**Кесареве січення**

**ВСТУП:**

**Актуальність теми:** У сучасному акушерстві кесарев перетин (КС) як метод родоразрешения займає винятково важливе місце і є однією з найбільше часто виконуваних операції (В.Я.Голота, А.И. Лялькина, 1989; Л.М. Комиссарова, А.А. Голстян,1987; А.С. Слепых, 1986; В.И. Краснопольский, 1997; Л.С. Логунов, 1996; Е.А. Чернуха, 1997; Martin JN, Perry KG,etal,1997).

Актуальність операції КС у сучасному акушерстві обумовлено пошуком шляхів зниження перинатальной і материнської захворюваності і смертності. Абдоминальне родоразрешение дозволило знизити показники материнської смертності при деяких видах акушерської патології: важких формах тиксикозу, передчасній отслойке нормально розташованої плаценти і її предлежании, а також при визначених видах экстрагенитальной патології (А.С. Слепых, 1986; Г.Г. Герасимович, 1982; Э.К. Айламазян,1997; Б.М. Венцковский, 1998; В.С.Дашкевич, Л.Б. Гутман, Н. М. Гойда і ств.,1998; Н.М. 1-Пзова, Л.М. Попова, С.В. Хаскша та сшв., 1998; В.Е. Радзинский, Т.В. Галила, И.Н. Костин і соавт., 1998;).



Проведення операції КС позначилося на показниках перинатальної захворюваності і смертності, поліпшило вихід вагітності для плоду в тазовому предлежании, вузькому тазі, випаданні пуповины, при интранатальной гипоксии плоду й ін. (В.Я. Голота, А.И. Лялькина, 1989; В.В. Абрамченко, Е.А. Ланцев, 1991; Л.С. Логунов, 1996; Е.А.Чернуха. 1997; Б.М. Венцковский, 1998; Е.Г. Сулима, В.В. Брынь П.В. Бондаренко і соавт., 1998; Н.М. Шзова, Л.М. Попова, С.В. Хаскина та шш., 1998). Відзначені найбільше сприятливі результати зниження перинатальной захворюваності і смертності при плановому КС.

Частка кесарева перетину як методу родоразрешения в Україні за останні 20-30 років збільшилася в десять разів із 0.7% до 8%. Поряд із збільшенням частоти первинного КС збільшується і частота повторного КС (В.Я.Голота,1989; Б.М. Венцовский, 1998; Я.П. Сельский, Д.Ф. Ткаченко, 1998; Л.В. Тимошенко, С.О. Авраменко, Л.М. Пютрович та ств., 1998; B.I. Ямпольска, А.Ф. Пономарьова, Н.Ю. Домброван, 1998). На думку Л.В. Тимошенко й А.Н. Рыбалка (1991) стає очевидним той факт, що до 2000 року основним показанням до операції КС в Україні буде рубець на матці, тому що частота повторних операції за останні роки збільшилася в 3 рази.

Рубець на матці, визначає особливості плину даної вагітності, що нерідко протікає з явищами погрози переривання, плацентарной недостатністю, неправильним положенням плоду, збільшенням частоти тазового педлежания; крім того, у жінок із рубцем на матці розвивається затримка внутрішньоутробного розвитку плоду в зв'язку з фетоплацентарной недостатністю (Л.М. Юр'ева, С.М. Ясшковська, 1998; В.В. Чуб, I. В. Чибисова, Л.В. Хижняк та сшв.,1998; С.О. Швиденко, 1997; Е.А. Чернуха, 1997).

Таким чином, що всевозрастает частота кесарева перетину в інтересах плоду не вирішує до кінця багатофакторну проблему перинатальных утрат, у той час як збільшення частоти операції кесарева перетину призводить до тому, що зростає ризик невынашивания наступної вагітності, підвищується рівень интра- і постоперационных (найближчих і віддалених) ускладнень при повторному кесаревом перетині, що у свою чергу погіршують показники материнської і перинатальной захворюваності і смертності.

Надзвичайною ситуацією варто вважати збільшення показників материнської захворюваності і смертності в післяопераційному періоді. Дані літератури свідчить про те, що материнська смертність (МС) після операції КС у 12-13 разів вище, чим після родів через природні пологові шляхи і складає від 0.7% до 3.8% (Е.А. Чернуха., Л.М. Комиссарова, 1986; Е.А. Ланцев, 1989; В.В.Черная ,Ф.С. Такунов, 1989; Ю.М. Блошанский, 1992; С.В. Коханевич, Й.Я. Геревич, А. А, Суханова та ствю, 1998; Onsrud L, Onsrod M, 1996; Chen LH, Tan KH, Yeo GS, 1995; Rachdi R, Mouelhi C, Fekin MA, Massoudi L, Brahim H, 1994; CG Zorlu, N Danisman, T Caglar et al., 1996; АН Sultan, SL Stanton, 1996).

За даними О.Г. Фролова (1997) МС після абдоминального родоразрешения складає біля 0.18% і обумовлена кровотечею, гестозами, послеродовым сепсисом, розірванням матки, анестезиологическими ускладненнями, тромбоэмболией легеневої артерії, емболією околоплодными водами. Исследования В.И. Краснопольского і соавт. (1997) показали, що основними причинами материнської смертності після операції КС є гнійно-септичні ускладнення, що не мають тенденції до зниження, незважаючи на удосконалення методів операції і тактики ведення послеродового періоду.

При повторних КС частота різноманітних ускладнень, пов'язаних з оперативним утручанням, коливається від 15% до 25% (Ю.М. Блошанского, 1992; В.И. Кулаков, И.В. Прошина, 1994; Б.Л. Гуртовой. А.И. Ємельянова, А.П. Никонов, 1998).

Дослідження багатьох авторів показали, що повторні (3 і більш разом) КС призводять до: збільшення тривалості операції; зростає ризик розвитку атонических кровотечі під час операції. Частота цього ускладнення під час КС у 3-5 разів вище, чим після самопроизвольных родів і складає біля 3,8% (В.В. Чуб, 1998; С.В. Черных, Т.М. Дьомына, Ы.О. Могильовська та спыв., 1998), при кровотечах під час і після КС у 60% випадків провадиться гистерэктомия.

Незважаючи на удосконалення техніки операції і використання потужних антибактериальных і засобів, що иммунокорригируют, у даний час частота ускладнень при загоєнні ран після абдоминального кесарева перетину залишається досить високої і коливається в межах 15-45% (В.И.

Куркулів, Е.А. Чернуха, Л.М. Комиссарова і соавт., 1997; Ф.П. Смекуна, В.А. Туманова, И.Р. Зак, 1991; L Milasinovik, G Cetkovik et al, 1997). Найбільше стабільним ускладненням є перитоніт (0. 5-1%), що виник в основному в результаті недостатності швів на матці (A Mahmoud, S Silapaswan, ДО ДО Lin et al., 1996).

Вибір методу родоразрешения для вагітних із рубцем на матці після КС подає значні трудності, зокрема, через відсутність чітких критеріїв, що характеризують стан рубця. Погроза розірвання матки по рубці є найбільше частим показанням до повторної операції КС.

За даними різноманітних авторів, частота виникнення цієї патології коливається від 16 до 63% (48%) серед усіх вагітних, що мали КС в анамнезі (Стрижаков А.Н., Пасынков М.А., 1989; М.А. Пасынуов,1989; Л.В.Тимошенко, А.М. Рибалка, Ю.П.Вдовиченко,1991; Л.В.Тимошенко, Т.Г. Романенко.1993). Цим даним суперечать результати досліджень інших авторів, що у своїх роботах показали, що частота розбіжності шва по рубці коливається від 0,2 до 3,5% (Fukuda M, Shimizu Т, lhara Y, et al.,1991; Flamm BL, Newman LA., Thomas SJ e al.,1991; Farmer RM., Kirschbaum Th., Potter D., et al.,1991; Horowitz BJ, Edelstein SW, Lippman L, 1981; Saldana LR, Schulman H, Reuss L., 1979).

За даними вітчизняних і закордонних авторів від 28 до 93% пацієнтів із рубцем на матці після КС при наступній вагітності родоразрешаются шляхом повторної операції кесарева перетину (Л.В.Тимошенко, А.М.Рибалка, Ю.П.Вдовиченко, 1991; Л.С.Мареева, И.И. Левашова, Д.Б.Мильман.1989; P.Kirkiren, 1989; Soliman SRH, Burrows, 1993;

Tedesse E, Adane M, Abiyou M, 1996). Таким чином, настільки висока частота повторного оперативного родоразрешения багато в чому обумовлена відсутністю чітких клінічних і прогностичних критеріїв діагностики спроможністі рубця на матці, що мішає виробити правильну тактику родоразрешения.

Удосконалення методів діагностики є одним із резервів зниження частоти повторних операції КС і, отже, интра- і післяопераційних ускладнень. У сформованій ситуації рекомендується особливо актуальним пошук нових, інформативних методів діагностики стана рубця на матці після кесарева перетину.

Ціль роботи:

Зниження материнської і перинатальной захворюваності і смертності в жінок із рубцем на матці після операції кесарева перетину шляхом розробки інформативних прогностичних методів діагностики внутрішньоутробного стана плоду і функціональної повноцінності оперованої матки для виробітки оптимальної тактики і термінів родоразрешения.

Задача:

1. Вивчити плин вагітності, стан внутрішньоутробного плоду, а також нижнього маткового сегмента в т.ч. рубця на матці в жінок, що перенесли операцію кесарева перетину.

2. Вивчити вплив рубця на матці на положення і предлежание плоду, а також на локалізацію плаценти.

3. Вивчити вплив локалізації плаценти стосовно рубця на стан внутрішньоутробного плоду.

4. 0ценить морфологічні і функціональні особливості плаценти, пуповины і плодових оболонок у жінок із рубцем на матці після абдоминального родоразрешения.

5. Вивчити плин післяопераційного періоду: характер ускладнень, їхню частоту і вплив на виходи післяопераційного періоду.

6. На підставі отриманих даних розробити практичні рекомендації по веденню вагітних із рубцем на матці, корекції стана фето-плацентарного комплексу, виборові оптимального терміна і раціонального методу родоразрешения.

Наукова новизна:

1. Вперше проведене вивчення діагностичної і прогностичної значимості ультразвуковых критеріїв оцінки стана нижнього маткового сегмента після попереднього абдоминального родоразрешения.

2. Вперше проведене вивчення впливу розташування плаценти стосовно рубця матки на внутрішньоутробний стан плоду і на функціональну повноцінність матки.

3. Вперше вивчені морфологічні особливості плаценти, пуповины і плодоввых оболонок у жінок із рубцем на матці після КС.

4. Уточнено особливості плину вагітності, родів і послеродового періоду при повторному абдоминальном родоразрешений.

5. Вперше науково обгрунтована методика поетапної корекції ФПН при повторному родоразрешений шляхом операції кесарева перетину.

Практична значимість: розроблені критерії діагностики функціонального стана матки і внутрішньоутробного стана плоду. Запропонована науково обгрунтована методика поетапної корекції фетоплацентарной недостатності при повторній операції кесарева перетину. Розроблено показання до повторному абдоминальному родоразрешению. Уточнено положення про раціональний метод і терміни родоразрешения. Основні положення, выносимые на офіційний захист:

1-Родоразрешение шляхом операції кесарева перетину жінок із рубцем на матці супроводжується великою частотою ускладнень як під час операції таки в післяопераційному періоді.

2. Рубець на матці визначає морфологічні і, отже, функціональні особливості плаценти, пуповины і плодових оболонок у жінок із рубцем на матці після попереднього абдоминального родоразрешения.

3. Рубець на матці впливає на внутрішньоутробний стан плоду, а також на положення і предлежание його.

4. Через відсутність абсолютно достовірного методу визначення функціональної неспроможності матки, комплексна оцінка даних анамнезу, клінічного огляду ультразвуковой діагностики стана фето-плацентарного комплексу дозволяє обгрунтувати тактику ведення берменности і родів.

Апробація роботи: Основні положення дисертації повідомлені на науной конференції Асоциации акушерів-гінекологів України (Сімферополь, 1998).

Впровадження в практику: за підсумками досліджень опубліковані 2 статті в центральній пресі. Розроблені критерії прогнозування функціональної спроможністі матки і врутриутробного стана плоду і тактика уведення вагітності і родів введені в практику роддома №3 р Києва.

Обсяг і структура дисертації. Робота викладена на сторінках машинопису. Вона складається з уведення, огляду літератури,3-х глав власних досліджень, висновки висновків, практичних рекомендації і списку основної використаної літератури, що включає джерела, у т.ч. вітчизняних і закордонних авторів.

Дисертація ілюстрована таблицями і 10 малюнками.

**Особливості плину вагітності і її виходів у жінок після перенесеного кесарева перетину**

У сучасному акушерстві кесарево перетин (КС) як метод родоразрешения займає винятково важливе місце і є однієї з найбільше часто виконуваних операції (В.Я.Голота, А.И. Лялькина, 1989; Л.М. Комиссарова, А.А. Голстян,1987; А.С. Слепых, 1986; В.И. Краснопольский, 1997; Л.С. Логунов, 1996; Е.А. Чернуха, 1997; Martin JN, Perry KG, etal. ,1997).

Значення операції КС у сучасному акушерстві обумовлено пошуком шляхів зниження перинатальной і материнської захворюваності і смертності. Абдоминальное родоразрешение дозволило знизити показники материнської смертності при деяких видах акушерської патології: важких формах тиксикозу, передчасній отслойке нормально розташованої плаценти і її предлежании, а також при визначених видах экстрагенитальной патології (А.С. Слепых, 1986;

Г.Г. Герасимович, 1982; Э.К. Айламазян,1997; Б.М. Венцковский, 1998;

В.С.Дашкевич, Л.Б. Гутман, Н.Г. Гойда і ств.,1998; Н.М. Шзова, Л.М. Попова, С.В. Хаскша та сшв., 1998; В.Е. Радзинский, Т.В. Галила, И.Н. Костин і соавт. , 1998;).

Проведення операції КС позначилося на показниках перинатальной

захворюваності і смертності, поліпшило вихід вагітності для плоду в

тазовому предлежании, вузькому тазі, випаданні пуповины, при

интранатальной гипоксии плоду й ін. (В.Я. Голота, А.И. Лялькина, 1989;

В.В. Абрамченко, Е.А. Ланцев, 1991; Л.С. Логунов, 1996;

Е.А.Чернуха,1997; Б.М. Венцковский, 1998; Е.Г. Сулима, В.В. Брынь П.В. Бондаренко і соавт., 1998; Н.М. Шзова, Л.М. Попова, С.В. Хаскина та шш. , 1998). Відзначені найбільше сприятливі результати зниження перинатальной захворюваності і смертності при плановому КС.

Розширенню показань до абдоминальному родоразрешению сприяли розвиток і удосконалювання акушерської науки, анестезиологии, реаниматологии, служби переливання крові, асептики й антисептики, удосконалення якості шовного матеріалу, раціональна веденню післяопераційного періоду з застосуванням антибіотиків (Л.М. Комиссарова, А.А. Голстян, 1987; В.Н. Сєров, С.А. Маркин, Е.В. Жаров, 1986; Е.А.Чернуха, 1993; Л.В.Тимошенко, С.О. Авраменко. Л.М. Пютрович та сшв., 1998; Kirkmen P., 1988). У акушерстві в зв'язку з цим намітився "ультрахирургическое" напрямок, особливо в розвитих країнах, де частота абдоминального родоразрешения зросла за останні два десятиліття, досягнувши в Росії 10,1%, у Європі 12-16,7%, у Канаді 18,7%, у США 25%, у Бразилії 35% (Е.А.Чернуха, 1997; В.И. Кулаков і соавт., 1997; Ф.П. Смекула і соавт., 1991; Л.М. Комиссарова, 1998; P.H. Shiono et al, 1987; P.J. Placek, S.M. Taffel, 1988; R.M. Fammer, et al., 1991; W. Savage, C. Francone, 1993; E. Hemminki, 1996).

