

4. У беременных женщин с аутоенсибилизацией к прогестерону необходимо проводить профилактику плацентарной недостаточности, начиная с I триместра беременности.

Список основных сокращений

АФА	антитела к фосфолипидам
АФС	антифосфолипидный синдром
ВА	волчаночный антикоагулянт
ХГЧ	$\beta 2$ субъединица хорионического гонадотропина человека
CD	кластер дифференцировки
HLA	лейкоцитарные антигены человека
Ig	иммуноглобулин

Литература

1. Менжинская И.В., Сидельникова В.М., Сухих Г.Т. Роль сенсибилизации к прогестерону в клинике привычного невынашивания беременности/ Проблемы репродукции. – 2007. – №6. – С. 95–99.
2. Сидельникова В.М., Гладкова К.А. Привычное невынашивание беременности. Антитела к прогестерону/ Акушерство: национальное руководство под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой – 2007. – С. 362.
3. Менжинская И.В., Гладкова К.А., Сидельникова В.М., Сухих Г.Т. Антипрогестероновые антитела в клинике привычно-

го невынашивания беременности/ Иммунология. – 2008. – №1. – С. 34–37.

4. Менжинская И.В., Гладкова К.А., Сидельникова В.М., Сухих Г.Т. Антитела к прогестерону у женщин с привычным невынашиванием беременности / Аллергология и иммунология. – 2008. – том 9. – №1. – С.89.

Горбачева А.В.

Современная оценка ближайших и отдаленных результатов повторного кесарева сечения

ФГУ «НЦАГИП им. В.И. Кулакова»

На протяжении последних 15–20 лет как в зарубежных странах, так и в России отмечается рост частоты кесарева сечения, который составляет от 13 до 45% (Кулаков В.И., Чернуха Е.А., 2007).

По данным ряда авторов (Кулаков В.И. и соавт., 2004, Краснопольский В.И. и соавт., 2007) рубец на матке в настоящее время является одним из основных показаний к кесареву сечению, составляя от 18,2% до 37,0%. Основным мотивом для проведения повторного кесарева сечения служит опасность разрыва матки в родах с неблагоприятным исходом для матери и плода. Данные, приводимые различными авторами о несостоятельности поперечного рубца на матке, имеют большой разброс – от 22% до 50% (Стрижаков А.Н. и соавт., 1998, Краснопольский В.И. и соавт., 2004, Кулаков В.И. и соавт., 2004). Частота разрывов матки в родах колеблется от 0,7% до 1,5%, во время беременности – от 1,1 до 3% (Гурьев Д.А. и соавт., 2006, Краснопольский В.И. и соавт., 2007, Landon M.B. et al., 2006).

Наиболее информативные методы диагностики и критерии полноценности рубца на матке еще не определены. Во время беременности практически единственным методом оценки состояния рубца является ультразвуковое исследование (УЗИ), точность которого ко-

леблется по различным источникам в достаточно широких пределах – от 57,5% до 83% (Краснопольский В.И. и соавт., 2000, Ананьев В.А. и соавт., 2003, Cheung V.Y., 2005). Весьма перспективным, но практически не изученным методом в отношении диагностики состояния нижнего сегмента матки у женщин с кесаревым сечением в анамнезе, представляется магнитно-резонансная томография (МРТ).

Исследований, направленных на изучение морфологического состава тканей из области предыдущего разреза при повторном кесаревом сечении, немало. Однако, до сих пор не существует единого мнения о том, зависит ли состояние рубца от времени, прошедшего между операциями, и каков оптимальный срок наступления последующей беременности.

Повторное кесарево сечение является технически более сложной операцией, материнская заболеваемость при которой в 3–4 раза выше, чем при родах через естественные родовые пути (Ананьев В.А. и соавт., 2003, Краснопольский В.И. и соавт., 2007).

Вопрос об отдаленных результатах повторного кесарева сечения изучен недостаточно. По данным немногочисленной литературы прошлых лет, чаще возникают нарушения менструальной

функции, усиление болевого синдрома, нарушение функции кишечника, дисурические расстройства, различные отклонения со стороны внутренних органов (Кулаковский В.И., 1995). Исследования, посвященных психоэмоциональному статусу женщин, перенесших повторное кесарево сечение, в доступной нам литературе мы не встретили. Отсутствуют данные и об особенностях лактационной функции после повторного кесарева сечения.

