

# Профілактика акушерсько-перинатальних ускладнень у вагітних з рубцем на матці

Л.М. Вакалюк, Л.Г. Бойчук, В.О. Любінець, В.І. Юнгер

Івано-Франківський національний медичний університет

Проведено аналіз результатів розродження 365 жінок з рубцем на матці та ретроспективний аналіз розродження 2000 жінок (1000 вагітних з повноцінним і 1000 вагітних з неповноцінним рубцем на матці) шляхом операції кесарева розтину, розроблено об'єктивні критерії оцінювання повноцінності післяопераційного рубця нижнього сегмента матки, впроваджено раціональні методи профілактики акушерсько-перинатальних ускладнень в післяпологовий і післяопераційний періоди.

**Ключові слова:** рубець на матці, кесарів розтин, ускладнення.

У сучасному акушерстві та перинатології проблема ведення вагітності і пологів у жінок з рубцем на матці виділяється як одна з найбільш актуальних, яка має не тільки медичне, але й соціальне значення. За останні роки саме рубець на матці виходить на перше місце серед показань до повторної планової операції, складаючи від 18% до 32,2% [1, 2]. Проте саме рубець на матці є потенційною загрозою її розриву, призводить до розвитку важких ускладнень (невиношування вагітності, фетоплацентарної недостатності (ФПН), відшарування плаценти, акушерські кровотечі) і стає таким чином серйозним фактором ризику для здоров'я і життя матері, і дитини. Перебіг вагітності у жінок з рубцем на матці має низку клінічних особливостей. У них у 5 разів частіше спостерігається передлежання плаценти, в 2 рази частіше відбувається передчасне її відшарування, а частота неправильного положення плода досягає 6–8%. Привертає увагу високий відсоток загрози передчасних пологів (до 25% і більше), затримки внутрішньоутробного розвитку плода (25%). Загальна захворюваність новонароджених після повторного кесарева розтину досягає 30–35% [3, 4]. Під маскою симптомів загрози передчасних пологів часто приховуються перші ознаки неповноцінності рубця на матці. Аналізуючи дані наукової літератури і клінічної практики встановлено, що на сьогоднішній день назріло одне із найважливіших завдань акушерства, яке полягає у визначенні раціонального ведення вагітності і пологів у жінок з рубцем на матці, вибору методу розродження і профілактики, акушерських і перинатальних ускладнень. Існуючі загальноприйняті методи клінічної діагностики не дозволяють достатньо достовірно судити про функціональну спроможність рубця на матці, що утруднює складання раціонального і клінічно обґрунтованого плану ведення вагітності та пологів. Оптимізація прогнозу вагітності і розродження, безперечно, має велике медичне, соціальне і економічне значення. На сьогодні ще недостатньо в літературі висвітлені питання ранніх і віддалених ускладнень у матері і плода, немає чітких рекомендацій визначення репродуктивного майбутнього оперованих жінок. Накопичені дані про негативні сторони (високий відсоток ускладнень з боку матері і плода) кесарева розтину у вагітних з рубцем на матці пояснюють зростаючу увагу до їх розродження через природні пологові шляхи [1, 4]. Проте в

більшості лікувальних закладів України повторну операцію кесарева розтину у жінок з рубцем на матці проводять в 90–100% випадків [5, 6, 8, 9].

**Мета дослідження:** розробити на основі комплексних клініко-лабораторних, функціональних, морфологічних, параклінічних та статистичних методів дослідження раціональні методи профілактики і лікування акушерсько-перинатальних ускладнень у вагітних з рубцем на матці для зменшення захворюваності вагітних, породілей та їх новонароджених.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставлених у дослідженні завдань проведено клініко-ретроспективний аналіз результатів розродження жінок шляхом операції кесарева розтину (1000 жінок з повноцінним і 1000 жінок з неповноцінним рубцем на матці). Основну групу обстежених склали 365 вагітних (100 вагітних з повноцінним, 100 – з неповноцінним рубцем на матці) і 50 вагітних – контрольна група, яким проведено абдомінальне розродження вперше та 115 вагітних (100 з повноцінним і 15 з умовно повноцінним рубцем на матці), які планувалися на розродження природним шляхом.