По Російській Федерації, частота кесаревых перетинів в останнє десятиліття збільшилася приблизно в 3 разу. У 1995 р вона склала 11% і продовжує рости. У багатьох спеціалізованих клінічних заснуваннях, що є колекторами різноманітної патології, частота виконання КС перевищує 30%. У той же час зниження перинатальной смертності не спостерігається - її рівень коливається в межах 18% (Е.А.Чернуха.1997).

Частка кесарева перетину як методу родоразрешения в Україні за останні 20-30 років збільшилася в десять разів із 0.7% до 8%. Поряд із збільшенням частоти первинного КС^увеличйвается і частота повторного КС (В.Я.Голота,1989; Б.М. ВенцЬвский, 1998; Я.П. Сольский, Д.Ф. Ткаченко, 1998; Л.В. Тимошенко, С.О. Авраменко, Л.М. ГПотрович та сшв. , 1998; B. I. Ямпольска, А.Ф. Пономарьова, Н.Ю. Домброван, 1998). По

думці Л.В. Тимошенко й А.Н. Рыбалка (1991) стає очевидним той факт, що до 2000 року основним показанням до операції КС в Україні буде рубец на матці, тому що частота повторних операції за останні роки збільшилася в 3 разу.

Аналіз результатів абдоминального родоразрешения показує, що снижение перинатальной смертності не може бути досягнуто лише

шляхом розширення показанні до операції КС, що є серйозним утручанням із нередкими интра- і післяопераційними ускладненнями як для матері, так і для плоду (В.И. Алипов і соавт., 1989; Э.Н. Синдеева і соавт., 1989; Г.М. Савельєва і соавт., 1989; В.В.Черная, Ф.С. Такунов, 1989; Н.М. Рожковская, 1998). На думку багатьох акушерів-гінекологів збільшення питомої ваги операції КС із метою зменшення перинатальной смертності не може перевищувати 10-15% (Г.М. Савельєва і соавт., 1989; Ю.М. Блошанский, 1992; В.И. Краснопольский і В.Е.Радзинский, 1993; N.F. Nielsen et al., 1986).

Дані, надані багатьма перинатальными центрами, свідчать про відсутність кореляції між збільшенням частоти КС і поліпшенням показників перинатальной захворюваності і смертності (В.Н. Плотникова й ін.,1988). Исследования R. Роггесо (1985), проведені в США, показали, що перинатальные показники захворюваності і смертності не відрізняються друг від друга при частоті КС 17,6% і 5,7%. На підставі цього автор робить висновок про можливість досягнення гарних виходів для плоду при не високій частоті оперативного родоразрешения. Правомірність такого висновка підтверджується тим, що при КС перинатальные втрати в 2,5-3 разу перевищують перинатальные втрати при самопроизвольных родах, а рівень материнської захворюваності і смертності від післяопераційних ускладнень збільшується.

Таким чином, стає очевидним, що частота кесарева , що всевозрастает, перетину в інтересах плоду не вирішує до кінця багатофакторну проблему перинатальных утрат, у той час як збільшення частоти операції кесарева перетину призводить до тому, що зростає ризик невынашивания наступної вагітності, підвищується рівень интра- і постоперационных (найближчих і віддалених) ускладнень при повторному кесаревом перетині, що у свою чергу погіршують показники материнської і перинатальной захворюваності і смертності.

**Особливості плину вагітності в жінок після що перенесли КС**

Бермеменность, при наявності рубця на матці, нерідко протікає з явищами погрози переривання, плацентарной недостатністю, неправильним положенням плоду, збільшенням частоти тазового педлежания; крім того, у жінок із рубцем на матці розвивається затримка внутрішньоутробного розвитку плоду в зв'язку з фетоплацентарной недостатністю (Л.М. Юр'ева, С.М. Ясшковська, 1998; В.В. Чуб, I. В. Чибисова, Л.В. Хижняк та сшв.,1998; С.О. Швиденко, 1997; Е.А. Чернуха, 1997).

Відзначено, що КС в анамнезі є самостійним чинником ризику розвитку такого грізного ускладнення вагітності, як Placenta praevia accreta (DA Miller, JA Chollet, TM Goodwill, 1997). Особливо високий ризик розвитку Placenta accreta, коли плацента розташовується на рубці (N Benzineb, MA Fekih, ПРО Battikh, et al., 1995; DA Miller, JA Chollet, TM Goodwin, 1997). У пацієнтів із рубцем на матці після КС предлежание плаценти, за даними різних авторів, зустрічається в 5-25 разів частіше, ніж у звичайній популяції. При цьому Placenta praevia у 10% випадків сполучиться з патологією її прикріплення, як-от із placenta accreta. Встановлено, що зі збільшенням кратності операції КС в анамнезі прямо пропорційно збільшується ризик виникнення Placenta praevia accreta (SK Chattopadhyay, H Kharif, MM Sherbeeni, 1993; С Morgeli, S Schultz, 1996; ZM Zaki, AM Bahar, ME Alt, et al., 1998).

Найбільше небезпечним для життя жінки і плоду ускладненням під час вагітності і, особливо, у родах і в послеродовом періоді є розірвання матки по рубці. За даними H Abbassi, A Aboulfalah, M el Kerroumi, et al., (1998) частота розірвання матки в родах складає біля 2.7%, що, пов'язано з корпоральным КС. При наявності рубця матки після операції КС у нижньому матковому сегменті частота розірвання по рубці складає не більш 1,05% (JN Jr Martin, KG Jr Perry, WE Roberts, et al., 1997; M Ranzinger, A Fuentes, LV Smyk, 1994; У Sebhatu, 1994; T Silberstein, A Wiznitzem, M Katz, et al., 1998; CG Zorlu, N Danisman, T Caglar, et al., 1996; JC Lynch, JP Pardy, 1996). Після родів через природні пологові шляхи в пацієнтів із КС в анамнезі частота цього ускладнення коливається в межах від 0.8% до 3.6% (R Lovell, 1996; AT Abu-Heija, 1995; MF Alves, A Cordeiro, M da С Cardoso, LM Graca, 1993).

Класичне кесарево перетин є чинником ризику розірвання матки не тільки в родах, але ,і під час вагітності (SG Levrant, M Wingate, 1996).

Рубець на матці після попереднього абдоминального родоразрешения визначає особливості умові і плини повторної операції.

Ускладнення, що виникають при цьому, залежать насамперед від

преморбидного фона жінки, а також від кваліфікації хорурга, анестезіолога і ряду інших причин. Дослідження багатьох авторів показали, що повторні (3' і більш разом) КС призводять до: збільшення тривалості операції; зростає ризик розвитку атонических кровотечі під час операції. Не отрицая, описані у всіх підручниках чинники ризику розвитку кровотеч, КС варто віднести до групи найбільше ймовірних чинників ризику, тому що частота цього ускладнення під час КС у 3-5 разів вище, чим після самопроизвольных родів і складає біля 3,8% (В.В. Чуб, 1998; С.В. Черных, Т.М. Дьомына, І.О. Могильовська та спыв., 1998; ); при кровотечі під час і після КС у 60% випадків провадиться гистерэктомия.

У порівнянні з родами через природні пологові шляхи, КС в анамнезі збільшує ризик виникнення необхідності ургентной гистерэктомии в 18 разів. Біля 2.7% усіх операції КС закінчуються видаленням органа. Основними показаннями при цьому є: placenta praevia, increta, accreta, adherence, отслойка нормально розташованої плаценти, кровотеча, розривши матки, пуерперальный сепсис і ін.(8 Konrad, J Tanyi, 1996; F Gardeil, S Daly, MJ Turner, 1995; N Benzineb, MA Fekin, 0 Battikh.et al., 1995; P Sinha, КС De, 1993).

При наявності placenta praevia у жінок із рубцем на матці після КС частота гистерэктомии складає 10%, а при placenta praevia accreta-66% (SK Chattopadhyay, H Kharif, MM Sherbeeni, 1993; ZM Zaki, AM Bahar, ME Alt, et al., 1998; PH Wang, HT Chao, CC Yuan, et al., 1998).

При повторних КС частота різноманітних ускладнень, пов'язаних з оперативним утручанням, коливається від 15% до 25% (Ю.М. Блошанского, 1992; В.И. Кулаков, И.В. Прошина, 1994; Б.Л. Гуртовой. А.И. Ємельянова, А.П. Никонов, 1998). Збільшується частота ушкодження сечового пухиря, характерні такі ускладнення, як продовження розтину, поранення судинного пучка, сусідніх органів черевної порожнини (Ю.М. Блошанский, 1992; В.И. Кулаков і соавт.,1997; В.Н.Сєров, А.М.Абубакирова, 1997; В.И. Грищенко, В.В. Лазуренко, 1998; Kirkinen P, 1988;

Tadesse E; Adane M; Abiyou M, 1996 ).

У структурі післяопераційних ускладнень гнійно-септичні ускладнення займають істотне місце і частота їхній виникнення не має тенденції до зниження (С.Я. Сольский, С.В. Артамонов, 1998; В.И. Кулаков, Е.А. Чернуха, Л.М. Комиссарова і соавт., 1997; О.Г. Фролова, 1997; Е.А.Чернуха, 1997).

Операція КС дотепер подає реальну погрозу здоров'ю матері, пов'язану, насамперед, із ростом гнійно-септичної захворюваності в післяопераційному періоді, частота якої коливається від 15 до 75% (##В. Я. Голота і соавт., 1979,1987; ##Б. Л Гуртовий і соавт., 1981, 1982; ##Г. К. Степанковская, С. Я. Сольский, 1982; Е А. Ланцев, 1989;

Грохольский В.А., 1989; Nice С, Feeney A, Godwin P et al, 1996). Дослідження Nice С, Feeney A, Godwin P et al. (1996) показали, що число піхвових дослідженні і рівень инфицирования строго коррелируют.

За даними закордонних авторів післяопераційні септичні ускладнення спостерігаються від 11,2 до 20,8% випадків (Onsrud L, Onsrud M, 1996).

Можливість розвитку нозокомиальной інфекцій реально при абдоминальном родоразрешении. При цьому рівень септичних ускладненні складає 40-45% (Handersen E, Love EJ, 1995).

При ургентном КС частота септичних ускладнень складає від 32.9% до 62.7%, при плановому - від 8,3 до 28% (Lewis DF, Otterson WN, Dumiiboo DR, 1990).

Незважаючи на удосконалення техніки операції і використання потужних антибактериальных і засобів, що иммунокорригують, у даний час частота ускладнень при загоєнні ран після абдоминального кесарева перетину залишається досить високої і коливається в межах 15-45% (В.И. Кулаков, Е.А. Чернуха, Л.М. Комиссарова і соавт., 1997; Ф.П. Смекуна, В.А. Туманова, И.Р. Зак, 1991; L Milasinovik, G Cetkovik et al, 1997). Найбільше стабільним ускладненням є перитоніт (0. 5-1%), що виник в основному в результаті недостатності швів на матці (A Mahmoud, S Silapaswan, ДО ДО Lin et al., 1996). Все це ставить перед акушерами-гінекологами серйозну проблему оптимізації формування рубця на матці, від якого залежить результат завершення операції і прогноз для таких вагітностей і родів. В даний час немає єдиної думки про те, що є більш оптимальним: використання дворядного або однорядного, узлового або безупинного шва. Аналіз сучасної закордонної і вітчизняної літератури покзав, що превага варто віддавати безупинному однорядному шву, для відновлення цілісності матки; при цьому викрил, дексон і їхні аналоги мають перевагу перед кетгутом (В.И. Кулаков, Е.А. Чернуха, Л.М. Комиссарова і соавт., 1997; Б.М. Венцковский, 1998; А, Ш. Коридзе, Ш.Ш. Херодинашвили, Т.И. Асатиани, 1998; Л.1. 1ванюта, С.0. 1ванюта, 1998).

Не менше актуальними є віддалені наслідки абдоминального родоразрешения. КС викликає зниження фертильности, збільшення частоти невынашивания вагітності; призводить до розвитку альгодисменореи, порушення менструального циклу, змін у сексуальній функції. У післяопераційному періоді жінки страждають: болями насподі живота, що не піддаються лікуванню, нейроэндокринными порушенням. Крім того, при збільшується частота эктопической вагітності, росте відсоток ускладнень, пов'язаних із даною вагітністю і родів, зростає частота патології плаценти і погіршуються перинатальные показники (Е.А.Чернуха, 1997; Т.Г. Романенко, 1998; Л.М. Юр'ева, С.М. Ясшковська, 1998; С.О. Швиденко, 1997; Е. Hemminki,1996; A Mancuso, V Palmara, E Crea, A Maimone, 1996).

Операція КС є причиною розвитку таких не частих, але серйозних ускладненні, як эндометриоз рубця і передньої черевної стінки, ці наслідки порушують стан хворого і потребують хірургічного втручання (VJ Baron, MM Moreno, RD Ortega, AA.Kably, 1997; AZ Grozdz, 1996; A Kafkasli, RR Franklin, D Sauls, 1996,0 Kaplan, L Abramov, 1995;V Tanos, SO Anteby, 1994).

Рідкісним, але грізним для життя і здоров'я є розвиток эктопической вагітності в рубці, що у свою чергу, спричиняє такі ускладнення, як кровотеча і розривши матки (PA Godin, S Basil, J Donnez, 1997; H Roberts, С Kohlenber, V Lanzarone, H Murray, 1998).

Дані ряду дослідників указує на те, що КС є також чинником ризику розвитку такого ятрогенного ускладнення, що инвалидизирует, як пузирно-матковий свищ. У 90% жінок із цією патологією в анамнезі КС, причому частота даного ускладнення прямо пропорційна кратності повторних операції. (Р Kirkinen, 1988; R Afriat, JM Casanova, G Bercau, 1997; M Jozwik, M Jozvik, W Lotocki, 1997;).

Більшість дослідників на підставі особистого досвіду прийшли до висновку, що повторне КС не є єдиним методом родоразрешения, тим більше що поранення сусідніх органів, якірні розірвання нижнього сегмента при витягу плоду, патологічна крововтрата, гнійно-септичні ускладнення, тромбоэмболические ускладнення бувають частіше, а материнська смертність - значно вище, чим при першому КС (Ю.М. Блошанский, 1992). (1-3).

Надзвичайною ситуацією варто вважати збільшення показників материнської захворюваності і смертності в післяопераційному періоді.

Дані літератури свідчить про те, що материнська смертність(МС) після операції КС у 12-13 разів вище, чим після родів через природні пологові шляхи і складає від 0.7% до 3.8% (Onsrud L, Onsrud M, 1996; Chen LH, Tan KH, Yeo GS, 1995; Rachdi R, Mouelhi C, Fekin MA, Massoudi L, Brahim H, 1994; CG Zorlu, N Danisman, T Caglar et al., 1996; АН Sultan, SL Stanton, 1996). Ці дані узгодяться з результатами вітчизняних авторів, що вказують на те, що ризик смерті матері при КС у 10-26 разів вище, чим при родах через природні пологові шляхи і коливається від 0,02 до 3,9%. (Е.А. Чернуха., Л.М. Комиссарова, 1986; Е.А. Ланцев, 1989; В.В.Черная ,Ф.С. Такунов, 1989; Ю.М. Блошанский, 1992; С.В. Коханевич, Й.Я. Геревич, А. А, Суханова та сшвю, 1998).

Материнська летальність за даними Ю.М. Блошанского (1992) при абдоминальном родоразрешении складає 20,4%про, мертворождаемость 10,9%про і рання неонатальная смертность-9,2%о. Природно, причиною втрати дітей явилася не сама операція КС, а сполучення чинників, що є показанням до операції.