Следовательно, увеличение в настоящее время частоты абдоминального родоразрешения и, вместе с тем, желание практически каждой женщины иметь двух и более детей делает актуальной проблему повторного кесарева сечения. Возрастающее число женщин с рубцом на матке, планирующих впоследствии беременность, требует совершенствования методов диагностики состояния нижнего сегмента матки как во время, так и вне беременности, изучения особенностей течения повторной операции, раннего послеоперационного периода, а также отдаленных последствий повторной операции.

Целью исследования явилась оптимизация тактики ведения женщин во время и вне беременности на основании оценки ближайших и отдаленных результатов повторного кесарева сечения.

Проведено проспективное исследование 120 женщин с кесаревым сечением в анамнезе (1 группа – основная), которые наблюдались на протяжении всей беременности и в течение года после абдоминального родоразрешения, а также их новорожденные. Группу сравнения (2 группа) составили 50 женщин, впервые родоразрешенные путем кесарева сечения по различным показаниям и их новорожденные. Критериями исключения явились: тяжелая экстрагенитальная патология, корпоральное кесарево сечение в анамнезе, многоплодная беременность.

При первичном обращении беременной подробно собирали общий и специальный анамнез, уделяя особое внимание технике предшествующей операции и возможным интра- или послеоперационным осложнениям. При осмотре женщины обращали внимание на состояние послеоперационного рубца на передней брюшной стенке: его расположение, размеры, плотность, подвижность, ощущения женщины при пальпации.

Состояние плода оценивали с помощью кардиомониторного исследования, доплерометрического исследования кровотока в системе мать-плацента-плод.

Ультразвуковое исследование проводили на аппарате «АЛОКА-5500 SSD» (Япония) с трансабдоминальным датчиком при частоте 3,5 МГц и влагалищным датчиком при частоте 7,5 МГц.

Беременным женщинам трансабдоминальное УЗИ проводили в 1, 2, 3 триместрах. Производили фетометрию, плацентометрию с определением локализации плаценты по отношению к внутреннему маточному зеву и к зоне предполагаемого рубца на матке. Для оценки состояния нижнего маточного сегмента трансабдоминальное и трансвагинальное УЗИ проводили при наполненном мочевом пузыре в динамике с 35–36 недель беременности и накануне операции. К эхографическим признакам несостоятельности нижнего маточного сегмента относили: толщину нижнего маточного сегмента менее 2 мм и более 8 мм; кратерообразное истончение рубца; гиперэхогенные включения в области предполагаемого рубца. Для оценки кровотока в области нижнего маточного сегмента применялась доплерометрия. Гемодинамику в «околорубцовой» зоне считали удовлетворительной при условии равномерного распределения

цветовых сигналов и наличии диастолической составляющей в конечной скорости кровотока обнаруженных сосудов. В послеоперационном периоде трансабдоминальное УЗИ проводили на 5-ые сутки для выявления динамики инволюции матки, характера содержимого ее полости, состояния швов на матке и на передней брюшной стенке.

МРТ проводилась на аппарате фирмы «Siemens» «Magnetom Harmony» с напряженностью магнитного поля 1 Тл без введения контрастных средств в сроки беременности 38–39 недель и через год после родоразрешения в положении женщины на спине при умеренно наполненном мочевом пузыре. В исследовании не участвовали пациентки, указывающие на клаустрофобию и аорткавальный синдром. Главной целью исследования являлась диагностика состояния нижнего сегмента матки. Измеряли толщину стенки матки в области предполагаемого рубца, обращая внимание на ее равномерность, наличие каких-либо включений, дефектов.

Для морфологического исследования биоптаты иссекали при первом и повторном кесаревом сечении из верхнего и нижнего краев разреза, фиксировали в 10% растворе формалина на 24 часа и проводили по обычной схеме. Окрашивали препараты гематоксилином и эозином, по Ван – Гизону, а также использовали окраску по Маллори для оценки состояния соединительной ткани.

Оценивая лактационную функцию, принимали во внимание срок нагрубания молочных желез и продолжительность грудного вскармливания.

