

ОГЛАВЛЕНИЕ

Коллектив авторов	4
Список сокращений и условных обозначений.....	6
Введение.....	7
Глава 1. Анализ ситуации с кесаревым сечением в Санкт-Петербурге по критериям М. Робсона за 2022 г.	9
Глава 2. Разрыв матки как проблема современного акушерства ...	18
Глава 3. Вопросы формирования рубца на матке	21
3.1. Тактика миомэктомии, оптимизирующая условия формирования рубца на матке	26
3.2. К вопросу об оптимизации условий формирования рубца на матке в процессе кесарева сечения.....	37
Глава 4. Клинические проявления несостоятельности рубца на матке	38
4.1. Клинические проявления несостоятельности рубца на матке вне беременности	38
4.2. Клинические проявления несостоятельности рубца на матке во время беременности и в родах	40
Глава 5. Оценка состоятельности рубца на матке вне беременности	45
5.1. Ультразвуковая диагностика дефекта рубца на матке после кесарева сечения.....	56
Глава 6. Оценка состоятельности рубца на матке во время беременности	73
Глава 7. Лечение несостоятельности рубца на матке вне беременности	75
Глава 8. Лечение несостоятельности рубца на матке во время беременности и в родах	82
Заключение	84
Приложения	85
Список литературы	93

КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ

Беженарь Виталий Федорович (редактор) — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства, гинекологии и неонатологии, кафедрой акушерства, гинекологии и репродуктологии, руководитель Клиники акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, главный внештатный специалист акушер-гинеколог Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга

Линде Виктор Анатольевич (редактор) — доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры акушерства, гинекологии и репродуктологии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии ЧОУ ВО «Санкт-Петербургский медуниверситет»

Аракелян Бюзанд Вазгенович — доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства, гинекологии и неонатологии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России

Плеханов Андрей Николаевич — доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства, гинекологии и неонатологии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, заведующий кафедрой оперативной гинекологии ЧОУ ДПО «Академия медицинского образования им. Ф.И. Иноземцева», ведущий гинеколог ФГБУЗ «Санкт-Петербургская клиническая больница РАН»

Молчанов Олег Леонидович — доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры акушерства, гинекологии и репродуктологии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России

Макаренко Татьяна Александровна — доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой оперативной гинекологии ИПО ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России, главный внештатный специалист по гинекологии Минздрава Красноярского края

Нестеров Игорь Михайлович — кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры акушерства, гинекологии и репродуктологии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России

Кондратьев Антон Александрович — кандидат медицинских наук, врач акушер-гинеколог ГБУЗ ЛО «Приозерская межрайонная больница»

Ножничева Ольга Николаевна — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры акушерства, гинекологии и репродуктологии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России

Шишкина Юлия Сергеевна — кандидат медицинских наук, врач акушер-гинеколог ООО «МЕДИ ПРОФ»

Фредерикс Елена Вадимовна — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры акушерства, гинекологии и репродуктологии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, главный врач СПб ГБУЗ «Родильный дом № 13»

Борисова Елена Анатольевна — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры оперативной гинекологии ИПО ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России

Григорян Анна Эдуардовна — врач акушер-гинеколог Клиники акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России

ВВЕДЕНИЕ

Частота оперативного родоразрешения в последние десятилетия во всем мире остается высокой. При этом она не имеет тенденции к снижению. По сути, мир переживает эпидемию кесарева сечения при практически исчерпанных рычагах ее сдерживания. Так, в 2020 г. доля кесарева сечения в общем числе родов в мире составила 21% [1]. В Санкт-Петербурге частота кесарева сечения составляет 27,1% [2].

Несмотря на то что причины роста частоты кесарева сечения отчасти объективны, увеличение его использования не привело к решению комплекса многообразных проблем, связанных с охраной здоровья матери и ребенка. Доказан высокий по сравнению с родами через естественные родовые пути процент интра- и послеоперационных осложнений, таких как родовой травматизм, кровотечения, гнойно-воспалительные осложнения и т.д. [3, 4]. Практически перестал снижаться процент неонатальных потерь [5, 6].

В результате увеличения частоты кесарева сечения в течение последних десятилетий одной из актуальных проблем акушерства остается проблема рубца на матке. Рубец на матке после кесарева сечения является очевидно патологическим состоянием [7–10].

