход к ведению родов через естественные родовые пути у женщин с оперированной маткой – перспективный способ снижения частоты операций кесарева сечения.

Основой для определения метода и тактики родоразрешения при дальнейших беременностях и родах у женщин с рубцом на матке служит полноценность регенерации стенки матки. Особое внимание надо обращать на показания для первого кесарева сечения и наличие сопутствующей экстрагенитальной патологии. Факторы риска формирования неполноценного рубца – тяжелая преэклампсия и эклампсия, предлежание и преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, хронические инфекционные заболевания органов малого таза, ожирение, сахарный диабет, анемия, а также низкий разрез на матке. Немаловажное значение имеет порядок выполнения кесарева сечения. Экстренное кесарево сечение проводится при дискоординации родовой деятельности, клиническом несоответствии, неправильных вставлениях головки плода, при этом нижний сегмент часто перерастянут, что является фактором риска формирования несостоятельного рубца. Особо важно, если в родах пациентка перед этим находилась дольше 5 часов, а шейка матки раскрылась более чем на 5 см. Тогда как при плановом кесаревом сечении женщина в необходимом объеме обследована и подготовлена к операции. Неполноценный рубец формируется при малом кесаревом сечении и при корпоральном разрезе на матке. Неоднородный рубец на передней брюшной стенке при послеоперационном периоде, осложненном воспалительными заболеваниями с нагноением передней брюшной стенки, косвенно указывает на несостоятельность рубца на матке.

Один из ключевых факторов в выборе тактики – промежуток времени, прошедший с момента операции. Наиболее оптимальным признано наступление беременности через 2-5 лет после предыдущей операции.

Наиболее достоверную информацию о состоянии рубца на матке во время беременности дает ультразвуковое исследование (чаще проводится на 28-37 неделях гестации). При этом измеряют 3 размера ниши и толщину миометрия в области рубца. Оцениваются форма и толщина нижнего маточного сегмента, эхоструктура миометрия в этом отделе матки. Толщина миометрия в области рубца менее 3 мм – признак неполноценности рубца. Локализация плаценты на передней стенке области рубца свидетельствует о его потенциальной неполноценности. При толщине миометрия в области рубца более 3 мм операция проводится в случае, если у пациентки есть жалобы. *Клинические признаки несостоятельности рубца:* боли внизу живота, в пояснице, в области рубца на передней брюшной стенке, локальные боли при пальпации нижнего сегмента, боли неясной локализации, кровянистые выделения из половых путей, нарушение состояния плода.

Таким образом, для определения тактики родоразрешения у женщин с оперированной маткой в анамнезе необходимо иметь сведения о причинах проведения первого кесарева сечения и сроке беременности, на котором она была выполнена, особенностях течения послеоперационного периода,

временном интервале, прошедшем после операции до наступления настоящей беременности, оперативных вмешательствах на матке в послеоперационном периоде, а также данных клинических и инструментальных методов диагностики, подтверждающих полноценность рубца на матке.

Цель исследования – изучение результатов родоразрешения через естественные родовые пути у женщин с рубцом на матке в анамнезе.

Материалы и методы. В 2020 г. в родовых отделениях УЗ «БОРД» г. Бреста всего проведено 5048 родов; путем операции кесарева сечения родоразрешены 1418 пациенток, что составило 28%. Среди них 676 (47,67%) женщинам кесарево сечение проводилось в связи с наличием хирургической травмы матки в анамнезе. Самостоятельно родили 112 женщин, что составило 14,2% к общему числу родильниц с рубцом на матке. Поэтому необходимо осознанное выделение показаний для кесарева сечения, что позволит снизить частоту оперативного родоразрешения. Необходимо осторожно выделять группы таких пациенток, что достигается путем тщательного сбора анамнестических данных с полным клинико-лабораторным обследованием, определения полноценности рубца на матке. В родах эти пациентки должны находиться под наблюдением медперсонала с мониторингом состояния матери и плода и при полной готовности операционной.

