

простую экстирпацию матки с придатками, а в более молодом возрасте — электроконизацию шейки матки с последующим гистологическим изучением серийно-ступенчатых срезов удаленной ткани; 3) больных после электроконизации шейки матки по поводу рака *in situ* необходимо подвергать кольпоскопическому и цитологическому контролю в онкодиспансере в течение 3 лет.

УДК 618.214—616.5—003.92

ВЕДЕНИЕ РОДОВ У ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ

Доц. М. А. Давыдова, Л. М. Тухватуллина

Кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав.—проф. Н. Е. Сидоров) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Основной причиной разрывов матки служат патологические изменения ее, среди которых первое место занимают послеоперационные рубцы. Поэтому оценка состоятельности послеоперационного рубца на матке приобретает большое значение. Эффективным методом определения полноценности рубца на матке является двойное контрастирование и гистерография. Однако рентгенография применима до наступления беременности, к тому же она, к сожалению, еще не получила должного распространения. Во время родов для этой же цели рекомендуют проводить гистерографию, но и этот метод еще широко не используется (главным образом вследствие недостатка соответствующей аппаратуры). Таким образом, практический врач в основном поставлен перед необходимостью судить о состоятельности рубца на матке при прогрессирующей беременности и в родах только по клинической картине. Между тем именно от качества рубца зависит решение вопроса о возможности самопроизвольных родов или производстве кесарева сечения во избежание разрыва матки по рубцу.

Показаниями к операции кесарева сечения при наличии рубца на матке являются: 1) анатомически узкий таз при доношенной беременности; 2) функционально неполноценный рубец; 3) неокрепший рубец (по мнению разных авторов, рубец можно считать окрепшим, если после операции прошло от 2 до 5 лет).

Из этих 3 показаний первое принято всеми акушерами-гинекологами. Действительно, если первая операция кесарева сечения была произведена из-за несоответствия между предлагающей частью плода и анатомически узким тазом, то в последующих родах при доношенной беременности весьма велик риск разрыва матки. Второе показание бесспорно, однако трудность заключается в установлении критерия неполноценности рубца. Спорным, по нашему мнению, является третье показание, ибо состояние рубца не может определяться временем, прошедшим после операции. И вряд ли не окрепший в первые месяцы после операции рубец станет полноценным с годами. Мы также считаем ошибочной тактику искусственного прерывания беременности по поводу «неокрепшего рубца», ибо искусственный аборт ни в коей мере не может способствовать укреплению рубца. Мы рекомендуем в течение 2 лет после операции предохраняться от беременности, но если она наступит в этот период, то не считаем нужным прерывать ее из-за «неокрепшего рубца».

При наличии рубца на матке операцию кесарева сечения производим по первым двум из перечисленных показаний.

Под нашим наблюдением находилось 45 женщин с рубцом на матке, из них 35 — после кесарева сечения и 10 — после различных операций.

У 8 женщин показанием к ранее перенесенному кесареву сечению служило центральное предлежание плаценты, у 3 — преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, у 9 — суженный таз (II ст.), у 9 — функционально узкий таз, у 1 — упорная слабость родовой деятельности, у 1 — самопроизвольно заживший пузырно-влагалищный свищ после наложения акушерских щипцов и у 4 причина неизвестна. У 32 женщин операция была произведена 1 раз и у 3 — дважды. Корпоральное кесарево сечение было произведено у 29 женщин и истмическое — у 6, из них у 3 — по Гусакову.

Что касается других операций на матке, то 6 женщин перенесли миомэктомию, 1 — удаление добавочного беременного рога, 1 — глубокое иссечение интерстициальной части маточной трубы и 1 — ушивание матки после перфорации. У 1 женщины было 2 операции на матке: ушивание разрыва матки со стерилизацией и пересадка ампулярных отделов труб в матку по поводу вторичного бесплодия.

В возрасте до 30 лет было 22 женщины, от 31 до 40 лет — 21 и старше — 2. 23 женщины рожали через естественные родовые пути, 22 были первородящими.

У 34 женщин послеоперационный период протекал гладко, у 11 были осложнения: у 2 — расхождение послеоперационной раны на брюшной стенке, у 1 — кровотечение с последующим пятикратным выскабливанием стенок полости матки и у 8 — повышение температуры выше 38°.

У 5 женщин после операции прошло не более года, у 12 — от года до 2 лет, у 12 — от 2 до 3 лет, у 8 — от 3 до 4 лет и у 8 прошло 5 лет и более.

Настоящая беременность протекала без осложнений у 34 женщин и осложнилась у 11. У 6 был угрожающий выкидыш, у 3 — периодические боли внизу живота и у 2 при беременности 35—36 недель произошел разрыв матки по рубцу: у 1 полный вследствие разведения рубца плацентой и у 1 неполный.