Попытка самопроизвольных родов, согласно клиническим рекомендациям Российского общества акушеров-гинекологов (РОАГ) (2021 г.) [11], может быть рекомендована пациенткам с рубцом на матке после одного истмического кесарева сечения при наличии одноплодной беременности в головном предлежании, без разрыва матки в анамнезе, при нормальной локализации плаценты вне рубца и при отсутствии неравномерного критического истончения зоны рубца с признаками деформации и явлений болезненности при надавливании влажными датчиком, то есть при полноценном рубце. При этом само понятие «полноценный рубец» является объектом постоянных дискуссий и требует уточнений [8, 12, 13].

Если при определении тактики ведения родов значение имеет полноценность рубца на матке после кесарева сечения в нижнем сегменте, то с точки зрения пролонгации беременности оцениваться должна полноценность любого рубца на матке, вне зависимости от природы его возникновения. Поскольку рубец на матке в качестве акушерско-гинекологической проблемы сформировался в последние десятилетия, клинические проявления неполноценности рубца вне беременности также активно обсуждаются в литературе. Высказано предположение, что такие симптомы, как длительные мажущие кровянистые выделения из половых путей, дис-

менорея, хронические тазовые боли и даже бесплодие, могут быть связаны в числе прочего с так называемым неполноценным его заживлением [14–16].

Очевидно, что полноценность формирования рубца на матке зависит от комбинации разнородных факторов, начиная с техники ушивания раны матки и заканчивая наследственными характеристиками репаративных процессов [17–19]. В то же время остается неясным, какие именно факторы являются ведущими и какие их сочетания наиболее прогностически неблагоприятны.

Диагностические критерии полноценности рубца на матке также постоянно уточняются и обсуждаются. Еще в 1961 г. L. Poidevin с помощью гистеросальпингографии выявил у небеременной женщины в области рубца на матке после кесарева сечения клиновидный дефект в стенке матки со стороны эндометрия, сформировавшийся, по мнению автора, в процессе нарушения репарации тканей в послеоперационном периоде [20]. Визуализировать описанное состояние рубца на матке можно при использовании практически всех существующих методик лучевой диагностики (гистеросальпингография, ультразвуковое исследование, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография), а также при гистероскопии [21–23]. Однако и частота выявления дефектов, и качество их оценки в зависимости от методик варьируют в широком диапазоне, а консенсус по методологии оценки полноценности рубца на матке пока не достигнут [21, 24].

Кроме того, отсутствует унификация терминологии, используемой для описания этих «аномальных» или «дефектных» рубцов. Авторы используют такие термины, как «истмоцеле», «маточный дивертикул», «дефект рубца», «ниша» [25, 26]. При этом подразумевается в конечном итоге локальное истончение рубца (истончение миометрия со стороны эндометрия).

Глава 2

Разрыв матки как проблема современного акушерства

Увеличение частоты абдоминального родоразрешения привело к превращению выбора тактики ведения беременности и родов у женщин с РнМ в актуальную проблему современного акушерства [1–3]. Очевидно, что наличие трех РнМ и более после КС позволяет относить таких беременных к группе высокого риска [4].

Современная литература содержит большое количество ссылок на успешное родоразрешение через естественные родовые пути при наличии одного или двух РнМ после КС при последующей беременности [5–8]. Ряд авторов ключевым считают желание женщины при одном или двух КС в анамнезе родить самостоятельно, указывая при этом, что подход к выбору метода родоразрешения должен быть обоснованным [9–11]. Возможности мегаполиса, по данным этих авторов, позволяют предпринять попытку вагинальных родов у 56,45% женщин с КС.

При этом если раньше РнМ неизбежно приводил к повторной операции КС и вопрос состоятельности РнМ, вне зависимости от его природы, сводился к возможности доносить данную беременность до 37–40 нед, то теперь возникла проблема оценки состоятельности рубца после КС как звена родового канала [12, 13]. Поскольку эта проблема пока не решена окончательно, рассмотрению ее будет посвящена отдельная глава. В рамках данной главы необходимо акцентировать внимание на том, что одним из наиболее опасных осложнений родов *per vias naturalis* «по рубцу» является разрыв матки (РМ).

При анализе РМ по рубцу необходимо иметь в виду, что частоту РМ по рубцу после КС и после МЭ часто рассматривают по отдельности. То же касается РМ во время беременности и в родах.