Усім вагітним і породіллям проводили повний об'єм клініко-лабораторного обстеження (аналіз крові, біохімічні, гемореологічні показники, бактеріологічне дослідження виділень зі статевих шляхів, досліджували функціональний стан нирок, печінки, серцево-судинної системи, дихання). Широко використовували фізикальні методи дослідження: УЗД-сканування стінок матки, швидкостей кровотоку (доплерометрію) в маткових артеріях, аорті і сонній артерії плода, артерії пупкового канатика на апараті «ESAOTE Biomedica AU 4 ІДЕА». У всіх новонароджених аналізували перебіг періоду ранньої неонатальної адаптації, визначали біофізичний профіль плода за шкалою Фішера. Оцінювання стану новонароджених проводили за шкалою Апгар на 1-й і 5-й хвилини після народження, оцінювали важкість дихальних розладів за шкалою Сільвермана, аналізували перебіг ранньої неонатальної адаптації. Ехографічні дослідження проводили на 3-ю, 6-у і 9-у добу після операції кесарева розтину, визначали довжину тіла матки, ширину, об'єм тіла матки за методом, запропонованим А.Н. Стрижаковим та співавторами [8, 12].

Для вивчення морфологічних особливостей післяопераційного рубця та матки проводили дослідження міометрію, взятого під час кесарева розтину у 250 жінок. Дослідження внутрішньоорганного геморуслу проводили на 30 матках, 20 із них отримані у жінок при екстирпації матки з придатками, 10 – після автонсії.

Для отримання об'єктивної інформації про ступінь достовірності результатів дослідження застосовували варіаційно-статистичний метод аналізу отриманих результатів за допомогою персонального комп'ютера «Atlon 2000+», використовували методіку парної статистики з використанням t-критерію Стьюдента, кореляційного та диспансерного аналізу за допомогою пакету «Statistika».

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ  
ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Аналіз результатів дослідження 2365 історій пологів у жінок, розроджених операцією кесарева розтину, свідчить, що важливими чинниками збереження здоров'я матері і дитини є своєчасна діагностика екстрагенітальної та генітальної патології, проведення профілактичних та лікувальних заходів при плануванні та виношуванні вагітності. Відомо, що поєднання соматичних і генітальних захворювань суттєво знижує загальний індекс здоров'я вагітних, є несприятливим підґрунтям для розвитку інтра- та післяопераційних ускладнень кесарева розтину, переконливо впливає на формування повноцінності рубця на матці. Отримані нами дані свідчать, що у вагітних з рубцем на матці діагностується підвищена кількість екстрагенітальних захворювань, які суттєво впливають на адаптацію хворих жінок до вагітності, сприяють розвитку акушерської патології, збільшують чисельність репродуктивних втрат, слугують формуванню неповноцінного рубця на матці. Гнійно-запальні захворювання в структурі післяопераційних ускладнень зустрічаються найчастіше, є значною акушерською проблемою і не мають тенденції до зниження. Відсоток післяопераційних захворювань досить високий і коливається від 5,2% до 40%, а при поєднанні декількох факторів може досягнути 91% [4, 11]. Більше як у 50% пацієнток після кесарева розтину переважає стерта симптоматика запального процесу. Через це жінки після абдомінального розродження, особливо повторного, складають групу високого ризику з розвитку гнійно-запальних ускладнень. Грунтуючись на аналізі отриманих результатів, ми згодні з думкою Ю.П. Вдовиченка і співавторів [11] про те, що висока частота діагнозів «субінволюція матки», «лохіометра», «тривалий субфебрилітет» – в основному свідчить про клінічну гіподіагностику. З метою профілактики післяопераційних гнійно-запальних ускладнень необхідно застосувати комплексні заходи: 1) патогенетично обґрунтоване лікування екстрагенітальної та акушерської патології; 2) вагітним з хронічними запальними захворюваннями статевих органів і носіям патогенного стафілокока за 3–5 днів до операції призначали санацію піхви розчинами йодобаку, димексиду або діоксидину; 3) операцію проводили за технологією атравматичного ставлення до тканин операційного поля і витягання плода [4], обробляли порожнину матки антисептичними розчинами; а за показаннями ставили і проводили ретроградний матковий дренаж, а при гістерографії у другому ряді використовували вузлуваті ввертальні сагітально-горизонтальні шви; після пересічення пупкового канатика внутрішньовенно вводили цефалоспорини III покоління, мератин чи метрогіл; 4) у післяопераційний період продовжували антибактеріальну і дезінтоксикаційну терапію в поєднанні з місцевим лікуванням (метод аспіраційно-промивного дренивання матки) та імунотекторами. Співставляючи отримані дані з частотою післяопераційних ускладнень нами встановлено, що кількість захворювань у породілей розроджених зі зрілою шийкою матки у 2,3 разу менша від подібного показника у жінок з незрілою шийкою. У жінок, прооперованих на тлі пологової діяльності при згладженій шийці матки і відкритті зовнішнього зів'язу більше 4 см, частота лохіометри та субінволюції матки діагностована у 1,8 разу менше, тобто при достатній дилатації шийки і активній скоротливій діяльності матки у породілей достовірно рідше спостерігаються гнійно-запальні захворювання. Поряд із цим суттєве значення має тривалість безводного періоду більше 6–12 год, особливо в поєднанні з ускладненим перебігом вагітності та екстрагенітальною патологією, часто з анемією. Профілактичні заходи прово-

