

УДК 618.5-089.888.61+618.5-036.8

© В. В. Корсак, І. І. Пацкань, А. Ю. Мойш, 2013.

ОСОБЛИВОСТІ РОЗРОДЖЕННЯ ЖІНОК З РУБЦЕМ НА МАТЦІ ПІСЛЯ ПОПЕРЕДНЬОГО КЕСАРЕВОГО РОЗТИНУ

В. В. Корсак, І. І. Пацкань, А. Ю. Мойш

Кафедра охорони материнства та дитинства (зав. – професор Ю. Ю. Бобик), Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, Державний вищий навчальний заклад «Ужгородський національний університет»; 88000, Україна, м. Ужгород, вул. Собранецька, 150; E-mail: ipod@univ.uzhgorod.ua

FEATURES OF DELIVERY OF WOMEN WITH SCARS ON UTERUS AFTER PREVIOUS CAESARIAN SECTION

V. V. Korsak, I. I. Patskan, A. Y. Moysk

SUMMARY

The authors present an analysis of 949 delivery histories of women with a scar on the uterus, as recorded in the Uzhgorod municipal perinatal centre since 2010 to 2012. Caesarean section has not solved the problem of reducing the perinatal morbidity and death rate. A resource of bringing down this rate is implementation of the newest perinatal technologies and adequate tactics of managing the deliveries. The positive result of vaginal deliveries after a Caesar section is conditioned by careful individual selection of pregnant women to the physiological deliveries and the woman's personal conscious will. Vaginal deliveries of women with a scar on the uterus assist the reduction of the maternal and perinatal morbidity and death rate, shorten the women's stay duration in stationary establishments, and diminish economic expenses.

ОСОБЕННОСТИ РОДРАЗРЕШЕНИЯ ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ ПОСЛЕ ПРЕДЫДУЩЕГО КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

В. В. Корсак, И. И. Пацкань, А. Ю. Мойш

РЕЗЮМЕ

Представлен анализ 949 историй родов с рубцом на матке, произошедших в Ужгородском городском перинатальном центре за 2010-2012 годы. Кесарево сечение не решило проблему снижения перинатальной заболеваемости и смертности. Резервом её снижения является внедрение новейших перинатальных технологий и адекватно обоснованной тактики ведения родов. Позитивный результат влагалищных родов после кесарева сечения обусловлен тщательным индивидуальным подбором беременных к физиологичным родам и личным осознанным желанием женщины. Влагалищные роды у женщин с рубцом на матке способствуют снижению материнской и перинатальной заболеваемости и смертности, сокращают длительность пребывания в стационаре, уменьшают экономические затраты.

Ключові слова: вагітність, рубець на матці, пологи, плід, ускладнення, аналіз.

В останні роки спостерігається поступове зростання частоти кесарського розтину внаслідок незадовільного стану здоров'я вагітних в цілому, зростання серед них жінок пізнього репродуктивного віку з певним арсеналом супутньої екстрагенітальної патології, виникнення ускладнень перебігу вагітності з порушеннями стану плоду. Проте, незважаючи на розвиток та удосконалення акушерської практики, анестезіології, неонатології, фармакології із застосуванням нових антибіотиків та шовного матеріалу, частота післяопераційних ускладнень та порушень адаптаційних можливостей новонароджених не має тенденції до зниження.

Зниження материнської і перинатальної захворюваності та смертності в значній мірі визначається своєчасним і правильним вибором метода розродження. За даними науково-доказової медицини, при підвищенні питомої ваги кесарського розтину більше 7,0% відсутня тенденція до поліпшення

показників здоров'я матерів і дітей. Оптимальним показником частоти кесарського розтину в умовах України вважається 12,0-15,0%. Більше 30,0% жінок, які розродженні шляхом кесарського розтину, планують у майбутньому вагітніти. Відповідно, виникає питання методу розродження: через природні родові шляхи чи повторний кесарів розтин? Саме рубець на матці є одним з основних показів до кесаревого розтину [3, 4]. За даними літератури, для спроби вагінальних родів після кесаревого розтину можуть бути відібрані від 13,0 до 50,0% жінок популяції [2]. Питання ведення вагітності і родів у жінок із рубцем на матці є надзвичайно актуальним. За даними різних авторів, частота сприятливого результату вагінальних пологів після кесарського розтину є достатньо високою і складає від 30,0% до 90,0% жінок із рубцем на матці, а материнська і перинатальна смертність та захворюваність не перевищують ці показники у жінок загальної популяції [1].