Проведен ретроспективный анализ 50 историй родов из числа этих пациенток, которые имели в анамнезе кесарево сечение. У всех женщин было взято информированное согласие на ведение родов через естественные родовые пути, причем некоторые настаивали на этом сами. В плановом порядке в АОПБ были госпитализированы 24 (48%), с началом регулярной родовой деятельности поступили 26 (52%) пациенток. Возраст беременных колебался в пределах от 23 до 37 лет и в среднем составил 29,7 года. Вторая по счету беременность наблюдалась у 23, третья – у 15, четвертая – у 3 человек, пятая – у 9 человек. Рожали самостоятельно до предыдущей операции кесарева сечения 19 женщин. У всех роды протекали без осложнений, дети родились здоровыми с оценкой по шкале Апгар не ниже 8 баллов. После оперативного родоразрешения ни одной пациентке не понадобились внутриматочные вмешательства. Экстрагенитальная патология наблюдалась у 33 беременных, что составило 66%. Миопия имелаась у 14, нарушение жирового обмена – у 8, варикозное расширение вен ног – у 4, хронический цистит – у 1, диффузный зоб – у 3, нетоксический полинодозный зоб – 2, АИТ – у 4, МАРС – у 7, синусовая тахикардия – у 2, ЖЭС – у 1, миграция водителя ритма – у 2, блокады ножек пучка Гиса – у 2, коксартроз – у 1 пациентки, хронический тонзиллит – у 3. Данная беременность осложнилась токсикозом 1 половины беременности у 2, угрозой прерывания – у 5 (УСВ – 8, УПР – 3 (ИЦН – 1)), плацентарными нарушениями – у 5, анемией – у 25, маловодием – у 3 женщин, отеками беременных – у 3 и многоводием – у 2. ОРВИ перенесли 13 пациенток. ИМПП была выявлена у 10 женщин, у 34 наблюдались кольпиты, была проведена санация. Гестационный пиелонефрит перенесла 1 пациентка.

Результаты и их обсуждение. Все без исключения женщины были представлены консилиуму независимо от времени поступления. План ведения родов был заранее определен. От предыдущей операции кесарева сечения до наступления настоящей беременности прошло от 2 до 12 лет, в среднем – 4,18 года. В плановом порядке ранее прооперированы 25 пациенток, в экстренном – 25. Наиболее частым (15 чел. (около 30%)) показанием к предшествующей операции стало тазовое предлежание плода. Для планового оперативного родоразрешения имелись также иные показания: миопия высокой степени у 3, беременность после ЭКО у 1 пациентки, ХФПН и СЗРП – у 2, многоплодная беременность – у 1 и неврит лицевого нерва – у 1 женщины. В родах кесарево сечение было проведено в связи с начавшейся внутриматочной гипоксией плода у 9 пациенток, преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты – у 2, тяжелого гестоза – у 2, преждевременными родами – у 5, наличием слабости родовой деятельности – у 10, слабости родовой деятельности при имевшихся крупных размерах плода – у 1 и лицевого вставления головки плода – у 1 пациентки. Наиболее частыми показаниями к проведению предшествующей операции кесарева сечения в экстренном порядке были начавшаяся внутриматочная гипоксия плода и слабость родовой деятельности, а в плановом порядке подавляющее большинство составило тазовое предлежание плода. Послеродовый послеоперационный период у всех пациенток протекал без осложнений. При поступлении в стационар все женщины прошли клинико-лабораторное обследование в объеме, необходимом для определения тактики ведения родов. У всех пациенток размеры таза соответствовали норме. Лапаротомия ранее была проведена по Пфанненштилю. Рубец при пальпации был безболезненным. УЗИ-исследование выявило полноценный однородный рубец, расположенный в нижнем маточном сегменте толщиной от 3 до 7 мм (в среднем $4,32 \pm 0,1$ мм). Плацента локализовалась на задней стенке матки у 22 женщин, передней – у 25, боковой – у 3. Предполагаемая масса плода находилась в пределах от 2680 до 3900 г, что в среднем равнялось $3451,2 \pm 50$ г. Из планово госпитализированных в отделение патологии беременности в сроки 37-41 неделя у 24 человек в среднем через 3,53 дня самостоятельно развилась родовая деятельность; у 7 женщин произошло преждевременное излитие околоплодных вод. В родах у 3 рожениц было раннее излитие вод, а еще 4 произведена ранняя амниотомия. Сроки родов колебались в интервале от 246 до 289 дней и составили в среднем 275,26 дня. Аномалий родовой деятельности ни у кого из пациенток не наблюдалось. У всех развилась регулярная родовая деятельность – по 4-5 схваток за 10 минут по 50-55 секунд. Средняя продолжительность родов составила $7,5 \pm 0,2$ ч и варьировала в пределах от 3 до 11 ч. Безводный период в среднем составил 3,5 ч. Роды велись под постоянным мониторным наблюдением за состоянием роженицы и плода. Медикаментозное обезболивание родов понадобилось 18 (36%) роженицам. Применялись спазмолитики (дротаверин, спазматон) в сочетании с седативными средствами, 5 женщинам применялись наркотические анальгетики. Второй период родов