дити потрібно поетапно, своєчасно, бо тільки рання діагностика і активна комплексна й індивідуальна терапія дозволяє попередити генералізацію гнійно-септичного процесу, що суттєво впливає на формування повноцінності рубця на матці, вагомо покращує ранні і віддалені наслідки кесарева розтину і сприяє збереженню репродуктивної функції.

Важливим аспектом оптимізації ведення вагітності і вибору методу розродження у жінок з рубцем на матці є оцінювання стану рубця з урахуванням даних про попередні операції, перебіг минулої і теперішньої вагітності, результатів клінічного обстеження, вивчення анамнезу, оцінка показань до операції, тривалість безводного періоду, відкриття шийки матки, методу операції, використання шовного матеріалу, ускладнення під час операції і в післяопераційний період, становлення менструальної функції, віддалені наслідки операції, наявність симптомів «хвороби оперованої матки». Клінічне обстеження вагітної з рубцем на матці включає повний об'єм акушерського обстеження, передбачуваної маси плода, пальаторне обстеження рубця на передній черевній стінці та «нижнього сегмента» матки. Про неповноцінність рубця на матці свідчать такі ознаки: періодичний біль, який виникає в ділянці рубця, особливо, якщо він пов'язаний з пальпацією цієї ділянки або рухами плода, фізичним навантаженням. Іноді пальаторно виявляють витончення, зазубреність та деформації передньої стінки матки, а при бімануальному дослідженні виявлені різні зміщення матки вгору і вбік, фіксація до передньої черевної стінки. Найбільш інформативним методом оцінювання рубця на матці є ультразвукове дослідження на фоні «наповненого сечового міхура» в терміні вагітності 28–36 тиж. При дослідженні звертають увагу на товщину нижнього сегмента матки, його рівномірність, наявність або відсутність акустичних ущільнень, їхню гетерогенність, фрагментарність, розміщення плаценти на передній стінці матки. Для оцінювання функціонального стану фетоплацентарного комплексу необхідно використовувати дані кардіотокографії, біографію плода, плацентографію, гормональний профіль, доплерографію. Вони цінні при їх проведенні в динаміці і обґрунтовані з 20 тиж вагітності. Під час вагітності, що нормально перебігає у жінок із рубцем на матці, необхідно проводити комплексне клінічне обстеження в терміні 24–28 і 34–37 тиж. Задовільний стан матері і внутрішньоутробного плода, повноцінний рубець на матці дозволяють розродження через пологові шляхи.