Для исследования психоэмоционального статуса пациенткам были предложены анкеты, специально разработанные в отделении патологии вегетативной нервной системы при кафедре нервных болезней ММА им. И. М. Сеченова. Анкеты заполнялись за двое-трое суток до родоразрешения, на 3–4 сутки и через 12 месяцев после операции. Состояние эмоциональной сферы изучали с помощью теста Спилберга–Ханина, определяющего степень реактивной (состояние пациентки непосредственно в момент опроса) и личностной тревоги (состояние этой же пациентки в течение ее жизни); теста Бэка, определяющего наличие и степень депрессии, опросника САН (характеризующего самочувствие, активность и настроение женщины). Исследование вегетативной нерв-

ной системы проводили с помощью специальной анкеты, тестирующей степень синдрома вегетативной дистонии.

Сразу после рождения и в раннем неонатальном периоде исследовалось физическое состояние и неврологический статус новорожденных.

Через год после кесарева сечения женщины проходили обследование, включающее осмотр гинеколога, а также УЗИ и МРТ на 5–7 день менструального цикла. Вне беременности оценивалось состояние матки и придатков, их взаимное расположение, наличие признаков хронического воспалительного процесса, эндометриоза, наличие дополнительных образований. Особое внимание уделялось зоне рубца на матке. Изучение состояния репродуктивной и сексуальной функций проводилось с помощью специальных опросников.

Все полученные результаты специального обследования пациенток были обработаны методом вариационной статистики, с вычислением средней арифметической величины (M), ошибки средней (m). Достоверность различий между группами определяли с помощью критерия Стьюдента для несвязанных совокупностей, предварительно проводилась проверка на нормальность с использованием критерия Пирсона. Вычисления были выполнены с помощью электронных таблиц Microsoft Office Excel и пакета прикладных программ «Statistica for Windows», версия 7, StatSoft Inc. (США). Статистически значимыми считались отличия при $p \leq 0,05$.

Оценка эффективности диагностических методов проводилась путем вычисления их чувствительности ($Ч$), специфичности ($С$), прогностической ценности положительного результата ($ПЦПР$), прогностической ценности отрицательного результата ($ПЦОР$) и диагностической точности ($ДТ$) (таблица 1).

Результаты исследования и их обсуждение

Для решения поставленных задач нами была обследована группа из 120 беременных женщин с кесаревым сечением в анамнезе (1 группа – основная).

Группу сравнения (2 группа) составили 50 женщин, впервые родоразрешенных путем кесарева сечения по различным показаниям.

Возраст обследованных женщин в 1-ой группе колебался от 21 до 43 лет, составляя в среднем $32,0 \pm 5,7$ лет, более

Таблица 1.

Результат исследования	Характеристики диагностических методов	
	Заболевание	
	Есть	Нет
Положительный	a	b
Отрицательный	c	d
Истинно-положительные результаты – a		
Ложно-положительные результаты – b		
Ложно-отрицательные результаты – c		
Истинно-отрицательные результаты – d		
Чувствительность (Ч)	Доля истинно-положительных результатов среди больных	a / a+c
Специфичность (С)	Доля истинно-отрицательных результатов среди здоровых	d / b+d
Прогностическая ценность положительного результата (ПЦПР)	Доля истинно-положительных результатов среди всех положительных результатов	a / a+b
Прогностическая ценность отрицательного результата (ПЦОР)	Доля истинно-отрицательных результатов среди всех отрицательных результатов	d / c+d
Диагностическая точность (ДТ)	Доля истинных результатов среди всех результатов	a+d / a+b+c+d

половины женщин (56,6%) находились в возрасте 25–34 года; во 2-ой группе – от 18 до 40 лет, в среднем 27,5±5,2 лет (p>0,5).

При анализе экстрагенитальной патологии был выявлен высокий уровень заболеваемости в обеих группах: 58,3% женщин 1-й группы и 63% женщин 2-й группы имели какие-либо хронические заболевания. Достоверная разница отмечена в частоте варикозного расширения вен нижних конечностей, которое преобладало в основной группе (19,2% и 8%, p≤0,05).

Гинекологические заболевания имели место у 59,2% женщин 1-ой группы и у 52% женщин 2-ой группы (p>0,05). Практически у каждой второй пациентки обеих групп отмечались в анамнезе или носили хронический характер инфекции, передающиеся половым путем. Заметно чаще в основной группе женщин встречался аденомиоз (10,8% и 4%).