В целом частота РМ составляет приблизительно 0,05–0,1% общего числа родов [14, 15]. Во время беременности разрывы матки возникают значительно реже, чем в родах, и составляют 9,1% всех разрывов матки [16]. Ча-

стота РМ в среднем, по данным Всемирной организации здравоохранения, в мире составляет 0,053–0,07%, или 5,3–7 на 10 000 родов. В развитых странах она находится на относительно низком уровне: в Австралии — 8,6, в Канаде — 3, в Ирландии — 2,3, в Сингапуре — 1,6, в США — 0,67–1,3 на 10 000 родов. В развивающихся — на значительно более высоком: в Нигерии, Эфиопии, Пакистане, Йемене — 50–263 на 10 000 родов [17, 18].

Частота разрыва матки в Российской Федерации в последние 15 лет имеет тенденцию к росту (в 2005 г. — 0,14 на 1000 родов, в 2019 г. — 0,18 на 1000 родов). При этом обращает на себя внимание и рост частоты разрывов матки вне стационара (в 2005 г. — 25,4% всех разрывов матки, в 2019 г. — 33,2%) [16].

Очевидно, что одним из поддерживающих рост частоты РМ вообще и РМ вне стационара факторов является увеличение количества РнМ. Понятно, что к разрыву матки может привести и несостоятельность рубца после тубэктомии по поводу трубной беременности в истмическом или интерстициальном отделе либо перфорации при искусственном аборте [19–21]. Однако основной все увеличивающийся пул РнМ — результат КС и МЭ [20, 22].

Так, по данным О.И. Гусевой [20], за период с 2010 по 2017 г. в перинатальном центре Нижнего Новгорода зарегистрировано 15 случаев разрыва матки, что составило один случай на 2000 родов. Автор также отметила тенденцию к увеличению частоты РМ за отчетный период. Семь из 15 (46,7%) женщин были с РнМ после КС. Три (20%) женщины имели РнМ после МЭ, из которых две были произведены лапароскопически, одна при лапаротомии. У трех (20%) пациенток в анамнезе были операции по поводу трубной беременности, выполненные лапароскопически. Автор акцентировала внимание на том, что при проведении лапароскопических операций у пациенток не проводилось ушивания стенки матки, гемостаз достигался коагуляцией.

Если РМ по рубцу во время родов — проблема, практически полностью ассоциированная с РнМ после КС, что естественно, поскольку женщины с РнМ после МЭ родоразрешают, как правило, путем КС, то разрыв матки во время беременности — проблема, в большей степени ассоциированная с РнМ после МЭ [23, 24]. В доступной отечественной литературе достаточно редко встречаются публикации о случаях разрыва матки по рубцу после предыдущего КС во время беременности [25]. Основное число публикаций касается разрыва по рубцу после предшествующей МЭ [26–28].

По данным Г.М. Савельевой и соавт. [29], РнМ после МЭ, особенно выполненной лапароскопически, при наличии выраженного интерстициального компонента представляет серьезную опасность для матери и плода. Авторами был проведен ретроспективный анализ РМ после МЭ во время

беременности и в родах на основании изучения 43 историй родов пациенток из различных родовспомогательных учреждений Москвы. РМ по рубцу после МЭ сопровождался несвоевременной диагностикой и чревосечением у восьми (21,6%) пациенток; привел к кровопотере 1000–5000 мл у 32 (74,4%); неблагоприятные перинатальные исходы: из 45 детей (две двойни) — 11 (24,4%) умерших (двое с экстремально низкой массой тела), четыре (8,9%) в тяжелой асфиксии, шесть (13,3%) в асфиксии средней тяжести, 10 (22,2%) в легкой асфиксии. Был сделан вывод, что РМ по рубцу после МЭ характеризуется запоздалой диагностикой, недооценкой имеющих ранних симптомов. Чревосечение производится при произошедшем разрыве, как полном 32 (74,4%), так и неполном 11 (25,6%). В связи с этим рекомендованы тщательный выбор хирургического доступа при МЭ у пациенток, планирующих беременность, и своевременная диагностика стадии угрозы/начала РМ.

При этом все-таки нельзя забывать, что и РнМ после КС может представлять собой угрозу РМ на протяжении беременности [30]. Причем группой риска по near miss являются как беременные с РнМ после КС в нижнем сегменте, так и беременные с РнМ после корпорального или донного КС [31–33].