

DOI 10.37882/2223-2966.2023.01-2.11

# РОДЫ ЧЕРЕЗ ЕСТЕСТВЕННЫЕ РОДОВЫЕ ПУТИ С РУБЦОМ НА МАТКЕ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

## BIRTH THROUGH THE NATURAL BIRTH CANAL WITH A SCAR ON THE UTERUS: CLINICAL OBSERVATION

*N. Pechenkina*

*Summary.* Topicality. In the Russian Federation, the frequency of COP in 2017 was 29.2%, in 2018–30.1%<sup>1</sup> (KR). Conducting labor with a scar on the uterus is a big problem in obstetrics. Description of the clinical case. Childbirth with a scar on the uterus in a patient with an interval of 18 months from a cesarean section is indicated by severe preeclampsia. Timely diagnosis and tactics, taking into account clinical recommendations, led to a favorable outcome, namely childbirth through the natural birth canal. Conclusion. Thus, the analysis showed that childbirth with a scar on the uterus is a difficult task. The presented observation indicates that, given the basic algorithm of clinical recommendations, it allows you to correctly develop the tactics of childbirth management and solve emerging problems in childbirth.

*Keywords:* cesarean section, scar on the uterus, thickness of the scar on the uterus, cervix, manual control of the uterine cavity, placenta, newborn.

**Печенкина Наталья Сергеевна**

Кандидат медицинских наук, ФГБОУ ВО Кировский  
государственный медицинский университет  
Минздрава России  
doktor\_nat@mail.ru

*Аннотация.* Актуальность. В РФ частота КС в 2017 г. составила 29,2%, в 2018 г. — 30,1%<sup>1</sup> (КР). Ведение родов с рубцом на матке представляет большую проблему в акушерстве. Описание клинического случая. Роды с рубцом на матке у пациентки с интервалом 18 месяцев от проведенного кесарева сечения показание тяжелая преэклампсия. Своевременная диагностика и тактика с учетом клинических рекомендаций привели к благоприятному исходу, а именно родам через естественные родовые пути. Заключение. Таким образом анализ показал, что роды с рубцом на матке является трудной задачей. Представленное наблюдение свидетельствует о том, что учитывая базовый алгоритм клинических рекомендаций позволяет правильно разработать тактику ведения родов и решить возникающие проблемы в родах.

*Ключевые слова:* кесарево сечение, рубец на матке, толщина рубца на матке, шейка матки, ручной контроль полости матки, плацента, новорожденный.

### Введение

**В** Российской Федерации частота влагалищных родов (ВР) у пациенток с рубцом на матке не превышает 1,5% [1]. На сегодняшний день не известно, какой процент пациенток с рубцом на матке после КС может быть отобран для попытки влагалищных родов из всей популяции пациенток с рубцом на матке. По данным статистики разных стран, от 13 до 30–50% пациенток с рубцом на матке могут быть отобраны для попытки влагалищных родов [2,3]. За 10 лет в России частота КС по сравнению с 2005 г. увеличилась более чем в 2 раза: в 2005 г. — 250,8 тыс. (17,9 на 100 родов), в 2016 г. — 516,1 тыс. (28,0 на 100 родов) [4]. В настоящее время частота кесарева сечения в РФ достигает 30%, Египте — 51,8%, Турции — 47,5%, Италии — 38,7%, Китае и США — 25%, Голландии — 15%. ВОЗ считает, что оптимальный процент кесарева сечения от общего количества родов составляет 15% [5,6]. При абдоминальном родоразрешении риск материнской смертности выше в 5 раз, риск эмболии околоплодными водами — в 3 раза, кровотечения и гнойно-септических заболеваний — в 2,5–3 раза, чем при вагинальных родах [7–9].

Возникла современная проблема роста частоты КС. Одним из наиболее частых показаний к КС (до 40%) остается оперированная матка (рубец после КС). В современном акушерстве наличие лишь одного рубца на матке не является показанием к родоразрешению операцией кесарева сечения, это определяют значимость проблемы выбора плана ведения родов беременных с оперированной маткой в пользу естественного родоразрешения [10–12].

Пример родов с рубцом на матке через естественные родовые пути собственное наблюдение.

Пациентка Н. 24 года поступила 08.12.22. в Кировское областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения Кировский областной клинический перинатальный центр (КОГБУЗ КОКПЦ). Диагноз при поступлении Беременность 38,1 неделя Рубец на матке (кесарево сечение 13.08.21 года) Гестационный сахарный диабет. При поступлении жалоб нет.