В 1 группе в анамнезе одну операцию кесарева сечения перенесли 75% женщин, две – 20%, три или четыре операции – 5% женщин. Интервал между предшествующим кесаревым сечением и настоящей беременностью составил 1–2 года у 27,5% женщин, 3–5 лет – у 30%, больше 5 лет – у 42,5% женщин.

В анамнезе более чем у половины пациенток основной группы (58%) имели место медицинские аборты, самопроизвольные выкидыши, неразвивающиеся

беременности, нередко их сочетание. Высокий процент наступления беременностей в течение первого – второго года после операции (40,8%), каждая четвертая из которых заканчивалась медицинским абортom. Достоверного отрицательного влияния внутриматочных вмешательств между операциями на состоянии рубца на матке выявлено не было.

Во 2-й группе 30% женщин имели в анамнезе роды, 70% являлись первородящими.

Среди показаний к первому кесареву сечению в основной группе в 32,6% случаев послужили: отягощенный акушерско – гинекологический анамнез в сочетании с возрастом женщины, беременность наступившая в результате ЭКО и ПЭ, экстрагенитальная патология. В остальных 67,4% случаев показания были преходящими (аномалии родовой деятельности, тазовое предлежание, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, острая гипоксия плода и т.д.).

Предыдущая операция и послеоперационный период у большинства пациенток (92,5%) протекали без осложнений.

Анализ показал, что одним из наиболее частых осложнений беременности у женщин с кесаревым сечением в анамнезе являлась угроза прерывания беременности, которая в первой половине беременности имела место у каждой второй женщины, во второй – у

каждой пятой. Частота этой патологии в I и II триместре достоверно выше в основной группе (50% и 32%, p≤0,05). Вторым по частоте осложнением беременности являлась несостоятельность нижнего сегмента матки, подтвержденная на операции, составив 28,3%. У каждой пятой женщины основной группы (20%) беременность протекала на фоне хронической плацентарной недостаточности, тогда как в группе сравнения ее частота составляла лишь 8% (p≤0,05).

Комплексную оценку состояния нижнего сегмента матки у беременных с кесаревым сечением в анамнезе мы давали на основании клинических данных и результатов инструментальных методов исследования: УЗИ, МРТ, доплерометрия.

Клинические признаки несостоятельности рубца в виде неприятных ощущений в эпигастрии, тошноты, рвоты, боли в области нижнего сегмента матки, локальной болезненности при пальпации в области рубца, болезненного шевеления плода определялись у 23-х беременных из 120. Из них несостоятельность рубца подтвердилась на операции у 16 (69,6%) женщин. В то же время из 97 беременных с отсутствием клинических проявлений у 18 (18,6%) рубец оказался несостоятельным. Таким образом, у 18 (52,9%) из 34 женщин с подтвержденной на операции несостоятельностью рубца на матке, она носила бессимптомный характер.

Трансабдоминальное УЗИ было проведено всем 120 беременным основной группы. Состоятельный нижний сегмент матки был диагностирован у 98 женщин, которые были родоразрешены путем кесарева сечения в плановом порядке. На операции у 24 пациенток рубец оказался несостоятельным, причем в 4-х случаях имело место полное расплзание рубца. Несостоятельность рубца была заподозрена у 22 беременных, но подтвердилась на операции лишь у 10 пациенток.

Точность трансабдоминального ультразвукового исследования составила 70%, чувствительность – 29,4%, специфичность – 86%, ложноположительные результаты имели место в 10% случаев, ложноотрицательные – в 20% случаев; прогностическая ценность положительного результата – 45,5%, прогностическая ценность отрицательного результата – 75,5%.

Трансвагинальное УЗИ было проведено у 50 беременных. Нижний сегмент

матки был расценен как неизменный у 38 пациенток, но на операции у 7 женщин обнаружили резкое его истончение. Подозрение на несостоятельность рубца возникло у 12 пациенток. Подтвердился на операции диагноз у 8 женщин. Таким образом, совпадение ультразвукового и интраоперационного диагнозов имело место в 39 случаях из 50, что составило 78%; ложноположительные результаты получены в 8%, ложноотрицательные в 14%; чувствительность метода 53,3%, специфичность – 88,5%, прогностическая ценность положительного результата – 66,7%, прогностическая ценность отрицательного результата – 81,5%.