проводился в условиях заблаговременной катетеризации периферической вены. Все дети родились в удовлетворительном состоянии. Их масса в среднем равнялась 3492,5 г, в 3 случаях имелся крупный плод. Плацента отделилась самостоятельно в среднем через 10 минут.

С целью определения состояния рубца после выделения последа всем родильницам под внутривенным наркозом проводилось контрольное ручное обследование полости матки. У 49 пациенток стенки матки были гладкие, несостоятельности послеоперационного рубца не выявлено, но в 1 случае был заподозрен разрыв матки по линии рубца. В экстренном порядке произведена диагностическая лапароскопия с обнаружением гематомы в области рубца, что повлекло повторную лапаротомию с ушиванием разрыва матки. Сразу после ручного обследования полости матки с целью профилактики гипотонического кровотечения и гнойно-септических осложнений внутривенно струйно вводился 1 мл 0,02% метилэргометрина либо метилэргобревина, проводилась инфузия окситоцина (10 ЕД на 200-400 мл физиологического раствора), антибактериальный препарат (цефазолин 2,0 внутривенно струйно однократно); 7 женщинам ректально вводилось 200-800 мкг миролюта). Осмотр родовых путей выявил разрывы боковых стенок влагалища у 4 человек и у 5 – разрыв шейки матки 1 степени. По причине угрозы разрыва промежности 11 роженицам выполнена перинеотомия и 13 – эпизиотомия с последующим послойным восстановлением целостности рассеченных тканей. Общая кровопотеря в родах была в пределах от 200 до 400 мл и в среднем составила $234,5 \pm 19,4$ мл. В послеродовом периоде 22 проводилась антибактериальная терапия цефазолином 1,0 внутривенно. На 3-4 сутки послеродового периода всем родильницам проведено УЗИ: в области рубца и полости матки патологии не обнаружено. После вагинального исследования и с хорошими результатами общего анализа крови в удовлетворительном состоянии с детьми на третьи сутки выписаны 18 родильниц, на четвертые – 13, на пятые – 15, на шестые – 3 и 1 – на 12-е сутки в связи с субинволюцией матки.

Выводы. Новый подход к ведению родов через естественные родовые пути у женщин с оперированной маткой в анамнезе – перспективный способ снижения частоты операций кесарева сечения. Родоразрешение через естественные родовые пути с оперированной маткой в анамнезе в подавляющем большинстве случаев (согласно данным исследования в 98% случаев) – успешное при соблюдении определенных условий.

Литература

1. Стрижаков А. Н., Давыдов А. И., Кузьмина Ш. Е. Беременность и роды после кесарева сечения. -М.:МА им. Сеченова, 2003.- 61 с.