Анамнез гинекологический заболеваний не установлен. Наследственный анамнез у мамы сахарный

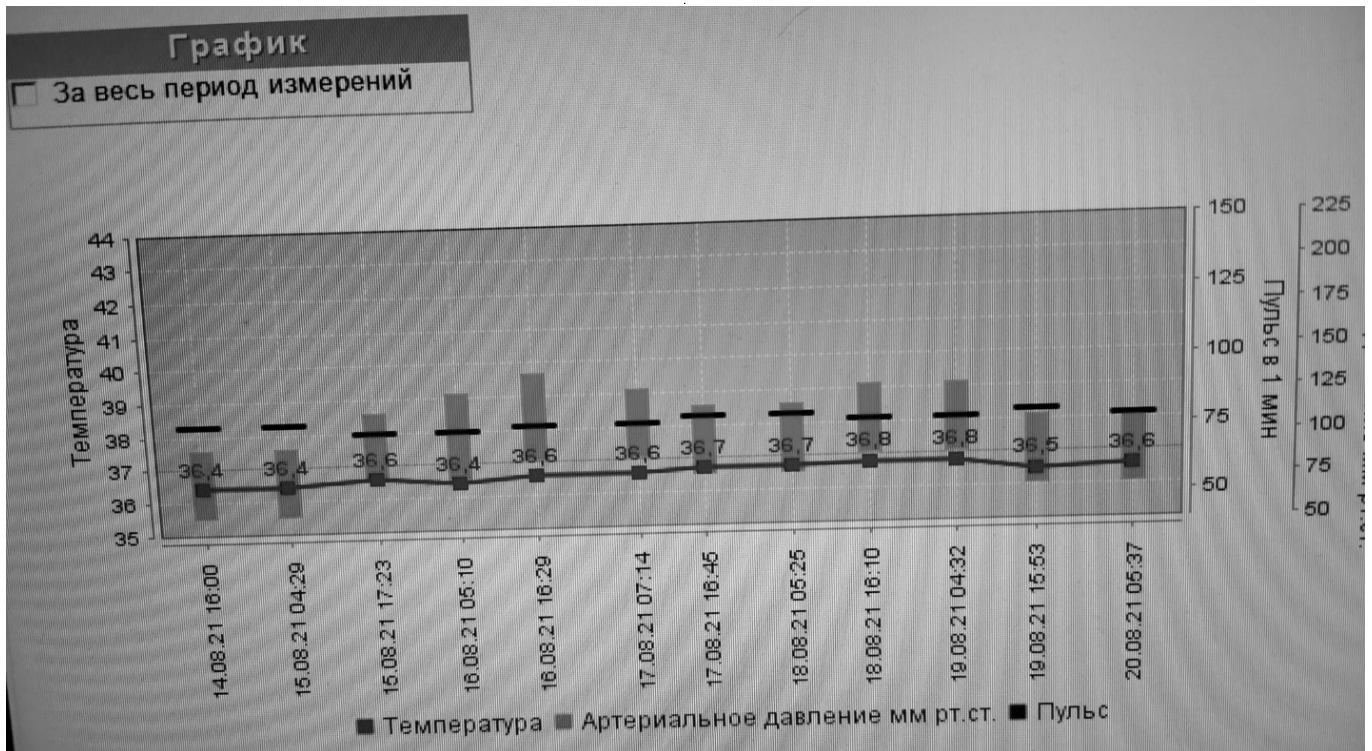


Рис. 1

диабет первого типа. В 23 первые роды в 33,6 недель беременности Тяжелая преэклампсия. Поздняя задержка роста плода. За беременность одна госпитализация в 28 недель Ложные схватки до 37 недель беременности. Проведена профилактика синдрома гиалиновых мембран 24 мг. К 28 неделям в 11 недель — первая явка постановки на учет прибавила 5 кг. С 28 недель до 33,6 недель беременности общая прибавка веса составила 11 кг. Исходное АД 110\70 мл. рт. столба, в анализах мочи белка не установлено. Поступление в стационар из женской консультации скорой помощью 13.12.21 г. В 13:25 АД 140\90 Пульс 104 ритмичный. Сатурация 96%. Рост — 167 см., вес — 69 кг. Жалобы в течение 2 недель отеки в области голеней. В анализе мочи белок составил 14 г/л. Проведено лабораторное исследование: гемоглобин — 103г\л., тромбоциты  $245 \times 10^3$ , общий белок 56,4 г\л, мочевины — 2,7 мкмоль\л, креатинин — 72 мкмоль\л., лактатдегидрогеназа — 252, 8 Ед\л., аспаратаминотрансфераза — 17,9 Ед\л, аланинаминотрансфераза — 26,6 Ед\л., протромбиновое время — 12,8 сек., международное нормализованное отношение — 1,01, фибриноген — 2,3 г\л, активное частичное тромбопластиновое время — 34,1 сек, в анализе мочи белок — 28,0 г\л. Заключение ультразвукового исследования: срок беременности по фетометрии 32,4 недели. Нарушение маточно-плацентарного кровотока не установлено. 13.08.21 г. 17:25 экстренное кесарево сечение.