Доплерометрическое исследование кровотока в области нижнего маточного сегмента провели у 32 беременных на сроке 37–39 недель. В группе пациенток (20), где регистрировался хороший кровоток, результаты распределились поровну между состоятельными и несостоятельными рубцами. В группе женщин (12) со сниженным кровотоком в 66,7% случаев выявлена несостоятельность рубца. Таким образом, сниженный кровоток может в некоторой степени служить прогностическим критерием несостоятельности рубца на матке у женщин с кесаревым сечением в анамнезе. Точность исследования составила 56,3%, но придавать данному методу особое значение не стоит, поскольку высок риск ошибочного измерения кровотока в стенке мочевого пузыря, а не в стенке матки из-за их тесного прилегания.

Обследование с помощью МРТ проведено у 30 беременных, у 8 из них диагностировали несостоятельность рубца на матке (равномерное или локальное истончение менее 2 мм), а подтвердился диагноз лишь у 2 пациенток. В то же время, из 22 пациенток с равномерной толщины рубцом от 2 до 5 мм по результатам МРТ, у 6 нижний сегмент оказался несостоятельным. Полученные результаты совпали с интраоперационными данными в 18 случаях – 60%, ложноположительные и ложноотрицательные результаты распределились поровну, составив по 20%; чувствительность метода – 25%, специфичность – 72,7%, прогностическая ценность положительного результата – 25%, прогностическая ценность отрицательного результата – 72,7%.

Таким образом, проведенное исследование показало, что в настоящее время не существует безошибочного мето-

Таблица 2.

Характеристика кесарева сечения в обследуемых группах

Показатель	1 группа (n=120)	2 группа (n=50)
Средняя продолжительность операции (мин)	67,7±3,3* (40–240)	52,3±2,4* (30–130)
Среднее время до извлечения плода (мин)	7,7±0,3* (2–19)	5,3±0,2* (3–10)
Выраженный спаечный процесс п, (%)	63 (52,5)*	6 (12)*
Варикозное расширение вен в области нижнего сегмента матки	10 (8,3)	4 (8)
Несостоятельность рубца на матке (%)	34 (28,3%)	–
Pl. cesarea p, (%)	11 (9,2)	–
Затрудненное извлечение плода п, (%)	7 (5,8)	1 (2)
Ранение тонкого кишечника п, (%)	1 (0,8)	–
Ранение мочевого пузыря п, (%)	1 (0,8)	–
Истинное приращение плаценты (экстирпация) п, (%)	2 (1,7)	–
Миомэктомия п, (%)	5 (4,2)	2 (4)
Перевязка маточных труб п, (%)	16(13,3%)	–
Визуальная оценка кровопотери (мл)	782,4±56,6	642,3±21,1
Гравиметрический способ определения кровопотери (мл)	930±42,5	796,2±63,2

– p<0,05

Таблица 3.

Осложнения послеродового периода

Осложнения	1 группа (n=120)		2 группа (n=50)	
	Абс.	%	Абс.	%
Анемия	27	22,5	8	16
Острый варикотромбофлебит поверхностных вен голени	1	0,8	–	–
Динамическая непроходимость кишечника	1	0,8	–	–
Гипогалактия	36	30	14	28
Лохиометра	2	1,7	1	2
Гематометра	2	1,7	–	–
Подопоневротическая гематома	1	0,8	1	2
Коагулопатическое кровотечение в раннем п/опер. периоде	1	0,8	–	–
Расхождение кожного шва	2	1,7	–	–

да диагностики состояния нижнего сегмента матки у беременных с кесаревым сечением в анамнезе. Обследование должно носить комплексный характер с учетом клинических данных и результатов инструментальных методов.

Все обследованные женщины были родоразрешены путем кесарева сечения. Техника операции не отличалась от общепринятой.

В основной группе в экстренном порядке было прооперировано 50 (41,7%) женщин, в плановом – 70 (58,3%). Важно отметить, что показанием к плановому родоразрешению в 43% послужил только рубец на матке. Средний срок беременности к моменту родоразрешения в

1 группе составил – 37,2 ± 1,7 нед. (от 31 до 40 недель), во 2 группе – 39,4±0,1 нед. (от 37 до 41 недели). Преждевременно в основной группе было родоразрешено 27 (22,5%) женщин, из них почти в 70% случаев поводом для досрочного кесарева сечения послужило подозрение на несостоятельность рубца на матке, которое у 1/3 пациенток не подтвердилось (таблица 2).