За даними О.Г. Фролова (1997) МС після абдоминального родоразрешения складає біля 0.18% і обумовлена кровотечею, гестозами, послеродовым сепсисом, розірванням матки, анестезиологическими ускладненнями, тромбоэмболией легеневої артерії, емболією околоплодными водами. Исследования В.И. Краснопольского і соавт. (1997) показали, що основними причинами материнської смертності після операції КС є гнійно-септичні ускладнення, що не мають тенденції до зниження, незважаючи на удосконалення методів операції і тактики ведення послеродового періоду.

Смерть від септичних ускладнень варто розглядати як результат: проведення КС при наявності протипоказань, неадекватного вибору методу операції і шовного матеріалу, поганій оперативної техніка і недостатньо кваліфікованим веденням післяопераційного періоду (Ю.М. Блошанский, 1992; В.И.Краснопольский і соавт. 1997; Е.А. Чернуха, 1997).

Частота перитонітів після КС складає 0,5%, летальність 9% (Ю.М. Блошанский, 1992).

Однієї з частих причин материнської смертності при КС є кровотеча і невчасне, неадекватне по обсязі оперативне втручання, неадекватне надолуження крововтрати (Ю.М. Блошанский, 1992; Tadesse E; Adane M; Abiyou M, 1996; В.И.Кулаков і соавт.,1997).

Нерідко причиною смерті є важка форма гестоза, що не піддається консервативної терапії. Безпосередніми причинами смерті в цих випадках були крововиливи в мозок, набрякнув мозку, полиорганная недостатність (Т.А. Старостина, О.Г. Флорова, 1989; S. Roopnarinesingh et al., 1996).

Показники материнської смертності в Україні залишаються високими, укладаючи по роках: 1990 г-32,4; 1994-32,3; 1997-30,1 на 100000 дітей, що народилися живими (Н.Г. Гойда, 1998). Відомо, що розширення показань до КС мало своєю ціллю зниження частоти материнської і перинатальной смертності. Частота КС за останні роки в м. Києві зросла з 7,8% у 1989 р. до 14,2% у 1997. При цьому показник материнсой смертності склав у 1997 р. 45,8%вона 100 тисяч живорожденных; показник перинатальной смертності знизився незначно з 15,2 %про у 1989 р. до 14,2%про у 1997 р. (А. Я Сенчук, 1998).

Твердження "Один разом КС - завжди КС " більше не є непохитною догмою. Проте, два рази КС-всегда КС усе ще залишається непохитної через серйозний ускладненні як із боку матері, так і з боку плоду. (В.Е. Finley et al. , 1986; R. N. Jamelle, 1996;). У таких умовах резервом зниження рівня материнської захворюваності і смертності є зниження частоти абдоминального родоразрешения, особливо, за рахунок повторних операцій КС шляхом удосконалювання методів консервативного ведеЙия жінок із рубцем на матці Петербург: Медицина, 1991.-147 с.

• Абрамченко В.В., Ланцев Е.А. Кесарево перетин. -Санкт-Петербург: Медицина, 1991.-147 із.

**Консервативне родоразрешение жінок після КС:**

Збільшення частоти абдоминального родоразрешения створює проблему - ведення вагітності і родів у жінок із рубцем на матці. Біля 30% жінок, родоразрешенных шляхом КС, планують у будущем вагітність, що часто ставить у скрутне становище лікаря при виборі тактики ведення вагітності і родів. Т.до. чіткі критерії ризику відсутні. Засоби вивчення тривкості рубця на матці після операції не дозволяє оцінити функціональні можливості під час наступних родів. Багато в чому рішення питання залежить від кваліфікації лікаря (Ю.М. Блошанский, 1992).

Незважаючи на переваги операції КС у деяких акушерських ситуаціях, що значно зросла частота її застосування викликає занепокоєння в клініцистів у усьому світі (В.Я.Голота, А.И.Лялькина, 1989; Е.А. Чернуха, 1997; N. Gleicher, 1984; T.F. Nielsen, 1986; P.H. Shiono et al, 1987; R.M. Farmer et al., 1991; C.M.Peterson, N.J.St.G.Saunders, 1991; Soliman SRH, Burrous Rf, 1993).

За даними закордонних публікації, до 70-90% жінок із рубцем на матці після КС, навіть після 2-3 операції, успішно можуть бути родоразрешены через природні пологові шляхи (В. І, Краснопольский, Л.С. Мареева, О.Н. Шалаев і соавт., 1994; G.S. Eglinton et al., 1984; M.N. Jarrel et al.,1985; B.G. Molloy et al., 1985; P.H. Shiono et al.,1987; J.P. Phelan et al.,1987; F.P. Meehan, I.M. Magani,1989; C. Chazotte, W..R Cohen,.1990).

Визначити "оптимальний" рівень частоти операції КС неоднозначно, цілком очевидно, що частота цієї операції прямо пропорційно не коррелирует із ростом ризику з боку матері або плоду в даній популяції. Відомо, що крім акушерських чинників, грають важливу роль общесоциальные: народження єдиної дитини, збільшення числа що первородят старше 30 років, національні традиції, релігійні особливості, участь жінки в рішенні питання про метод родоразрешения і т.д. (P.H. Shiono et al., 1987; G.Chamberlain, 1993; J. Kline, F. Arias, 1993). Саме цим обумовлені розходження в частоті акушерських операцій не тільки по окремих країнах, але й у межах однієї країни. У таких розвитих країнах Європи, як ФРН і Швеція за останні роки частота абдоминального родоразрешения не перевищує 8-10%, а в Ірландії й у більшості акушерських стаціонарів Великобританії складає 5-6% при зниженні, що продовжується, перинатальной патології, чим, наприклад, у США, де рівень КС складає 25% і більше, а показники паринатальной смертності гірше (13,2-8,7%о) (P.H. Shiono et al.,1987; Е.А.Чернуха. 1997).

У США швидке збільшення частоти КС за останні два десятиліття викликало заслужене занепокоєння спеціалістів і громадськості, що призвело до тому, що в 1980 р Національним Інститутом Здоров'я Дітей і Розвитки Людини було прийняте рішення рекомендувати консервативне ведення родів після попереднього КС при ретельному доборі для цього пацієнтів кваліфікованим спеціалістом у госпіталях, де є умови надання ургентной помочі (N. Gleicher, 1984; Р.Н. Shiono et al.,1987; B.E.Frnley, C.E. Gibbs, 1988).

За даними літератури роди через природні пологові шляхи після кесарева перетину можливі в 50-60% пацієнток (А.Б. Погорєлова, Н.А. Кім, 1988; Д.В.Введенский, 1990; Л.С. Логунова, 1996; Т. F. Nielsen, 1986;

D.L. Flamm, 1985; B.G. Molloy, 1987). У зв'язку з цим аксіома, що раніше існувала, Е.В. Cragin (1916) "якось кесарево сечение-всегда кесарево перетин" утрачає свою категоричність. Проте, два рази КС-всегда КС усе ще залишається непохитної через серйозний ускладненні як із боку матері, так і з боку плоду (В.Е. Finley et al., 1986; R.N. Jamelle, 1996;).

Відомим контраргументом для консервативного ведення родів після попереднього КС є можливість виникнення таких серйозних ускладнень, як розривши матки по рубці в родах. Исследования C. J Dewhurst (1957) і B.L.Flamm et al. (1990) показали, що частота розірвання матки по рубці коливається від 0,2% до 3,5%. За даними B. L. Flamm et а1. (1990) рівень розірвання матки по рубці в жінок із попереднім абдоминальным родоразрешением у наступних родах при консервативному їхньому веденні (1,7 на 1000), а також перинатальные втрати (6 на 1000) менше, чим рівень цих показників у звичайній популяції. За даними цього автора 28% жінок із рубцем на матці після попереднього КС успішно були родоразрешены через природні пологові шляхи і, якщо в цілому в (США) країні 28% вагітних із рубцем на матці після попереднього КС будуть родоразрешены успішно через природні пологові шляхи, то це дозволить знизити загальний рівень КС на 10%.

Дослідники, що займалися проблемами виношування вагітності і ведення родів після попереднього КС, розглядають роди через природні пологові шляхи альтернативним методом родоразрешения стосовно повторної операції КС через успішні результати, як для матері, так і для плоду ( ). Аналіз сучасної світової літератури, що стосується проблем родів через природні пологові шляхи, показав, що від 50% до 91% жінок, відібраних попередньо для консервативних родів успішно були родоразрешены (11,10, 106, 19, 22, 28, 34).

Дані літературні вказують на те, що, якщо спроба родів per vias naturelis, у пацієнтів із КС в анамнезі, незначно збільшує ризик розвитку розірвання матки, те навіть планове повторне КС приводит к

збільшенні ризику розвитку кровотечі в родах і септичних ускладненні в послеродовом періоді (12, 58,106, 111).

Порівняння виходів для плоду і матері після консервативних і

повторних оператииных родів показало, що в цілому рівень ускладненні в двох порівнюваних групах значно не відрізняються (11, 99).

Такі показники материнської захворюваності, як: послеродовая лихоманка, эндометрит, розбіжність шва на матці через неспроможність, крововтрата в родах (під час операції), а також тривалість госпіталізації, були краще після родів через природні пологові шляхи в пацієнтів із рубцем на матці, чим після повторного КС (19,125).

Що стосується показників перинатальной захворюваності і смертності, те, наприклад, необхідність надання інтенсивної реанимационной помочі новонародженому, оцінка по шкалі Апгар, септичні ускладнення в ранньому неонатальном періоді, ці показники були краще після консервативних родів, чим після повторного КС (125).

Для успішного ведення родів per vias naturalis необхідний ретельний добір кандидатів для консервативних родів. Головними передумовами для проведення родів per vias naturalis є: одне КС у нижньому матковому сегменті, неосложненное плин даної вагітності, головне предлежание, відсутність цефало-пельвического невідповідності, наявність функціонуючого операційного театру і кваліфікованих лікарів і, звичайно, відсутність протипоказанні до консервативних роод, а також відсутність специфічних акушерських або інших показанні до повторної операції КС (8,10, 36).

По практично одностайному висновку спеціалістів, абсолютним протипоказанням для родів через природні пологові шляхи є: наявність рубця на матці після корпорального КС, вертикального перетину в нижньому матковому сегменті при недоношенной вагітності, розбіжності шва або розривши матки по рубці (45,118, А.Б. Погорєлова, 1989; ME Helperm, DC Moore, WJ Hannah, 1989).

Відносними протипоказаннями до консервативних роод є: наявність в анамнезі більш однієї операції, вагітність двійнею, тазове предлежание, макросомия плоду, цефалопельвическое невідповідність (44, 118).

Результати перспективного аналізу родів при двійні, тазовому предлежании, макросомии плоду, дали підстава дослідникам зробити висновок, що при перерахованих вище станах успішні роди родів per vias naturalis можливі (34, 95).

Приємним для акушерів-гінекологів є той факт, що застосування в родах родостимуляции шляхом використання окситоцина і простагландинов не підвищують ризик розвитку таких ускладнення, як розривши матки, природно при винятку ятрогеннои гиперстимуляции матки (32,39, 90, 113), эпидуральная анестезія також не погіршує показники материнської і перинатальной захворюваності і смертності і не є протипоказанням при родах через природні пологові шляхи (32.46 112, 121).

Таким чином, при правильному доборі кандидатів на роди через

природні пологові шляхи при наявності херенюй акушерської помочі

цілком правиявяим є пропозиція В. И. Гришенко і В.В. Лазуренко (1998), що думають, що повторне КС при полноценом рубці повинно бути альтернативою самопроизвольным родам, а не навпаки.

**Клініко-статистичний аналіз**

Повторна операція кесарева перетину (КС) є однієї з актуальних і маловивчених проблем у сучасному акушерстві. Це обумовлено різким підвищенням числа жінок із рубцем на матці в структурі абсолютних і сочетанных показань до цієї операції.

Частота повторних операції КС росте за принципом "один разом КС - завжди КС". Незважаючи на простоту , що здається, абдоминальное

родоразрешение, особливо повторне, на сьогоднішній день являє загрозу здоров'ю матері і це пов'язано, головним чином, із ростом гнійно-септичних ускладнень у післяопераційному періоді.

Для виробітки оптимальної тактики ведення родів у жінок із рубцем на матці актуальним є комплексне вивчення плину вагітності, родів і післяопераційного періоду з урахуванням акушерського, гінекологічного і соматического анамнезів.

Ціллю нашого дослідження явилося вивчення клінічних аспектів повторного КС шляхом проведення ретроспективного аналізу 127 історії родів.

За матеріалами родильного будинку N3 м. Києва з 1993 по 1997 гг були родоразрешены 14. 337 жінок. Шляхом операції кС-1083, що в середньому склало 7,55%. За останні 5 років визначається явна тенденція росту частоти КС. У 1997 р рівень абдоминального родоразрешения в 2,2 разів вище, чим це мало місце в 1993 р.

Повторне абдоминальное родоразрешение зроблене в 130 випадках, що по відношенню загальній кількості КС складає 12 %.

Таблиця №1. Частота КС за даними роддома №3

за 1993-1997 гг

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1993  рік | 1994 рік | 1995 рік | 1996 рік | 1997 рік |  |
| Кількість родів | 2573 | 3050 | 2994 | 2938 | 2782 | 14337 |
| Кількість КС | 144 | 143 | 206 | 249 | 341 | 1083 |
| Питома вага КС, % | 5,6% | 4,7% | 6,9% | 8,5% | 12,3% | 7,55% |

Наші дані питомої ваги повторного кесарева перетину в структурі абдоминального родоразрешения нижче, чим дані закордонної літератури, де вказується, що ріст частоти КС відбувається в основному за рахунок повторного КС і складає 1/3 загального числа КС. Така тенденція низького рівня повторного абдоминального родоразрешения, з одного боку, пояснюється збільшенням частоти консервативного родоразрешения жінок із рубцем на матці, з іншого боку, - зниженням народжуваності, насамперед, за рахунок повторних родів.

Таблиця №2. Співвідношення рівнів першого і повторного КС за даними роддома №3

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 рік |
|  | рік | рік | рік | рік |  |
| Перше КС | 82,6% | 88% | 87,4% | 91,5% | 88% |
|  | (119) | (126) | (180) | (228) | (300) |
| Повторне КС | 17,4% | 12% | 12,6% | 8,5% | 12% |
|  | (25) | (17) | (26) | (21) | (41) |
|  | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
|  | (144) | (143) | (206) | (249) | (341) |

Таблиця №3. Співвідношення планової й ургентной операції КС

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1993 р | 1994г | 1995 р | 1996 р | 1997 р |
| Ургентное КС | 52% | 41% | 31% | 66,5% | 22% |
|  | (13) | (7) | (8) | (14) | (9) |
| Планове КС | 48% | 59% | 69% | 33,5% | 78% |
|  | (12) | (10) | (18) | (7) | (32) |
| Z= | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
|  | (25) | (17) | (26) | (21) | (41) |

Одним із резервів поліпшення виходів повторної операції КС як для плоду, так і для матері є збільшення питомої ваги планових операції. Ретроспективний аналіз показав, що в середньому КС проводилася в плановому порядку в 60,8%(79) випадків і в ургентном у 39,2%(51) випадків.

Таблиця №4. Середній вік жінок із рубцем на матці

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 20 і< | 21-24 | 25-29 | 30-34 | 35-39 | >40 років | Е,% |
| 2 | 28 | 33 | 40 | 24 | 3 | 130 |
| 1,5% | 21,5% | 25,4% | 30,8% | 18,5% | 2,3% | 100% |

Соматический статус поряд з акушерско-гинекологическим, визначає сочетанные показання, а також виходи операції КС для плоду і матері. Ретроспективний аналіз історії родів показав, що 75(57,7%) жінок страждали різноманітною экстрагенитальной патологією. З них у 15(20%) жінок в анамнезі мали різноманітні функціональні й органічні захворювання серцево-судинної системи, у 14 (18,6%) захворювання шлунково-кишкового тракту, 5 (6,6%) - запальні захворювання верхніх дихальних шляхів, 8 (10,6%) - захворювання нирок і шляхів, що мочевыводят.

