

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ УГРОЖАЮЩЕМ РАЗРЫВЕ МАТКИ ПО РУБЦУ

В связи со значительной частотой кесарева сечения возросло и число женщин с рубцом на матке. Степень полноценности заживления рассеченной стенки матки является одной из основополагающих проблем последующей беременности и успешного ее завершения [1].

Частота операции кесарево сечение существенно различается в разных странах. По статистическим данным Российской Федерации, частота операции кесарево сечение составляет от 5 до 25% от всех родов, рубец на матке после кесарева сечения отмечают у 4-8% беременных [1]. В Великобритании частота кесарева сечения составила 20%, в Канаде - 22,5% [3]. В Италии частота операции кесарево сечение особенно велика и составляет 60% от региона к региону [3]. В США уровень операции кесарево сечения несколько снизился от 48% с 1996 года, достигнув уровня 31,8% в 2007 году [4]. Китай имеет самый высокий уровень операции кесарева сечения в мире - 46% [4]. По данным официальной статистики, в Республике Казахстан в 2011 году частота операции кесарево сечение составила 14,5%, в г. Алматы - 22,6%.

Вагинальные роды после кесарева не являются редкостью сегодня но составляют не более 10% а около 35% абдоминальных родов в популяции бывают повторными [3] [4].

По мнению ряда авторов, увеличение частоты родоразрешения путем операции кесарево сечение способствует значительному снижению уровню перинатальных потерь [3]. В 2011 году частота перинатальных потерь по Республике Казахстан составил 17,2‰. Перинатальная смертность в Республике Казахстан составила 15,1‰, в г. Алматы - 17,0‰.

При проведении обзора литературы достоверных данных о перинатальных исходах при угрожающем разрыве матки по рубцу выявить не удалось. Учитывая достаточно высокий уровень перинатальных осложнений в Республике Казахстан, мы сочли целесообразным проведение данного рутинного клинического исследования.

Цель данного исследования: Изучить перинатальные исходы у рожениц после абдоминального родоразрешения по поводу угрожающего разрыва матки по рубцу.

Материалы и методы:

Нами проведен ретроспективный анализ 81 (6,4%) истории родов рожениц, родоразрешенных по поводу угрожающего разрыва матки по рубцу, а также истории развития 81 (6,4%) новорожденного за 2011 год.

В 2011 году в родильном доме № 5 города Алматы было принято 6482 родов, путем операции кесарева сечения родоразрешены 1298 (18,7%). Из них плановом порядке проведено 588 (45,5%) операций кесарево сечения, в экстренном - 710 (54,7%). Повторное кесарево сечение было у 411 (31,7%), по поводу угрожающего разрыва матки по рубцу были прооперированы 81 пациентка (6,4%), а у 6 (0,5%) беременных с рубцом на матке роды завершились через естественные родовые пути.

Одним из основных показаний к экстренному оперативному родоразрешению явился угрожающий разрыв матки по рубцу.

Методы исследования: клинический, аналитический, статистический.

Результаты исследования и их обсуждение.

Анализ возрастного состава рожениц выявил, что возраст рожениц колебался от 20 до 42 лет. Средний возраст рожениц составил 30,5±1,2 лет.

Большинство рожениц были в активном репродуктивном периоде - 76 (93,8%), в позднем репродуктивном периоде - 5 (6,2%).

Все роженицы были повторнородящими, которые имели в анамнезе абдоминальное родоразрешение по различным показаниям, структура которых представлена в таблице 1.

Таблица 1 - Структура показаний к предыдущему абдоминальному родоразрешению у рожениц

Показания:	Абсолютное число	%
Слабость родовой деятельности	16	19,7%
Угрожающее состояние плода	13	16%
Макросомия	12	14,8%
Тазовое предлежание	10	12,3%
Преэклампсия тяжелой степени	4	4,9%
Неправильное положение плода	5	6,1%
Миопия высокой степени	5	6,1%
Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты	5	6,1%
Многоплодная беременность	3	3,7%
Первородящая старшего возраста + ОАГА	4	4,9%
Расхождение лонного сочленения	2	2,4%
Предлежание плаценты	1	1,2%
Выпадение петель пуповины	1	1,2%

Из числа исследованных родильниц, 66 (81,4%) в анамнезе имели кесарево сечение однократно, 14 (17,2%) - дважды, 1 родильница подверглась операции кесарево сечение - трижды (1,2%). Из анамнеза выявлено, что течение послеоперационного периода после предыдущего кесарева сечения было без особенностей, заживление раны было первичным натяжением.