Таким чином, правильний клінічний відбір жінок із рубцем на матці для консервативного розродження з адекватною дородовою підготовкою є актуальним завданням сучасного акушерства [5, 6].

Мета дослідження – обґрунтувати клінічні особливості перебігу вагінальних родів у жінок з рубцем на матці та виявити можливі резерви зниження перинатальної та материнської захворюваності і смертності.

МАТЕРІАЛ ТА МЕТОДИ

Нами було проведено клініко-статистичний аналіз 949 історій пологів жінок з рубцем на матці, розроджених на базі Ужгородського міського перинатального центру за 2010-2012 роки. Всі роди велися під динамічним клінічним, кардіотокографічним і ультразвуковим контролем. Всіх вагітних з рубцем на матці було поділено на 2 порівняльні групи залежно від методу розродження: I група – 758 жінок, які розроджені плановим або ургентним повторним кесаревим розтином в нижньому матковому сегменті; II група – 191 жінка, у яких відбулися вагінальні роди після попереднього кесаревого розтину. Контрольну групу склали 200 вагітних без рубця на матці.

За віком, даними анамнезу (акушерсько-гінекологічний та соматичний статус), перебігом вагітності, ступенем материнського та перинатального ризику, групи обстежених жінок були репрезентативними. Клінічна характеристика включала вік вагітних, початок і перебіг менструальної, статевої, дітородної функції, перенесені гінекологічні та екстрагенітальні захворювання, перебіг вагітності, стан рубця на матці, показання до конкретного методу розродження, перебіг пологів чи оперативного втручання і післяродового періоду, особливості антенатального і постнатального стану дитини.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

В I групі вагітних в структурі показів до оперативного втручання покази з боку плода найчастіше зустрічалися у вигляді дистресу плоду при вагітності і в родах, синдрому затримки внутрішньоутробного розвитку плоду, тазових передлежань плоду, несприятливих вставлень і передлежань голівки. За цими показами було прооперовано 40,2% жінок. Показами до оперативного розродження з боку матері були: неспроможний рубець на матці, важка екстрагенітальна патологія в стадії декомпенсації, пізні гестози вагітності з недостатньою ефективністю медикаментозного лікування, передчасне відшарування нормально розташованої плаценти та патологія розміщення плаценти, клінічно вузький таз, аномалії родової діяльності, відсутність готовності організму вагітної до родів, відмова роділлі від завершення пологів природним шляхом. Прооперовано за вищевказаними показами 56,9%. Розродження достроково або в ургентному порядку складало відповідно 36,5% та 44,8%. Середня тривалість операції