Аналіз історій родів показав, що 98 (75,4%) жінок мали обтяжений гінекологічний анамнез. Вишкрібання стінок матки визначався в анамнезі в 61 (62,2%) із них, у т.ч. із приводу самопроизвольного і медичного абортів, а також замершей вагітності. Запальні захворювання матки і придатків в анамнезі мали 16 (12,3%), що без сумніву є чинником ризику анатомо-функціональної неспроможності рубця на матці в родах і гнійно-септичних ускладненнях у послеродовом періоді.

Нормальний плин даної вагітності спостерігалося усього в 10 (7,7%) жінок із рубцем на матці, у той час як у 120(92,3%) вагітних відзначалися ті або інші відхилення здоров'я. Погроза переривання вагітності першої і другої половини вагітності відзначалося в 31(23,8%) жінки, ранні і пізні гестозы - у 24 (18,5%), гострі інфекційні захворювання, а також хронічні в стадії загострення - у 22(19,9%), анемія вагітних - у 33 (25,4%).

Обтяжений плин даної вагітності обумовило той факт, що 96 (73,8%) жінок із рубцем на матці були госпіталізовані і 72(75%) із них знаходилися у відділення патології вагітних до родоразрешения протягом 10 днів, 18(18,75%) протягом 11-19 днів, 4 (4,2%) -21-29 доби і 2(2,1%) - більше 30 днів. Прогноз такої після КС вагітності залежить від багатьох чинників, таких як: ^эт^показань до попередньої операції КС, рт проміжку часу між операціями, от особливостей попередньої операції і плини післяопераційного періоду, і інших чинників.

Оптимальним терміном для наступних родів після попереднього КС рахується проміжок часу через 2-3 року. Ретроспективний аналіз показав, що інтервал між двома наступними вагітностями в 9,2%(9) випадках склав 1 рік, у 38,8%(38)-2-3 роки, 40,8%(40) - 4-8 років і більш 8 років відзначався в 11,2%(11) випадках.

Цікавий той факт, що після КС, зробленого під час пологового акта, прогноз спроможністі рубця при наступній вагітності краще, чим після элективного КС. Причиною тому є той факт, що в родах нижній сегмент матки формується і розтин провадиться нижче верхнього сегмента. Природно, більш низьке розташування рубця має менше вплив на плин наступної вагітності і знижує ризик виникнення розірвання по рубці. Наші дослідження показали, що повторне КС була зроблена з початком пологової діяльності 80 (61,5%) випадків. (ПЕКЛО:-Оррижакев;-Мг.

У сучасній вітчизняній літературі часто фігурує думка про необхідність планового оперативного родоразрешения за 10-12 днів до щирого терміна родів, при встановленні діагнозу не спроможністі рубця на матці. Така тенденція припускає поліпшення показників захворюваності і смертності з боку матері і плоду (родоразрешения звичайно провадиться планово в 38 тижнів).

Проте, дострокове родоразрешение часто погіршує прогноз для плоду, збільшує вартість відходу за новонародженими (А.Н. Стрижаков, М.А. Пасынков, 1989).

Таблиця №5. Термін гестации при родоразрешении повторною операцією КС

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| До 36 тижнів | 37-38 тижнів | 39-41 тижнів | >41 тижнів | 2,% |
| 2 | 23 | 103 | 2 | 130 |
| 1,5% | 17,7% | 79,3 | 1,5% | 100% |

Клініко-статистичний аналіз історій родів жінок, родоразрешенных шляхом повторного КС показав, що до 36 тижнів гестации абдоминальное родоразрешение проведене в 2(1,5%) вагітних по абсолютних показаннях, як-от у зв'язку з отслойкой нормально розташованої плаценти.

Незважаючи на велику розмаїтість показань до повторному кесареву перетину і простотЪу, що здається, у усіх випадках - ця операція особою складності і ризику. До особливостей цієї операції ставляться утруднення, що часто зустрічаються, при рассечении черевної стінки через спайки з підлягаючими тканинами, при доступі до нижнього маткового сегмента - через спаечного процес у черевній порожнині; при витягу плоду - через рубцеву деформацію передньої стінки матки. Всі ці особливості призводять: або до збільшення загальної тривалості операції, або - тільки часу від моменту початку операції до моменту витягу плоду.

Таблиця №6. Загальна тривалість повторного КС

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| До 60 хвилин | 61-90 хвилин | 91-120 хвилин | > 120 хвилин | £,% |
| 23 | 75 | 24 | 8 | 130 |
| 17,7% | 57,7% | 18,4 | 6,2% | 100% |

Тривалість операції до бОмин спостерігалася усього в 17,7% (23) випадків. Збільшення тривалості операції в 1,5-2,0 разів спостерігалося в 82,3%(117) випадків. При цьому протягом 10 хвилин із моменту початку операції плід був витягнутий у 91,5%(120) випадків. У 8,5%(11) випадків оперативне втручання було сполучено з подовженим входженням у черевну порожнину в зв'язку з вираженим спаечным процесом. У результаті цього діти були витягнуті на 11-15 мин- 6,9%(9) і 16-20 хвилин -1,6%(2) випадках з оцінкою по шкалі Апгар 7-8 балів у %(0), 5-6- у % (0), нижче 5 баллов-%(0). Серед новорожденных, витягнутих при технічно складних операціях майже %(0) мали порушення мозкового кровообігу гипоксически- траматического генеза.

Таблиця №7. Показання до повторної операції КС

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Показання до повторної операції КС** | **Кількість** |  |
| **1.** | **Функціональна неспроможність рубця на матці** | **27** | **20,8%** |
| **2.** | **Значний плід** | **14** | **10,8%** |
| **3.** | **Неправильне положення і предлежание плоду** | **9** | **6,9%** |
| **4.** | **Анте-, интра- і рання неонатальная смерть плоду**  ***Ъ* Й»-^, *,'{ . ^* 6 *l^g"'- '-.*** | **7** | **5,4%** |
| **5.** | **Анатомічний вузький таз 1-П ступеня** | **7** | **5,4%** |
| **6.** | **Нефропатия вагітних 1-П ступеня** | **4** | **3,1%** |
| **7.** | **Слабість пологової діяльності** | **7** | **5,4%** |
| **8.** | **Інтервал між операціями менше 2 років** | **5** | **3,8%** |
| **9.** | **Фіброміома матки** | **5** | **3,8%** |
| **10.** | **Прогресуюча внутрішньоутробна гипоксия плоду** | **5** | **3,8%** |
| **11.** | **Інші стани(ОСА, ОГА, ОАА і рубець на матці)** | **40** | **30,8%** |
|  |  | **£=130** | **100%** |

У структурі показань до повторної операції КС перше місце займає анатомо-функціональна неповноцінність рубця на матці після попереднього абдоминального родоразрешения. За даними ретроспективного аналізу погроза розірвання матки по рубці спостерігалася в 20,8% (27) випадків.

На другому місці - із частотою 10,8% (14) сполучення рубця на матці з макросомией плоду. Звертає увагу той факт, що в 6 випадках, що складає 42,8% відзначалася гипердиагностика значного плоду.

Аналіз медичної документації показав, що третє місце в структурі показань до повторному абдоминальному родоразрешению займає неправильне положення плоду, у т.ч. поперечне, косе і тазове, що складає 6,9%(9) випадків. Обтяжений акушерський анамнез (анте-, интра- і рання неонатальная загибель плоду) і анатомічний вузький таз, у сполучень із рубцем на матці стали показанням до повторної операції КС по 5,4% (7) випадків відповідно. Аномалія пологової діяльності - у 5,4%(7) випадків. Прогресуюча внутрішньоутробна гипоксия плоду, інтервал між операціями менше 2-х років і множинної фіброміоми матки стали показанням до повторної операції КС відповідно по 3,8 % (5) випадків; нефропатия - у 3,1% (4) випадків. Інші стани (акушерські, гінекологічні і соматические) у сполученні з рубцем на матці стали показанням у 31% (40). У 24 вагітних, що склав 18,5% спостерігалося передчасне излитие околоплодных вод.

Повторна операція КС проводилася з ізоляцією черевної порожнини в 7%(9), сполучилася з дренуванням черевної порожнини в10%(13), із хірургічною стерилізацією по методі Кохера в 6%^), із висіченням старого рубця -в 6%(8) випадків ,із миомэктомией і кистэктомией у 3%(3) і 0,7%(1) випадків відповідно.

Розмір крововтрати при повторному абдоминальном родоразрешении коливалася від 500 до 2000 мл, у тому числі від 801 до 2000 мл - у 6,9%(9) жінок.

Таблиця №8. Розмір крововтрати під час повторного КС

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| До 500 мл | 501-800 мл | 801-1000 мл | 1001-2000 мл | Е,% |
| 53 | 68 | 3 | 6 | 130 |
| 40,8% | 52,3% | 2,3% | 4,6 | 100% |

Таблиця №9. Частота гемотрансфузии

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Під час операції КС | Після операції КС | S,% |
| 19 | 5 |  |
| 14,6% | 3,8% | 18,4% |

Незважаючи на те, що породіллям під час операції проводилася гемотрансфузия, у 32,5% (42) у післяопераційному періоді розвилася повторна анемія.

Незважаючи на удосконалення техніки операції, застосування поперечного розтину в нижньому матковому сегменті, модифікації методів зашивання, призначення антибіотиків широкого спектра дії, відсоток ускладнень, як у ранньому післяопераційному періоді, так і у віддалені терміни після операції залишається досить високим.

Утруднена инволюция матки, що виникає після повторної операції КС (крововтрата, некроз, операційна травма), є не тільки сприятливою умовою для утворення лохиометры, але і розвитки більш грізних гнійно-септичних ускладнень.

Наші дослідження показали, що найбільше частим інфекційним ускладненням повторного кесарева перетину является эндометрит, що виник у 17,6% (23) випадків, незважаючи на проведену профілактику з використанням антибіотиків широкого спектра дії. У 0,78% (1) випадку эндометрит став причиною неспроможності шва на матці, що призвело до розвитку перитоніту і необхідності оперативного лікування.

Частота раневой інфекції склала 6,9% (9). Субфебрилитет у перші 5 днів після операції спостерігався в 15,3%(20).

Тривалість перебування породілей у стаціонарі після повторної операції КС із не ускладненим плином склала 11-15 доби, з ускладненим плином 16-73 доби.

Повторне абдоминальное родоразрешение безсумнівно є технічно складним утручанням, небезпечним для матері і не завжди оптимальним для плоду.

Післяопераційний період при повторному абдоминальном оперативному родоразрешений супроводжується високим ризиком розвитку гнійно-септичних ускладнень.

Плин післяопераційного періоду в породілей після повторного КС залежить, насамперед, від ускладнень під час вагітності, що супроводжують экстрагенитальных і гінекологічних захворювань.

Родоразрешение жінок із рубцем на матці після попереднього КС через природні пологові шляхи є альтернативою повторному оперативному родоразрешению.

З усього вищевикладеного випливає, що проблема родоразрешения жінок із рубцем на матці далека від остаточного рішення.

0дним із резервів зниження частоти повторного кесарева перетину є впровадження інформативних об'єктивних методів діагностики внутрішньоутробного стана плоду і, тим самим, більш точне визначення сочетанных показань до абдоминальному родоразрешению. Слід зазначити, нагальну потребу удосконалення методів діагностики функціональної спроможністі рубця на матці, оскільки погроза розірвання по рубці є лідируючим показанням до повторному абдоминальному родоразрешению на сьогоднішній день.

Резервом зниження частоти КС є удосконалювання ведення родів через природні пологові шляхи з використанням сучасних систем , що стежать, і медикаментозних засобів. жмйиэдеватели придерживй|ввгся думки, що роди після КС повинний приймати кваліфікований акушер-гінеколог у значних родопомічному заснувань під постійним мониторным контролем за станом плоду і матері.

**Стан рубця на матці і вибір тактики родоразрешения жінок.**

Ведення вагітності і родів після КС є однієї з актуальних проблем сучасного акушерства, маввД9я/таевБя^ж®ящна, псрепостиая КС, пидаши 25-я пацієнтка, що звернулася в жіночу консультацію з приводу вагітності, указує на КС в анамнезі (Стрижаков А.Н., Пасынков М. А, 1989).

Вйбер метена редоразрешёнй» і вагітних із рубцем на матке-юэсле КС ддатавляет-зйачительню уди

Тактика

Відповідно до даних багатьох дослідників рубець на матці після попереднього КС, є одним з основних показань до повторному оперативному родоразрешению (Л.В. Тимошенко, А.М.Рибалка, Ю.П. Вдовиченко,1991;Л.С. Мареева, И.И. Левашова, А.П. Мельников і соавт.,1993; Г.К. Степанковская, 1994; Е.А. Чернуха,1997; М. М Ганич, Ф.П.Поп, B.C. Адамчдо, В. А. Маляр, 1998;

В.М. Беседш, Л.П. Матлашевский, О.М. Жемела та сшв., 1998; P.Kirkiren, 1989; Fanner RM., Kirschbaum Th., Potter D., et al.,1991;SRH Soliman, RF Burrows,1993; E. Tadesse, M. Adane, M. Abiyou, 1996.).

частим, і рртннм огттожннит За даними різноманітних авторів, частота

виникнення цієї патології коливається від 16 до 63% (48%) серед усіх вагітних, що мали КС в анамнезі (Стрижаков А.Н., Пасынков М.А., 1989; М.А. Пасынуов,1989; Л.В.Тимошенко, А.М. Рибалка, Ю.П.Вдовиченко,1991; Л.В.Тимошенко, Т.Г. Романенко,1993). Цим

даним суперечать результати досліджень д^а^х авторів, що у своїх роботах показали, що частота розбіжності шва по рубці коливається від 0,2 до 3,5% (Fukuda M, Shimizu Т, lhara Y, et al. ,1991; Flamm BL, Newman LA, Thomas SJ e al.,1991; Farmer RM., Kirschbaum Th., Potter D., et al.,1991;

Horowitz BJ, Edelstein SW, Lippman L, 1981; Saldana LR, Schulman H, Reuss L, 1979).

У зв'язку з небезпекою виникнення неповноцінності рубця на матці і крайньому ступені її прояву-розірвання матки по рубці, що у ряді випадків не виявляється ніякими симптомами, багато акушерів ще до початку пологової діяльності в термін 37-38 нед починають планове КС, що у свою чергу призводить до зростання частоти повторних операції КС (В.В. Абрамченко,1985; Л.С.Мареева, И.И. Левашова, Д.Б.Мильман, 1989; В.И.Краснопольский,1987; Э.Айламазян і соавт. ,1988;Л.В. Тимошенко, С.О. Авраменко, Л.М. Пютрович та сшв., 1998; Б.М. венцковский, 1998; Р.Н. Shiono et al.,1987).

За даними вітчизняних і закордонних авторів від 28 до 93% пацієнтів із рубцем на матці після КС при наступній вагітності родоразрешаются шляхом повторної операції кесарева перетину (Л.В.Тимошенко, А.М.Рибалка, Ю.П.Вдовиченко, 1991; Л.С.Мареева, И.И. Левашова, Д.Б.Мильман,1989; P.Kirkiren, 1989; Soliman SRH, Burrows, 1993;

Tedesse E, Adane M, Abiyou M, 1996). Настільки висока частота повторного оперативного родоразрешения багато в чому обумовлена відсутністю чітких клінічних і прогностичних критеріїв діагностики спроможністі рубця на матці, що мішає виробити правильну тактику родоразрешения. За даними Л.С. Мареевой, И.И. Левашой, А.П.Мельникова і соавт.,(1993), Н.В. Стрижовой, А. Н. Дюгеева, А.А. Ибрагимова, (1989) у 35% випадків діагноз неспроможності рубця на матці не підтверджувався під час оперативного родоразрешения. За даними закордонних авторів тільки 1/3 діагнозу "несостаятельности рубця на матці" була підтверджена при операци, 2/3-рубці на матці були без змін (Finley B.E. and Gibbs C.E., 1986).