Новорожденная вес — 1870 г., рост — 45 см., оценка по шкале Апгар 7\8 баллов.

Общая кровопотеря во время операции составила 700мл., с целью гемостаза выполнена перевязка маточных артерий. АД во время операции 108\54–110\60 мл.рт. столба. На 5 сутки выполнено ультразвуковое исследование: тело матки обычные контуры ровные. Границы четкие. Структура миометрия не изменена. Послеоперационные швы на матке и передней брюшной стенке без особенностей. М-эхо толщина 0,4 см., границы четкие, ровные. Полость матки не расширена. Параметрий придатки без особенностей. Свободная жидкость не визуализируется. Заключение патологии не выявлено.

Гистологическое исследование последа — заключение: компенсированное состояние. Выписана на седьмые сутки в удовлетворительном состоянии, новорожденная переведена на второй этап выхаживания новорожденных.

Течение настоящей беременности: 28.04.22 г. в 7 недель встала на учет по беременности в женскую консультацию. С 12 недель до 36 недель беременности получала ацетилсалициловую кислоту 150 мг. Гестационный сахарный диабет с ранних сроков беременности, диету не соблюдала. Самоконтроль данные:

Таблица 1. Роды с рубцом на матке через естественные родовые пути

| Периоды родов     | Продолжительность периода |
|-------------------|---------------------------|
| 1 период          | 12 часов                  |
| 2 период          | 1 час                     |
| Безводный период  | 5 часов                   |
| Потужной период   | 10 минут                  |
| Последовый период | 10 минут                  |
| Общая кровопотеря | 250 мл.                   |