У сучасному акушерстві існує два визначення: повноцінний і неповноцінний рубець на матці. За результатами морфологічних (світлооптичних та ультраструктурних) та ехографічних досліджень нам вдалося встановити, що за морфофункціональною характеристикою стінки матки в ділянці гістерографії може регенерувати за трьома варіантами з утворенням повноцінного, умовно повноцінного та неповноцінного рубця. Морфологічно повноцінний рубець характеризується ознаками завершеної репаративної регенерації лейоміоцитів, пластичності сполучнотканинних компонентів та міонейроваскулярних взаємовідносин, що забезпечує фізіологічні та біомеханічні властивості оперованої матки; умовно повноцінний рубець – розрізненими пучками гіпертрофованих і частково вакуолізованих лейоміоцитів, неоформлено сполучнотканинною основою зі зменшеною кількістю еластинових пластин і зниженою щільністю мікрогемосудин; неповноцінний рубець – вираженими дистрофічно-деструктивними змінами лейоміоцитів на тлі фіброзу, відсутності еластинових пластин і редукції компонентів гемомікроциркуляторного русла.

Результати якісного і кількісного аналізу, статистичного оброблення та верифікації клініко-ехографічних критеріїв із морфологічними даними дозволили нам виділити три варіанти ехсонографічної характеристики ділянки попередньої гістерорафії на вагітній матці.

При повноцінному рубці ехографічно нижній сегмент матки має: трьохшарову ехоструктуру; нормальну V-подібну форму; товщину більше 5–6 мм; однорідну акустичну щільність на всьому протязі.

Умовно повноцінний рубець характеризується: рівномірною товщиною стінки нижнього сегмента, в межах 4–5 мм; безперервним переднім контуром; помірною неоднорідністю ехоструктури, з наявністю зон підвищеної і зниженої ехоцильності.

Неповноцінний рубець на матці має такі ознаки: стінка нижнього сегмента з нерівномірними контурами; товщиною менше 3–4 мм або з локальними витонченнями до 2–3 мм; лійко- або балоноподібну форму; мозаїчність патологічних ехосигналів – гетерогенність ехоструктури із ділянками підвищеної та зниженої акустичної щільності, вузлуватої ехогенності у вигляді трикутних тіней, клиноподібних дефектів, узур, химерних ехоструктур; розташування плаценти в ділянці рубця.

Прогнозовано програмовані пологи природним шляхом можливі у 68% жінок з оперованою маткою за умов: повноцінний рубець, задовільний клінічний стан матері, нормальні розміри таза, готовність організму вагітної до пологів, середні розміри та задовільний стан плода, нормальний перебіг післяопераційного періоду. При розродженні жінок з повноцінним рубцем необхідний моніторинг за станом матері і плода. Стан рубця під час пологів слід оцінювати: клінічно (за скаргами роділлі, за даними пальпації нижнього сегмента); за характером пологової діяльності (кардіотокографія); за даними УЗД нижнього сегмента матки. Віддавати перевагу спонтанному початку пологів.

Розроблена нами методика гістерорафії з накладанням у другому ряді вузлуватих звертальних сагітально-горизонтальних швів дозволяє забезпечити оптимальну репозицію країв рани нижнього сегмента матки. У подальшому призводить до загоєння рани первинним натягом.

За клініко-лабораторно-ехографічними даними у оперованих породілей пуерперальний період перебігав сприятливо, а за результатами ультразвукової діагностики і динамічного оцінювання біометричних параметрів матки та акустичної структури ділянки гістерорафії, прогностично формувалася: повноцінний рубець у 84,2% випадків; умовно повноцінний – у 10,5% жінок; неповноцінний – у 5,3% породілей. При застосуванні іншої методики зашивання нижнього сегмента ми встановили, що прогностично повноцінний рубець утворювався у 60% випадків, умовно повноцінний – у 27%, а неповноцінний – у 13% породілей. Хірургічне відновлення нижнього сегмента матки посідає одне з найважливіших місць у профілактиці близьких і віддалених ускладнень після абдомінального розродження. Так, число післяопераційних гнійно-септичних захворювань, у розрахунку на одну жінку, вдвічі (0,42) менше від цього показника (0,78) при застосуванні іншої методики зашивання рани нижнього сегмента матки під час кесарева розтину.