Методом обезболивания во всех случаях являлась эпидуральная или спинально-эпидуральная анестезия.

Повторное кесарево сечение сопровождалось большим количеством осложнений, в отличие от первого, структура которых представлена в таблице 3.

Наличие выраженного спаечного процесса у каждой второй женщины влекло за собой увеличение времени до извлечения плода, общей продолжительности операции, кровопотери, кроме того являлось причиной затрудненного извлечения плода и ранения соседних органов. Несостоятельность рубца на матке была выявлена на операции у 34 (28,3%) женщин, в 5 случаях имело место полное расхождение рубца. Следует отметить, что в 3-х из 5 случаев расхождения рубца не было ни ультразвуковых, ни клинических признаков несостоятельности. У одной пациентки отмечались локальные боли при пальпации при отсутствии УЗИ- признаков. Только у одной пациентки и клиническая, и ультразвуковая картина свидетельствовали о несостоятельности нижнего сегмента матки.

У каждой десятой женщины (9,2%) имела место плацентация в области рубца, которая ни в одном случае не была диагностирована до операции.

Морфологическая картина при макроскопической несостоятельности рубца характеризовалась вращением грубоволокнистой соединительной ткани в окружающий миометрий, которая, проникая вглубь между отдельными мышечными пучками, лишала их необходимой компактности. Характерной особенностью биоптатов миометрия данной группы женщин было частое выявление (в 93,3% случаев) выраженного миолиза в составе мышечных пучков, исходом которого было либо замещение фрагментов погибших пучков фиброзной тканью, то есть расширение зоны рубца, либо извращенная регенерация миометрия.

Попытка выявить зависимость динамики формирования рубцовой ткани и окружающего миолиза от времени, прошедшего между операциями, не привела к убедительным результатам.

При макроскопически неизменном нижнем маточном сегменте в микропрепаратах при редкости выявления грубой рубцовой ткани обнаружена значительная дезорганизация составляющих фрагментов миометрия в виде характерных «сетчатых» структур (в 80% случаев). Очаги миолиза выявлялись редко, поскольку процесс коллагенизации миоцитов в составе пучков вызывал резкую атрофию мышечных клеток, но диффузный характер распространения соединительной ткани в межмышечных

прослойках создавал определенную механическую прочность миометрия в зоне рубцов.

Во всех случаях с целью профилактики послеоперационных гнойно-септических осложнений проводили интраоперационное внутривенное введение антибиотиков широкого спектра действия сразу после пережатия пуповины, затем через 12 и 24 часа. Практически всем пациенткам основной группы введение антибиотиков продолжали в течение 3–5 дней. Грудное вскармливание ребенка начинали после отмены антибиотиков. Во 2 группе продолжительность введения антибиотиков определялась показаниями.

Неосложненное течение послеродового периода имело место у 66,7% родильниц 1-ой группы и у 76% родильниц 2-ой группы. Как видно из таблицы 4, в структуре послеоперационных осложнений в обеих группах превалирует анемия (22,5% и 16%) и гипогалактия (30% и 28%). У большинства женщин имело место сочетание осложнений.

Средний койко-день пребывания в послеродовом отделении составил в основной группе $8,5 \pm 0,4$ (6–30 дней), в группе сравнения – $7,4 \pm 0,5$ (6–15 дней) ($p > 0,05$).

В процессе наблюдения за состоянием молочных желез было выявлено, что в обеих группах у подавляющего большинства женщин молочные железы нагрудали на 3 (60% и 54,2%) и 4 (38,2% и 39,6%) сутки послеродового периода.

Для оценки продолжительности грудного вскармливания через 12 месяцев после родоразрешения был проведен опрос 50 женщин основной группы и 50 женщин группы сравнения. После повторного кесарева сечения 54% женщин кормили грудью более 6 месяцев (после первого – 42%, $p > 0,05$).