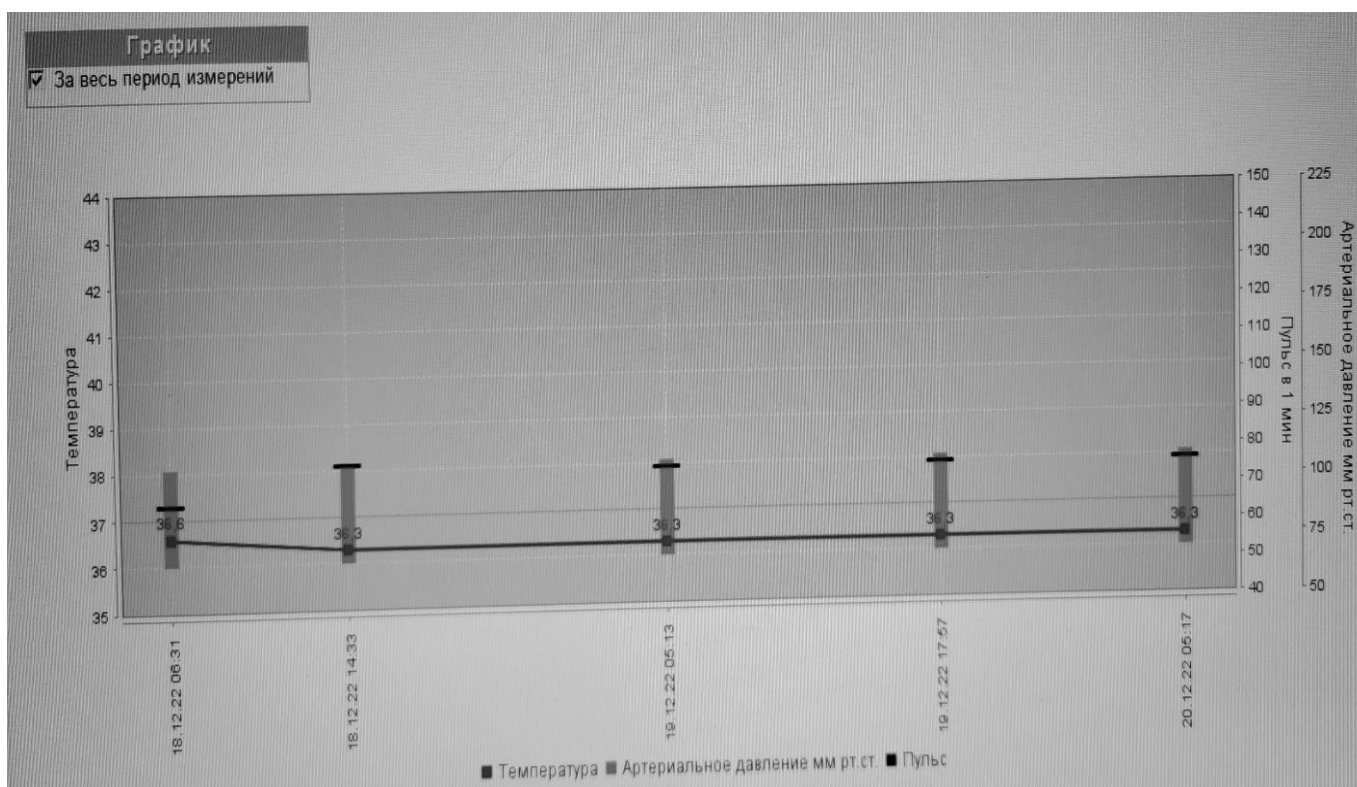


Рис. 2. Течение послеродового периода.

уровень глюкозы натощак 4,3 ммоль\л., после еды до 6 ммоль\л. АД во время наблюдения в женской консультации за весь период беременности в интервале 110\70–120\80 мм. рт. столба. (Клинические рекомендации «Послеоперационный рубец на матке, требующий предоставления медицинской помощи матери во время беременности, родов и в послеродовом периоде»). Толщина нижнего сегмента матки, измеренная до начала родовой деятельности, не имеет принципиального значения и при отсутствии других признаков неполноценности рубца может не измеряться [13,14], при этом следует обращать внимание на неравномерное критическое истончение зоны рубца на матке с признаками деформации и явлениями болезненности при надавли-

вании трансвагинальным ультразвуковым датчиком. Выполнено во время беременности ультразвуковое исследование (УЗИ) в 13,2 недели толщина рубца не измерялась, так как болезненности при надавливании трансвагинальным ультразвуковым датчиком не было. В 20,2 недели УЗИ толщина рубца не измерялась, так как болезненности при надавливании трансвагинальным ультразвуковым датчиком не было. В 32,4 недели УЗИ толщина рубца не измерялась, так как болезненности при надавливании трансвагинальным ультразвуковым датчиком не было.

Общая прибавка веса за время беременности составила 10 кг. 12.12. ультразвуковое исследование

по фетометрии срок 38,4 недели, предполагаемый вес плода 3400, толщина рубца 3 мм. Нарушения маточно-плацентарного кровотока. Проведено влагалищное исследование при поступлении в КОГБУЗ КОКПЦ. Данные: шейка матки расположена по проводной оси таза укорочена до 2,0 см., цервикальный 1,5 см на всем протяжении. Зрелая шейка матки на момент начала родов повышает вероятность успешных ВР (КР).

Из отделения патологии беременности поступила в родовое отделение 17.12.22 года в 12:30. На момент осмотра объективно: АД 110\70 мл. рт. столба, пульс 88 ритмичный, кардиотокограмма оценка тип нормальный. Схватки 2 за 10 минут по 40 секунд средней силы. Получено согласие на роды через естественные родовые пути. Проведено влагалищное исследование: Шейка матки сглажена, открытие 6 см. Получено согласие на амниотомию. Амниотомия — отошли светлые воды 300 мл. Предлежит головка малым сегментом. Стреловидный шов в правом косом. Малый родничок около лонной дуги. Мыс недостижим.

Кардиотокограмма в постоянном режиме: контроль частоты дыхательных движений, пульса и АД, в вену поставлен катетер, заполнение партограммы. В 17:15 роды — вес — 3570 г. рост — 53 см. оценка по шкале Апгар 8\9 баллов, потужной период и последовый период 10 минут. Ручной контроль полости матки не выполнено учитывая клинические рекомендации= При успешных ВР не рекомендовано рутинное послеродовое руч-

ное обследование матки у пациенток с рубцом на матке при отсутствии симптомов разрыва матки [3,4].

На 3 сутки выполнено ультразвуковое исследование: тело матки обычные контуры ровные. Границы четкие. Структура миометрия не изменена. Послеоперационные швы на матке и передней брюшной стенке без особенностей. М-эхо толщина 0,4 см., границы четкие, ровные. Полость матки не расширена. Параметрий придатки без особенностей. Свободная жидкость не визуализируется. Заключение патологии не выявлено.