На сьогодні настав період перинатального акушерства: плід визнається повноправним пацієнтом. Розроблені спеціальні методи діагностики внутрішньоутробного стану плода, методи лікування при виявленні ознак дистресу на фоні плацентарної дисфункції. Близько 64% усіх операцій здійснюють переважно з урахуванням інтересів плода. Загальновизнано, що оперативне розродження не

можна вважати фізіологічним, тому що для малюків, народжених абдомінальним шляхом, характерна велика вірогідність розвитку пограничних та патологічних станів у ранній неонатальний період. Неонатальна захворюваність у них втричі вища, ніж у народжених через природні пологові шляхи.

Результати проведених досліджень свідчать, що більшість (73–78%) немовлят, народжених абдомінальним шляхом, не потребували інтенсивного нагляду або лікування крім санації ротової порожнини, тактильної стимуляції. Проте загальний стан 22–27% новонароджених з ознаками дистресу плода під час вагітності найчастіше виявляли у вагітних з екстрагенітальною патологією, після ургентного розродження операцією кесарева розтину. Нами підтверджуються факти зростання показника дистресу плода у вагітних, розроджених до початку пологової діяльності, в 2–3 рази частіше. Очевидно, швидкий перехід плода до позаутробного життя створює несприятливий вплив на його загальний стан, порушує адаптаційні механізми. У немовлят розвивається дезадаптаційний синдром у вигляді нестійких фізіологічних рефлексів, зниження тону м'язів, порушення мозкового кровообігу, синдрому дихальних розладів. Під час пологів плід зазнає впливу механічних, метаболічних факторів і відповідає потужним викидом гормонів стресу, завдяки яким немовля здатне перенести адаптацію до позаутробного життя. Гормони стресу сприяють активації сурфактантної системи легень, забезпечують багате кровопостачання серця та головного мозку. Як свідчать результати наших досліджень, число захворювань у розрахунку на одного малюка у жінок з рубцем на матці в 1,3 рази вище від захворюваності немовлят, народжених шляхом першого кесарева розтину. Поряд із цим захворюваність немовлят у жінок з неповноцінним рубцем у 1,5 рази вища, ніж у матерів з повноцінним рубцем та вперше оперованих. У немовлят, народжених шляхом повторного кесарева розтину, особливо за наявності у матерів неповноцінного рубця на матці, діагностують своєрідні особливості ранньої постнатальної адаптації та властивість до переходу транзиторних станів у патологічні. Загальний стан здоров'я малюків значною мірою зумовлений показаннями до операції, внутрішньоутробним біопротилеєм безпосередньо перед розродженням, акушерським і екстрагенітальним преморбідним фоном. Новонароджені абдомінальним шляхом складають групу високого ризику і потребують адекватного інтенсивного нагляду та допомоги.

Репродуктивні втрати у жінок з рубцем на матці у 7 разів ( $p < 0,001$ ) вищі порівняно з їхньою кількістю у вперше оперованих, а у жінок з неповноцінним рубцем у 1,3 рази ( $p < 0,05$ ) вище, ніж у жінок з повноцінним рубцем. Через це жінки, розроджені абдомінальним шляхом, підлягають винятковому нагляду на етапі диспансерного спостереження для відновлення репродуктивної функції організму.

## ВИСНОВКИ

1. У вагітних із рубцем на матці частота соматичної і акушерсько-гінекологічної патології достовірно вища, ніж у вперше оперованих жінок, і їх необхідно віднести до груп підвищеного ризику розвитку акушерських і перинатальних ускладнень як під час вагітності, пологів, так і в післяопераційний період.

2. Прогнозовані пологи природним шляхом можливі у 30% жінок з повноцінним та 19% з умовно повноцінним рубцем на матці, задовільному стані матері, середніх розмірах і задовільному стані плода, нормальних розмірах таза, головному передлежанні плода, доношеній вагітності.

**Профилактика акушерско-перинатальных осложнений у беременных с рубцом на матке**  
**Л.М. Вакалюк, Л.Г. Бойчук, В.О. Любинец, В.И. Юнгер**

Проведен анализ результатов родоразрешения 365 женщин с рубцом на матке и ретроспективный анализ родоразрешения 2000 женщин (1000 беременных с полноценным и 1000 беременных с неполноценным рубцом на матке) путем операции кесарева сечения, разработаны объективные критерии оценки полноценности послеоперационного рубца нижнего сегмента матки, внедрены рациональные методы профилактики акушерско-перинатальных осложнений в послеродовой и послеоперационный периоды.