Особого внимания заслуживает изучение психоэмоционального статуса женщин, перенесших повторное кесарево сечение, так как в литературе отсутствуют данные по этой проблеме. Мы сравнили психоэмоциональный статус 30 пациенток основной группы и 30 пациенток группы сравнения за 2 суток до операции, на 4 суток и через 12 месяцев после операции. В 1 группе пациенток психовегетативные расстройства были менее выражены по сравнению со 2 группой: достоверно реже выявлялся синдром вегетативной дистонии (40% и 70%, $p \leq 0,05$); у меньшего числа женщин

до операции имел место высокий уровень реактивной тревоги (10% и 63,3%, $p \leq 0,001$), который сохранялся после родоразрешения только у 6,7% женщин (во 2 группе – у 33,3 %, $p \leq 0,05$); депрессия наблюдалась реже как до (6,7% и 23,3%, $p > 0,05$), так и после операции (3,3% и 16,7%, $p > 0,05$). По-видимому, более благополучная ситуация в основной группе пациенток связана с ожиданием уже известного события, к которому большинство женщин готовы с момента наступления беременности. Через 12 месяцев после оперативного родоразрешения у пациенток 1 группы имел место практически благополучный психоэмоциональный фон, во 2 группе отмечались некоторые нарушения, связанные с переживанием рядом пациенток психологического комплекса по поводу отсутствия естественных родов и неизбежности повторного кесарева сечения при последующей беременности.

Всего родилось 120 детей в 1 группе и 50 детей во 2 группе. Большая часть детей обеих групп имела при рождении массу тела от 3000 до 3499 г. Следует отметить, что в основной группе женщин достоверно больше новорожденных имели массу тела менее 3000 г (27,5% и 12%, $p \leq 0,05$), что явилось следствием высокой частоты плацентарной недостаточности и преждевременных родов.

В основной группе из 93 доношенных детей 17 (18,3%) были извлечены в состоянии асфиксии, причем у 4 (4,3%) она имела тяжелую степень. На 5 минуте жизни состояние новорожденных улучшалось, но у 7,5% сохранялась асфиксия средней степени тяжести. В подгруппе недоношенных лишь четвертая часть детей (25,9%) имела оценку на 1 минуте 8–9 баллов, остальные находились при рождении в состоянии асфиксии средней (48,1%) или тяжелой (26%) степени тяжести. На 5 минуте у половины преждевременно рожденных детей (48,1%) сохранялась асфиксия средней степени тяжести. В группе сравнения 88% детей на 1 минуте жизни имели оценку 8–9 баллов, 12% детей – 6–7 баллов, на 5 минуте состояние всех новорожденных расценивалось как удовлетворительное. Таким образом, проведенный анализ показал, что после повторного кесарева сечения состояние новорожденных достоверно хуже, что можно объяснить значительным количеством преждевременных родов (22,5%) и высокой частотой плацентар-

ной недостаточности (20%). Здоровыми при рождении оказались 56 (46,7%) новорожденных основной группы и 22 (44%) новорожденных группы сравнения. Остальные дети имели различную патологию, в основном сочетанную. Преобладали неврологические нарушения, частота которых достоверно между доношенными новорожденными обеих групп не отличалась (17,2% и 18%, $p > 0,05$), но была выше среди недоношенных детей основной группы (29,6%). У новорожденных, извлеченных при повторном кесаревом сечении, в 26,9% случаев отмечались признаки морфофункциональной незрелости, что заметно чаще, чем в группе сравнения (16%), несмотря на отсутствие достоверной разницы ($p > 0,05$).

Мы провели изучение состояния репродуктивного здоровья 50 женщин 1 группы и 50 женщин 2 группы через 12 месяцев после кесарева сечения на основании опроса, общего и гинекологического осмотра, данных УЗИ и МРТ.

При оценке менструальной функции достоверных различий между группами отмечено не было, у 24% женщин, перенесших повторное кесарево сечение, и у 22% – после первого кесарева сечения отмечались нарушения по типу гиперполименореи.

После первого кесарева сечения пациентки реже испытывали проблемы в сексуальной жизни (8% и 15,6% соответственно). Интересно, что практически каждая третья женщина после повторного кесарева сечения планировала в будущем еще иметь детей, а каждая пятая – прервать наступившую беременность.

По данным УЗИ средние размеры матки и яичников в обеих группах через год после родоразрешения достоверно не отличались и совпадали со средне-статистическими.