Заблаговременно госпитализированы 35 женщин, 1 была доставлена с полным разрывом матки по рубцу и 9 поступили в роды.

17 женщин были назначены на кесарево сечение в предполагаемый срок родов или с началом родовой деятельности. У 9 из них показанием к операции был суженный таз II ст., у 6 — несостоятельность рубца и у 2 — поперечное положение плода. Хотя поперечное положение плода при наличии рубца на матке не может считаться строгим показанием к операции, мы не решились вести роды консервативно, опасаясь возможности разрыва матки по рубцу при повороте плода. При лапаротомии рубец на матке у обеих рожениц оказался едва заметным на глаз. В литературе описан случай классического поворота плода за тазовый конец при поперечном положении его с благоприятным исходом у роженицы с рубцом на матке после кесарева сечения. В будущем в подобных случаях мы решили выбрать метод родоразрешения дифференцированно.

Из 6 женщин с предполагаемым неполноценным рубцом на матке у 3 предположение подтвердилось, а у 3 рубец мы даже не могли обнаружить. Следовательно, перечисленные выше клинические признаки не всегда указывают на неполноценность рубца.

Послеоперационный период осложнился септикопиемией со смертельным исходом у 1 женщины, у остальных протекал без осложнений. Все дети живы.

К самостоятельным родам были допущены 26 женщин. Признаками угрожающего разрыва мы считали болезненность рубца, особенно вне схватки, первичную и вторичную слабость родовой деятельности, не поддающуюся лечению, ухудшение состояния плода и роженицы. Последний признак часто отсутствует даже при свершившемся разрыве, так как обычно он бывает неполным и бескровным, если не затрагивает плаценту.

Понятно, слабость родовой деятельности может быть независимо от наличия рубца на матке. Поэтому при слабости родовой сил такого характера мы стимулировали роды общепринятыми методами, за исключением окситоцина. Неэффективность стимуляции оценивали как признак несостоятельности рубца, и роды завершали лапаротомией.

У 6 рожениц в первом периоде родов было заподозрено начало разрыва по рубцу, произведена лапаротомия с благоприятным исходом для матерей и детей. Диагноз подтвердился у 5 рожениц, у 1 рубец оказался в хорошем состоянии. На операцию пошли из-за поведения роженицы, которая жаловалась на сильные боли в животе вне и во время схваток, не давала пальпировать брюшную стенку, требовала сделать операцию.

У 20 рожениц роды закончились самостоятельно. Продолжительность родов у первородящих была от 13 до 25 часов, у повторнородящих — от 8 до 19 часов. Головное предлежание плода было у 19 женщин, тазовое — у 1, и плод родился мертвым. Остальные дети живы, минимальный вес 3100,0, максимальный 4300,0.

Кровопотеря у 19 женщин была в пределах нормы, при ручном обследовании разрыв матки у них не обнаружен. У 1 роженицы в последовом периоде появилось кровотечение, и при ручном отделении плаценты был выявлен неполный разрыв матки по рубцу. Произведено ушивание разрыва со стерилизацией. Исход благоприятный.

Интерес представляет исход родов у женщины, у которой кесарево сечение было сделано из-за несоответствия между головкой плода и суженным тазом (истинная конъюгата — 9—9,5 см). Она была доставлена во втором периоде родов, и через 50 мин. родился живой мальчик весом 3800,0. Исходя из этого наблюдения, мы пришли к заключению, что при суженном тазе и наличии рубца на матке операцию кесарева сечения следует производить только после полного открытия шейки матки при выявлении несоответствия между подлежащей частью плода и тазом матери.

Итак, из 45 беременных с рубцом на матке у 2 произошел разрыв матки во время беременности, у 6 — во время родов, у 17 произведено кесарево сечение и 20 родили сами.

Все разрывы произошли после корпорального кесарева сечения; у одной женщины наряду с таким разрывом были разрывы на месте имплантации труб в матку. Давность после операции — от 1,5 года до 8 лет.

Определение полноценности послеоперационного рубца на матке имеет огромное значение, операция кесарева сечения остается серьезным вмешательством и чревата грозными осложнениями, показания к ней необходимо всесторонне оценивать.

Несомненно, большое значение приобретает работа в женской консультации по профилактике разрывов матки по рубцу. Женщины с рубцом на матке должны быть на учете, и перед допущением новой беременности следует определить полноценность рубца с помощью гистерографии или двойного контрастирования матки. Надо считать обязательной заблаговременную госпитализацию до родов всех беременных с рубцом на матке. Надлежит обратить серьезное внимание на установление более строгих показаний к первой операции кесарева сечения. Необходимо строго соблюдать все мероприятия против инфекции, совершенствовать технику операции кесарева сечения. Показания к повторной операции также следует всесторонне оценивать.