**Ключевые слова:** рубец на матке, кесарево сечение, осложнения.

**Prevention obstetric and perinatal complications in pregnant women with a scar on the uterus**  
**L.M. Vakalyuk, L.H. Boychuk, V.O. Lyubinetz, V.I. Junger**

Results of an accouchement in 365 women with a scar on the uterus and retrospective analysis of a delivery of 2000 women (1,000 pregnant women with high-grade and 1,000 pregnant women with inferior scar on the uterus) by cesarean section, developed objective criteria for evaluating the full value of postoperative scar the lower uterine segment, introduced rational methods of prevention of obstetric and perinatal complications in the postpartum and postoperative periods.

**Key words:** scar on the uterus, cesarean section, complications.

**Сведения об авторах**

**Вакалюк Любомир Мирославович** – Ивано-Франковский национальный медицинский университет, 76000, г. Ивано-Франковск, ул. Черновола, 47; тел.: (050) 964-71-54

**Бойчук Леся Григорьевна** – Ивано-Франковский национальный медицинский университет, 76000, г. Ивано-Франковск, ул. Черновола, 47; тел.: (050) 209-40-29

**Любинец Владимир Олегович** – Ивано-Франковский национальный медицинский университет, 76000, г. Ивано-Франковск, ул. Черновола, 47; тел.: (095) 886-47-07

**Юнгер Виталий Иванович** – Ивано-Франковский национальный медицинский университет, 76000, г. Ивано-Франковск, ул. Черновола, 47; тел.: (067) 343-02-54

**СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

1. Актуальные вопросы акушерства / Под.ред. Е.В. Коханевич. – К.: ТМК. – 2001. – 152 с.
2. Ананьев В.А., Побединский Н.М. Повторное кесарево сечение в современном акушерстве // Акушерство и гинекология. – 2003. – № 3. – С. 61–63.
3. Бабич Т.Ю. Консервативное ведение родов у женщин с рубцом на матке после операции кесарева сечения // 36. наук. праць Асоц. акушерів-гінекологів України. – К.: Інтермед, 2004. – С. 9–13.
4. Гудивок І.І., Вакалюк Л.М. Діагностика та профілактика ускладнень у вагітних жінок з рубцем на матці // Методичні рекомендації. – К., 2006. – 22 с.
5. Жилиев Н.И., Жилиев Н.Н. Оперативное акушерство. Руководство для врачей // К.: Гидромакс, 2004. – 468 с.
6. Іванюта С.О. Кесарський розтин – сучасний стан та подальше ведення // 36. наук. праць Асоц. акушерів-гінекологів України. – К.: Інтермед, 2004. – С. 505–508.
7. Иванова О.Г., Шалина Р.И., Керцер М.А. и соавт. Кесарево сечение в анамнезе. Выбор метода родоразрешения // Акушерство и гинекология. – 2004. – № 3. – С. 29–32.
8. Клинические лекции по акушерству и гинекологии / Под.ред. А.Н. Стрижакова, А.И. Давыдова, Л.Д. Белоцерковцевой. – М.: Медицина, 2000. – 380 с.
9. Невідкладні стани в акушерстві та гінекології / За ред. Г.К. Степанківської, Б.М. Венцківського. – К.: Здоров'я, 2000. – 672 с.
10. Основы перинатологии // Под редакцией Н.П. Шабалова, Ю.В. Цвелева, «Медпреинформ», 2002. – 267 с.
11. Вдовиченко Ю.П., Ніколайчук М.П., Романенко Т.Г. і др. Віддалені результати локалізованих та генералізованих форм гнійно-септичних ускладнень після операції кесарева розтину // X з'їзд акушерів-гінекологів України: Тез. доп. – Одеса, 1996. – С. 16.
12. Стрижаков А.Н., Бунин А.Т., Медведев М.В. Ультразвуковая диагностика в акушерской клинике. – М.: Медицина, 1990. – 231 с.

Статья поступила в редакцию 04.12.2013