При проведении МРТ у 30 пациенток каждой группы, как и ожидалось, была достигнута очень хорошая визуализация области рубца после кесарева сечения. У всех пациенток обеих групп она определялась как деформация в виде «борозды» или «ниши», причем в 1 группе в 10 случаях (33,3%) визуализировалось 2 параллельных борозды. Оценивалась глубина и ширина «борозды», а также толщина стенки матки в этой области («дно борозды»). Преобладали борозды средней – от 2 до 4 мм (47,5%) и значительной – более 4 мм (47,5%) глубины. В некоторых случаях (12%) на-

блюдалась деформация стенки матки и с наружной стороны (втяжение). Средняя толщина стенки матки в области деформации составила $0,43 \pm 0,06$ см (от 0,1 см до 1,1 см). При сравнении с данными трансвагинального УЗИ разница составила 0,3 см (по данным УЗИ средняя толщина стенки матки в области рубца – $0,76 \pm 0,2$ см).

В структуре гинекологических заболеваний в группе женщин после повторного кесарева сечения обращала внимание высокая частота впервые выявленного внутреннего эндометриоза (23,3%) и спаечного процесса в малом тазу (63,3%) (в группе сравнения – 10 и 20% соответственно). Для диагностики вышеперечисленных состояний предпочтительно использование магнитно-резонансной томографии, ввиду отсутствия инвазивности и высокой информативности.

На основании проведенного исследования был составлен алгоритм ведения женщин с рубцом на матке как во время беременности, так и вне ее (прилагается).

Выводы

1. Высокая частота несостоятельности нижнего сегмента матки у беременных с кесаревым сечением в анамнезе диктует необходимость строгого динамического наблюдения в женской консультации и плановой госпитализации женщин в стационар в сроке 37–38 недель беременности. Проведение комплексной оценки состояния рубца на матке с использованием клинично-анамнестических данных и показателей инструментальных методов исследования (УЗИ трансабдоминальное, трансвагинальное, МРТ) позволяет определить родоразрешения.

3. Ввиду затрудненной диагностики несостоятельности рубца на матке ведение родов через естественные родовые пути представляет высокий риск, который должен быть оправдан в каждом конкретном случае; решение о ведении родов через естественные родовые пути принимать консультативно при наличии письменного информированного согласия женщины.

4. Учитывая достаточно частое бессимптомное расхождение рубца на матке после кесарева сечения, возможно имеет смысл использовать термин «расползание», а не «разрыв» матки по рубцу.

5. Принимая во внимание высокую частоту угрозы прерывания беременно-

сти и плацентарной недостаточности, следует проводить профилактику и своевременную диагностику этих осложнений, при их развитии осуществлять госпитализацию для динамического наблюдения и выбора акушерской тактики.

6. Проведение повторного кесарева сечения должно осуществляться опытным специалистом с учетом риска травмирования внутренних органов из-за выраженного спаечного процесса и возможных трудностей при извлечении плода, а также риска повышенной кровопотери в случае расположения плаценты в области рубца.

7. Ввиду высокой частоты у новорожденных признаков морфофункциональной незрелости, целесообразно родоразрешать женщин не ранее 38–39 недель беременности при отсутствии подозрений на несостоятельность рубца на матке и благополучном состоянии плода. На операции обязательно присутствие врача-неонатолога в операционной и наличие условий для проведения первичных реанимационных мероприятий.

8. Высокий процент отказа женщин от стерилизации при повторном кесаревом сечении и мотивация у каждой пятой прервать вновь наступившую беременность, диктует необходимость обязательного консультирования по вопросам контрацепции.

9. Женщины после повторного кесарева сечения нуждаются в диспансерном наблюдении врачом акушером-гинекологом с проведением комплексного обследования с использованием МРТ и УЗИ для оценки состояния органов малого таза.

Литература

1. Николаева Е.И., Кочиева С.К., Комиссарова Л.М., Горбачева А.В. Контрацептивное поведение женщин после кесарева сечения // Журнал Российского общества акушеров-гинекологов. – 2005. – № 3. – С.24–26.
2. Горбачева А.В., Комиссарова Л.М., Васильченко О.Н. Особенности течения беременности, операции и послеоперационного периода у женщин с кесаревым сечением в анамнезе // АГ-Инфо. – 2007. – № 1. – С.20–22.
3. Горбачева А.В., Комиссарова Л.М., Чернуха Е.А., Милованов А.П., Куринов С.Б., Огай О.Ю. Диагностика состояния рубца на матке у беременных, перенесших кесарево сечение // Акушерство и гинекология. – 2008. – № 1. – 40–44.