Пациентка выписана из перинатального центра в удовлетворительном состоянии под наблюдение врача женской консультации на 4 сутки. Клинический диагноз при выписке: Послеродовый период 4 сутки. Роды 2 срочные в 39,4 недели с рубцом на матке через естественные родовые пути. Своевременная амниотомия.

#### Заключение

В представленном клиническом наблюдении представлено ведение родов у пациентки в соответствии с клиническими рекомендациями Послеоперационный рубец на матке, требующий предоставления медицинской помощи матери во время беременности, родов и в послеродовом периоде. Адекватное применение алгоритма способствует положительному исходу родов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Шмаков Р.Г., Баев О.Р., Пекарев О.Г., Пырегов А.В., Карапетян А.О., Приходько А.М., et. a1. Хирургическая тактика операции кесарева сечения. Учебное пособие. /-М: Издательский дом «Бином». 2019. 82 стр. [Shmakov R.G., Baev O.R., Pekarev O.G., Pyregov A.V., Karapetyan A.O., Prikhodko A.M., et. a1. Surgical tactics of cesarean section. Tutorial. /-M: Binom Publishing House. 2019. 82 p.]
2. Hamilton B., Martin J., Osterman M., Driscoll A., Rosnst L., Births: provisional data for 2016. Vital Statistics Release No2. Hyattsville (MD): National Center for Health Statistics; 2017.
3. Dodd J.M., Crowther C.A., Huertaas E., Guise J.-M., Horey D. Planned elective repeat caesarean section versus planned vaginal birth for women with a previous caesarean birth. Cochrane database Syst Rev.2013;(12) CD0044224.
4. Оксенойт Г.К., Никитина С.Ю., Андреев Е.М. и соавт. Демографический ежегодник России. 2017: статистический сборник // Росстат. М., 2017. 263. [Oxenoit G.K., Nikitina S. Yu., Andreev E.M. et al. Demographic Yearbook of Russia. 2017: statistical collection // Rosstat. M., 2017. 263].
5. Betran AP, Ye J, Moller AB, Zhang J. Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. BMJ Glob Health. 2021 Jun; 6(6).
6. Клинические рекомендации. Роды одноплодные, родоразрешение путем кесарева сечения 2021; 106. [Clinical guidelines. Singleton birth, delivery by caesarean section 2021; 106].
7. ACOG Practice Bulletin No. 205: Vaginal Birth After Cesarean Delivery. Obstet. Gynecol. 2019; 133(2): e110-e127. DOI: 10.1097/AOG.0000000000003078.
8. Hutchinson AM, Nagle C, Kent B, Bick D, Lindberg R. Organisational interventions designed to reduce caesarean section rates: a systematic review protocol. BMJ Open. 2018; 8: e021120. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-021120.
9. Sandall J, Tribe RM, Avery L, Mola G, Visser GH, Homer CS, et al. Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. Lancet. 2018; 392(10155): 1349–1357. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)31930-5.
10. Краснопольский В.И., Логутова Л.С., Петрухин В.А., Буянова С.Н., Попов А.А., Чечнева М.А., и др. Место абдоминального и влагалищного оперативного родоразрешения в современном акушерстве. Реальность и перспективы // Акушерство и гинекология. 2012. No 1. С. 4–8. [Krasnopol'skiy VI, Logutova LS, Petrukhin VA, Buyanova SN, Popov AA, Chechneva MA, et al. The place of abdominal and vaginal operative delivery in modern obstetrics. Reality and prospects. Obstetrics and Gynecology. 2012; 1: 4–8. Russian].

11. Robson MS. Classification of Caesarean sections. *Fetal and Maternal Medicine Review*. 2001; 12(1): 23–39.
12. Кравченко Е.Н., Новосельцева Н.М., Вакуленко М.А. Родоразрешение беременных с рубцом на матке после кесарева сечения // Омский научный вестник. 2008. No 51. С. 57–59. [Kravchenko YeN, Novosel'tseva NM, Vakulenko MA. Delivery of pregnant women with a scar on the uterus after cesarean section. *Omsk Scientific Bulletin*. 2008; 51: 57–59. Russian].
13. ACOG Committee on Practice Bulletins. ACOG Practice Bulletin. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. No. 82 June 2007. Management of herpes in pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2007; 109(6): 1489–98.
14. Warzawski J., Tubiana R., Le Chenadec J., Blanche S., Teglas J.-P., Dollfus C., et al. Mother-to-child HIV transmission despite antiretroviral therapy in ANRS French Perinatal Cohort. *AIDS*. 2008; 22(2):289–99.

---

© Печенкина Наталья Сергеевна ( doktor\_nat@mail.ru ).

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»