Удосконалення методів діагностики є одним із резервів зниження частоти повторних операції КС.

/Повноцінність рубця на матці при даній вагітності багато в чому

визначається в залежності від показань до першої операції, у плановому або

екстреному порядку вона була проведена. Интра- і після операційні ускладнення першого КС (кровотеча, утворення гематом, эндометрит, пропасний стан, повторне загоєння швів на передній черевній стінці) погіршує прогноз спроможністі рубця і є протипоказанням для самопроизвольных родів. Важливе значення має методика операції й ушивание рани. По практично одностайному висновку спеціалістів, ризик розірвання матки по рубці дуже високий після корпорального КС. (А.А.

Афанасьєв, В.П.Козаченко,1979; А.Б. Погорєлова,1989).

До даним Helperin ME, I)4oore DC HHannahWJ (1989) ризик розірвання матки г1ослеУкласс^ческов6 КС складає */око/ю* 2% при беременнрст^ і збільшується в родах. За даними техже авторів инаименьшая ступінь ризику неспроможності рубця на атке/опредзд1ятся 'приКС в' нижньому матковому сегменті, складай приблизно Ор%/ Особлива увага, на думку Helperin ME, Moore DC і Hannah WJ (1989) заслуговує КС при недоношенной вагітності. 10-12% КС у даний час провадиться саме при передчасних родах. При цьому існує комплекс чинників, як-от, не цілком сформований нижній матковий сегмент, неправильне положення плоду (поперечне, тазове), що визначає необхідність вертикального перетину в нижньому матковому сегменті. При цьому вертикальний розтин завжди продолжен на верхній сегмент. По цьому, на думку цих авторів КС при недоношенной вагітності вертикальним розтином следует дорівнювати до класичного КС( В. Я. Голота, 1998; Л. Б. Маркин, О. В. Шахова, Г.Я. Кунинец, 1998; ME Helperin, DC Moore, WJ Hannah, 1989). Така думка розділяють і інші дослідники. Так, Lonky NM, Worthen N, Ross MG, (1989); Farmer RM., Kirschbaum Th., Potter D., et al.,(1991) вважають, що вертикальний перетин у нижньому матковому сегменті, що застосовується також при поперечному положень доношеного плоду і при предлежаний плаценти, дає велику можливість розбіжності шва при наступній вагітності і родів, чим поперечний розтин у нижньому матковому сегменті.

Для формування повноцінного рубця після КС важливим є проміжок часу з моменту КС до такої вагітності (Л.С.Персианинов,1952; А.К.Соколов, 1964; Стрижаков А.Н., Пасынков М.А., 1989). Опртимальным рахується інтервал 2-Згода. Але є й інша думка. В.И. Алипов і соавт. (1988) підтверджують, що інтервал між попередньою операцією на матці і наступних родах не має значення для виробництва повторного КС. Аналогічної думки А.А. Афанасьєв (1986). Аборти, зроблені в цей інтервал часу, різко погіршують прогноз повноцінності рубця після КС при наступній, бажаній вагітності. Зокрема, ризик неспроможності рубця на матці збільшується в 1,3 разу, передчасної отслойки нормально розташованої плаценти - у 2,3 разу, значно збільшується ризик перинатальных утрат (А.Н.Стрижаков, М.А. Пасынков, 1989; В.И. Грищенко, В.В. Лазуренко, 1998).

У прогнозі майбутніх родів велике значення має об'єктивна оцінка рубця ще до настання вагітності. З всіх існуючих методів дуже цінним є візуальна оцінка за допомогою гистероскопии, що рекомендовано проводити через рік після КС і може бути використана для визначення терміна, коли можливо настання наступної вагітності, і прогнозування плину родів. У тих випадках, коли при гистероскопии визначається повна мускуляризация рубця, наступні роди при відсутності інших показань до кесареву перетину можна проводити консервативно. При виявленні незначної кількості елементів сполучної тканини в області перешейка матки ведення родів при наступній вагітності можна почати через природні пологові шляхи з ретельним кардиомониторным контролем. При найменшому відхиленні від нормального плину родів варто розширити показання до кесареву перетину. У жінок із рубцем на матці у виді соединительнотканного тяжа наступна вагітність повинна бути закінчена плановоым кесарева перетином у 38-39 нед

(Л.С.Мареева, И.И. Левашова, Д.Б.Мильман,1989; Б.М. Венцковский, 1998).

Варто підкреслити, що найбільше інформативним неинвазивным методом діагностики, що не має протипоказань, є ультразвуковое сканування з допплерометрией, що успішно використовується для діагностики гнійно-септичних ускладнень після операції КС і може бути прогностичним фактом для такої вагітності (А.И. Ищенко, М.А. белоусов, 1990; С.Н. Буянова, Н.А. Щукина, Л.И. Титченко й ін., 1997). До комплексу несприятливих діагностичних ознак для прогнозування неспроможності рубця на матці після КС ставляться: ступінь субинволюции матки, що характеризується відставанням темпів оберненого розвитку в динаміку, збільшення і розширення порожнини матки більш ніж на 1см; наявність у порожнині матки різноманітних по розмірі і эхогенности вмиканні(внутриполостная рідина, гній), наявність "ніша" глибиною більш, чим 0,5см, наявність на стінках матки лінійних эхопозитивных структур(у виді переривчастого і не переривчастого контуру) товщиною більш 0,4-0,5см, що відбивають накладення фібрину; локальна зміна структури миометрия у виді ділянок зниженої эхогенности і нечетким контуру в області швів (зона інфільтрації розміром не менше 2,5+1,5см. Локальне розлади кровообігу в області рубця у виді: зниження об'ємного кровотока, підвищення індексу судинної резистентності: відсутність диастолического компонента кровотока, що свідчить про різке порушення кровопостачання тканин, що призводить до її осередковому некрозу(С.Н. Буянова,

Н.А. Щукина, Л.И. Титьченко й ін., 1997).

Впровадження в клінічну практику эхографических критеріїв діагностики характеру й обсягу патологічних змін у порожнині матки, у миометии й в області післяопераційного рубця в породілей після операції КС дозволить більш точно прогнозувати акушерську долю пацієнтів при наступній вагітності.

Велике значення у визначенні спроможністі рубця на матці після попереднього КС має плин даної вагітності й об'єктивний статус при огляді і пальпації рубця. Цінним непрямим індикатором стана рубця на матці є оцінка біологічної готовності організму до роод по ступені зрілості шейки матки, оцінюваної традиційним

методом (Погорєлова А. Б., 1989).

Лол

прогресуюча внутрішньоутробна гипоксия плоду є що маніфестує (найбільше раннім) клінічною ознакою розбіжності шва або розірвання матки. При відсутності інших об'єктивних причин страждання плоду (нефропатия, гипотония, анемія, і т.п.) цей симптом є одним із найбільше достовірних ознак морфо-функциональной неповноцінності матки після КС Саме внутрішньоутробний дистресс плоду стає найбільше частим показанням до абдоминальному родоразрешению і підтверджує неспроможність рубця під час оперативного втручання (Стрижаков А.Н., Пасынков М.А., 1989; Lonky NM, Worthen N, Ross MG, 1989; Farmer RM., Kirschbaum Th., Potter D, et al,1991).

При КТГ-исследований поява гостро виниклих тривалих децелерации (який передують виникненню гострої внутрішньоутробної гипоксии плоду) повинно стати показанням до негайного хірургічного втручання, що є запорукою благополучного виходу як для плоду, так і для матері. Таким чином, ретельний контроль внутрішньоутробного стана плоду і спостереження за динамікою пологової діяльності може допомогти в ранній діагностиці ускладнення, що розвивається. Такі класичні ознаки розбіжності шва по рубці або розірвання матки, як біль у животі і кровотеча, спостерігаються нечасто, приблизно від 3,4% до 7,6% відповідно і вони є не ранніми ознаками катастрофи, спонтанна припинення пологової діяльності також може бути ранньою ознакою несостоятльности рубця на матці (Lonky NM, Worthen N, Ross MG, 1989; Farmer RM., Kirschbaum Th., Potter D., et al.,1991).

He ускладнений плин післяопераційного періоду, загоєння шкірної рани первинним натягом, відсутність пальпаторных змін в області рубця не завжди є гарантією його повноцінності. Контролем ефективності методів діагностики спроможністі рубця в підготовчому періоді до роод є результати морфології рубця і миометрия нижнього сегмента, узяті при повторній операції (Погорєлова А. Б.,1989).

На думку А.Б.Погорєлова (1989), Л.А. Мареевой, И.И. Левашовой, А.П. Мельникова і соавт(1993) і ін. функціональний стан шейки матки знаходиться у визначеної зависимомти від структурних змін у миометрии нижнього сегмента, як-от, при неспроможних рубцях у 97,8% спостерігається 1-я ступінь зрілості шейки матки, у 2,2%- другий ступінь. При цьому утворюваний витаминр-глюкозо-гормонально-кальциевый фон не впливає на формування шейки матки, що залишається "незрілої". У той час як, заможних рубцях на матці в 72,3% спостерігалася 4-я, у 17,6%-3-я верб 10,1%-2-я ступінь зрілості шейки матки. Т.О. неспроможні рубці на матці гальмують формування готовність до роод, що, певне, является проявлением

"хвороби оперованої матки".

Дані плацентографии виявляє, що при неспроможних рубцях найбільше характерним є розташування плаценти по передней (74,8%, із них 18% в області рубця) стінці матки (Погорєлова А.Б., 1989).

УЗ-исследование для діагностики стана рубця на матці після попереднього КС не завжди дає повну інформацію про характер змін у нижньому матковому сегменті. При попередньому вертикальному перетині в нижньому сегменті матки рубці при наступній вагітності не идентифицируется. Що стосується поперечного розтину на нижньому матковому сегменті, тільки одна третина з них визуализируется. За твердженням цих же авторів визначення цілісності поперечного рубця на нижньому сегменті матки УЗ-исследованием неможлива (Lonky NM, Worthem N, b Ross MD, 1989(?)).При неспроможних рубцях товщина миометрия в області нижнього сегмента истончается до 3-4 мм, що сполучиться з деформацією эхоструктуры з появою нерівностей. У той час, як при заможних рубцях на матці эхоструктура рівна, рубці часом узагалі не виявляються при скануванні. Товщина миометрия рівномірна і перевищує 4-5 мм (Погорєлова А.Б., 1989).

Гистерография показує відсутність "великих" скорочень, хвиль першого порядку при неспроможних рубцях у 88,7% випадків, у 63,4% констатоване зникнення "потрійного спадного градіенту", наступав як би "провал" хвилі скорочення при переході до нижнього сегмента матки (Погорєлова А.Б., 1989)..

При патогистологическом досліджень повноцінна тканина миометрия складалася в основному з м'язових волокон, місцями заміщеної сполучної тканью з чіткою межмышечной орієнтуванням. Неспроможна тканина характеризувалася вираженим фіброзом, пучки сполучної тканини значно заміщали гладкомышечные волокна, із периваскулярными розростаннями сполучної тканини з утворенням муфтообразных стовщень. Характерні також ділянки з лимфоидной інфільтрацією і різким збіднінням кровопостачання. Комплексний обстеження вагітних із рубцем на матці після кесарева перетину в підготовчому періоді до роод дає можливість визначити спроможність рубця на матці і дозволяє визначити тактику ведення родів

(Погорєлова АБ. ,1989).

**Як показав досвід ведення вагітності і родів у жінок,**

щоперенесли КС, до клінічних ознак неспроможності рубця на матці ставляться такі: 1) періодично виникаючі боли в області рубця на матці, особливо якщо вони пов'язані з пальпацією цієї області або ворушінням плоду, 2) пальпаторно обумовлене истончение в області рубця на матці, 3) клінічні ознаки внутрішньоутробного страждання плоду. Останнє пояснюється патологічними змінами, що у випадках локалізації плаценти по передней стінці матки призводять до порушення маточно-плацентарного кровообігу. Непрямий вплив морфо-функциональной неповноцінності рубця на матки визначається зміною моторики матки при вагітності(Стрижаков А.Н., Пасынков М.А., 1989). ). Особлива увага приділяється огляду і пальпації рубця після першої операції. Як правило, тонкий, рухливий, не спаяний із підлягаючими тканинами рубець на шкірі і безболісній пальпації нижнього маткового сегмента свідчить про сприятливий стан передньої стінки матки. Крім общеклинических методів обстеження, необхідно провести антенатальную кардиотокографию й ультразвуковое дослідження (Стрижаков А.Н., Пасынков М.А., 1989).

З огляду на той факт, що повторне КС є технічно складним оперативним утручанням, небезпечним для матері і не завжди оптимальним для плоду, також той факт, нерідко відзначається гипердиагностика неспроможності рубця на матці диагностик спроможністі рубця є одним із резервів зниження рівня повторного оперативного родоразрешения

У сформованій ситуації рекомендується особливо актуальним пошук нових, інформативних методів діагностики стана рубця на матці після кесарева перетину.

**Література:**

1. Погорєлова А.Б. Определение спроможністі рубця на матці у вагітних після кесарева перетину/УАкушерства і гінекології.-1989.-№4.-С.52-55.

2.2. Стрижаков А.Н., Пасынков М.А.//Акушерства і гінекологія.-1989.-№3.-С.72-77.

3. Мареева Л.С., Левашова И.И., Мельников А.П., Зайцева З.С., Белоусов М.А., Оберг O.K. Проблеми і перспективаы родоразрешения вагітних із рубцем на матці після кесарева перетину. // Акушерство і гінекологія.-1993.-№1.-С.22-27.

4. Мареева Л.С., Левашова И.И., Мильман Д.Б., Діагностика стана рубця на матці після кесарева перетину. // Акушерство і гінекологія.-1989.-№3.-С.37-38.

5. Lonky NM, Worthen N, Ross MG,. Prediction of Cesarean Section Scars with Ultrasound Imaging during Pregnancy. Obstetrical and Gynecological Survey. 1989; P.744-745.

6. Saldana LR, Schuhnan H, Reuss L. Management of pregnancy after cesarean section. Am J Obstet Gynecol 1979; 135:555.

7. Flamm BL, Newman LA, Thomas SJ, Fallen D, Yoshida MM. Vaginal birth after cesarean delivery: results of a 5-year multicenter collaborative study. Obstet Gynecol 1991:3 60-3 63.

8. Horowitz BJ, Edelstein SW, Lippman L. Once a cesarean section always a cesarean. Obstet Gynecol Surv 1981; 36-592.

9. Meehan FP, Burke G, Kehoe JT, Magani IM. True rupture/scare dehiscence in delivery following prior section. 1990; 31:249.

10. Farmer RM, Kirschbaum Th, Potter D, Strong Th, Medearis AL. Uterine rupture during trial of labor after previous cesarean section. Am J Obstet Gynecol. 1991;Vol. l65. No 4. Part 1. P. 996:1001.

ll.Fukuda M, Shimizu T, lhara Y, Fukuda K, Natsuyama, Mochizuki M. Ultrasound examenation of cesarean section scars during pregnancy. Obstet and Gynecol Surv. 1991;676:678.

12. Чернуха Е.А. Кесарево що сечение-настоит і є. //Акушерство і гінекологія.-1997.-№ .-С.22-28.

13. Степанковская Г.К., Венцковский Б.М., Гордєєва Г.Д. і соавт., Невідкладне акушерство.-Киев.:3доров'я. 1994.-380 с.