Среди исследованных родильниц 10 (12,3%) имели в анамнезе вагинальные роды до первого абдоминального родоразрешения.

По результатам исследования, в структуре экстрагенитальных заболеваний первое место занимали анемия беременных - 40 (49,38%), далее хронический пиелонефрит - 24 (29,6%), заболевания эндокринной системы - 9 (11,1%), хроническая герпесвирусная инфекция (цитомегаловирусная инфекция) и токсоплазмоз - 4 (4,9%), хронические заболевания желудочно-кишечного тракта - 4 (4,9%).

Полученные результаты анализа гинекологической заболеваемости родильниц свидетельствуют, что 11 (13,6%) родильниц имели в анамнезе воспалительные заболевания женских половых органов, 14 (17,3%) - патологические изменения шейки матки, 1 (1,2%) - синдром поликистозных яичников с лапароскопической вапоризацией яичников.

Анализ репродуктивной функции исследованных родильниц выявил, что у 80 (98,7%) был нормальный менструальный цикл, у 1 (1,2%) - нарушение менструального цикла по типу олиго-опсоменореи вследствие синдрома поликистозных яичников. Следует отметить, что каждая пятая родильница имела в анамнезе неоднократные медицинские аборт, у 18 (22,2%) были самопроизвольные выкидыши с выскабливанием полости матки.

Анализ сроков гестации, при котором произведено повторное абдоминальное родоразрешение, обнаружил, что кесарево сечение в доношенном сроке произведено у 52 (64,2%), преждевременные роды были у 29 (35,8%), причем в сроке 28-34 недель у 10 (8,1%) родильниц, в сроке 34-37 недель - у 19 (23,5%).

Течение данной беременности осложнилось угрозой прерывания беременности у 42 (51,8%) родильниц, обострением хронического пиелонефрита у 2 (2,4%), хронической герпесвирусной инфекцией у 2 (2,4%); задержкой внутриутробного развития у 5 (6,2%) в сочетании с патологической секрецией околоплодных вод у 6 (7,4%), преэклампсией легкой степени - в 4 случаях (4,9%).

При оценке акушерского статуса и пальпации области предполагаемого рубца на матке локальная болезненность отмечена у всех беременных при поступлении в стационар. В 81 (100%) случаях кесарево сечение произведено в экстренном порядке. У всех 81 (100%) пациенток интраоперационно обнаружены признаки несостоятельности нижнего сегмента: истончение рубца на матке до 0,1 см у 30 (35,8%) рожениц до 0,2 см - у 51 (62,9%).

С целью анестезиологического пособия применялась спинальная эпидуральная анестезия в 43 (53%) случаях; спинальная - в 25 случаях (30,8%) и интубационный наркоз - в 3 случаях (3,7%). У 72 (88,8%) родильниц общая кровопотеря составила до 600,0, у 9 (11,1%) - 800,0.

Новорожденные были извлечены типично за головку в течение 5 минут от начала операции в 72 случаях (88,8%), в течение 10 минут - в 9 (11,1%).

Нами проведен анализ перинатальных исходов у матерей, родоразрешенных в связи с угрозой разрыва матки по рубцу.

При определении состояния новорожденных по шкале Апгар выявлено, что 61 детей (75,3%) родились в удовлетворительном состоянии, 20 (25,0%) новорожденных - в асфиксии различной степени. У 7 новорожденных (8,6%) имелись признаки синдрома задержки внутриутробного развития.

Из новорожденных, родившихся в различной степени асфиксии, 17 (21,0%) детей находились в палате интенсивной терапии. У 13 (16,0%) новорожденных детей в палате интенсивной терапии, был верифицирован диагноз внутриутробной пневмонии дыхательной недостаточности (I и II степени), церебральной ишемии гипоксического генеза, острый период, синдром угнетения центральной нервной системы, острый респираторный дистресс-синдром новорожденного, рассеянные ателектазы легких. На второй этап выхаживания в перинатальный центр переведено 9 (11,1%) новорожденных детей.

Заключение результатов гистологических исследований плаценты имелись только в 3-х случаях и свидетельствовали о декомпенсированной форме хронической плацентарной недостаточности, серозно-гнояном децидуите, мембраните.