склала $45,0 \pm 5,0$ хвилин. Повторний кесарів розтин є технічно більш складною операцією, тим більше, що травми сусідніх органів, розриви нижнього сегмента матки при витягненні плода, патологічна крововтрата, гнійно-септичні, тромбоемболічні та інші ускладнення бувають значно частіше, ніж при першому кесаревому розтині. Ускладнення виникли за рахунок вираженого злукового процесу в 20,0% випадків, гіпотонічної кровотечі – в 6,0% випадків, підвищеної кровоточивості паравезикальних судин – в 4,0% випадків, травм суміжних органів – в 1,0% випадків. Інтервал часу між першою операцією і даною вагітністю становив: більше 3 років – у 45,8% жінок; 2-3 роки – у 43,8%; 1-1,5 року – у 10,4% вагітних. В родах при першому кесаревому розтині прооперовано 82,1% жінок, з них тривалість родів більше 12 годин спостерігалася у 65,7% жінок. У 25,6% жінок операція проводилася при передчасному розриві плодового міхура і тривалістю безводного періоду більше 12 годин у 14,8% жінок. Тривалість родів до початку операції становила $5,0 \pm 0,5$ годин. Початок операції з часу встановлення показань – $15,2 \pm 3,7$ хвилин. Проводився ендотрахеальний наркоз у 54,2% випадків, спинномозкова анестезія – у 45,8% випадків. Об'єм крововтрати під час операції більше 500 мл спостерігався у 16,0% випадків, серед них 20,0% складала масивні крововтрати. Післяопераційний період ускладнився у 15,3% породіль, з них: у 18,6% – субфебрильною температурою протягом 2-3 днів, у 11,5% – субінволюцією матки, у 6,1% – серомами або інфільтратом післяопераційної рани. Середня загальна тривалість ліжко-днів склала $10,0 \pm 2,0$. Усім породіллям призначали комплексну медикаментозну профілактику гнійно-септичних і геморагічних ускладнень, проводили інфузійну терапію та корекцію водно-електролітного балансу. Народилося 52,0% хлопчиків і 48,0% дівчаток. Новонароджені вилучені на $5,2 \pm 1,3$ хвилині операції. Середня маса тіла – 3147 ± 155 г, при цьому у 13,0% випадків маса плода була більше 4000 г, зріст – $51,3 \pm 2,4$ см. Оцінені за шкалою Апгар на першій і п'ятій хвилинах: 8-9 балів – 82,0%; 7 балів – 10,0%; 6-4 балів – 6,0%, 3 і менше балів – 2,0%. Середня тривалість перебування новонародженої дитини в стаціонарі склала $5,3 \pm 0,2$ ліжко-днів. Велике значення для покращення результатів операції кесарського розтину, як для матері, так і для дитини, має плановість її виконання, так як 90,0% випадків перинатальної смертності має місце при ургентному розродженні. Аналіз захворюваності дітей, народжених внаслідок кесарського розтину, показав, що вона в три рази вища, ніж у народжених через природні родові шляхи, за рахунок ускладнень перебігу вагітності та пологів, зниження адаптаційних можливостей, раптовості переходу з умов порожнини матки до зовнішнього середовища, а в деяких випадках – дефектів анестезіологічного забезпечення або техніки хірургічного втручання.

Зокрема, виявлено, що у 67,0% новонароджених був знижений тонус м'язів, послаблені рефлекси, порушений процес становлення адекватного дихання та відновлення початкової маси тіла.

Враховуючи зростання кількості повторних кесарських розтинів, виникає проблема наступного виношування вагітності на тлі певної інвалідації, підвищеного ризику ускладнень післяпологового, післяопераційного періоду та адаптації новонародженого. Відповідно, актуальним є можливість вагінального розродження. Наш досвід ведення вагінальних пологів при наявності рубця на матці базувався на даних:

- повноцінності післяопераційного рубця (давність і покази до проведення попереднього кесарського розтину, особливості перебігу післяопераційного періоду, дані ультразвукового обстеження);
- розтягнення м'язів матки (очікувана маса плоду, кількість навколоплідних вод);
- стан родових шляхів (розміри тазу, зрілість шийки матки тощо);
- характер родової діяльності;
- наявність акушерської та екстрагенітальної патології.

Ретроспективний аналіз показав, що при наявності одного рубця на матці він був неспроможний лише в 1,3% випадків, проте більшість жінок розроджені шляхом кесарського розтину в зв'язку з побоюванням акушерів-гінекологів розриву матки в родах та відмовою вагітних від розродження через природні родові шляхи. Наші дослідження дають підставу припускати, що власне товщина рубця на матці не є вирішальним критерієм його спроможності і безпосередньо не обумовлює збільшення частоти розривів матки, однак суттєво впливає на прийняття рішення щодо методу розродження. Останнє обумовлює необхідність пошуку і розробки більш інформативних методів оцінки репаративних процесів і стану рубця при вагітності та в процесі родів.

Вагінальні роди у жінок II групи із рубцем на матці велися під безперервним комп'ютерним кардіомоніторним контролем за станом плода з використанням критеріїв Dawes/Redman, гістерографічним спостереженням скоротливої діяльності матки, ехографічним контролем за ділянкою рубця на матці та клінічним спостереженням за станом роділлі. Дані клінічного аналізу показали, що проміжок часу між першою операцією і даною вагітністю становив: більше 3 років – у 55,3% жінок; 2-3 роки – у 38,6% вагітних і 1-1,5 року – у 6,1% жінок.