14. Тимошенко Л.В., Рибалка А.М., Вдовиченко Ю.П. Клшичш аспекти повторно! ' операції кесарського розтину//ПАГ.-1991.-№1.-С.34-36.

15. Тимошенко Л.В., Романенко Т.Т. Клшжо-статистичний анагпз перебигу ваптност! i шсляоперацшного перюду в жшок, як1 перенесли повторну операцію абдомшального розродження. //ПАГ.-1993.-№3.-С.47-48.

16. Стрижова Н.В., Дюгеев А.Н., Ибрагимов А.А. Дифференциальный підхід до КС у сучасному акушерстві. //Акушерство і гінекологія.//-1989.-№3.-С.27-29.

17. Пасынков М.А. Некоторые особливості плину вагітності і її виходів у жінок після кесарква перетину. /УАкушерство і гінекологія.-1989.-№3.-С.39-42.

18.Tadesse E, Adane M, Abiyou M. Cesarean section deliveries at Tikur Antessa TeacHng Hospital, Ephiopia. East Afr Med J. 1996;Vol.73. No 9. P. 619-622.

19.Kirkiren P. Multiple Cesarean section: outcomes and complications. Obstet and Gynecol Surv. 1989.-Vol.44.-No 4.-P. 264-265.

20.Martin JN, Perry KG, Roberts WE, Meydrech EF. The case for trial of labor in the patient with a prior low-segment vertical cesarean section. Am J Obstet Gynecol. 1997.-Vol.l77.-No. l.-P. 144-148.

21. Персианинов Л.С. Разрывы матки.-М., 1952.

22. Соколов А.К. Повторное кесарево перетин. -Дис. Канд. мед. наук. -М., 1964.

23. Алипов В.И., Абрамченко В.В., Морозов В.В. Оптимизация тактики ведення родів і операції кесарева перетину в сучасному акушерстві.-М.:! 988.-С.76-81.

24. Афанасьєв А.Л. Ведение вагітності і родів у жінок із рубцем на матці. Дис....канд. мед. Наук. Уфа, 1986.

25-Козаченко В.П. Беременность і роди після кесарева перетину.-М.: 1979.

26.Helperin ME, Moore DC, Hannah WJ. Classical versus low-segment transverse incision for preterm cesarean section: maternal complications and outcome of subsiquent pregnancies. Obstet and Cynecol Surv 1998,-Vol. 44.-No. 6.- P. 454-455.

27.Soliman SRH, Burrows RF. Cesarean sections: analysis of the experience before and after the national Consensus Conference on aspects of cesarean birth. Obstet and Gynecol Surv.-1993.- Vol. 4

2.2. Клініко-статистична характеристика групи жінок, родоразрешенных повторною операцією КС, яким проводилося патогистологическое дослідження рубця і миометрия нижнього маткового сегмента.

На-кафедрі акушерства щинй1ем детекей гінекології був проведений клініко-статистичний аналіз історії родів жінок (п=18), родоразрешенных повторною операцією кесарева перетину.

Для клінічної характеристики вагітних із рубцем на матці вивчалися вік, перенесМиеи супутні гінекологічні і экстрагенитальные захворювання, акушерський анамнез. Враховувався термін із моменту попередньої операції, показання до неї, обсяг утручання, особливості плину післяопераційного періоду, характер загоєння післяопераційної рани.

При оцінці клінічного плину вагітності враховувалися: частота загрозливого переривання вагітності, залежний^ погрози переривання вагітності від місця розташування рубця на матці; частота

ранніх і пізніх гестозов, нсправидыдоре положення плоду.

При аналізі клінічного плину родів вивчалися терміни їхній настання, своєчасність излития околоплодных вод і тривалість безводного періоду. Ускладнення під час і після повторного абдоминального родоразрешения, тривалість операції, ступінь крововтрати в родах, гемотрансфузия під час або після операції, сполучення інших операції з КС, плин післяопераційного періоду. Проводилася! дослідження (морфологічної ) осебеннеети— плаценти, пуповины і плодових оболонок миометрия і рубця матки в обследуемыхженщин.

Всім вагітним проводилися узвичаєні клінічні методи обстеження: клінічні аналізи крові, сечі, мазки для визначення

ступеня чистоти піхви.

Для оцінки внутрішньоутробного (стани^ плоду визначався

біофізичний профіль няода. Проводилася ультразвуковая оцінка стана нижнього маткового сегмента і рубця на матці.

Як показав статистичний аналіз розподілу жінок за віком 50% (9) із них знаходилися у віковій категорії 21-29 років,

інша половина—50% (9)-30-39 років.

89% (16) жінок були родоразрешены повторним абдеминальным-. шляхом, у 11% (2)-зроблена третя операція, ке^аревз-еечения. Слід зазначити, що 72% (13) жінок мали в анамнезі більш 3-х

вагітностей. У тому числі *\* 50% (9) жінок ~~дмели~~ в анамнезі

<г штучне переривання вагітності. Крім того, обтяжений гінекологічний анамнез був поданий такими захворюваннями, як фіброміома матки 5,5% (1), хронічний аднексит 5,5% (1), ерозія шейки матки 5,5% (1).

Що ж стосується обтяженого акушерського анамнезу, то слід зазначити високу частоту невынашивания вагітності після попередньої операції КС. Так, у 33,3% (6) жінок відбулися

*А* самопроизвольные аборти; в однім випадку, чте-ееетавил 5,5%,/в анамнезі

завмерла вагітність.

Обтяжений соматический анамнез був поданий такими захворюваннями, як миопия високого ступеня, хірургічне лікування пахової грижі, алкоголізм, аппендектомия. Ці стани спостерігалися з частотою 5,5% (1). Шкідливі навички в т.ч. паління відзначене в анамнезі в однієї женщины- 5,5% випадків.

Малий интергенетический інтервал, тобто менше 2-х років мало місце в 2-х випадках, що склав 11%. У 89% (16)-інтервал між попередньою і наступною операцією кесарева перетину склав 3-5 років у 33% (6) і більш 6 лет-56% (10) випадків.

Цікавим рекомендується аналіз показань до першої операції кесарева перетину. Нами! установлений /фйн-нe-нpэдвянtoг& ведення історії родів: не завжди вказується показання до попередньому абдоминальному родоразрешению. На наш погляд^ цей істотний недогляд, оскільки відомо, що деякі люказания подають чинником ризику розвитку в наступному анатомо-функціональної неспроможності матки (наприклад, кесарево перетин у пацієнток із приводу клинически вузького Таза, що проводиться при тривалих

родах).

Мьг-проанализировали , 11 показа№1Й-(із 18) і . обпаружияи;

найбільше частими були показання з боку плоду, як-от: значний плод-в 27% (3) випадків, неправильне положення і предлежание плода- у 27% (3) випадків.

Що ж стосується показання з боку матері, аномалія пологової діяльності склала 18% (2), обтяжений соматический анамнез (отслойка сітківки і хірургічне її лікування) - 9% (1).

Отслойка нормально розташованої плаценти стала показанням до першої операції КС у 2-х випадках, що склав 18%, причому, в однім випадку абдоминальное родоразрешение проводилася в терміні 32 тижнів, що, як відомо, також є чинником ризику анатомо-функціональної неспроможності матки при наступній вагітності, тому що в цьому терміні, як правило, нижній матковий сегмент ще не сформований і розтин, зроблений поперечним перетином утворюється по тілу матки.

Аналіз плину даної вагітності показав, що погроза переривання вагітності спостерігався з частотою 28% (5), ранній токсикоз-39% (7), пізній гестоз-22% (4), анемія беременных-17% (3), АВ(0) изосенсибилизация-5,5% (1). оРВИ-11% (2) випадків.

У відділенні патології вагітних за 10 днів до родоразрешения були госпіталізовані 89% (16), за 11-19 дней-5,5% (1), більш 30 днів до родоразрешения знаходилася одна беременная, що склала 5,5% випадків.

Вее-бйучаи , повторно! ^) абдоминально^ родоразрешенио були зроблені в термінах 37-40 тижнів. У плановому порядку виконана операція кесарева перетину в 83% (15), в ургентном порядке-17% (3) випадках. Останні надійшли в родильний зал у першому періоді родів. Сочетанные показання визначили необхідність термінового повторного абдоминального родоразрешения, як-от сполучення рубця на матці з:

обтяженим соматическим анамнезом (отслойка сітківки очей, хірургічне лікування), общеравномерносуженным тазом і передчасним излитием околоплодных вод.

Основними показаннями до повторної операції кесарева перетину були сполучення рубця на матці з макросомией внутрішньоутробного плода— 22% (4), із неправильним положенням плода—17% (3), аномалія таза— 11% (2), АВ (0) і Rh-изосенсибилизация -11% (2), з обтяженим плином даної беременности—17% (3), З ФПН і внутрішньоутробною гипоксией плода—11% (2), ускладнене плин послеродового періоду після першого абдоминального родоразрешения -5,5% (1).

У 7 випадках, що складає 39% основним показанням до повторної операції КС був рубець на матці після попереднього абдоминального родоразрешения. На наш погляд тільки наявність рубця на матці не повинно явитися абевяютшята показанням до повторному абдоминальному родоразрешению. Така ситуація вказує на небажання лікарів брати на себя—пветственнос1ь---а—исход—родов, уншывая*—wf.* -факт JgTn\_\_gg абсолютно достоверных- -критериевоценки айатомо функционадьнои,

стеяэашосаи.-мауки. Ми думаємо, що саме суворе обгрунтування показань є основним резервом зниження частоти повторних операції.

Всі операції були зроблені поперечним розтином у нижньому матковому сегменті, під эндотрахеальным наркозом (Nz+C^+HJIA.

Операція кесарева перетин сполучився з висіченням старого рубця на шкірі в 39% (7) випадків, із дренуванням черевної порожнини в 5,5% (1), із стерилізацією по Кохеру в 11% (2).

Тривалість операції до 60 мин-11% (2), 61-90-56% (11), 91 і більш минут-в 28% (5) випадків. Таким чином, подовження абдоминального родоразрешения (більш ніж 60 мин) мало місце в 84% випадків.

Загальна крововтрата до 500мл спостерігалася в 44,5% (8) випадків, 501-800 мл-50% (9). Крововтрата 1000 мл унаслідок гипотонического стана матки спостерігався в 5,5% (1) випадків із приводу чого під час операції зроблена гемотрансфузия.

Гемотрансфузия була зроблена також при крововтратах: 700 мл, 800 мл і 600мл, оскільки в цих жінок до операції відзначалася анемія II ступеня. У однім хворий (5,5%) у післяопераційному періоді розвилася постгеморрагическая анемія.

До 11 днів після операції знаходилися в послеродовом відділенні породілля в 89% (16) випадках, 15 дней-5,5% (1).

Що ж стосуються новонароджених, те діти були витягнуті від початку операції на 5 мин - в61%(11) випадків, на 10 мин-33% (6), на 15 мин- 5,5 (1), утруднення витягу було пов'язано з вираженим спаечным процесом.

Дітей жінова стать народилася 8, чоловічого - 10. Середня маса тіла -3441,7±106,4 грам; рост—53,1±0,б1см; оцінка по шкалі Апгар на першій хвилині склав 7,3±0,13, на 5-ой-7,9±0,1.

13 дітей із 18, що склав 72% народилися в задовільному стані, у 3-х (17%)стан оцінювався як середньої ваги (в одного з них-пренатальная гипотрофия, нестиглість). Один народився в стані асфіксії. Синдром гноблення і гипоксическое поразка ЦНС була диагностирован в одного новонародженого. Таким чином, у 28% (5) новорожденных мали порушений стан.

Ранній неонатальный період в усіх дітей протікав нормально. Всі діти виписані з породіллями додому.

Висновки:

1. У жінок після попереднього кесарева перетину в 38,8% (7) випадках спостерігалося невынашивание вагітності (6 випадків самопроизвольного аборту, 1 випадок замершей вагітності).

2. Обтяжений плин даної вагітності відзначений у виді погрози

переривання вагітності 28% (5), ранній токсикоз—39% (7), пізній

токсикоз—22% (4), анемія беременных— 17% (3).

З. У 39% (7) показанням до повторної операції кесарева перетину явилася

тільки наявність рубця на матці.

4. Тривалість операції більш 60 хвилин спостерігався в 8^% (16) випадках.

*5. У* 28% (5) випадків мало місце порушення стана новонародженого,

витягнутого шляхом кесарева перетину.

**Родоразрешение через природні пологові шляхи жінок із рубцем на матці після попередньої операції кесарева перетину**

При аналізі історій родів за 4 года-1994-1997 рр.-мы не побачили збільшення питомої ваги родоразрешения через природні пологові шляхи після попереднього абдоминального родоразрешения. Рівень консервативного родоразрешения жінок із рубцем на матці після попереднього абдоминального родоразрешения залишається низьким і складає в середньому 10,3% (12) стосовно загального рівня вагітних із рубцем на матці.

Таблиця 2.2.

Частота родоразрешения через природні пологові шляхи після

попереднього абдоминального родоразрешения

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 |  |
|  | рік | рік | рік | рік |  |
| Вагітні з рубцем | 100% | 100% | 100% | 100% | 100 / |
| на матці після КС | (22) | (27) | (26) | (42) | (117) |
| Родоразрешены шляхом | 77,3% | 96,3% | 80,8% | 97,6% | 100 / |
| повторного кесарева перетину | (17) | (26) | (21) | (41) | (105) |
| Родоразрешены через | 22,7% | 3,7% | 19,2% | 2,4% | 100 / |
| природні пологові шляхи | (5) | (1) | (5) | (1) | (12) |

Роди через природні пологові шляхи в жінок із рубцем на матці після кесарева перетину подає актуальну проблему, з огляду на частоту серйозних ускладнень під час і після повторного КС. На нашу думку, відсутність обгрунтованих показань для консервативного родоразрешения дає лікарю «право» віддати перевагу оперативному методу, оскільки це «профілактика» такого грізного ускладнення, як розривши матки по рубці в родах.

За даними літератури роди через природні пологові шляхи після кесарева перетину можливі в 50-60% пацієнток (А.Б. Погорєлова, Н.А. Кім, 1988; Д.В.Введенский, 1990; Л.С. Логунова, 1996; Т. F. Nielsen, 1986; D.L. Flamm, 1985; B.G. Molloy, 1987). У зв'язку з цим аксіома, що раніше існувала, Е.В. Cragin (1916) "якось кесарево сечение-всегда кесарево перетин" утрачає свою категоричність.

Дані клініко-статистичного аналізу 12 випадків родів через природні пологові шляхи в жінок із рубцем на матці після попереднього кесарева перетину показали таке: жінки у віці:

20-25 років склали 16,7% (2), 26-30 років - 25% (3), 31-35- 41,6% (5), більш 40 лет-16,7%(2).

Другі роди були в 67% (8) жінок, третє роди - у 25% (3), восьмі роди - в однієї жінки, що склав 8%.

Интергенетический інтервал до одного року був в однім випадку 8%, 2-3 року 25% (3), боле 4-х років у 67% (8) випадку.

У ранньому терміні були узяті на урахування по вагітності жінки в 92% (11) випадках, у пізньому - 8% (1).

Обтяжений соматический анамнез у виді перенесеного інфекційного гепатиту були в 2-х вагітних, бронхіальна астма в 1-й, токсоплазмоз -у 1-й, виразкова хвороба шлунка - у 1-й.

Штучні аборти в анамнезі після попереднього КС були виявлені в 42% (5) випадку. Самопроизвольный аборт - у 16,7% (2) випадку. Ерозія шейки матки були відзначені в анамнезі в 2-х жінок, що склав 16,7%.

Роди до першого кесарева перетину були в анамнезі в 2-х жінок (16,7%). Роди після кесарева перетину були в анамнезі в 4-х жінок, що

склав 33 %. Серед цих вагітних одна мала роди через природні пологові шляхи до і після кесарева перетину.