Из числа исследуемых пациенток преждевременные роды были у 29 (35,8%): с массой тела от 500,0 до 999,0 - 2 детей (2,4%); от 1000,0 до 1499,0 - 1 новорожденный (1,2%); от 2000,0 до 2499,0 - 26 детей (32,0%). Удельный вес недоношенных новорожденных в зависимости от массы тела представлена на рисунке 1.

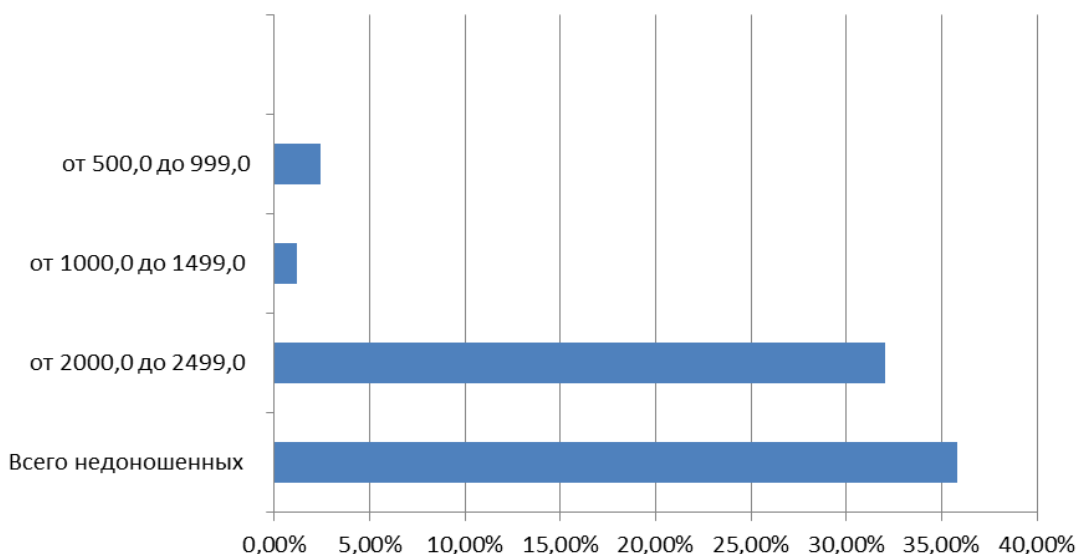


Рисунок. 1 - Удельный вес недоношенных новорожденных, извлеченных путем операции кесарево сечение по поводу угрожающего разрыва матки по рубцу

Следует отметить, что ранняя неонатальная смертность среди исследуемых недоношенных новорожденных, которые имели массу тела от 500,0–999,0 составила – 9,05%, от 2000,0–2499,0 - 9,05%. Причинами ранней неонатальной смертности явились: острый респираторный дистресс-синдром новорожденного, ателектазы легких, болезнь гиалиновых мембран, церебральная ишемия, внутрижелудочковые кровоизлияния, вторичная асфиксия с синдромом диссеминированного внутрисосудистого свертывания. Анализ гистологического исследования плаценты выявил субкомпенсированную хроническую плацентарную недостаточность, децидуит.

Выводы:

Проведенное нами рутинное клиническое исследование позволило сделать вывод, что операция кесарево сечение является большим хирургическим вмешательством, которое таит в себе существенную опасность как для матери, так и для новорожденного при последующих беременностях и родах.

Проведение экстренного абдоминального родоразрешения по поводу угрожающего разрыва матки по рубцу сопровождается высокой частотой неблагоприятных перинатальных исходов, а именно, высокой перинатальной заболеваемостью и смертностью среди недоношенных новорожденных.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Ч. Бекман, Ф. Линг, Б. Баржански и др.; Акушерство и гинекология / Под ред. С.Н. Занько. – М. Мед. Лит., 2004.- 548 с.
- 2 Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2005 г. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005 г. (<http://www.euro.who.int/europeanhealthreport language=Russian>, по состоянию на 27 апреля 2005 г.).
- 3 Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка / М. Энкин, М. Кейрс, Дж. Нейлсон и др.; Под ред. А.В. Михайлова. Санкт-Петербург: «Петрополис», 2003 г. – 480 с.
- 4 American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). "Guideline on Vaginal birth after previous cesarean delivery: Major Recommendations". guideline.gov. 2008-02-09.