Перебіг вагітності на тлі екстрагенітальної патології мав місце у 10,0% жінок, загрози переривання – у 12,0% жінок, гестозу – у 7,0% жінок, інші ускладнення – у 14,0% жінок. Готовність шийки матки до пологів оцінювалась у терміні 38-39 тижнів за шкалою Бішопа і в більшості випадків складала від 7 до 10 балів.

Під час пологів у 7,0% випадків діагностовано слабкість родової діяльності з наступною стимуляцією окситоцином, дородовий розрив плодкових оболонок – у 22,0%, розриви родових шляхів I ступеню – у 11,0%. Загальна тривалість родів до 12 годин мала місце у 94,0% випадків, понад 12 годин – у 6,0%. Тривалість другого періоду родів не перевищувала 60 хвилин, до врізування голівки вагітна знаходилася у вертикальному положенні тіла, потім на лівому боці. III період пологів вівся активно за сучасними технологіями. Загальний об'єм крововтрати в усіх випадках не перевищував 400 мл. Ручна ревізія стінок порожнини матки з метою контролю її цілості не проводилася. За показами призначалася антибіотикопрофілактика. Таким чином, серйозних ускладнень під час родів, в порівнянні з контрольною групою, не виявлено.

В післяродовому періоді проводилося динамічне клінічне спостереження за станом роділлі, ультразвуковий контроль за ехографічними параметрами інволюції матки. Суттєвих патологічних відхилень у перебігу післяродового періоду, в порівнянні з контрольною групою, не виявлено.

Статистичні дані по новонародженим: 46,0% – жіночої статі і 54,0% – чоловічої. Середня маса тіла – 3150 ± 170 г, зріст – $48,9 \pm 1,6$ см. З оцінкою за шкалою Апгар на першій і п'ятій хвилинах на 8-9 балів народилося 64,7% дітей, 7-8 балів – 35,3% новонароджених. При цьому всі діти були на сумісному перебуванні із матір'ю відразу після пологів і до моменту виписки на виключно грудному вигодовуванні. Середня тривалість перебування в стаціонарі складала 3-5 діб.

ВИСНОВКИ

1. Кесарський розтин не вирішує проблему зниження перинатальної захворюваності і смертності. Резервом її зниження є впровадження новітніх перинатальних технологій та адекватно обґрунтованої тактики ведення родів.

2. Позитивний результат вагінальних пологів після кесарського розтину обумовлений ретельним індивідуальним підбором вагітних до фізіологічних родів та особистим усвідомленим бажанням жінки.

3. Вагінальні роди у жінок із рубцем на матці сприяють зниженню материнської і перинатальної захворюваності та смертності, скорочують тривалість перебування в стаціонарі, зменшують економічні затрати.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бабич Т. Ю. Консервативное ведение родов у женщин с рубцом на матке после операции кесарева сечения / Т. Ю. Бабич // Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – К. : Інтермед, 2004. – С. 9–13. – Бібліогр.: 5 назв.

2. Вагітність та пологи у жінок з рубцем на матці після кесарського розтину / Ю. П. Вдовичен-

ко, Н. Г. Гойда, О. М. Юзько [та ін.]. – К. : Интермед, 2011. – Ч. II – 328 с. – Бібліогр.: с. 315–328.

3. Густоварова Т. А. Беременность и роды у женщин с рубцом на матке после кесарева сечения / Т. А. Густоварова, А. Н. Иванян. – Смоленск : Смоленская городская типография, 2007. – 200 с. – Библиогр.: с. 185–200.

4. Краснопольский В. И. Самопроизвольные роды у беременных с рубцом на матке как альтернативный и безопасный метод родоразрешения / В. И. Краснопольский, Л. С. Лагунова // Акушерство и гинеколо-

гия. – 2000. – № 5. – С. 17–22. – Библиогр.: 11 назв.

5. Прогностическая модель естественного родоразрешения у беременных с оперированной маткой / К. В. Воронин, Е. П. Котенко, О. В. Колобова, Д. В. Черненко // Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – К. : Интер-мед, 2006. – С. 117–120. – Бібліогр.: 8 назв.

6. Чернуха Е. А. Оправдано ли проведение кесарева сечения по желанию беременной / Е. А. Чернуха // Акушерство и гинекологич. – 2002. – № 6. – С. 3–7. – Библиогр.: 14 назв.