Обтяжений плин даної вагітності у виді анемії вагітних відзначене в 42% (5) випадку, погроза переривання вагітності в 25% (3), часткове предлежание плаценти в 8% (1), низька плацентация 8% (1) випадку.

У родах лікування внутрішньоутробної гипоксии проводилася в 16,7% (2) випадку.

92% (11) жінок були госпіталізовані в стаціонар і до родів знаходилися протягом 10 днів.

Роди в головному предлежание відбулися в 92% (11) випадку, у т.ч.

однім випадку в особовому предлежании. У тазовому (чисто сідничному) предлежании роди мали місце в 8% (1) випадку.

У 92% (11) випадку роди відбулися в терміні 37-40 тижнів. У 5,5% (1) - були передчасні в терміні 32 тижнів.

Показанням до попередньої операції кесарева перетину були в 42% (5) випадку значний плід, 16,7%(2), аномалія пологової діяльності, що не піддається терапії.

Центральне предлежание плаценти, нефропатия важкого ступеня, поперечне положення плоду, лобове вставление стали показанням до абдоминальному родоразрешению в 8% (1) випадках відповідно.

Тривалий безводний період до родів (10 часів) відзначений в однім випадку.

Загальна тривалість родів склала 518,5±88,1 мин, першого періоду - 493±88,4 мин, другого - 25,5±2,1 мин, третього - 10,5±1,2 хв.

Ручне відділення плаценти з наступною ревізією стінок матки провадився в 16,7% (2) випадках, ручна ревізія стінок матки після відділення посліду провадилася в 83,3% (10) випадках. Эпизиотомжво

другому періоді родів провадився 25% (3) випадках через погрозу розірвання промежини (1) і особового предлежания (1) і тазового предлежания (1).

Загальна крововтрата до 250мл спостерігався в 50% (6) випадках, 300-350 мл - 42% (5), 400 мл -8 % (1).

Новонароджені 5 чоловіча стать, 7 - жіночого. З середньою масою тіла 3145,8± 163,4 р, ростом-51,3±1,1 см, з оцінкою по шкалі Ангар на першій хвилині -7,4±0,1 балів, на пятой-8±0,2 балів.

Недоношенность новонародженого другий ступеня з масою плоду 1700,0 г і ростом 42 см супроводжувався НМК. Дитина на третє добу був переведений у дитячу лікарню № 14.

Діти були виписані з породіллею на 3-6 (у середньому 5,3±0,7) доба послеродового періоду. Одна дитина була виписана з роддома на 30-е добу, усиновлена.

Висновки:

1. Интергенетический період менше 2 років не є протипоказанням для родів через природні пологові шляхи в жінок із рубцем на матці.

2. Після попередньої операції КС у 16,7% (2) мали місце

самопроизвольные аборти.

3. Роди до і після предыдущей бперации КС є сприятливим прогностичним факт0]5ом для родоразрешения жінок із рубцем на матці після КС че^ез природні пологові шляхи.

4. Обтяжений плин даної вагітності мали місце у виді анемії вагітних у 42% (5) випадках, погрози переривання вагітності —в 25% (3), неправильне положення плаценти —в 16,7% (2).

5. Особове і тазове предлежание не є протипоказанням до роод через природні пологові шляхи при відсутності інших протипоказана,

6. Порушення відділення плаценти в третьому періоді родів спостерігалося в 16,7% (2) випадках.

7. Патологічна крововтрата мала місце в 50% (6) випадках.

8. Всі доношені новорожденные були без порушення загального стана.

9. Послеродовый період протікав без ускладнень і жінки були виписані в середньому на 5-е добу послеродового періоду.

**ВИСНОВОК:**

Зростаюча частота кесарева перетину в зв'язку з розширенням показань до цієї операції поставила перед акушерами-гінекологами нову проблема-ведення вагітності і родів у жінок із рубцем на матці (В.И. Грищенко, В.В. Лазуренко, 1998).

Повторне абдоминальное родоразрешение безсумнівно є технічно складним утручанням, небезпечним для матері і не завжди оптимальним для плоду.

З метою визначення питомої ваги повторного абдоминального родоразрешения, а також впливи наявності рубця на матці після попередньої операції кесарева перетину на плин вагітності і її виходів були проаналізовані 1083 історії родів жінок родоразрешенных абдоминальным шляхом за період 1993-1997 гг про роддоме ^У, із них 130-шляхом повторною операцією КС, а також проведений клініко-статистичний аналіз 12 родів через природні пологові шляхи в жінок із рубцем на матці після попереднього абдоминального родоразрешения.

Наші дані питомої ваги повторного кесарева перетину в структурі абдоминального родоразрешения склав 12%, що нижче, чим за даними літератури, де вказується, що ріст частоти КС відбувається в основному за рахунок повторного КС і складає 1/3 загального числа КС (Л. С. Мареева, И.И. Левашова, А.П. Мельников і соавт. ,1993; SRH Soliman, RF Burrows, 1993).

Відомо, що наявність рубця на матці впливає на гестационный процес (Л.М. Юр'ева, С.М. Ясшковська, 1998; С.О. Швиденко, 1997).

Нами встановлене, що фізіологічний плин вагітності спостерігалося усього в 7,7% (10) випадків із рубцем на матці, у той час як у

92,3% (120) випадків відзначалися ті або інші відхилення здоров'я.

Погроза переривання вагітності першої і другої половини вагітності відзначалося в 23,8% (31) жінки, ранні і пізні гестозы-у 18,5% (24), гострі інфекційні захворювання, а також хронічні в стадії обострения-у 19,9% (22), анемія беременных-у 25,4% (33).

Наші дослідження показали, що повторне КС була зроблена з початком пологової діяльності в 61,5% (80) випадках.

У 38,5% (50) абдоминальное родоразрешение провадилася до початку пологової діяльності, в основному за показниками з боку плоду (внутрішньоутробна гипоксия плоду, Rh-изоиммунизация і необхідність дострокового родоразрешения й ін.).

Клініко-статистичний аналіз историй--редев жінок, родоразрешенных шляхом повторного КС показав, що до 36 тижнів гестации абдоминальное родоразрешение проведене в 2 (1,5%) вагітних по абсолютних показаннях, як-от у зв'язку з отслойкой нормально розташованої плаценти.

За даними З.М. Дубоссарской і соавт. (1998), рубець на матці

явилося показанням до повторному абдоминальному родоразрешению в

17,4%.

У структурі показань до повторної операції КС перше місце займає анатомо-функционалъная неповноцінність рубця на матці після попереднього абдоминального родоразрешения.

За даними нашого аналізу погроза розірвання матки по рубці спостерігалася в 20,8% (27) випадків. Діагноз був поставлений на основі скарг жінки й об'єктивного обстеження. УЗС-диагностика застосовувалася не у усіх випадках, наявність клінічних симптомів явились решающим

аргументом при визначенні тактики родоразрешения. Що на нашу думку вказує на відсутність використання додаткових засобів объективизации цього складного і важливого діагнозу. Таким чином, объективизация діагнозу «неспроможність рубця» є одним із резервів зниження частоти повторних операції.

Як показали наші дослідження друге місце серед показань до повторному абдоминальному родоразрешению з частотою 10,8% (14) займає сполучення рубця на матці з макросомией плоду. Звертає на себе увага той факт, що в б випадках, що складає 42,8% відзначалася гипердиагностика значного плоду. Т.о. відсутність об'єктивних методів визначення внутрішньоутробної маси плоду є одним із чинників

питома вага повторної операції , що збільшує , кесарева перетину.

Аналіз медичної документації показав, що третє місце в структурі показань до повторному абдоминальному родоразрешению займає неправильне положення плоду, у т.ч. поперечне, косе і тазове, що складає 6,9% (9) випадків. Вірогідно велика частота неправильного положення плоду, мабуть, пов'язана з наявністю рубця на матці.

Розмір крововтрати при повторному абдоминальном родоразрешении коливалася від 500 до 2000 мл, у тому числі від 801 до 2000 мл-в 6,9% (9) випадків.

Звертає на себе увага те, що гемотрансфузия застосовувалася в 14,6% випадків, у той час як, крововтрата більш 800 мл спостерігалася усього в 6,9% випадків. Аналіз історії показав, що при крововтраті 600-800 мл показанням до гемотрансфузии явилася анемія вагітних першого-другого ступеня до операції КС, що на нашу думку є патогенетически обгрунтованою тактикою профілактики післяопераційних ускладнень.

Як показав аналіз історії, незважаючи на те, що породіллям під час операції проводилася гемотрансфузия, у 32,5% (42) у післяопераційному періоді розвилася повторна анемія. Що на нашу думку вказує на недооцінку анемії вагітних навіть легкого ступеня як чинника ризику розвитку интра- і післяопераційних ускладнень і в першу чергу геморрагических і гнійно-септичних.

Як показали наші дослідження, тривалість операції до 60 мин спостерігалася усього в 17,7% (23) випадках. Збільшення тривалості операції від 61 до 120 мин спостерігалося в 82,3% (107) випадках. При цьому протягом 10 хвилин із моменту початку операції плід був витягнутий у 91,5% (120) випадків. У 8,5% (11) випадків оперативне втручання було сполучено з подовженим входженням у черевну порожнину в зв'язку з вираженим спаечным процесом. У результаті цього діти були витягнуті на 11-15 мин-6,9% (9) і 16-20 минут-1,6% (2) випадках.

Одним із реальних резервів поліпшення виходів повторної операції КС як для плоду, так і для матері є збільшення питомої ваги планових операції. Ретроспективний аналіз показав, що в середньому повторне абдоминальное родоразрешение проводилося в плановому порядку в 60,8% (79) випадків і в ургентном у 39,2% (51) випадків.

На думку B. I. Грищенко, Н.А. Апкар'ян (1998) вагітні з рубцем на матці входять групу підвищеного ризику розвитку **гнійно-септичних** ускладнень.

Профілактичне використання антибіотиків під час операції відразу після перетинання пуповины і далі протягом 3-х доби післяопераційного періоду зменшує частоту післяопераційних інфекційних ускладнень (В.М. Бесєдін та шш., 1998).

До передумов гнійно-септичних ускладнень ставляться: аномалія пологової діяльності з тривалим безводним періодом,

экстрагенитальные і генитальные інфекційні осередки різної локалізації, гестозы, передчасні роди (О.В. Грищенко, О.И. Шевченко, Е.А. Алейникова, 1998).

Більшість авторів вважають, що до чинників підвищеного ризику розвитку ускладнень післяопераційному періоді є крововтрата більш ніж 800 мл (B.C. Артамонов, С.0. 1ванюта, Л.В. Мартиненко, 1999).

Наші дослідження показали, що найбільше частим інфекційним ускладненням повторного кесарева перетину є эндометрит, що спостерігався в 17,6% (23) випадках, незважаючи на проведену профілактику з використанням антибіотиків широкого спектра дії. У 0,78% (1) випадку эндометрит став причиною неспроможності шва на матці, що призвело до розвитку перитоніту і необхідності оперативного лікування з видаленням органа.

Частота раневой інфекції склала 6,9% (9). Субфебрилитет у перший 5 днів після операції спостерігався в 15,3% (20).

З усього вищевикладеного випливає, що проблема родоразрешения жінок із рубцем на матці далека від остаточного рішення. А основними резервами зниження питомої ваги повторного абдоминального родоразрешения і профілактики післяопераційних ускладнень є:

-комплексний підхід до діагностики функціональної повноцінності матки з використанням більш інформативних методів діагностики, що дозволяють объективизировать діагноз «неспроможність рубця на матці»

-застосування більш інформативних методів, що дозволяють оцінити внутрішньоутробний стан плоду в т.ч. внутрішньоутробну масу плоду.

-заходи, спрямовані на профілактику післяопераційних гнійно-септичних ускладнень повинні включати до операційну санацію осередків інфекції, интраоперационное обеспечение—адекватное

відшкодування крововтрати з урахуванням вихідних показників червоної крові, интраоперационная антибактериальная терапія з використанням антибіотиків широкого спектра дії в терапевтичних дозах, раціональне ведення хворих у післяопераційному періоді.

На думку В.И. Грищенко, В.В. Лазуренко (1998), найбільшу інформативність і практичну значимість в оцінці стани **рубця** на матці має ультразвуковое дослідження, проведене починаючи з 35 тижнів вагітності.

*%.*  З метою удосконалення методів діагностики стана рубця на матці, а також більш об'єктивної характеристики внутрішньоутробного стана плоду, проведене дослідження п=60 вагітних, що включає визначення біофізичного профілю, оцінка стана рубця і нижнього маткового сегмента.

У Комплекс обстеження вагітних із рубцем на матці, що у наслідок були родоразрешены повторой операцією КС (п=18), ми включили: старанно зібраний анамнез із докладними даними про зроблений у минулому кесаревом перетині, кількістю вагітностей, що имели місце між кесаревым перетином і дійсною вагітністю, і їхній вихід (аборти, викидні, ускладнення), плин дійсної вагітності. Ретельне клінічне обстеження беременной включає вимір розмірів таза і гаданої маси плоду; оцінку стана пологових шляхів і готовність організму до роод, пальпаторное обстеження рубця на матці, визначення біофізичного профілю, кардиотокограмму плоду, ступінь зрілості плаценти. УЗС діагностика стана нижнього маткового сегмента і рубця на матці.

Крім того, проведене патогистологическо& дослідження

плаценти, пуповины, плодових оболонок, рубцевої і біля рубцевої тканини з метою оцінки впливу попередньої операційної травми на

стан плацентарного комплексу і функціональний стан миометрия.

Плацентарная недостатність як одна з головних причин перинатальной патології супроводжує більшість ускладнень вагітності і розглядається як клінічний синдром, що відображає патологічний стан материнського організму. Незважаючи на багатофакторну причину плацентарной недостатності наявність рубця на матці після попереднього абдоминального родоразрешения варто розглядати як найбільше істотний чинник ризику при даній вагітності.

За даними А.В. Жарких і Д.С. Барковський (1998), до терміна родів клінічні ознаки фетоплацентарной недостатності в жінок із рубцем на матці зустрічається з частотою до 50,0% випадків. Під дією рубця на матці і змін у структурі миометрия виникають порушення морфо-функционального стана фетоплацентарного комплексу і розвиток затримки внутрішньоутробного плоду.

Рубець на матці після дредыдушего КС змінює стан миометрия й обумовлює розвиток у ньому дегенеративних процесів, що негативно впливають на стан фетоплацентарного комплексу. У зв'язку з цим виникає необхідність вивчення функціонального стана плоду в залежності від наявності рубця на матці для удосконалення методів доклинической діагностики патології ФПК із метою оптимізації ведення вагітності і родів.

Доцільно використання біофізичного профілю і моніторингу серцевої діяльності плоду при затримці його розвитки з метою адекватного вибору часу й атравматического методу родоразрешения для зменшення перинатальной заболеваемояти і смертності (В.А.Никитюк, Н.М. Рожковська, 1998).

Той факт, що рубець на матці робить негативний вплив на внутрішньоутробний стан плоду не викликає сумніву. При аналізі клініко-фізіологічних і функціональних параметрів новорожденнных після повторного кесарева перетину виявлено, що гипоксическое стан при народжень виявляється частіше, процеси ранньої адаптації протікають із великим напяжением , показники захворюваності і смертності вище, чим у дітей витягнутих шляхом першого кесарева перетину (О.Г. Сулима і ставши.,1998).

Особлива увага заслуговує той фак., що при повторному абдоминальном родоразрешений синдром дихальних розладів у доношених дітей зустрічається в 10 разів частіше, ніж при першому кесаревом перетинів, що вказує на визначальну роль рубця на матці як чинника ризику розвитку ускладнень із боку плоду (О.Г. Сулима і сшв.,1998).

Для вивчення діагностичної і прогностичної значимості антенатального біофізичного моніторингу під час вагітності жінок із рубцем на матці обстежено 60 вагітних у термінах гестации від 28 до 40 тижнів. Біофізичний профіль включав оцінку дихальних прямуванні плоду, рухової активності, м'язовий тонус стан околоплодных вод, эхографическая структура плаценти, КТГ-НСТ.

Нами встановлено, що має місце збільшення частоти рухової активності в 1,5 разів у порівнянні з контрольною групою. На нашу думку на показники рухової активності плоду в досліджуваній групі впливає збільшення частоти передчасного дозрівання плацент, а також наявність маловодия.

На основі аналізу отриманих даних ми виявили кореляційну залежність збільшення частоти маловодия зі збільшенням терміна вагітності в жінок із рубцем на матці, що, безумовно, впливає на функціональний стан плоду. Так, частота **наявності маловодия в термінах гестации** 28-32 **тижнів спостерігалася в** 24,6%, 33-37 **недель**—32,3% і 37-40-47,3% **відповідно.**

За даними З.М. Дубоссарской і соавт. (1998), при рубці на матці після попереднього абдоминального родоразрешения в 13,2% випадках діагностується асиметрична форма синдрому ретардации плоду. Порушення маточно-плацентарного кровообігу, особливо в плацентарном ланкі, пояснюється, крім патології вагітності, органічними змінами судинної структури передньої стінки матки в результаті проведеного кесарева перетину. Наші дані узгодяться з даними літератури.

Результати ультразвуковой фетометрии виявили, що в 15,6% (9) випадках мало місце ЗВУР. В усіх випадках виявлена симетрична форма ЗВУР плоду й останні по биометрическим параметрах відставали на 2-3 тижні.

Причому, виявлена залежність частоти гипотрофии плоду від терміна гестации. Так, у терміні 28-32 тижнів вона спостерігалася з частотою 10,5%, у терміні 33-36-14,3%, у терміні 37-40-21% відповідно.

На нашу думку подані дані вказують про негативний вплив морфофункционального стана миометрия на фетоплацентарный комплекс.

На основі аналізу даних ультразвуковой плацентометрии нами виявлено, що в 35% (21) випадків у вагітних плацента локалізувалася по передней стінці матки і у усіх випадках перекривала рубець на матці, низьке розташування плаценти відзначене в 28,3% (17) випадках. Як відомо, розташування плаценти в області рубця є чинником ризику розвитку ФПН, неправильного прикреплания плаценти з наступним порушенням нормального її відділення в третьому періоді родів, а також неспроможності рубця на матці.

Оцінка товщини плаценти показало, що в 56,6% (34) випадках має місце стовщення, а в 23,3% (14)-гипоплазия плаценти. Т.о. усього в 20,1% (12) відзначена нормативна товщина плаценти. Нами встановлена кореляційна залежність між терміном гестации і показником гиперплазии плаценти, показником передчасного старіння плаценти і третього ступеня зрілістю плаценти. На нашу думку зміна морфологічних характеристик плаценти є компенсаторно-приспособителъным відповіддю фетоплацентарного комплексу в умовах зростаючої потреби з боку плоду.

При оцінки кількості околоплодных вод, нами встановлено, що в досліджуваній групі маловодие зустрічається в 3 разу частіше, ніж у контрольної. У терміні 28-32 тижнів маловодие зустрічається з частотою 21,6%, у термінах 33-36-25%, у термінах 37-40 недель-67,4% відповідно.

При оцінці даних КТГ ми встановили тенденцію збільшення монотонного ритму в динаміку термінів гестации в досліджуваній групі в порівнянні з контрольної.

Сумарна оцінка біофізичного профілю в досліджуваній групі склала 9,16±0,26 бала, що вірогідно нижче цього показника в контрольної группе—11,24±3,1 за рахунок гноблення в 72% випадків реактивності серцевої діяльності і дихальних прямувань плоду, у 82,6% випадках зниження м'язового тонусу, у 58,1% випадків за рахунок маловодия, у 61% випадків за рахунок третього ступеня зрілості плаценти.

Для оцінки морфологічних особливостей плаценти, пуповины і плодових оболонок, рубцевої і біля рубцевої тканини у вагітних із рубцем на матці проведене 21-дослідження після повторного КС і 12 дослідження миометрия після першого КС, що склали контрольну групу.

На основі аналізу даних нами виявлені компенсаторно-пристосувальні реакції, що виявляються (у 60% випадків) збільшенням кількості фетальных судин у строме ворсинок, тобто має місце ангиоматоз або хориоангиоз із наявністю великого количества- більше 20 фетальных судин в основному в строме середніх і дрібних ворсинок.

Слід зазначити, що виявлені нами компенсаторно-приспособителъные реакції в плацентарном бар'єрі, очевидно пов'язані з патологією миометрия (наявності рубця на матці), а також змінами, що спостерігалися в пуповині.

Гистологически в судинах пуповины в 25-30% випадках визначався виражений спазм або різке розширення артеріальних і венозних судин пуповины, наявність перетяжок, набряку і ділянок крововиливу. Набрякнув вартонового холодцю. Очевидно, такі зміни в судинах пуповины пов'язані з Рубцевими змінами в матці після перенесеного кесарева перетину, що веде до змін у плаценті. Такі зміни можна трактувати як прояви гипоксии. З цим, мабуть, пов'язані виражені компенсаторные процеси, визначені нами в тканинах плацентарного бар'єра.

Морфологія рубця матки показала і порушення кровопостачання з дистрофічними змінами і розвитком склеротичних і запальних процесів у тканині миометрия, що особливо виражені в області рубця й у меншому ступені в околорубцовой тканині.

Зміни в миометрии й у біля рубцевої тканини носили менше выраженый характер і були подані осередковим склерозом стромы і стінок артерії, а також периваскулярным склерозом. У середньому прошарку миометрия визначалися осередки інфільтрації одиночними лімфоцитами. У однім випадку був виявлений гострий запальний процес внутрішнього прошарку миометрия з інфільтрацією полинуклераными лейкоцитами.

І Осередки дистрофічних змін у виді білкової дистрофії і гомогенизации ділянок миоцитов частіше спостерігався в середньому судинному прошарку поблизу від ділянок склерозу.

X На сьогоднішній день немає єдиної точки зору в плані ультразвуковых критеріїв морфо-функционального стана миометрия. Для встановлення ультразвуковых критеріїв стана рубця на матці нами проведений аналіз показників ультразвуковой діагностики в 52 вагітних із рубцем на матці і 90 жінок без рубця на матке- контрольна група в терміні 36-40 тижнів.

Нами встановлено, що в 21,1% (11) випадках товщина миометрия в зоні попереднього розтину склав 2,7±0,03 мм, що статистично вірогідно відрізняється від показників контрольної групи (Р<0,05).

Нами виявлена корелятивна залежність між товщиною миометрия в області рубця на матці і зміною його структури з появою эхопозитивных умиканні, що є показником Рубцевих змін унаслідок значного переваження сполучної тканини. У 94% (10) випадків у вагітних із товщиною миометрия 2,7±0,03 мм нами виявлене тотальне підвищення акустичної щільності, у 6% (1) диагностировано збільшення эхогенности на фоні нормальної акустичної щільності й у жодному випадку не виявлена нормальна однорідна эхоструктура досліджуваної зони.

На основі оцінки форми нижнього сегмента матки ми знайшли, що X-подібна форма, що відповідає формі у вагітних контрольної групи спостерігалася в 32% випадків. У 51%-и увігнута форма нижнього сегмента й у 13%-п опукла.

У досліджуваній групі ми визначили, що Х-подобная форма спостерігалася усього в 16% випадків. У 31%—и увігнута форма нижнього сегмента й у 53%- п опукла. Як підтвердили морфологічні дослідження u-увігнута форма характеризує дистрофічні зміни в нижньому сегменті, для п - опуклої форми матки характерна неповна регенерація розтину стінки матки і цього виду є в прогностичному плані більш несприятливим.

На нашу думку, наявність истончения нижнього сегмента матки, порушення його нормальної эхоплотности, а також зміна його форми у виді и-вогнутой, особливо, п - опуклої форми або сполучення цих ознак на нашу думку є прогностически несприятливою ознакою морфофункциональной повноцінності миометрия і вказують на необхідність ретельного моніторингу за станом беременной і плоду і рішення питання родоразрешения шляхом повторною операцією кесарева перетину.

Таким чином, аналізуючи паралельно результати гистоморфологического дослідження стінки матки при неповноцінності рубця на матці ми виявили ультразвуковые ознаки, що супроводжують даний патологічний стан і на нашу думку є чинниками ризику неспроможності рубця на матці.

Проведені нами-иееяедовщшя^ыявия що-к ультразвуковым

чинникам ризику розвитку морфо-функциональной неповноцінності миометрия є: истончение нижнього маткового сегмента менше, чим 2мм, зміна эхогенности і парадоксальні форми нижнього сегмента матки, невідповідність ступеня зрілості плаценти терміна гестации (особливо діагностика ознак передчасного старіння плаценти), зниження функціональних можливостей плоду за даними біофізичного профілю.

Відомо, що на сучасному етапі частота кесарева перетину, не має тенденцію до зниження, що визначає збільшення числа жінок з оперованою маткою/ який складають групу ризику по виникненню акушерської і перинатальной патології. Однієї з актуальних проблем сучасного акушерства є вибір методу родоразрешения вагітних із рубцем на матці, оскільки саме рубець на матці, як показує практика є найбільше частим показанням до повторному абдоминальному родоразрешению.

З метою визначення умов, при яких роди можуть бути проведені через природні пологові шляхи, нами були проаналізовані 12 родів у жінок із рубцем на матці після попереднього кесарева перетину.

Плин вагітності вивчено в порівняльному аспекті в 18 жінок, що згодом були родоразрешени повторною операцією КС і 12 жінок із рубцем на матці, родоразрешенных через природні пологові шляхи. Виявлено однакові тенденції, як-от: збільшення невынашивания вагітності після попереднього КС. Слід зазначити, що частота цього ускладнення вірогідно (Р<0,05) вище в групі жінок, що згодом родоразрешены абдоминальным шляхом 38,8% у порівнянні з цим показником у групі жінок, яким проводилися консервативне роды-16,7%.

Обтяжений плин даної вагітності відзначений у виді погрози переривання вагітності 28% (5), ранній токсикоз-39% (7), пізній токсикоз-22% (4), анемія беременных- 17% (3). У групі жінок, родоразрешенных через природні пологові шляхи патологічний плин даної вагітності спостерігалося у виді погрози переривання вагітності —в 25% (3), анемії вагітних у 42% (5) випадках, неправильне положення плаценти —в 16,7% (2). У цій групі жінок ми не спостерігали таку акушерську патологію як пізні гестозы. Мабуть відсутність даної патології є сприятливою прогностичною ознакою морфо-функциональной повноцінності фетоплацентарного комплексу і, звичайно, миометрия.

Звертає увагу на себе той факт, що в 39% (7) показанням до повторної операції кесарева перетину явилася тільки наявність рубця на матці, що на нашу думку не виправдано і є істотним резервом збільшення частоти родів через природні пологові шляхи в жінок із рубцем на матці.

Слід зазначити перевагу родів через природні пологові шляхи для новонародженого. Так, у 28% випадків при повторному абдоминальном

З боку плоду: прогресуюча внутрішньоутробна гипоксия плоду, підтверджена об'єктивними методами, неправильне положення плоду, тазове предлежание при^упнЙв плід% багатоплідна вагітність, обтяжений анамнез (анте-, интра- рання неонатальная смерть першого плоду) із високим ризиком перинатальной патології при даній вагітності.

Кожна беременная з рубцем на матке—беременная високого ризику по розвитку маткових кровотечі під час операції і післяопераційного періоду (Ковальчук Л. С., Купецький I.B., Ковальчук C. L, 1999; Гудивок I.I. та сшв., 1999; А.М. Громова, та шш., 1999).

Тому на нашу думку повторна операція КС повинна провадитися переважно планово, переважно в денний час, при наявності заготовленої крові і свіжозамороженої плазми; виконуватися лікарями вищої категорії при адекватному анестезиологическом і реаниматологическом забезпеченні.

Одним із критеріїв слушності вибору методу родоразрешения, його безпеки й ефективності проведених заходів є вивчення найближчих результатів.

Результати наших дослідженні вказують на складність вибору оптимальних термінів родоразрешения вагітних із ФПН. На нашу думку, при визначенні порушень маточно-плацентарного кровотока і затримки розвитку плоду для вибору методу і терміна родоразрешения необхідно строго враховувати вік гестации, ступінь зрілості плоду і форму синдрому затримки розвитку плоду.

Система профілактики ускладнень післяопераційного періоду

уключала дооперационную санацію осередків інфекції, интраоперационное

забезпечення-антибіотики широко спектра дії в лікувальній дозі, раціональна инфузионно-трансфузионная терапія; раціональне ведення післяопераційного періоду. Отримані нами результати дозволяють вважати ефективним интраоперационную парентеральную антибиотикотерапию для профілактики лохиометры і субинволюции матки.

Проведений комплекс профілактичних і реабілітаційних

заходів, проведених нами сприяв зниженню усіх форм післяопераційних ускладнень.

Вважаємо обгрунтованим здійснювати стерилізацію при повторній операції: у вагітних із хронічним плином соматического захворювання, що дає часті загострення, при наявності живої дитини в сім'ї і при произвостве третього КС.

Результати проведеної роботи дозволяють укласти, що при виробництві операції КС на несприятливому структурному і функціональному фоні (у часто і що многорожали, у вагітних із экстрагенитальными захворюваннями, що протікають довгостроково, із наявністю важкої акушерської патології, при екстреному оперативному втручанні), при ускладненому плині постеоперационного періоду створюється умови для формування неспроможності органа в цілому. Згодом у цих жінок розвиваються симптоми з боку оперованого органа як поза вагітністю, так і при її настанні. Що варто враховувати при визначенні можливості проведення родів через природні пологові шляхи.

На нашу думку, роди через природні пологові шляхи повинні явитися альтернативою повторного абдоминального родоразрешения.

Для успішного ведення родів per via naturalis необхідний ретельний добір кандидатів для консервативних родів (М Odeh et aal. 1997; JN Jr Martin, KG Jr Perry, WE Roberts, EF Meydrech, 1997; У Sebhatu, 1994).

Умовою добору жінок, планованих на консервативні роди є: одне КС у нижньому матковому сегменті, неосложненное плин даної вагітності, головне предлежание, відсутність цефало-пельвического невідповідності, наявність функціонуючого операційного театру і кваліфікованих лікарів і, звичайно, відсутність протипоказань до консервативних роод.

По практично одностайному висновку спеціалістів, абсолютним протипоказанням для родів через природні пологові шляхи є: наявність рубця на матці після корпорального КС, вертикального перетину в нижньому матковому сегменті при недоношенной вагітності, розбіжності шва або розривши матки по рубці, а також всі абсолютні показання до повторної операції КС (див. вище).

Відносними протипоказаннями до консервативних роод є: наявність в анамнезі більш однієї операції, вагітність двійнею, тазове предлежание, макросомия плоду, нефаяенеяввичеекее невідповідність (М Kolben, 1993; KD Gregory et al., 1994).

Приємним для акушерів-гінекологів є той факт, що застосування в родах родостимуляции шляхом використання окситоцина і простагландинов не підвищують ризик розвитку таких ускладнення, як розривши матки, природно при винятку ятрогенной гиперстимуляции матки (М Cosson et al., 1995; JL Stone et al., 1994; SB Goldberger et al., 1989;

0 Behrens et al., 1994).

Таким чином, при правильному доборі кандидатів на роди через природні пологові шляхи при наявності гарній акушерській помочі цілком правильним є пропозиція В. И. Гришенко і В.В. Лазуренко (1998), що думають, що повторне КС при полноценом рубці повинно бути альтернативою самопроизвольным родам, а не навпаки.